

**ORS** de Basse-Normandie

# RAPPORT D'ACTIVITÉ

# ANNÉE 2004

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ  
DE BASSE-NORMANDIE

Immeuble Trifide  
18 rue Claude Bloch  
14050 CAEN CEDEX 04

**Tél :** 02.31.436.336

**Fax :** 02.31.436.350

**Site :** [www.orsbn.org](http://www.orsbn.org)

**Administratif :** [m.lefevre@orsbn.org](mailto:m.lefevre@orsbn.org)

**Documentation :** [l.burnouf@orsbn.org](mailto:l.burnouf@orsbn.org)

**Études :** [a.collignon@orsbn.org](mailto:a.collignon@orsbn.org)

**Informatique :** [e.broudin@orsbn.org](mailto:e.broudin@orsbn.org)



# Sommaire

	<b>Pages</b>
<b>↳ Rapport moral du Président</b>	<b>4-5</b>
<b>↳ L'Association</b>	
<b>Les Missions</b>	<b>6</b>
<b>Les Membres</b>	<b>7-8</b>
<b>Le Personnel</b>	<b>9</b>
<b>Vie associative</b>	<b>10</b>
<b>↳ Activité 2004</b>	
<b>Travaux réalisés</b>	<b>11-30</b>
<b>Bilan financier</b>	<b>31</b>
<b>↳ Prévisionnel 2005</b>	
<b>Projets d'actions et d'études</b>	<b>33-36</b>
<b>Budget prévisionnel</b>	<b>37</b>
<b>↳ Demande d'adhésion</b>	<b>39</b>

# Rapport moral du Président

Mesdames et Messieurs, Chers associés,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport Moral de l'Observatoire Régional de Basse-Normandie correspondant à l'activité de l'année 2004.

Notre Association est bien vivante, la preuve en est le flux régulier de nouveaux adhérents parmi les acteurs du domaine sanitaire et social. C'est ainsi que se sont joints à nous :

Au cours de l'année 2004 et par ordre alphabétique :

- Monsieur le Docteur DANNET Franck, Généraliste à Vire ;
- Monsieur JOSSIER Benoît, Actions-santé à Iles ;
- Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier, Hygiène hospitalière, CHU de Caen ;
- Madame LOUIS-HONORE Jocelyne, Lycée Jean Rostand à Caen.

Et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 :

- Madame DERVEAUX Marguerite, usager sur Hauteville sur mer ;
- Monsieur MAYER Jacques, usager sur Hérouville St Clair ;
- Monsieur POUZET Jacques, usager sur Deauville ;
- Madame SLANEY Sylvie, centre de soins Miséricorde à Sees ;
- Monsieur REGNAULT Bruno, Granville-Santé.

Je me dois de souligner cette année et une fois de plus l'activité des bénévoles de notre association. Leur contribution ne se mesure pas seulement en près de 500 heures passées en réunions de bureau, de Conseils d'Administration, de Conseils Scientifiques, ou bien en colloques et démarches diverses. Elle tient surtout aux compétences et à l'expérience que chacun apporte avec lui. C'est grâce aux interventions des bénévoles que les salariés de l'ORS peuvent se consacrer aux études dans le calme et la sérénité sans être importunés par des activités multiples et diverses non liées directement à leurs travaux en cours.

L'effort de communication et d'information de l'ORS. a pu encore être maintenu cette année grâce à l'énergie indomptable du Vice-président FLACHS, aux collaborations qu'il a su obtenir auprès de nombreux acteurs de la santé publique, aux aides financières offertes par les organismes, organismes dont vous trouverez les noms au dos de la dernière lettre de l'ORS.

Cette lettre numéro 8 de 20 pages, distribuée à 5500 exemplaires ayant pour thème central «Les personnes âgées en Basse-Normandie» décliné en trois thématiques : gérontologie, les actions régionales de santé, les activités des personnes âgées, est le témoin de l'excellente coopération des intervenants régionaux en santé publique. Mais aussi la marque que l'objet d'observation et d'étude de l'ORS de Basse-Normandie est bien la santé dans son acception large.

Notre communication a aussi été relayée par le Bulletin numéro 18 comportant 6 pages exposant les évolutions de la mortalité bas-normande entre les périodes 1981-1983 et 1997-1999, il a été rédigé par Bruno LEZIN sur les bases d'une étude réalisée à l'ORS sur des crédits du plan Etat-Région.

Pour ne pas doubler avec la présentation détaillée des travaux, je laisserai le Docteur Albert Collignon, directeur des études, vous exposer brièvement les travaux que l'ORS a conduit. Mais je me permets d'insister sur l'effort permanent de communication et donc de mise à disposition de toutes les informations dont dispose l'ORS. Les exemples les plus nets en sont sans doute la mise en ligne d'une partie des études réalisées ou terminées en 2004. Cet effort de communication s'est traduit par de nombreuses demandes d'intervention dans les médias

régionaux et la mise en place d'une conférence de presse présentant lors de l'assemblée générale un choix raisonné d'une partie de l'ensemble des travaux réalisés par l'équipe de l'ORS de Basse-Normandie.

L'année dernière c'était GIESPA et l'enquête santé-jeunes, cette année les fiches du tableau de bord actualisées sur l'année 2004.

Notre contribution aux travaux du «Comité Régional de Coordination de l'Observation Sociale» depuis 2002 et au comité de suivi du PRAPS 2 depuis 2003, qui sont pilotés par la DRASS sont le témoin de la poursuite d'un travail certes récent mais qui est la reconnaissance des compétences de l'ORS. Cette collaboration est d'autant plus justifiée que les liens unissant le domaine sanitaire et le domaine social, ne sont plus à prouver comme le montre à la fois la loi de santé publique et celle sur la cohésion sociale. Par ailleurs, la mise en commun des informations collectées par chaque organisme impliqué dans le PRAPS est source d'enrichissement mutuel et bénéfique pour la santé publique.

La décision de construction de nouveaux locaux regroupant le CORES, le CREAL, l'URIOPSS et l'ORS, sous l'impulsion de la DRASS, est toujours d'actualité même si l'emplacement géographique retenu à l'heure actuelle nous en éloigne spatialement. Mais là n'est pas la plus grande difficulté que nous ayons dû surmonter : si l'emplacement de la Place de l'Europe à Hérouville saint Clair est maintenant acquis, ces derniers temps, la taille définitive de l'immeuble et son aménagement étaient encore l'objet de discussions avec la SCHEMA. A ce jour, les retards et les imprécisions dans les réponses données par la SCHEMA rendent l'évaluation des délais et des coups pour le moins hasardeuse. En tout état de cause, il est nécessaire que les propositions faites se stabilisent afin d'arriver à une décision. Tout au long de ces négociations, malgré quelques ratés dans la communication, nos quatre partenaires dans cette négociation ont joué collectivement et nous pensons continuer dans le même état d'esprit afin d'obtenir à la fois le meilleur prix et les prêts les plus avantageux possible.

L'ORS de Basse-Normandie est une association dynamique. Le haut niveau de son équipe de collaborateurs salariés est reconnu de tous. Un nouveau stade d'efficacité doit maintenant être atteint grâce au regroupement attendu par la DRASS.

Je ne m'étendrai pas sur les perspectives de travail pour l'année 2005, elle sera bien remplie, le docteur Albert Collignon directeur des études vous les présentera succinctement.

Comme à l'accoutumé le budget 2005 s'annonce serré, ce n'est pas une nouveauté mais la pérennisation de cette situation depuis des années nous pousse à rappeler à nos tutelles que faire fonctionner correctement une structure en lui donnant quelques moyens de développement supplémentaires est une nécessité impérieuse si l'on veut que la santé publique bénéficie à travers l'ORS d'une bonne évaluation des besoins et des politiques mises en place. Je remercie Jean-Pierre KETTERER notre trésorier pour tout le travail accompli sur le suivi des comptes et la préparation du budget.

Cette année a vu une transformation importante du fonctionnement et des missions de notre conseil scientifique dont le Professeur Xavier LE COUTOUR, que je remercie, a accepté de prendre la présidence. Un organigramme de son fonctionnement a été élaboré.

Contrairement à ce que nous pensions l'année 2004 n'a pas vu aboutir le projet de convention collective des personnels salariés des ORS entrer dans une phase opérationnelle sous la conduite de la FNORS.

Je vous remercie tous de votre aide et de votre collaboration durant cette deuxième année écoulée sous ma présidence. C'est grâce à votre confiance, à votre soutien et à votre dévouement que l'avenir de l'ORS reste possible.

J'adresse, en votre nom à tous, mes remerciements à nos salariés qui par leur travail et leurs compétences ont porté notre ORS au niveau actuel.

**Dominique BEYNIER**  
**Président**

# Les Missions

Le système de santé de plus en plus efficace mais aussi de plus en plus coûteux contraint les pouvoirs publics à établir des priorités dans le domaine sanitaire et social. De tels choix obligent à mieux connaître les besoins actuels de la population, à mieux apprécier les moyens et à évaluer les résultats des actions entreprises ; c'est pourquoi les Observatoires Régionaux de la Santé ont été créés au début des années 1980.

Outils de connaissance dans le domaine de la santé publique, les ORS ont été fondés avec l'objectif d'améliorer et de valoriser l'information disponible sur la santé de la population à l'échelle régionale.

Chaque observatoire a pour but l'identification et la prise en compte des besoins sanitaires spécifiques de sa région. Appréhender l'état sanitaire d'une région, c'est disposer d'informations permettant d'évaluer rapidement l'ampleur de certains problèmes pour intervenir avec efficacité. Sans être fondamentalement un organisme de recherche, l'ORS réalise des études épidémiologiques. Il est un centre d'information permettant une concertation qui conduit à des décisions et à des actions adaptées.

Rassembler les informations sanitaires régionales, les analyser, en vérifier leur validité, les rendre accessibles à tous les partenaires et à tous les usagers constituent les principales missions des Observatoires Régionaux de la Santé. Ainsi, les ORS participent aux Conférences Régionales de Santé (CRS), aux Programmes Régionaux de Santé (PRS) et aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

Outil d'aide à la décision, l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie travaille en collaboration étroite, comme conseil technique avec les instances régionales concernées par la santé des populations, notamment : la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), le Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CORES), le Conseil Régional et les Conseils Généraux, les Établissements et Associations de protection sociale mais aussi médecins, praticiens de santé, hospitaliers ou libéraux, ...

L'ORS utilise les méthodes scientifiques de la santé publique avec le souci d'une large communication. Ces travaux sont réalisés dans le respect de la législation sur la protection des personnes, notamment en ce qui concerne les données informatisées. Son service de documentation est ouvert à tout public.

En 1989, a été créée la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) regroupant les 26 ORS, ce qui permet de mener des travaux sur l'ensemble du territoire national avec une méthodologie commune. La réalisation standardisée et comparative des tableaux de bord régionaux sur la santé ainsi que leur synthèse nationale en est l'illustration. De plus, le premier site fédérateur d'informations sur la santé intitulé « Score-Santé » est maintenant opérationnel sur Internet. Ce site rassemble des informations sur l'état de la population et ses déterminants, provenant de la plupart des acteurs du champ sanitaire et d'un grand nombre d'acteurs du champ social. Cette base de données fournit des indicateurs de santé à différents échelons géographiques : national, régional, départemental, voire infra-départemental.

L'ORS de Basse-Normandie participe également depuis 1987 de façon active à la surveillance épidémiologique de la grippe au sein du Groupe Régional d'Observation de la Grippe (GROG) qu'il coordonne en relation étroite avec le laboratoire de virologie du CHU de Caen. Depuis 2003, et à la suite de la situation en Asie, la coordination nationale a été mobilisée par l'intermédiaire de la DGS ; ainsi, les médecins bas-normands peuvent également être sollicités à tout moment pour participer à la surveillance de l'épidémie de SRAS et de grippe aviaire.

# Les Membres

Association "Loi 1901" l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie a été déclaré à la préfecture du Calvados le 30 avril 1982. Il est l'un des 26 ORS mis en place dans chacune des régions françaises afin d'être un lieu de concertation et d'études, un centre d'information et un outil d'aide à la décision.

Les adhérents de l'association ont le privilège d'être informés des résultats des études réalisées et de recevoir le tableau de bord régional sur la santé ainsi que ses mises à jour lors des assemblées générales. De plus, le bulletin thématique et « la Lettre de l'ORS » leur sont adressés régulièrement.

Le rapport d'activité, réalisé chaque année, permet de suivre l'ensemble des activités de l'association et, pour les membres qui le souhaitent, de participer aux différents groupes de travail.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2004 l'association comptait 103 membres. En cours d'année, il y a eu 5 nouvelles adhésions et 7 départs. Au 31 décembre, l'association totalisait donc 101 membres répartis comme suit :

- 63 Personnes physiques
- 24 Personnes morales
- 10 Membres de droit
- 4 Membres d'honneur


Le montant de la cotisation reste inchangé :

- 15 € pour les personnes physiques,
- 100 € pour les personnes morales.

# Le Bureau

En 2003, le Conseil d'Administration a choisi en son sein les membres du Bureau comme suit :

**Ont été nommés :**

			Président			
		Vice-Président		Vice-Président		
	Trésorier				Secrétaire	
Trésorier-Adjoint						Secrétaire-Adjoint
	Jean-Pierre KETTERER	Dr André FLACHS	Dominique BEYNIER	Dr Marie-José D'ALCHÉ- GAUTIER	Pr André THOUIN	
Dr Pierre GAUTIER						Dr Claude TREISSER

En cours d'année, Monsieur le Professeur THOUIN a souhaité démissionner pour raison de santé. Le Docteur TREISSER le remplace au poste de Secrétaire et le poste de Secrétaire-Adjoint est vacant jusqu'aux prochaines élections.

# Le Conseil d'Administration



Les membres du Conseil d'Administration sont renouvelés tous les trois ans par vote à bulletin secret lors de l'assemblée générale annuelle. Les dernières élections des membres du Conseil d'Administration ont eu lieu le **16 avril 2003**.

## Ont été élus pour 3 ans :







<b>Prof. BEYNIER Dominique</b>	Maître de conférence HDR
<b>D<sup>r</sup> CHAUSSAVOINE Annie</b>	Médecin du Travail
<b>D<sup>r</sup> COUETTE Jean-Etienne</b>	Médecin retraité
<b>D<sup>r</sup> COURS-MACH Michel</b>	Président des radiologues de Normandie
<b>D<sup>r</sup> D'ALCHE-GAUTIER M-José</b>	Département d'information médicale du CHRU de Caen
<b>Prof. DROSDOWSKY Michel</b>	CHU de Caen et FAC de médecine
<b>M. DUVAL Alain</b>	URCAM – Caen
<b>D<sup>r</sup> FLACHS André</b>	Médecin généraliste retraité
<b>M. GAUTIER Pierre</b>	Union Française de la santé Bucco-Dentaire du Calvados
<b>M. GAZENGEL Jean</b>	Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens
<b>D<sup>r</sup> GOURNAY Maryvonne</b>	Inspection Médicale du Travail
<b>M. HURST Jean</b>	Pharmacien retraité
<b>Mme KHAYAT Marie-Chantal</b>	Conseillère municipale - Mairie de Caen
<b>M. KETTERER Jean-Pierre</b>	Ancien Directeur de l'URCAM
<b>D<sup>r</sup> LABBE Georges</b>	Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français
<b>D<sup>r</sup> LANOT Charles</b>	Médecin généraliste retraité
<b>Prof. LE TALAER Jean-Yves</b>	Pharmacien biologiste retraité du Centre François Baclesse-Caen
<b>M. MUH Daniel</b>	Union des Mutualités de Basse-Normandie (Calvados, Manche et Orne)
<b>M. MUSZYNSKY Casimir</b>	Gynécologue-obstétricien
<b>M. QUILLIEN Raphaël</b>	Directeur de l'Hôpital Local – Orbec
<b>D<sup>r</sup> ROBILLARD Jean</b>	Directeur honoraire du Centre Régional de Lutte contre le Cancer (F.Baclesse)
<b>Prof. THOUIN André</b>	Chef de service du laboratoire informatique médicale, CHU de Caen
<b>D<sup>r</sup> TREISSER Claude</b>	Registre des tumeurs digestives
<b>D<sup>r</sup> VALLA-LEQUEUX M-T</b>	Pédiatre-pédopsychiatre retraitée ; membre de la conférence nationale de santé

## Membres de droit du Conseil d'Administration :

<b>Monsieur le Directeur</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Normandie
<b>Monsieur le Président</b>	Conseil Régional de Basse-Normandie

# Le Personnel

## Équipe permanente:

	<b>Mademoiselle BROUDIN Élodie</b>	Animateur en Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication, Informaticien	Temps plein
	<b>Mademoiselle BURNOUF Laurence</b>	Documentaliste - chargée d'études, Géographe	Mi-temps
	<b>Docteur COLLIGNON Albert</b>	Directeur des études, Médecin de Santé Publique	Mi-temps
	<b>Mademoiselle GRIMBERT Isabelle</b>	Chargée d'études, Expert-démographe	Temps plein
	<b>Docteur LEZIN Bruno</b>	Chargé de mission, Médecin épidémiologiste, biostatisticien	Temps partiel (40 %)
	<b>Madame LEFEBVRE Mauricette</b>	Responsable-administratif, Comptable	Temps plein

Pour l'année 2004, il y a donc eu **6 salariés en CDI représentant un équivalent temps plein de 4,4** contre 4,82 en 2003 (soit une diminution du personnel de 8,71 %).

## Stagiaires :

<b>Mademoiselle GUILGORI Sylvia</b>	Stage obligatoire dans le cadre de : D.U.T., spécialité Statistique et Traitement Informatique des données à Caen	Plein temps du 29 mars au 4 juin 2004
<b>10 étudiants-enquêteurs</b>	Étudiants en MST « management sanitaire et social » de l'IUP de Caen	Temps partiel du 5 janvier au 28 février pour un total de 226,5 H

Pour l'année 2004, il y a donc eu **11 stagiaires représentant un équivalent temps plein de 0,3**.

# Vie associative

Au cours de l'année 2004, les membres se sont réunis à diverses reprises :

<b>Réunions du Bureau</b> Représentant un total de 43,75 heures de présence avec une moyenne de 5,5 participants par réunion de 2 heures	7 janvier, 25 février, 16 juin, 15 septembre et 15 décembre
<b>Conseils d'Administration</b> Représentant 57,5 heures de présence avec une moyenne de 11,5 participants par réunion de 2,5 heures	10 mars, 31 mars et 1 <sup>er</sup> octobre 2004
<b>Assemblée Générale Ordinaire</b> Regroupant 26 personnes durant 2 heures. 32 membres étaient excusés dont 17 avec un pouvoir valide	31 mars 2004
<b>Conseils Scientifiques et/ou Comités de suivi d'études</b> Totalisant 127,5 heures de présence avec une moyenne de 7 participants par réunion de 2,5 heures	9 janvier, 17 février, 4 mai, 5 octobre, 22 novembre et 1 <sup>er</sup> décembre et 20 décembre
<b>Conférence de presse</b> Présentation à la presse, aux financeurs et aux membres de l'association des principaux résultats de : <ul style="list-style-type: none"><li>- Enquête « santé-jeunes »</li><li>- Guide interactif des Établissement d'hébergement et services d'aide à domicile pour Personnes Agées (GIESPA)</li></ul>	31 mars 2004

Les principales délibérations portaient sur les sujets suivants :

- Préparation de l'Assemblée Générale Ordinaire et de la Conférence de presse ;
- Actualisation du matériel informatique et des logiciels ;
- Approbation des comptes et vote du budget prévisionnel 2005 ;
- Fixation du montant de la cotisation et du coût d'une journée de travail ;
- Examen des demandes d'adhésion et de participation au Conseil Scientifique ;
- Réponses aux demandes formulées lors de la Commission paritaire de suivi des 35 heures ;
- Participation du Dr André Flachs à l'enquête « Urgences en Ville » ;
- Remplacement du photocopieur Canon (*par un Rex Rotary*) ;
- Examen des appels d'offres et choix des travaux à réaliser ;
- Respect des délais de remise des études (principalement DRASS et Conseil Régional) ;
- Départ et remplacement du Professeur André Thouin en qualité de Président du Conseil Scientifique (*remplacé par le Professeur Xavier LE COUTOUR*) et en qualité de Secrétaire au sein du Bureau (*remplacé par le Docteur TREISSER*) ;
- Redéfinition du rôle du Conseil Scientifique dans le suivi des travaux (organigramme) ;
- Suivi et contrôle des travaux et de l'exécution budgétaire en cours d'année ;
- Réajustement du budget prévisionnel ;
- Projet de déménagement et incidence de la décision d'achat de nouveaux locaux ;
- Accueil de stagiaires ;
- Adhésion à la Charte de l'éducation pour la santé en Basse-Normandie ;
- Relations Cores-Ors ;
- Actualisation des fonctions d'Élodie Broudin ;

De plus, à la fin de chaque séance, les membres ayant participé à des réunions ou manifestations diverses en font un bref résumé (**documents disponibles à l'ORS**). Pour l'année 2004, ces participations des membres représentent un total de 53 réunions soit 225 heures réparties entre 6 membres du Bureau, du Conseil d'Administration et/ou du Conseil Scientifique.

# Travaux réalisés en 2004

(Documents disponibles au service de documentation de l'ORS)

Observation de la santé	Pages
◆ <b>Maintenance du Tableau de Bord Régional sur la Santé</b> (Recueil, synthèse et diffusion des connaissances).....	12-13
◆ <b>Veille statistique - Score santé</b> (Recueil, synthèse et diffusion des connaissances) .....	14
◆ <b>Surveillance de la Grippe - GROG</b> (Coordination d'un réseau d'observation d'une maladie épidémique)	15
◆ <b>Actualisation de la base de données de l'Observatoire social régional - BABORD</b> (Fourniture d'indicateurs sociaux).....	16
<b>Diffusion de l'information</b>	
◆ <b>Le Bulletin de l'ORS n° 18</b> (Synthèse et diffusion de résultats d'étude).....	17
◆ <b>La Lettre de l'ORS n° 8</b> (Recueil et diffusion des connaissances) .....	18
◆ <b>Plaquette sur les principaux constats sur la santé des élèves en Basse-Normandie</b> (Synthèse et diffusion de résultats d'étude) .....	19
◆ <b>Maintenance et recherche de nouvelles données pour le Guide des Établissements d'hébergement et services d'aide à domicile pour Personnes Âgées en Basse-Normandie</b> (Recueil, outil interactif accessible par Internet, mis à jour et actualisé régulièrement) .....	20
◆ <b>Mise sur le site Internet des études réalisées en 2003</b> (Inégalités infra-régionales de santé et Etude « Santé-Jeunes en Basse-Normandie) .....	21
◆ <b>Maintenance et alimentation du fonds documentaire et du Site Internet</b> (Recueil, transfert et partage de données et d'informations sur la santé) .....	22
<b>Travaux d'évaluation</b>	
◆ <b>Évaluation d'un réseau de soutien, d'information et de prise en charge de patients atteints de diabète</b> dans le secteur sanitaire n° 7 (Diab-Orne) et celui de Vire (Diab-Vire) ....	23
◆ <b>Évaluation des besoins de création de places en services et établissements pour adultes handicapés</b> dans le département de la Manche .....	24
<b>Études descriptives, statistiques ou épidémiologiques</b>	
◆ <b>Enquête « Urgences en Médecine de Ville »</b> (Recueil et synthèse d'informations).....	25
◆ <b>Étude des pratiques de dépistage et de diagnostic du cancer de l'estomac dans la Manche et le Calvados</b> (Recueil, analyse et synthèse d'informations) .....	26
◆ <b>Étude des inégalités cantonales de santé</b> (Recueil, analyse et synthèse d'informations) .....	27
◆ <b>Enquête du devenir des personnes accidentées</b> (Recueil, analyse, suivi et synthèse d'informations)...	28
◆ <b>État des lieux sur l'usage des produits psycho-actifs et les services préventifs et sanitaires dans la Manche</b> (Recueil et synthèse d'informations).....	29
◆ <b>État des lieux sur l'usage des produits psycho-actifs et les services préventifs et sanitaires dans le Calvados et Orne</b> (Étude de faisabilité et préparation de protocoles) .....	30

## Maintenance du Tableau de Bord Régional sur la santé (40 fiches)

En 1994, chaque Observatoire Régional de la Santé a réalisé, selon un modèle similaire dans les 26 régions françaises, un Tableau de bord régional sur la santé présentant environ 400 indicateurs répartis en 40 thèmes. ([détail des actualisations au verso](#)).

Depuis, les fiches sont régulièrement actualisées et consultables et téléchargeables gratuitement sur notre site Internet ([www.orsbn.org](http://www.orsbn.org)).

Chaque classeur peut également être vendu complet ou à la fiche.

**Une réalisation assurée dans chaque région, selon une présentation systématisée et homogène et régulièrement actualisée.**



Chaque tableau de bord est réalisé avec l'aide d'un comité de suivi, constitué d'experts régionaux, afin de valider et d'enrichir les commentaires de chacune des fiches.

Plutôt que d'élaborer un rapport sur la santé dans chaque région, la FNORS a opté pour la formule de "tableaux de bord régionaux sur la santé", rassemblant un ensemble de fiches thématiques indépendantes. Cette formule, plus modulable, permet non seulement l'actualisation des données à des rythmes respectant leur production, mais aussi la prise en compte aisée de nouveaux thèmes. Enfin, chaque ORS participe à l'actualisation de la synthèse nationale de l'ensemble des tableaux de bord.

Le contenu de chaque fiche et la note méthodologique de réalisation sont élaborés par l'un des ORS, puis validés par la FNORS avant d'être transmis à tous les ORS.

Chaque thème traité dans le tableau de bord fait ainsi l'objet d'une fiche papier de quatre pages, structurée de façon identique :

- La première page est articulée autour d'une synthèse associant, d'une part des éléments situant le sujet dans son contexte national, et d'autre part un résumé soulignant les faits marquants de la situation régionale. Elle comprend également un indicateur permettant de comparer les résultats de la région non seulement à la moyenne nationale, mais aussi aux valeurs régionales extrêmes.
- Les deuxième et troisième pages fournissent ensuite des données régionales plus détaillées sous forme de tableaux ou de graphiques commentés.
- La quatrième page est laissée à l'initiative de chaque ORS, afin de permettre la présentation des informations n'existant pas dans toutes les régions, ou d'analyser des données à un échelon géographique infra-régional.

Un Tableau de Bord régulièrement actualisé et enrichi :

Actuellement 40 fiches sont disponibles :

- Elles sont actualisées à des périodicités différentes selon les thèmes.
- Les 12 dernières fiches actualisées en 2004 (**en vert**) ont été ajoutées sur le site (la consultation et le téléchargement sont gratuits).
- Les 10 fiches **en marron** seront actualisées dans le courant de l'année 2005.

### **Thème 1 : Constat d'ensemble**

- 1.1 : Le contexte géographique et économique (2002)
- 1.2 : La population (2005)
- 1.3 : La mortalité (2002)
- 1.4 : L'activité et l'emploi (2002)

### **Thème 2 : Offre et consommation de soins**

- 2.1 : Les équipements hospitaliers (2001)
- 2.2 : Les médecins (2001)
- 2.3 : Les autres professionnels de santé (2001)
- 2.4 : Les urgences (2004)
- 2.5 : La psychiatrie dans les établissements de santé (2001)
- 2.6 : La consommation de soins (2002)

### **Thème 3 : Mère et enfant**

- 3.1 : Autour de la grossesse (2001)
- 3.2 : La santé de l'enfant (2004)
- 3.3 : Le mode de vie de l'enfant (2002)
- 3.4 : L'offre de soins pour la mère et l'enfant (2002)

### **Thème 4 : Personnes âgées**

- 4.1 : La population âgée (2002)
- 4.2 : Les équipements pour personnes âgées (2001)

### **Thème 5 : Personnes handicapées**

- 5.1 : Les enfants handicapés (2001)
- 5.2 : Les adultes handicapés (2001)

### **Thème 6 : Pauvreté - Précarité**

- 6.1 : Pauvreté - Précarité (2002)
- 6.2 : Difficultés d'accès au logement (2002)
- 6.3 : Difficultés d'accès aux soins (2002)

### **Thème 7 : Pathologies**

- 7.1 : Vue d'ensemble des pathologies (2004)
- 7.2 : Mortalité prématurée (2004)
- 7.3 : Les affections cardio-vasculaires (2004)
- 7.4 : Les cancers (2004)
- 7.5 : Les cancers du côlon et du rectum (2004)
- 7.6 : Les cancers de l'utérus (2004)
- 7.7 : Le cancer du sein (2004)
- 7.8 : Le Sida (2005)
- 7.9 : La tuberculose (2005)
- 7.10 : Le cancer de la prostate (2005)
- 7.11 : Les maladies respiratoires (2005)

### **Thème 8 : Facteurs de risque**

- 8.1 : L'alcool et ses conséquences sur la santé (2004)
- 8.2 : Le tabac et ses conséquences sur la santé (2004)
- 8.3 : La toxicomanie (2005)
- 8.4 : Les accidents (2004)
- 8.5 : Les suicides (2005)
- 8.6 : Les maladies professionnelles (2005)

### **Thème 9 : Santé et environnement**

- 9.1 : L'eau et la santé (2005)
- 9.2 : L'air et la santé (2005)



## Veille statistique - Score santé (500 indicateurs)

Score-Santé est la première base de données en santé publique qui rassemble, sur un site commun, des informations sur l'état de santé de la population et ses déterminants, provenant de la plupart des acteurs du champ sanitaire et d'un grand nombre d'acteurs du champ social.

Elle fournit des indicateurs de santé à différents échelons géo-graphiques : national, régional, départemental, voire infra-départemental.

Cette veille statistique pour la maintenance et l'évolution de Score-Santé gérée par la **FNORS**, a été restructurée depuis 2002 comme suit :

- ◆ **G.1 -Suivi et développement**
- ◆ **G.2 -Gestion de fichiers**
- ◆ **G.3 -Adultes handicapés**
- ◆ **G.4 -Etat de santé**
- ◆ **G.5 -Risques technologiques**
- ◆ **G.6 -Soins et prévention**

L'ORS de Basse-Normandie participe aux groupes de travail G.3 et G.5.

Score-Santé met à disposition des professionnels de santé, des décideurs, des journalistes, des enseignants, du grand public :

### **Des informations :**

- fiables : une démarche qualité est développée en partenariat avec les producteurs, et homogénéisée au niveau national ;
- comparables : les modalités de calculs des indicateurs, strictement identiques, permettent les comparaisons entre les zones géographiques ;
- validée localement : Score-Santé s'appuie sur les acteurs locaux qui apportent leurs connaissances spécifiques.

### **Avec le souci d'offrir à l'utilisateur :**

- un accès rapide : sur Internet, via l'atrium du Réseau Santé Social, Score-Santé permet une recherche thématique ou par mot-clé,
- une actualisation des données : la mise à jour des indicateurs est immédiate dès que les données sont disponibles,
- un enrichissement continu du site : la recherche de nouvelles données et de nouveaux indicateurs est permanente.

**Partenaires**

Sept partenaires ont réuni leurs compétences pour créer SCORE-santé et ont signé un protocole d'accord définissant l'architecture générale et la conduite du projet :

- le ministère de l'Emploi et de la Solidarité :
  - Direction générale de la santé (DGS),
  - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees),
  - Direction de l'administration générale, du personnel et du budget (DAGPB) ;
- la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) ;
- la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) ;
- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;
- l'Institut de veille sanitaire (InVS) ;
- la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ;
- la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (Canam).

La maintenance et l'évolution de SCORE-santé sont confiées à la Fnors et au réseau des ORS et sont financées par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, la Cnamts et l'InVS.

**SCORE santé**  
Site commun d'observation régionale en santé

**Le 1<sup>er</sup> site fédérateur d'informations sur la santé**  
<http://score-sante.atrrium.rss.fr>

*Une référence pour tous les professionnels de santé*

*Pour tout renseignement complémentaire :*  
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé  
60 boulevard Charbade - 75015 PARIS  
Tél : 01 56 58 52 40 - Fax : 01 56 58 52 41 - E-mail : info@fnors.org  
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - DAGPB - Santé  
8 avenue de Ségur - 75350 PARIS 07 89  
Tél : 01 40 56 43 13 - Fax : 01 40 56 50 43 - E-mail : magnum.vigilier@sante.gouv.fr

**Inserm** **FNORS** **Assurance Maladie** **Ministère de l'Emploi et de la Solidarité** **INVS**



## Surveillance de la GRIPPE (GROG)



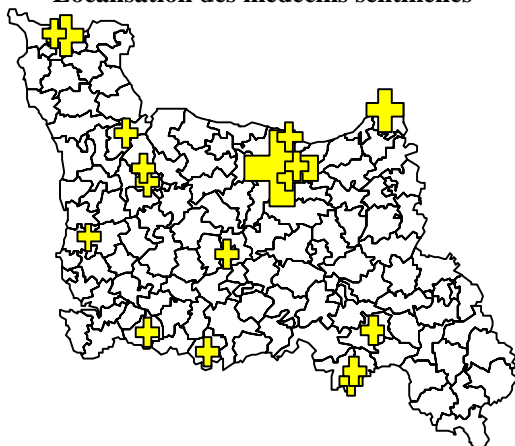
La grippe est une préoccupation de Santé Publique. Maladie fréquente et à fort potentiel épidémique (voire pandémique), elle est à l'origine d'une morbidité importante et une épidémie peut toucher plusieurs millions de personnes en France.

La connaissance précoce d'une alerte épidémique peut permettre de limiter son retentissement sur le système de soin : désorganisation de la prise en charge en ville et à l'hôpital liée à l'afflux des patients, ruptures de stock médicamenteux ... La connaissance des souches de virus grippal en circulation permet d'assurer l'adéquation de la composition des vaccins, évaluée annuellement.

Il n'existe pas de tableau clinique spécifique de la grippe. Le développement récent de molécules antivirales spécifiques rend particulièrement utile la diffusion de l'information épidémiologique vers les soignants en leur permettant de limiter l'utilisation à large échelle de ces produits à ces périodes épidémiques.

Comme chaque année depuis 1987, l'ORS a assuré, la coordination entre les 20 médecins généralistes (MG), pédiatres (MP) et SOS médecins (SOS) du réseau de surveillance de la grippe bas-normand et l'association Add GROG (Groupe Régional d'Observation de la Grippe) qui gère au niveau national. La détection virologique est effectuée par le laboratoire de virologie du CHU de Caen. La répartition géographique des médecins est principalement concentrée autour des grandes villes :

### Localisation des médecins sentinelles



### Calvados : Caen

Gaëtan DE SCHREVEL (MP)
Loïc HUET & Confrères (SOS)
Pierre LEMÉE (MG)
Philippe LERAT (MG)
Elisabeth NÉE (MG)
Pierre SAUVAGE (MG)
Frédérique RENOUF (MG)
Lionel CAPDEPON (MG)
Jean-Paul DEYSINE (MG)
Anne PETOT (MG)

### Colombelles

### Honfleur

### Lion sur mer

### Vassy

### Manche : Carentan

### Cérences

### Cherbourg

### Equeurdreville

### Pont Hébert

### St Hilaire du Harcouët

### Orne :

### Damigni

### L'Aigle

### Passais la Conception

### St Germain du Corbéis

Michel ROCA (MG)

Michel JOSSIER (MG)

Olivier SESBOUÉ (MG)

Simone SAUMUREAU (MP)

Patrick LAUNAY (MG)

France CLÉMENT (MG)

Pierre LECOMTE (MG)

Marc BARRIÈRE (MG)

Pascal BIOCHE (MG)

Didier PINÇON (MG)

Jean-Luc NOËL (MG)

### Quelques résultats :

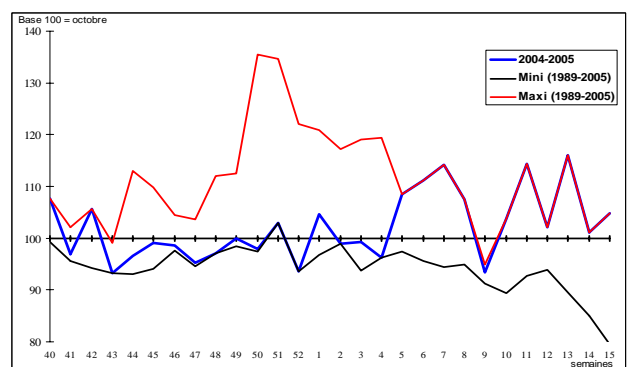
La fin de l'épidémie 2003-2004 en Basse-Normandie se situe dans la 2<sup>ème</sup> semaine de janvier 2004.

En janvier et février 2004, les médecins vigies ont été informés régulièrement par la coordinatrice de l'évolution des épidémies de SRAS et de grippe aviaire qui circulent en Asie.

Communiqué de presse le 2 février «La grippe circule activement en Basse-Normandie» avec l'arrivée d'une épidémie en raison du dépassement des seuils épidémiques du 24 au 30 janvier :

- indices non spécifiques d'activité : proportion des viroses respiratoires dans l'ensemble des actes : +41% par rapport à l'activité de référence ;
- proportion d'arrêts de travail de moins de 15 jours : +36% (*cf tableau ci-contre*)

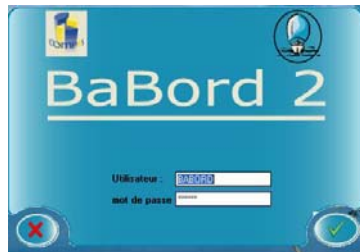
### Indice Actes/semaine par rapport à Octobre 2004



La situation en Asie ayant mobilisé la Coordination nationale par l'intermédiaire de la DGS, les médecins vigies pouvant à tout moment être sollicités pour participer à la surveillance d'épidémies.

**LA MÉTHODE :** 4 indicateurs non spécifiques d'épidémie (nombre d'actes, de visites, de viroses respiratoires, et d'arrêts de travail < 8 jours) sont recueillis chaque semaine. Parallèlement des prélèvements de gorge ou de nez sont effectués et analysés par le Laboratoire de Virologie. Le retour d'information est réalisé au moyen d'un bulletin hebdomadaire national des GROGs adressé aux médecins vigies, aux autorités sanitaires et aux partenaires.

## Base de données de l'Observatoire Social Régional – BABORD



L'accroissement constaté des phénomènes de pauvreté et d'exclusion a conduit les pouvoirs publics à mettre en place une démarche de lutte contre les exclusions, aux niveaux national et déconcentré et s'appuyant sur la mobilisation et le concours des collectivités locales et des associations.



Ces différents partenaires ont éprouvé la nécessité d'améliorer leur connaissance des problèmes sociaux, notamment de pauvreté et d'exclusion. Parmi les initiatives qui ont alors vu le jour figurent, en bonne place «les observatoires sociaux locaux» ou d'autres structures d'observation des problèmes de pauvreté et d'exclusion. Parallèlement, des structures plus anciennes ont continué à développer leur activité dans le champ plus général de l'observation sociale, qu'il s'agisse des problèmes des jeunes en difficulté, des personnes âgées ou handicapées ou de l'étude des professions sociales.



Une réflexion commune entre services déconcentrés et administration centrale a donné lieu à la création d'un groupe de travail DRASS-DDAS-DREES sur l'observation sociale en région :

### - **Orientations proposées :**

Mettre en place une coordination régionale de l'information sociale permettant de coordonner et d'améliorer le contenu des études, de compléter la connaissance du champ social et ainsi d'en valoriser et d'en partager les résultats entre l'ensemble des acteurs intéressés.

### - **Objectifs :**

Pallier la dispersion des moyens consacrés à l'observation sociale par la mise en place :

-  D'une coordination régionale des organismes et des structures d'observation sociale, qu'il s'agisse de structures sous la tutelle de l'État ou d'autres intervenants ;
-  De programmes d'études, favorisant les démarches collectives, concertées et suivies dans le temps et appuyées sur l'identification des besoins, des règles partagées d'accès aux données, la mobilisation de chercheurs et de méthodes scientifiquement reconnues, des démarches de suivi et de coordination clairement identifiées et des perspectives de valorisation.

Dans le cadre du contrat de plan Etat-Région 2000-2006, et suivant la circulaire DDAS-DREES N° 99/540 du 22/09/1999 relative à la mise en place d'une structure régionale de coordination de l'observation sociale, l'ORS participe au Comité Régional de Coordination en qualité d'organisme du monde associatif (convention signée le 14 février 2002 et modifiée par avenant en date du 7 janvier 2003).

### **Quelques résultats :**

L'ORS a participé à l'élaboration de :

- Indices comparatifs de mortalité 1998-2000 par suicides tous âges par sexes, cantons, départements et région et pour quatre tranches d'âge par sexes, départements et régions ;
- Calcul du nombre de décès 1998-2000 liés à la toxicomanie tous âges et pour trois tranches d'âge, par sexes et par cantons ;
- Taux d'infraction à la législation sur les stupéfiants par départements et région ;
- IVG enregistrées en 2001-2003 et taux d'IVG domiciliées pour 100 conceptions par départements et région.

En ce qui concerne les causes de décès, l'ORS a reçu récemment les données 2000 de l'INSERM pour laquelle la CIM (10<sup>ème</sup> révision) est utilisée pour la 1<sup>ère</sup> fois. Comme les résultats fournis sont sur 3 ans, une remise en cohérence sera effectuée entre les données de 98-99 (CIM 9) et celles de 2000.

En 2004, l'ouverture du site (<http://basse-normandie.sante.gouv.fr>) permet au «grand public» d'identifier les missions et activités du CRCOS (Comité Régional de Coordination de l'Observation Sociale) et de télécharger les documents suivants :

- socle permanent d'indicateurs, support du BABORD 2 (CD regroupant les données) ;
- approche thématique partenariale ;
- répertoire de l'Observation Sociale en Basse-Normandie.



Évolution de la mortalité en Basse Normandie entre les périodes 1981-83 et 1997-99

**LE BULLETIN**  
DE L'OBSERVATOIRE REGIONAL  
DE LA SANTE DE BASSE-NORMANDIE

ISSN 0295-9887  
NUMERO 18 DECEMBRE 2004

**Evolution de la mortalité en Basse-Normandie entre les périodes 1981-83 et 1997-99**

Dans le cadre du contrat de plan Etat-Région, l'ORS de Basse-Normandie a réalisé une étude de suivi de la mortalité entre 1981 et 1999. Pour chaque année, les taux standardisés de mortalité masculin et féminin sont situés par rapport à un couloir d'incertitude correspondant au niveau de mortalité français. De plus l'indice comparatif de mortalité de la période 1981-83 a été comparé à celui de la période 1997-99.

Les calculs ont été réalisés pour la région et les trois départements qui la compose. L'outil développé permet l'exploration des causes détaillées de décès et de leurs regroupements.

**Mortalité générale : une baisse de plus de 25% en 19 ans**

En 19 ans, la baisse des taux standardisés de mortalité en France toutes causes confondues a été considérable : -25,9% chez les hommes et -28,0% chez les femmes, baisse continue comme en témoignent les représentations graphiques.

En Basse-Normandie, la baisse de la mortalité toutes causes confondues a été plus forte qu'en France : -28,3% chez les hommes et -29,6% chez les femmes.

Ainsi la franche surmortalité masculine bas-normande s'est atténuée pour atteindre en 1999 un niveau qui reste supérieur à celui de la France mais dans une proportion moindre qu'en 1981. Chez les femmes de Basse-Normandie, la situation est maintenant semblable à la moyenne française. Quant à l'écart des taux standardisés de mortalité entre les hommes et les femmes, il s'est réduit encore plus vite en Basse-Normandie qu'en France : 795,3 décès pour 100 000 personnes en 81-83 et 584,5 en 97-99 (-26,5%) contre 694 en 81-83 et 536 en 97-99 (-22,8%) respectivement.

L'étude à l'échelle des départements donne des résultats plus tranchés : seuls les hommes du département de l'Orne n'ont pas connu de surmortalité significative tout au long de la période étudiée. Dans la Manche la surmortalité est significative et la situation ne s'est rapprochée de celle de la France que très récemment. Chez les femmes, seul le département de la Manche a connu une surmortalité significative à la fin des années 1980.

L'étude des taux bruts de mortalité par tranches d'âges en Basse-Normandie pour cette période de 19 ans, montre une surmortalité masculine entre 40 et 90 ans avec deux pics à près de 10% à 50 ans et entre 70 et 85 ans. La surmortalité féminine ne s'observe que chez les femmes âgées et reste faible bien que significative. On remarque par ailleurs une sous-mortalité significative par rapport à la France des hommes entre 25 et 34 ans et des femmes entre 30 et 39 ans.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BASSE-NORMANDIE  
"Le Triforce" - 18 rue Claude Bloch - 14090 Caen Cedex 4 - Tél. (02 31 436 336 - Fax. (02 31 436 300 - Email : contact@orsbn.org

Dans le cadre du contrat de plan Etat-Région, l'ORS a réalisé une étude de suivi de la mortalité entre 1981 et 1999. Pour chaque année, les taux standardisés de mortalité masculin et féminin sont situés par rapport à un couloir d'incertitude correspondant au niveau de mortalité français. De plus l'indice comparatif de mortalité de la période 1981-83 a été comparé à celui de la période 1997-99. Les calculs ont été réalisés pour la région et les 3 départements qui la compose. L'outil développé permet l'exploration des causes détaillées de décès et de leurs regroupements.

**Directeur de la publication :**  
Prof. Dominique BEYNIER, Président

**Président du Conseil Scientifique :**  
Pr Xavier LE COUTOUR

**Réalisation :**  
Dr Bruno LEZIN, Chargé de mission

Comme en France, la Basse-Normandie a connu en 19 ans une baisse considérable des taux standardisés de mortalité de plus de 25% mais reste en surmortalité significative pour les hommes de 4,3%. Cette étude confirme le rôle toujours prépondérant dans la région des pathologies liées à l'alcool et souligne la montée de celles liées au tabac notamment chez les femmes. Malgré une nette régression en 19 ans, les suicides restent un fléau régional aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

La totalité des résultats (*tableaux, graphiques et commentaires*) et la méthodologie sont consultables sur le site de l'ORS de Basse-Normandie : <http://www.orsbn.org/mortalite/mortalite.pdf>

Ce Bulletin a pu être réalisé et diffusé gratuitement grâce au soutien des organismes ci-dessous :



Quelques résultats :

**Mortalité générale : une baisse de plus de 25% en 19 ans.**

En 19 ans, la baisse des taux standardisés de mortalité en France toutes causes confondues a été considérable : -25,9% chez les hommes et -28,0% chez les femmes, baisse continue comme en témoignent les représentations graphiques.

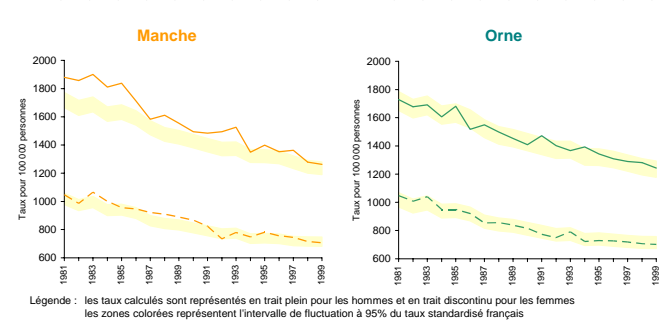
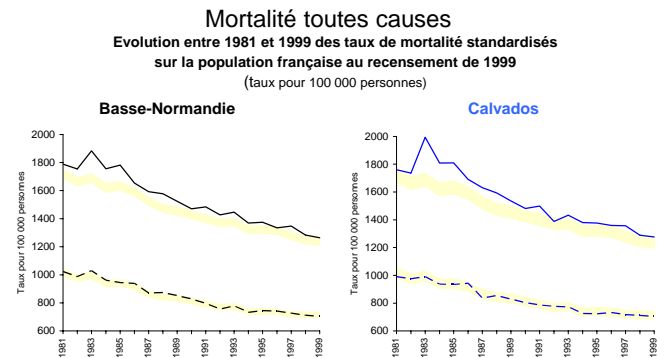
En Basse-Normandie, la baisse de la mortalité toutes causes confondues a été plus forte qu'en France : -28,3% chez les hommes et -29,6% chez les femmes.

Ainsi la franche surmortalité masculine bas-normande s'est atténuée pour atteindre en 1999 un niveau qui reste supérieur à celui de la France mais dans une proportion moindre qu'en 1981. Chez les femmes de Basse-Normandie, la situation est maintenant semblable à la moyenne française. Quant à l'écart des taux standardisés de mortalité entre les hommes et les femmes, il s'est réduit encore plus vite en Basse-Normandie qu'en France : 795,3 en 81-83 et 584,5 en 97-99 (-26,5%) contre 694 en 81-83 et 536 en 97-99 (-22,8%) respectivement.

L'étude à l'échelle des départements donne des résultats plus tranchés : seuls les hommes du département de l'Orne n'ont pas connu de surmortalité significative tout au long de la période étudiée. Dans la Manche la surmortalité est significative et la situation ne s'est rapprochée de celle de la France que très récemment. Chez les femmes, seul le département de la Manche a connu une surmortalité significative à la fin des années 1980.

L'étude des taux bruts de mortalité par tranches d'âges en Basse-Normandie pour cette période de 19 ans, montre une surmortalité masculine entre 40 et 90 ans avec deux pics à près de 10% à 50 ans et entre 70 et 85 ans.

La surmortalité féminine ne s'observe que chez les femmes âgées et reste faible bien que significative. On remarque par ailleurs une sous-mortalité significative par rapport à la France des hommes entre 25 et 34 ans et des femmes entre 30 et 39 ans.



**Dossier central : Les personnes âgées en Basse-Normandie**

<b>Directeur de la publication :</b> Pr D. BEYNIER, Président	<b>Rédacteur en chef :</b> Dr A. FLACHS, Vice-Président
<b>Président du Conseil Scientifique :</b> Pr Xavier LE COUTOUR	<b>Réalisation :</b> Laurence BURNOUF



C'est une évidence pour une grande part des commentateurs, la question des personnes âgées s'inscrit dans notre société sous la forme d'un problème aux conséquences multiples. Problème de la durée de vie qui s'accroît et qui entraîne : l'accroissement lent mais continu du nombre et de la proportion des personnes âgées, des difficultés de financement des retraites, de l'augmentation des dépenses de santé, des services nécessaires pour mettre en place les aides nécessaires pour pallier les déficiences. Tous ces oracles méritent une relecture. L'augmentation des dépenses de santé liée au vieillissement est beaucoup moins sûre qu'on le laisse penser : l'augmentation de l'espérance de vie sans maladie, sans gêne et sans handicap croît plus vite que l'espérance de vie.

L'image de la vieillesse a changé car si dans les années 60 elle était synonyme de pauvreté et d'isolement, le niveau de vie des personnes âgées s'est sensiblement accru depuis par un accès plus généralisé au régime des retraites. En revanche, les personnes de plus de 60 ans représentent plus de la moitié des 7,4 millions des personnes vivant seules en 1999 et la proportion des femmes vivant seules augmente entre 50 et 80 ans.

Les personnes âgées sont devenues un groupe d'âge qui contribue de manière non négligeable à améliorer les conditions de vie des classes d'âge plus jeunes. Les enquêtes sur le budget des familles effectuées par l'INSEE montrent que les ménages fournissent des aides particulièrement élevées au cours de deux périodes de leur existence : aux alentours des 50 ans et ensuite au moment de la vieillesse. Entre 60 et 80 ans, l'aide consacrée par les ménages passe de 6% à 12% de leurs revenus. Après 70 ans, la part du revenu qu'ils consacrent à leur propre consommation décroît, celle dévolue à l'aide augmente. Les octogénaires se montrent les plus généreux tant par l'importance des montants donnés en volume qu'en pourcentage de leurs revenus.

**EDITORIAL**

Est une évidence pour une grande part des commentateurs, la question des personnes âgées s'inscrit dans notre société sous la forme d'un problème aux conséquences multiples. Problème de la durée de vie qui s'accroît et qui entraîne : l'accroissement lent mais continu du nombre et de la proportion des personnes âgées, des difficultés de financement des retraites, de l'augmentation des dépenses de santé, des services nécessaires pour mettre en place les aides nécessaires pour pallier les déficiences. Tous ces oracles méritent une relecture. L'augmentation des dépenses de santé liée au vieillissement est beaucoup moins sûre qu'on le laisse penser : l'augmentation de l'espérance de vie sans maladie, sans gêne et sans handicap croît plus vite que l'espérance de vie.

**SOMMAIRE**

Editorial, page 1  
Programme National Nutrition-Santé, 2001-2005, page 2  
— Dossier —  
**Les personnes âgées en Basse-Normandie**  
Gérontologie  
Dr J.-F. Desson, Gériatre, CHU de Caen, page 7  
Société Gérontologique de Normandie, page 7  
Population âgée en Basse-Normandie. Démographie actuelle et à venir, page 7  
Les principales causes de décès des personnes de 75 ans et plus, page 7-8  
Personnes atteintes de démence : estimations et projections, page 9  
**Les Actions Régionales de Santé**  
Les personnes âgées et la sécurité routière, page 7-8  
Schéma Régional d'Éducation Pour la Santé, page 9  
L'alcool et la personne âgée, page 10  
Suicides et tentatives de suicide chez les personnes âgées, page 11-12  
ALMA Calvados, La Maltraitance de la personne âgée, page 12-14  
**Les Activités des Personnes Âgées**  
Association Générale des Intervenants Retraités, page 14-17  
France Bénévolat, page 15-17  
Les personnes âgées dans la Ville - Caen, page 18  
Enquête DREES - FNORS - ORS «Urgences en médecine de ville», page 19  
La consommation de drogues par les élèves en Basse-Normandie en 2003, page 20  
Enquête de satisfaction - La Lettre de l'ORS, page 20  
Bulletin d'adhésion à l'ORS, page 20

**Monsieur Dominique BEYNIER**  
Président de l'ORS

Le Docteur Claude Bévy, chirurgien dentiste, membre fondateur, président honoraire de l'ORS et ancien trésorier est décédé. Un hommage ému lui a été rendu lors de l'Assemblée Générale du 31 mars 2004.

Le Professeur André Thouin, membre fondateur et Président du Conseil Scientifique depuis les débuts de l'ORS nous a quitté pour raison de santé. Le Conseil d'Administration du 1er octobre 2004 l'a nommé Président Honoraire du Conseil Scientifique et Membre d'honneur de l'ORS.

Il sera remplacé en tant que Président du Conseil Scientifique par le Professeur Xavier Le Coutour.

— OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BASSE-NORMANDIE —  
"Le Tridre" - 18 rue Claude Buch - 14500 Caen Cedex 4 - Tél. : 02 31 436 2950 - Fax : 02 31 436 350 - Email : contact@orsbn.org

aides particulièrement élevées au cours de deux périodes de leur existence : aux alentours des 50 ans et ensuite au moment de la vieillesse. Entre 60 et 80 ans, l'aide consacrée par les ménages passe de 6% à 12% de leurs revenus. Après 70 ans, la part du revenu qu'ils consacrent à leur propre consommation décroît, celle dévolue à l'aide augmente. Les octogénaires se montrent les plus généreux tant par l'importance des montants donnés en volume qu'en pourcentage de leurs revenus.

La vision péjorative de la vieillesse qui s'appuie uniquement sur les charges qu'elle représente pour la société est une construction sociale qui pourrait évoluer dans les prochaines années. L'année 2006 devrait voir diminuer le nombre de personnes de moins de 60 ans disponibles pour travailler. Il est fort possible que ce constat modifie les calculs micro-économiques coût rentabilité qui poussent les entreprises à modifier la mise à l'écart du monde du travail des personnes de plus de 50 ans. Il devrait s'en suivre une modification notable de la représentation des personnes de plus de 60 ans dont on risque de redécouvrir la potentialité de travail.

**Éditorial du Professeur D. BEYNIER, Président de l'ORS**

**SOMMAIRE :**

- Éditorial,
- Programme Régional de Santé « Prévention des Cancers », 2003-2007
- Dossier : Les personnes âgées en Basse-Normandie
- Éditorial du dossier
- Société Gérontologique de Normandie
- Population âgée en Basse-Normandie : démographie actuelle et à venir
- Les principales causes de décès des personnes de 65 ans et + en Basse Normandie
- Estimation des personnes atteintes de démence en Basse Normandie et projections
- Les personnes âgées et la Sécurité routière
- Schéma Régional d'Éducation pour la Santé en Basse-Normandie
- Synthèse des travaux sur les personnes âgées
- L'alcool et la personne âgée
- Suicides et tentatives de suicide chez les personnes âgées
- Association Générale des Intervenants Retraités
- France Bénévolat
- Les personnes âgées dans la ville
- ALMA Calvados - La Maltraitance de la personne âgée
- Enquête «Urgences en médecine de ville», Documentation, Enquête de satisfaction, Bulletin d'adhésion à l'ORS

- Dr J.-F. Desson, Gériatre,
- Pr P. Czernichow, Société de Gérontologie de Normandie
- Dr B. Lezin, ORS BN
- Dr B. Lezin, ORS BN
- Dr B. Lezin, ORS B
- Mr Y. Deniel, Direction Départementale de l'Équipement
- DRASS de Basse-Normandie
- ANPAA du Calvados
- Dr F. Gheysen, Psychiatre libéral, Tancrède
- Drs S. Cunci & G. Prost, AGIR abcd
- Mr J. Bastide, Président de France Bénévolat
- Mr R. Pimont, Vice-Président du CCAS de la Ville de Caen
- Mme M. Le Page, Présidente de ALMA Calvados

Pour cette 8<sup>ème</sup> édition, La Lettre de l'ORS a 20 pages et a été distribuée gratuitement à 5500 exemplaires grâce au soutien de :





## Plaquette sur les principaux constats sur la santé des élèves en Basse-Normandie



L'ORS a réalisé en 2003 une étude santé auprès des jeunes scolarisés dans les établissements du second degré en Basse-Normandie. Cette enquête était soutenue par le Conseil Régional et la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales dans le cadre du Contrat de plan Etat/Région.

Cette étude était justifiée par le manque de données régionales sur le sujet et l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette période de la vie : conduites de transgression, comportements alimentaires, consommation de tabac et d'alcool, phénomènes de violence, comportements sexuels. Bien entendu, les aspects positifs des conditions de vie et de la santé des adolescents étaient également abordés par l'enquête.

Les résultats complets de l'étude se présentent sous la forme d'un document de 190 pages et ont suscité un très vif intérêt de la part des enseignants mais également des parents des élèves ayant participé à cette enquête. C'est pour cette raison qu'il est apparu nécessaire de réaliser une version condensée de 18 pages plus facilement diffusable et consultable par tous.

### Analyse des correspondances multiples et conclusion

#### Conclusion : de l'Observation à la Prévention

La réalisation de ce travail devrait conduire à des actions de prévention : aujourd'hui la prévention, l'information et la formation semblent ne plus marquer suffisamment les jeunes et n'entraînent pas les modifications espérées de leurs comportements à risque.

Il est important dès à présent de réfléchir à de nouvelles méthodes d'intervention auprès des jeunes. Les actions doivent être renforcées auprès des élèves de lycées professionnels et agricoles, mais aussi des Centre de Formation des apprentis et des lycées d'enseignement général et technique.

Même si les collégiens ne montrent pas encore de comportements à risque, des actions doivent se poursuivre activement et se multiplier dans les collèges, en faisant comprendre aux jeunes qu'il est préférable de ne jamais commencer.

Enfin, cette première enquête régionale sur la santé des élèves, peut faire l'objet d'un départ de surveillance sanitaire auprès des élèves à condition quelle puisse être refaite tous les 5 ans.

### Analyse des correspondances multiples de l'ensemble des comportements

Le taux de participation des établissements est de 98% et celui des élèves est de 93%. Nous avons estimé un échantillon de 3000 élèves. En considérant un nombre moyen de 30 élèves par classe, il nous fallait interroger 105 classes. Cependant, il s'est avéré que des classes possèdent un effectif bien inférieur à 30 élèves, ce qui ne nous a pas permis d'atteindre cette taille d'échantillon.

Afin d'éviter un effet de grappes (où les individus ont tendance à se ressembler), de diminuer la dispersion des moyens et de ne pas surcharger les responsables de l'enquête sur le terrain (infirmières scolaires, enseignants et chefs d'établissements), nous avons limité le nombre de classes interrogées par établissement. Ainsi chaque responsable a interrogé entre une et trois classes.

#### Les jeunes ou les élèves ?

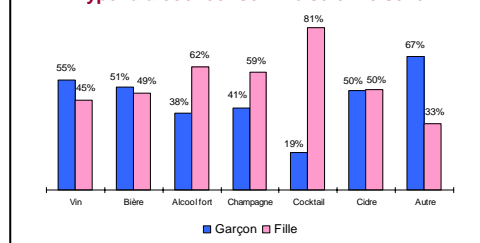
Nous n'avons pas pu introduire dans l'enquête les jeunes de 12 à 20 ans non intégrés au système scolaire. Il ne représentent qu'un très faible pourcentage et ont des caractéristiques spécifiques de santé et de conduites à risques. Ceci pouvait entraîner un biais dans les résultats, car les jeunes scolarisés sont davantage protégés des conduites à risques et déviantes.

Certains élèves ont trouvé que des questions étaient très intimes (notamment sur la sexualité et les tentatives de suicide). Un chef d'établissement n'a pas souhaité que ses élèves de 6<sup>ème</sup> répondent aux questions sur le tabac, la drogue, la sexualité et le suicide. Ceci a entraîné un biais dans l'analyse de ce niveau de classe. D'autant plus, que les 6<sup>ème</sup> des autres établissements ont répondu sérieusement.

Malgré les craintes des adultes sur les thèmes les plus délicats, le questionnaire a été bien accepté par les élèves. Le taux de réponses aux différentes questions est en moyenne de 99%. Ce sont les questions sur les opinions et représentations qui obtiennent le taux de réponses le plus faible.

La passation du questionnaire était l'occasion d'aborder des questions de santé ou de société. Les modalités de passation du questionnaire auprès des élèves ont, en effet, permis d'obtenir des réponses qui nous semblent sincères de leur part. Rappelons que cette enquête est basée sur leurs déclarations. Le questionnaire était rempli individuellement. L'adulte responsable était présent uniquement pour répondre aux éventuelles questions. Le questionnaire ne présentait aucune désignation (anonyme). La formulation des questions a été faite de sorte que l'élève ne ressentait aucune dévalorisation personnelle.

**Exemple : Les attitudes face à l'alcool**  
Type d'alcool consommé selon le sexe



## Maintenance et mise à jour du Guide des établissements d'hébergement et services d'aide à domicile pour personnes âgées en Basse-Normandie – GIESPA -

Guide Interactif des Établissements d'hébergement et Services d'aide à domicile pour Personnes Agées en Basse-Normandie



La Basse-Normandie est plutôt bien dotée en structures d'accueil collectives pour les personnes âgées. Cette situation résulte, bien sûr, de l'action menée par les Départements, dans l'exercice de leurs compétences. Elle résulte également de l'effort soutenu depuis plus de 20 ans par la Région, pour l'humanisation des maisons de retraite en milieu rural, au titre de l'aménagement du territoire régional.

L'évolution démographique et l'arrivée dans la tranche d'âge des 60 ans de la génération issue de l'après-guerre induit une demande culturellement différente de celle des générations antérieures.

Ces « papy et mamie boomers », toujours actifs et en meilleure santé, privilégient le maintien à domicile jusqu'à un âge très avancé.

Se référant à la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et au Schéma régional d'organisation sanitaire, qui place, à juste titre, le maintien à domicile comme objectif de l'organisation mise en œuvre en vue d'apporter une réponse optimale aux besoins des personnes âgées, la Région a confié à l'ORS le soin de confectionner le présent guide.

Ce document, qui est aussi disponible sur Internet, ce qui facilite sa mise à jour, s'inscrit dans la démarche de développement et de coordination des réseaux locaux de solidarité.

L'exhaustivité qui a présidé à son élaboration en fera l'outil privilégié des professionnels, des familles, des personnes âgées elles-mêmes et de tous ceux qui, à un titre ou à un autre, se préoccupent de la qualité de vie des personnes âgées en Basse-Normandie.

**Avant –Propos de M. René GARREC,  
Président du Conseil Régional de Basse-Normandie**

### **Objectif de ce guide :**

Il s'agit de mieux faire connaître aux habitants de Basse-Normandie (professionnels de santé et population générale) les services d'aide à domicile et les structures d'hébergement de leur région afin de faciliter leurs choix et démarches.

Ce guide est un répertoire des établissements et services autorisés par les instances compétentes, à accueillir des personnes âgées. Construit sous la forme d'une base de données, la version disponible sur Internet est remise à jour régulièrement.

### **Méthodologie :**

La liste des établissements et services recensés dans ce guide a été obtenue auprès de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Basse-Normandie (fichier mis à jour en juin 2001). Les Conseils Généraux ont fourni la liste des familles d'accueil qu'ils autorisent.

Un questionnaire court a été conçu par l'ORS et amélioré par les propositions du comité de pilotage associant responsables de services à domicile, médecins gériatres et de santé publique, médecins conseils, DRASS. Il a été envoyé à chaque établissement et service au cours d'octobre 2001. Une relance téléphonique en novembre et décembre 2001 a été nécessaire auprès de la moitié des établissements et services pour obtenir les informations collectées dans ce guide.

**Afin de rester pertinent, ce guide nécessite une mise à jour régulière mais également un perfectionnement suivant les demandes des utilisateurs.**

En 2004 une actualisation des 900 enregistrements était prévue ainsi qu'une recherche et ajout de nouveaux établissements et de nouvelles informations utiles (prix de journée, climatisation, ...).

Des impondérables au niveau du personnel ont fait que ce travail n'a pas été entièrement terminé en 2004 mais fin février 2005.

## Mise sur le site d'études réalisées en 2003

### I - Étude sur les inégalités infra-régionales de santé

Chemin : [www.orsbn.org/Etudes/Consultation des études/Vues d'ensemble sur la santé/Analyse des inégalités infra-régionales sanitaires et sociales – année 2003 – 59 pages](http://www.orsbn.org/Etudes/Consultation%20des%20études/Vues%20d'ensemble%20sur%20la%20santé/Analyse%20des%20inégalités%20infra-régionales%20sanitaires%20et%20sociales%20-%20année%202003%20-%2059%20pages)

L'ORS a réalisé la rédaction de commentaires spécifiques sur les caractéristiques bas-normands des 8 classes issues de la classification hiérarchique ascendante (commentaires économiques et sociologiques essentiellement).

#### *Quelques résultats :*

**Les grandes agglomérations** (classe 5), au nombre de 13, se démarquent du reste des cantons de la région ; l'offre de soins y est abondante, mais à l'opposé, l'état de santé de ses populations, bien souvent dans une situation de précarité, y est moins bon (mortalités prématurée et par cancers élevées).

**Les zones périurbaines** (Classe 4), au nombre de 27, sont socialement favorisées (forte proportion de cadres), en bonne santé, mais présentent en revanche une faible offre de soins.

**Les périphéries urbaines** (Classe 3), au nombre de 15, sont principalement situées au nord de Caen dans le Calvados et autour de Cherbourg dans la Manche à proximité du littoral. Ces périphéries urbaines se démarquent par une population fortement touchée par le chômage aussi bien des jeunes que des moins jeunes, autant chez les femmes que les hommes, avec une mortalité par cancer élevée.

Les zones rurales, se répartissent entre des cantons à prédominance agricole et des cantons à prédominance ouvrière.

**Les cantons ruraux agricoles** (classe 2) au nombre de 35, présentent une population assez âgée et éloignés des services de soins (maternités et urgences). Les décès par suicide, maladies de l'appareil respiratoire et cardiopathies ischémiques y sont élevés.

**Les cantons ruraux ouvriers** (Classe 1) au nombre de 57, sont touchés par un taux de chômage élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les femmes. La mortalité prématurée y est élevée et ces cantons présentent une offre de soins moins importante.

### II - Enquête sur la santé des Jeunes en Basse-Normandie

Chemin : [www.orsbn.org/Jeunes/Santé des moins de 25 ans /La santé des élèves en Basse-Normandie – année 2003 – 170 pages](http://www.orsbn.org/Jeunes/Santé%20des%20moins%20de%2025%20ans/La%20santé%20des%20élèves%20en%20Basse-Normandie%20-%20année%202003%20-%20170%20pages)

L'ORS a réalisé en septembre 2003 auprès de 88 établissements sur 369 de la région (148 391 élèves) une enquête sur la santé des jeunes scolarisés. 2250 questionnaires ont été analysés ; sur les 105 classes sélectionnées il y en avait : 55 en collège, 24 en lycée général, 15 en lycée professionnel, 2 en lycée agricole et 6 en CFA. Au total, il y a eu 175 refus ; 2260 élèves participants (Taux de sondage : 15/1000) ; 2250 questionnaires ont ainsi pu être analysés. Les résultats de cette enquête vont nous permettent de mieux connaître la santé et les comportements des jeunes scolarisés, autour des thèmes qui ont été abordés : le milieu social et familial, la santé perçue, la nutrition, la consommation d'alcool, de tabac, de drogue, le suicide, la sexualité, les accidents, les violences subies et infligées à autrui, les opinions et représentations.

#### *Quelques faits marquants :*

**La quasi-totalité des élèves se dit en bonne santé (soit 97%)**, dont 49% en parfaite santé. La très grande majorité se dit être "bien dans sa peau" et 13% déclarent un certain mal-être.

Parmi l'ensemble des élèves interrogés, **25% n'ont jamais consommé d'alcool**, ce sont principalement les collégiens. En revanche, 73% ont déclaré avoir consommé au moins une fois une boisson alcoolisée et plus de six sur dix en consomment toujours au moment de l'enquête et 22% ont déclaré avoir déjà été ivres. L'âge moyen de la 1<sup>ère</sup> consommation est de 12 ans. En général, les garçons commencent à boire plus tôt (11 ans) que les filles (12 ans). Les consommateurs réguliers, surtout ceux de plus de 16 ans, en boivent plusieurs fois par semaine (5% des élèves), voire tous les jours (1% des élèves). Ceux-ci sont plus nombreux dans les lycées professionnels, agricoles et Centres de Formation.

**La moitié des élèves n'a jamais fumé** ; ces derniers se préoccupent avant tout de leur santé et c'est pour cette raison qu'ils ne fument pas. Cependant, l'autre moitié a déjà fumé au moins une fois et 1/4 des élèves fume au moment de l'enquête, dont 17% tous les jours, les filles autant que les garçons. De plus, nous avons remarqué qu'il faut un an seulement pour passer d'une consommation expérimentale (âge moyen : 12 ans et demi) à une consommation régulière (âge moyen : 13 ans et demi). C'est la volonté de faire comme les autres ou de s'intégrer à un groupe qui incite les jeunes à commencer à fumer.

**Quant à la drogue, 73% des élèves n'y ont jamais touché.** La consommation expérimentale concerne 1/4 des élèves. L'âge moyen de cette première expérience est de 14 ans et demi. Pour 95% d'entre eux, c'est le cannabis qui a été le produit le plus expérimenté. Au moment de l'enquête, la consommation régulière concerne 5% des élèves, surtout des garçons, la consommation occasionnelle touchant 11% des élèves, principalement les filles. Ce type de consommation touche majoritairement des élèves âgés de plus de 17 ans, fréquentant les lycées et les CFA. Toutefois, plus de la moitié de ces derniers associent consommation de drogue et consommation d'alcool.

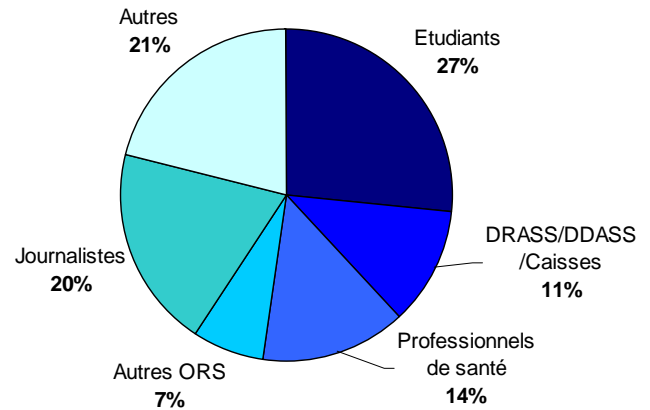
## Maintenance et alimentation du fonds documentaire et du Site Internet

Alimenté en permanence, le service documentaire de l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie dispose au 31 décembre 2004 de **12800 références**, ouvrages et articles d'origines très diverses (rapports du Ministère de la Santé, rapports d'activité de différents organismes, rapports des ORS, comptes-rendus de colloques, revues spécialisées en santé publique, ...).

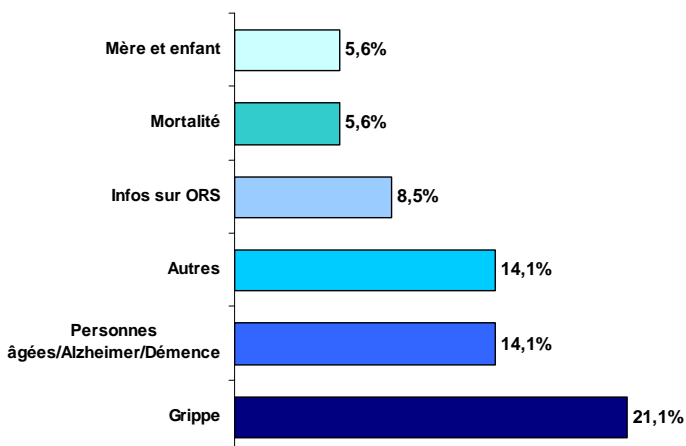
### Origine des demandes :

Au cours de l'année 2004, **90 personnes (71 en 2003)** se sont présentées au service de documentation (2 demandes en moyenne par semaine), près du double ont interrogé la documentaliste par mail et **10687** ont visité le site Internet (**2600 en 2003**).

Les demandes proviennent de sources très variées. On remarque une augmentation du nombre de demande provenant des institutionnels et des professionnels de santé.



### Thèmes des principales demandes



Les informations sur la grippe étant principalement demandé par les journalistes régionaux pendant la période épidémique.

D'autres thèmes sont également abordés : Suicide, Sécurité routière, Alcool, Santé milieu rural, Démographie Médicale, Cancer, Réseau/Évaluation, TBS, Nutrition, Environnement, Hospitalisation.

Une grande partie des recherches documentaires peuvent passées par notre site Internet puisque nous disposons de nombreuses études téléchargeables (Fiches du tableau de bord, suivi du GROG, Données de mortalité, etc...)

Quant aux **10687 personnes ayant visité notre site** (*plusieurs visites le même jour par la même personne = 1 visite*), il s'agissait principalement :

- Atlas de Santé ;
- GIESPA (guide des établissements d'hébergement et services à domicile pour personnes âgées en Basse-Normandie) ;
- Études réalisées par l'ORS (suicide, sida, cancer, ... ) ;
- SROS.

Le service de documentation de l'ORS est à la disposition de tous :

**du lundi au mardi de 9 H à 17 H 30  
et le mercredi de 9 H à 13 H**

Il est conseillé de prendre rendez-vous avec Laurence BURNOUF au : **02.31.436.650**

## Évaluation de réseaux

Pour des raisons de confidentialités, les résultats de ses évaluations ne sont pas diffusés par l'ORS.

### ◆ **Évaluation d'un réseau Ville-Hôpital autour des dossiers médicaux informatisés de cancérologie (OncoCOM)**

A l'occasion de la phase de lancement, et en vue de son financement par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, l'ORS (Docteur Bruno LEZIN) a été chargé d'évaluer l'utilité et l'ergonomie de l'accès télématique sécurisé des médecins libéraux aux dossiers médicaux informatisés de cancérologie du Centre François Baclesse et du Centre de radiothérapie Maurice TUBIANA.

### ◆ **Évaluation d'un réseau de soutien, d'information et de prise en charge de patients atteints de diabète dans le secteur de Vire (Diab-Vire)**

En vue du financement par le Fonds d'aide à la qualité des soins de Ville par l'URCAM d'un réseau de prise en charge des patients atteints de diabète de type 2 dans la zone d'attraction du Centre Hospitalier de Vire, l'évaluation de la phase d'initiation du réseau a été confiée à l'ORS (Docteur Bruno LEZIN) par l'Association Viroise des Diabétiques du Bocage (AVDB).

Ce travail d'évaluation, débuté fin d'année 2003, a été terminé dans le courant du premier trimestre 2004.

### ◆ **Évaluation d'un réseau de soutien, d'information et de prise en charge de patients atteints de diabète dans le secteur sanitaire n° 7 (Diab-Orne)**

L'association Pacte Asset Orne Normandie a soumis en 2000 au Comité National de gestion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville un projet de réseau de prise en charge des patients atteints de diabète de type 2 dans le secteur sanitaire n° 7. Ce réseau a été mis en place en 2001. L'ORS (Docteur Bruno LEZIN) a réalisé l'évaluation de ce réseau au terme de sa 1<sup>ère</sup> année de fonctionnement.

Ce travail d'évaluation, débuté fin d'année 2003, a été terminé dans le courant du premier trimestre 2004.

## **Évaluation des besoins de création de places en services et établissements pour adultes handicapés dans le département de la Manche**

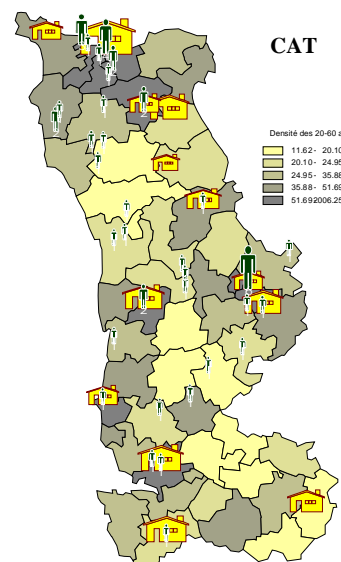
Le Projet de Schéma départemental en faveur des personnes vivant avec un handicap a été diffusé en février 2004 auprès des partenaires de la mise en œuvre des politiques d'intervention en faveur des personnes handicapées.

Les positions de l'État et du Conseil Général en matière de création de places dans certains établissements ont été contestées par un « *Collectif des parents en colère* » sur la base d'une étude des listes d'attente faisant apparaître un manque de 450 places sur le département.

Suite à un engagement du Président du Conseil Général de la Manche devant les représentants de ce collectif, le Directeur du Service Départemental d'Action Sociale (SDAS) et le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ont souhaité approfondir l'évaluation des besoins de places en services et établissements pour adultes handicapés dans ce département.

L'ORS a été contacté en mai 2004 en vue de la réalisation d'une telle étude dont le contenu a été défini dans ses grandes lignes en juin 2004 lors d'une réunion à Saint-Lô avec les Directeurs d'administrations et services concernés.

Avant d'être arrêté, le Schéma a été soumis à l'avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) et à celui du Conseil Départemental Consultatif de Personnes Handicapées (CDCPH) réunissant professionnels et usagers (*loi du 2 janvier 2002*).



### **Objectifs :**

- ✚ Analyser les listes d'attente sur le plan quantitatif dans tous les établissements pour adultes handicapés
- ✚ Analyser sur le plan qualitatif la demande de places des personnes vivant avec un handicap et inscrites sur une liste d'attente
- ✚ Évaluer le nombre de placements actuels d'attente ou non satisfaisants dans les établissements et faire le bilan des réorientations souhaitables selon la direction de l'établissement
- ✚ Évaluer les besoins des personnes handicapées vivant à leur domicile en échec de placement ou n'ayant pas formulé de demande
- ✚ Estimer les besoins de places dans 5 ans

### **Méthode :**

**Module 1 : Analyse quantitative des listes d'attente en 2004** : Résultats consolidés restitués en janvier 2005.

**Module 2 : Analyse qualitative des listes d'attente** : Résultats attendus en mars 2005. Les résultats de l'enquête auprès des personnes ont été discutés en réunion du Comité de pilotage du 28 février (*SDAS Saint-Lô*) ; un compte rendu intermédiaire a été présenté au Groupe de suivi lors le 2 mars (*Hôtel du Département*).

**Module 3 : Enquête dans les établissements sur la pertinence des placements** : Au 27 janvier tous les établissements avaient répondu. Un essai de typologie des établissements sur la base des niveaux de dépendance des personnes placées à bon escient montre une non concordance entre les niveaux de dépendance et le type d'établissement qui devrait leur correspondre.

**Module 4-a : Enquête auprès des MG sur les besoins non exprimés** : (début en mars 2005) ; Deux questions sont posées aux 45 MG de la circonscription d'action sociale de Coutances : Existe-t-il dans votre clientèle des adultes handicapés (20-60 ans) ayant besoin d'aide ? Si oui, acceptez-vous de communiquer leur identité à l'ORS en vue de définir ce besoin d'aide soit au moyen des données éventuellement déjà enregistrées dans l'enquête, soit dans le cas contraire, lors d'un contact ultérieur avec vous ?

**Module 4-b : Enquête auprès des personnes sur les besoins non exprimés** (données COTOREP reçues en mars) : Définis par une orientation COTOREP prononcée dans la période 2000-2004 pour des personnes ne figurant actuellement ni dans un établissement ni sur la liste d'attente consolidée. Après croisement de ces listes, l'ORS proposera une enquête par courrier aux personnes définies comme ayant un besoin non exprimé.

**Module 5 : Prospective à 5 ans et synthèse** : mai-juin 2005 : synthèse ; 23 mai : réunion du Groupe de suivi ; 29 juin (si date confirmée le 23 mai) : réunion plénière de restitution finale.




## Enquête « Urgence en Médecine de Ville »

Une enquête sur les recours en urgence au médecin généraliste a eu lieu dans chaque région française pendant la semaine du 18 au 24 octobre 2004. Elle est conçue et réalisée par les Observatoires Régionaux de la Santé et leur Fédération nationale (FNORS) à la demande de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et ses Statistiques (DREES ; Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité ; Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées).

L'objectif général est de mieux connaître les circonstances, trajectoires, motifs et déterminants des recours «en urgence» en médecine générale de ville. Cette enquête vient compléter celle menée en 2002 par la Drees sur les recours aux services d'urgence hospitaliers et permettra de disposer de données comparatives entre les filières de soins hospitalières et de médecine ambulatoire.

Ce questionnement apparaît dans un contexte d'engorgement des urgences hospitalières, alors que de nombreux acteurs s'interrogent sur l'organisation des systèmes de garde, de la permanence des soins et sur la continuité des soins en médecine générale.

L'enquête se déroule en trois volets :

-  une enquête menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes (représentatif au niveau de chaque région française) pour recueillir des informations sur leur activité, leur formation et leur organisation vis-à-vis de la prise en charge des urgences ;
-  un recueil d'information par ces médecins, par questionnaire, auprès de chacun des patients les consultant en "urgence" ;
-  une enquête téléphonique, dans le prolongement immédiat de la précédente enquête, menée par BVA auprès d'un échantillon de ces patients (représentatif au niveau national) sur les raisons de leur recours à la médecine de ville en urgence et leur perception des réponses apportées.

La FNORS est chargée par la DREES d'une mission d'assistance à maîtrise d'ouvrage qui consiste à définir le protocole de l'enquête et à préparer les questionnaires pour les deux premiers volets, le questionnaire pour l'enquête téléphonique auprès des patients étant préparé par la DREES. Elle est également chargée de la coordination des ORS pour la réalisation de l'enquête.

La mise au point de l'enquête s'est également appuyée sur un comité de pilotage regroupant des professionnels ayant déjà réalisé des travaux sur ce thème, des représentants des médecins et des usagers ainsi que des partenaires institutionnels. Y participent notamment des membres du Conseil National de l'Ordre des Médecins, de la Société Française de Médecine Générale, de SOS Médecins et des Urgences Médicales de Paris, d'une Union Régionale de Médecine Libérale, d'une Agence Régionale de l'Hospitalisation, des fédérations hospitalières et des urgentistes ainsi que des représentants des ORS, de la FNORS, de la CNAMTS et des principales directions du ministère de la santé.

Afin de permettre une diffusion très large des résultats de cette enquête, une version HTML sera réalisée afin de l'insérer sur le site Internet de l'ORS grâce à la participation financière du **Conseil Régional de Basse-Normandie**.

### Quelques résultats :

Ruraux (attendu : 44)			Ville (attendu : 48)			SOS (attendu : 8)			Total (attendu : 100)		
Médecins répondants	Patients analysés	Accords validés	Médecins répondants	Patients analysés	Accords validés	Médecins répondants	Patients analysés	Accords validés	Médecins répondants	Patients analysés	Accords validés
34	359	214	41	461	278	8	231	157	83	1051	649
77%	10,5	6,6	85%	11,2	6,8	100%	29	20	83%	12,6	7,8
41%	34%	33%	49%	44%	43%	10%	22%	24%	--	--	--
		60%			60%			68%			62%

#### Se lit :

34 : Nombre de médecins répondants de la strate « Ruraux »

77% : % des médecins ayant répondu par rapport à la strate « Ruraux » (44)

41% : % des médecins ayant répondu par rapport au total des strates (83)

359 : Nombre de patients analysés de la strate « Ruraux »

10,5 : Moyen des patients analysés par médecins répondants de la strate « Ruraux »

34% : % des patients analysés dans la strate « Ruraux » par rapport à leur total dans l'enquête

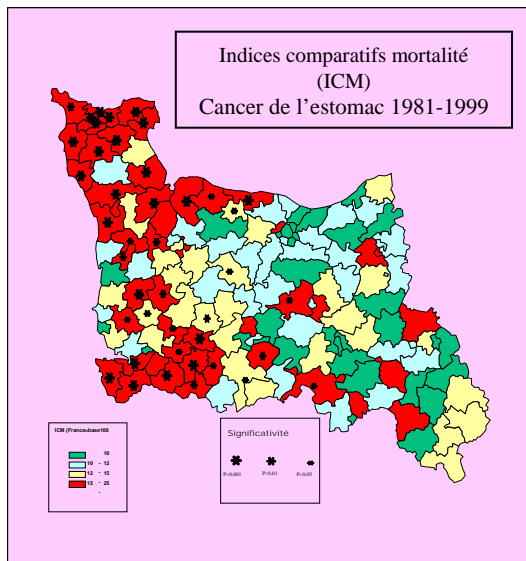
214 : Nombre d'accords validés des patients de la strate « Ruraux »

6,3 : Moyenne par médecins de la strate « Ruraux »

33% : % des accords de la strate par rapport au total (649)

60% : % des accords (214) parmi les patients (359) de la strate « Ruraux »

## Étude des pratiques de dépistage et de diagnostic du cancer de l'estomac dans les départements de la Manche et du Calvados



Il existe une surmortalité régionale par cancers de l'estomac de +30% chez l'homme (328 décès observés contre 252 attendus selon les taux nationaux sur les 3 années de la période 1997-99) et de +36% chez la femme (220 décès observés contre 162 attendus). Cet excès de décès par rapport à la moyenne est observé dans le Calvados (+20% chez l'homme et +48% chez la femme) et surtout la Manche (+48% et +60% respectivement), mais pas dans l'Orne (+19% et -23% respectivement, ces écarts à la France n'étant pas significatifs).

Une telle surmortalité régionale existait également pendant la période 1981-83 ; elle était due à une surmortalité significative dans le département de la Manche uniquement, chez l'homme comme chez la femme. Accompagnant la tendance décroissante nationale, les taux dans la Manche restent significativement supérieurs à la moyenne française

tout au long de la période 1981-99 ; en 1997-99, ils sont de 23,1 pour 100 000 hommes et de 9,3 pour 100 000 femmes contre 14,7 et 6,0 en France respectivement.

L'analyse régionale des indices comparatifs de mortalité (ICM) par cantons confirme la situation singulière de la Manche et permet de constater une prédominance de la surmortalité au nord et au sud du département sur la période 1981-1999 (voir en annexe les cartographies des ICM en référence aux taux nationaux ou régionaux).

En France, les taux les plus élevés sont observés en Bretagne et les taux les plus faibles dans le sud [Hill C. et al, 1997]. Les générations récentes sont moins touchées par ce cancer que les générations anciennes, le risque relatif selon la cohorte de naissance diminuant régulièrement en France, et de façon plus rapide pour la mortalité que pour l'incidence [Launoy G., 2002].

Dans la Manche, cette surmortalité durable, chez l'homme comme chez la femme, est spécifique aux cancers de l'estomac et ne se retrouve pas pour la mortalité toutes tumeurs confondues : le nombre de décès observés dû à l'ensemble des cancers évolue depuis 1981 à la limite supérieure (chez l'homme) ou à l'intérieur (chez la femme) de l'intervalle de fluctuation de l'effectif attendu ; en 1997-99 le département enregistre une surmortalité significative de +6% uniquement chez l'homme (comparable à la surmortalité régionale correspondante : +7%).

Un constat comparable peut être fait pour l'ensemble des causes de décès : la surmortalité observée, toutes causes confondues, a diminué pour évoluer depuis 1994 (chez l'homme) ou depuis 1981 (chez la femme) à la limite supérieure de l'intervalle de fluctuation de l'effectif attendu ; en 1997-99 la Manche enregistre une surmortalité globale significative de +4% uniquement chez l'homme (comparable à la surmortalité régionale correspondante : +4%).

### *Quelques résultats :*

La concertation nécessaire et prévue avec les partenaires, en particulier les Registres des cancers de la Manche et du Calvados, a entraîné une révision du type d'enquête à réaliser en priorité. L'objectif est inchangé (étudier le stade évolutif de ce cancer au moment de son diagnostic, comparativement dans la Manche et le Calvados), mais il a été jugé plus rationnel d'exploiter d'abord les données rétrospectives existantes au sein des deux Registres avant d'engager une étude des pratiques actuelles auprès des gastro-entérologues.

Ce changement de protocole fait que le travail ne pourra être terminé que pour la fin du mois de juin 2005.

## Étude sur les inégalités cantonales de santé

Après une première étude des inégalités de santé à l'échelon du canton en 2000, l'ORS a réalisé en 2003 des commentaires spécifiques aux caractéristiques bas-normands des 8 classes issues de la classification hiérarchique ascendante (commentaires économiques et sociologiques essentiellement).

En 2004, la FNORS a souhaité que cette étude soit **complétée par la prise en compte de thèmes supplémentaires** (emploi, logement, population, prestations sociales, enfance et famille) afin de mieux cerner les différents aspects de la précarité et de pouvoir caractériser plus finement la typologie des cantons.

La méthode consistait à réaliser une analyse en composantes principales des différents indicateurs utilisés (synthèse des similitudes ou divergences les plus significatives d'un canton par rapport à la moyenne), puis une classification hiérarchique ascendante (regroupement des cantons présentant des indices voisins en un nombre restreint de classes homogènes).

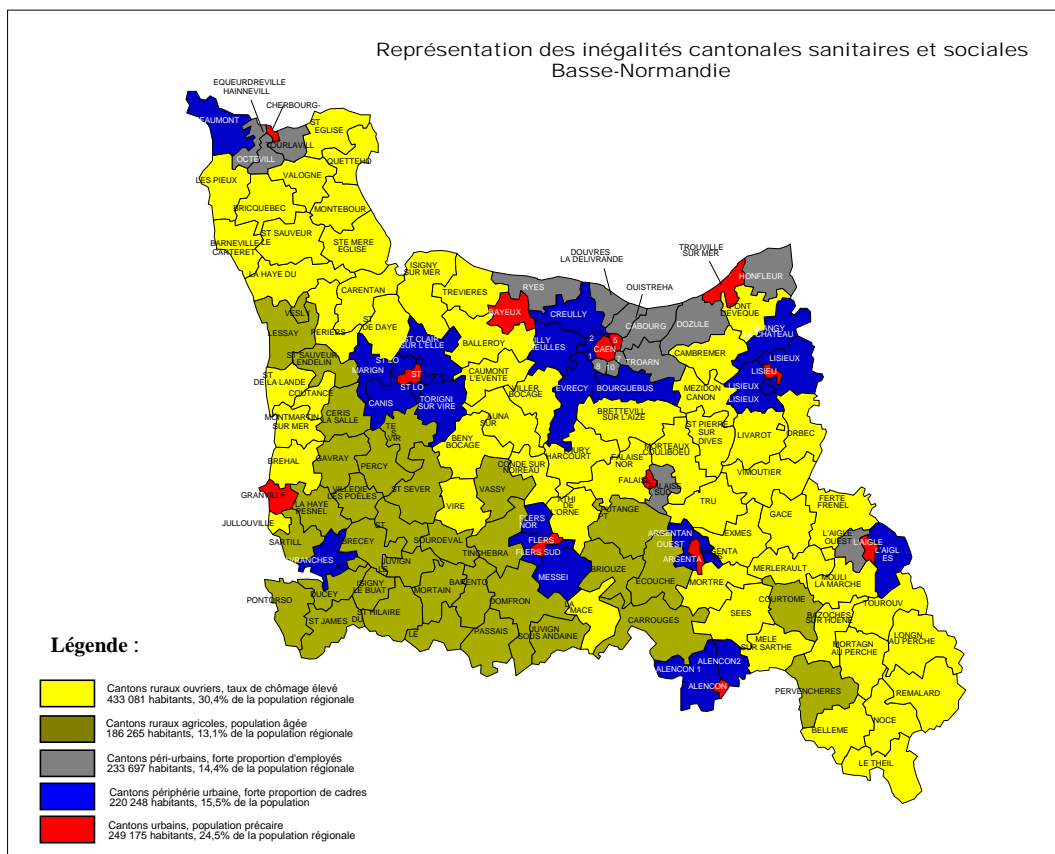
### Quelques résultats :

**Les grandes agglomérations (classe 5)**, au nombre de 13, se démarquent du reste des cantons de la région ; l'offre de soins y est abondante, mais à l'opposé, l'état de santé de ses populations, bien souvent dans une situation de précarité, y est moins bon (mortalités prématurée et par cancers élevées).

**Les zones périurbaines (Classe 4)**, au nombre de 27, sont socialement favorisées (forte proportion de cadres), en bonne santé, mais présentent en revanche une faible offre de soins.

**Les périphéries urbaines (Classe 3)**, au nombre de 15, sont principalement situées au nord de Caen dans le Calvados et autour de Cherbourg dans la Manche à proximité du littoral. Ces périphéries urbaines se démarquent par une population fortement touchée par le chômage aussi bien des jeunes que des moins jeunes, autant chez les femmes que les hommes, avec une mortalité par cancer élevée.

**Les zones rurales**, se répartissent entre des cantons à prédominance agricole et des cantons à prédominance ouvrière.



**Les cantons ruraux agricoles (classe 2)** au nombre de 35, présentent une population âgée et éloignés des services de soins (maternités et urgences). Les décès par suicide, maladies de l'appareil respiratoire et cardiopathies ischémiques y sont élevés.

**Les cantons ruraux ouvriers (Classe 1)** au nombre de 57, sont touchés par un taux de chômage élevé chez 15-24 ans et chez les femmes. La mortalité prématurée y est élevée et ces cantons présentent une offre de soins moins importante.

## Enquête sur le devenir des personnes accidentées

Pour pallier le manque de connaissances sur le devenir médical et social des personnes victimes d'accidents, l'Observatoire Régional de la Santé a procédé de janvier à mars 2004, à un recueil d'informations auprès des personnes hospitalisées au CHU de Caen à la suite d'un accident. Le bilan de l'état de santé un an après sera réalisé au cours du premier trimestre 2005.

La population concernée par l'enquête est définie comme ayant été victime d'un accident de la circulation, du travail ou de la vie courante, résidant en Basse-Normandie et hospitalisée au moins 5 jours au CHU de Caen.

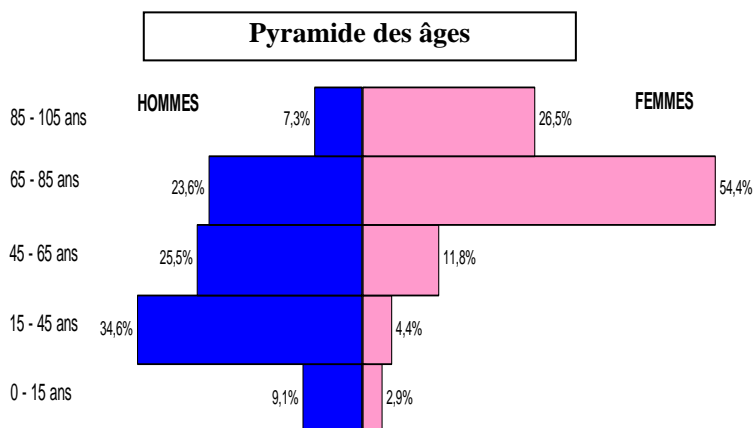
L'ORS a réalisé en fin d'année 2003, une étude de faisabilité en collaboration avec les médecins et infirmières d'un service hospitalier volontaire, et avec les médecins traitants pour la phase de suivi ultérieur. Ce travail comporte les étapes suivantes :

- ✚ Recrutement pendant 3 mois des personnes victimes d'un accident de la circulation ou de la vie courante lors de leur entrée au service d'accueil des urgences du CHU ;
- ✚ Suivi de ces personnes tout au long de leur hospitalisation et remplissage d'un questionnaire sur l'état de santé à la sortie et sur le type de destination ;
- ✚ Recueil d'information 1 an après cette sortie, auprès de la personne concernant son état de santé et son devenir social et professionnel.

### Quelques résultats :

Sur les 715 personnes passées au DATU entre le 5 janvier et le 31 mars 2004 pour un motif repéré comme lié à un accident de la circulation, du travail ou de la vie courante, 505 personnes sont sorties avant le 5<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation et n'entrent pas dans le cadre de l'étude. 210 personnes entraient dans le cadre de l'étude, 38 ont refusé de participer à l'enquête, 48 étaient ininterrogeables, une personne est décédée et  **finalement 123 ont effectivement pu être interrogées.**

Parmi les personnes interrogées, la population féminine est prépondérante avec 55% de femmes contre 45% d'hommes.



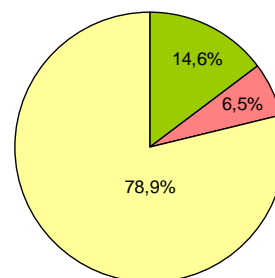
La pyramide des âges des personnes accidentées est dissymétrique selon le sexe : les 15-45 ans prédominent chez l'homme, les plus de 65 ans chez la femme. L'âge des femmes est significativement plus élevé (75 ans) que celui des hommes (49 ans), l'âge moyen de cette population étant de 63,4 ans.

Plus du tiers de cette population est composé de veufs (soit 36%) qui sont surtout des veuves (89%) en raison de leur moyenne d'âge plus élevée (de 26 ans).

Les personnes mariées ou vivant maritalement représentent 31% de la population enquêtée. Les célibataires au nombre de 30, représentent moins d'un quart de l'échantillon. 23% des personnes accidentées exercent une activité professionnelle au moment de l'enquête, 8% sont étudiants ou élèves et 63% retraités.

**Les accidents de la vie courante** représentent une large majorité (79%) de l'ensemble des accidents ; ils sont cinq fois plus nombreux que les accidents de la circulation (15%) et douze fois plus nombreux que les accidents du travail (6,5%). Signalons qu'une grande part des accidents de la vie courante survenant chez les 0-15 ans sont hospitalisés moins de 5 jours et ne font donc pas partie de l'échantillon.

**Répartition selon le type d'accidents**



■ Circulation ■ Travail ■ Vie courante

## **État des lieux sur l'usage des produits psycho-actifs et les services préventifs et sanitaires dans la Manche**

Le gouvernement vient de lancer un nouveau plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour la période 2004-2008. Il vise à mettre en place un programme ambitieux en direction des adolescents et des jeunes adultes pour empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations, car chacun, avec ses fonctions propres, peut faire évoluer les attitudes et les représentations, relayer l'information, apporter une aide, créer un contexte favorable à la limitation des consommations de produits psychoactifs. Tout cela en accordant une place importante à la prévention qui doit se définir en fonction des cadres de vie et s'appuyer sur des relais privilégiés. Le plan vise aussi à offrir en matière de soins une gamme diversifiée de réponses thérapeutiques et de services, de façon à proposer à chaque personne la réponse la mieux adaptée aux différentes étapes de sa trajectoire. Il cherche à faire évoluer et faire respecter les législations relatives à la lutte contre la toxicomanie, le tabac et l'alcool.

Toutes ces mesures ont été prises par le gouvernement parce que la toxicomanie, le tabac et l'alcool sont toujours un sujet de préoccupation pour la santé publique.

En effet, d'après l'exploitation des rapports d'activité type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) entre 1998 et 2001, nous constatons une augmentation du nombre de patients qui viennent consulter. Ces patients sont majoritairement des hommes âgés de plus de 40 ans. Une augmentation du nombre de mineurs a été aussi observée sur cette période.

À la demande du Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Manche, chef de projet toxicomanie désigné par le Préfet, dans le cadre du programme départemental de prévention et de soins en matière de toxicomanie, l'ORS a réalisé en 2004 l'état des lieux quantitatif et qualitatif de l'usage des produits psycho-actifs et des services préventifs et sanitaires existant dans la Manche.

### **Objectifs :**

- ✚ Recueil de l'ensemble des données disponibles (Base : Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions)
- ✚ Analyse des rapports d'activités de certaines structures de soins pour personnes en difficultés
- ✚ Recensement des acteurs et actions dans le domaine des toxicomanies

### **Quelques résultats :**

#### Taux d'interpellations des usagers d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy

Interpellations	Manche	Basse-Normandie	France	Rang
Usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy (nb)	34	125	6 349	40
Pour 10 000 hab. de 20 à 39 ans	2,9	3,3	3,9	34
Taux de croissance des interpellations	- 20,9	22,6	- 26,9	38

Le département totalise 27% des interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy en 2002. En revanche, le taux de croissance des interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy connaît une diminution de 21%, suivant la tendance nationale, alors que la Basse-Normandie connaît la plus forte augmentation (+22,6%) et se place au premier rang des régions de France.

#### Taux d'interpellations des usagers de cannabis

Interpellations	Manche	Basse-Normandie	France	Rang
Usage de cannabis (nb)	580	1 871	71 536	37
Pour 10 000 hab. de 15 à 44 ans	31,0	32,5	29,2	28
Taux de croissance des interpellations	14,6	14,6	5,6	39

Les interpellations pour usage de cannabis représentent 31% des interpellations régionales en 2002. Le département se place au 28<sup>ème</sup> rang concernant les interpellations pour 10.000 habitants de 15 à 44 ans parmi l'ensemble des départements français. Son taux de croissance entre 2001 et 2002 est prêt de trois fois supérieur à celui de la France.

## **État des lieux sur l'usage des produits psycho-actifs et les services préventifs et sanitaires dans les départements du Calvados et de l'Orne**

Le gouvernement vient de lancer un nouveau plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour la période 2004-2008. Il vise à mettre en place un programme ambitieux en direction des adolescents et des jeunes adultes pour empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations. Tout cela en accordant une place importante à la prévention qui doit se définir en fonction des cadres de vie et s'appuyer sur des relais privilégiés. Le plan vise aussi à offrir en matière de soins une gamme diversifiée de réponses thérapeutiques et de services, de façon à proposer à chaque personne la réponse la mieux adaptée aux différentes étapes de sa trajectoire. Il cherche à faire évoluer et faire respecter les législations relatives à la lutte contre la toxicomanie, le tabac et l'alcool.

Toutes ces mesures ont été prises par le gouvernement parce que la toxicomanie, le tabac et l'alcool sont toujours un sujet de préoccupation pour la santé publique.

En effet, d'après l'exploitation des rapports d'activité type des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) entre 1998 et 2001, nous constatons une augmentation du nombre de patients qui viennent consulter. Ces patients sont majoritairement des hommes âgés de plus de 40 ans. Une augmentation du nombre de mineurs a été aussi observée sur cette période.

La consommation de cannabis augmente de plus en plus parmi les nouveaux arrivants. Bien que de façon limitée, les consommations de cocaïne, crack et ecstasy progressent. Enfin, une augmentation sensible des prises en charge liées à l'alcool n'est pas négligeable.

Tout ceci traduit un changement profond des consommations et comportements des toxicomanes. De nouveaux produits, notamment des produits de synthèse, arrivent sur le marché. L'association de plusieurs produits, comme par exemple la consommation associée de cannabis et d'alcool, est de plus en plus fréquente chez les jeunes.

À la demande du DDASS de la Manche, chef de projet toxicomanie désigné par le Préfet, dans le cadre du programme départemental de prévention et de soins en matière de toxicomanie, l'ORS a réalisé en 2004 l'état des lieux quantitatif et qualitatif de l'usage des produits psycho-actifs et des services préventifs et sanitaires existant dans la Manche. C'est dans ce contexte que le Conseil Régional de Basse-Normandie a souhaité que l'ORS élabore un protocole dans le but de réaliser un état des lieux quantitatif et qualitatif sur l'usage des produits psycho-actifs et les services préventifs et sanitaires existants dans les autres départements bas-normands.

### **Objectifs :**

Dans le cadre du programme départemental de prévention et de soins en matière de toxicomanie, l'ORS propose de réaliser l'état des lieux sur l'usage des produits psycho-actifs et les services préventifs et sanitaires afin de constituer une base commune d'information et de données dans le domaine de la toxicomanie dans les trois départements du Calvados Bas-Normands.

Il couvrira les champs et thèmes suivants :

#### **Les champs :**

- Départements du Calvados et de l'Orne;
- Années 2002 et 2003 ;
- Substances psycho-actives licites (alcool, tabac) et illicites (stupéfiants) ;
- Structures de prévention ;
- Structure de soins ;
- Réseaux informels et formalisés ;
- Services judiciaires et répressifs.

#### **Les thèmes :**

- Consommation et population concernée selon le type de structure ;
- Produits consommés ;
- Actions de prévention mises en place ;
- Types de prise en charge ; filières de soins ;
- Perspectives de développement de réseaux ;
- Articulation entre services judiciaires, répressifs, de soins et de prévention ;
- Estimation quantitative et qualitative des types de mesures demandées par les autorités judiciaires ;
- Besoins exprimés par les autorités judiciaires ;
- Perspectives de développement exprimées par les acteurs.

# Bilan financier 2004

## RÉSULTAT DE L'EXERCICE

CHARGES	Exercice		PRODUITS	Exercice	
	2004	2003		2004	2003
<i>Charges d'exploitation</i>			<i>Produits d'exploitation</i>		
Sous-traitance enquête Jeunes	0,00	5 818,54	Ventes, photocopies, services	127,50	74,94
Fournitures, Matériel, Equip.	6 239,77	5 582,03	Recettes Etudes	97 312,99	53 340,48
Services extérieurs	25 935,26	26 114,74	Subventions de fonction.	193 773,00	210 684,00
Autres charges extérieures	17 573,26	20 267,90	Aides pour emploi-jeunes	11 695,05	15 282,29
Impôts et taxes/salaires	7 121,00	6 494,52	Cotisations	2 234,15	2 670,00
Rémunérations et charges	209 025,31	206 035,59	Produits Gestion Courante	0,00	0,00
Charges diverses de gestion	4 568,15	4 563,15	Report de ressources non utilisées	8 450,00	0,00
Dotations aux Amortissements	2 588,33	1 541,34	Transferts de charges	1 068,24	0,00
<i>Sous-total</i>	<i>273 051,08</i>	<i>276 417,81</i>	<i>Sous-total</i>	<i>314 660,93</i>	<i>282 051,71</i>
<i>Charges financières</i>			<i>Produits financiers</i>		
Charges financières	1,23	1,23	Produits financiers	1 391,46	2 497,10
<b>TOTAL I</b>	<b>273 051,08</b>	<b>276 419,04</b>	<b>TOTAL I</b>	<b>316 052,39</b>	<b>284 548,81</b>
<i>Engagements à réaliser</i>			<i>Produits exceptionnels</i>		
Engagements sur subventions	20 804,00	8 450,00	Autres produits exceptionnels	0,00	0,00
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>293 855,08</b>	<b>284 869,04</b>	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>316 052,39</b>	<b>284 548,81</b>
<b>Résultat de l'année</b>	<b>22 197,31</b>		Résultat de l'année		<b>320,23</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>316 052,39</b>	<b>284 869,04</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>316 052,39</b>	<b>284 869,04</b>

## BILAN DE L'EXERCICE

ACTIF	Exercice 2004			Exercice 2003	PASSIF	Exercice 2004	Exercice 2003
	Brut	Amortis.	Net				
<i>Actif Immobilisé :</i>					<i>Fonds propres</i>		
Matériel de bureau	86 134,99	81 431,45	4 703,54	1 028,31	Réserve de Trésorerie	128 753,20	129 073,43
Dépôt & Cautionnement	2 347,53		2 347,53	2 229,26			
<b>TOTAL I</b>	<b>88 482,52</b>	<b>81 431,45</b>	<b>7 051,07</b>	<b>3 257,57</b>	Report à nouveau	0,00	0,00
<i>Actif circulant :</i>					<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>22 197,31</b>	<b>-320,23</b>
Créances :					Fonds dédiés sur		
* Usagers			44 431,98	34 633,49	Subventions	20 804,00	8 450,00
* Etat & Collectivités			0,00	38 538,00	<b>TOTAL I</b>	<b>171 754,51</b>	<b>137 203,20</b>
* Autres créances			0,00	215,28	Dettes		
* Produits à recevoir			0,00	0,00	* Fournisseurs	9 371,25	7 464,09
Placements financiers			175 367,10	104 917,30	* sur Immobilisations	0,00	0,00
Disponibilités			5 104,77	5 331,15	* Fiscales et sociales	52 189,82	41 242,30
Intérêts à recevoir			18,93	22,02	* Autres dettes	0,00	0,00
Régularisations :					Régularisations :		
* Charges constatées d'avance			2 653,82	1 345,42	* Produits constatés d'avance	1 312,09	2 350,64
<b>TOTAL II</b>			<b>227 576,60</b>	<b>185 002,66</b>	<b>TOTAL II</b>	<b>62 873,16</b>	<b>51 057,03</b>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>			<b>234 627,67</b>	<b>188 260,23</b>	<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>234 627,67</b>	<b>188 260,23</b>



# Travaux prévisionnels 2005

## I- Observation de la santé

### ◆ Fourniture d'indicateurs dans le cadre du Réseau d'observation sociale régional – Alimentation de la Base de données BABORD (DRASS)

Traitement de données à réaliser pour avril 2005 du fait que les données de mortalité France 2000 ont été rectifiées après juin 2004 (transcodage CIM9-CIM10) :

- ✚ Indices comparatifs de mortalité évitable 1998-2000 selon les moyens individuels ou collectifs de la prévenir par sexes, cantons, départements et région ;
- ✚ Indices comparatifs de décès 1998-2000 liés à l'alcool tous âges par sexes, cantons, départements et région ;
- ✚ Indices comparatifs de décès 1998-2000 liés aux accidents de la circulation tous âges par sexes, cantons, départements et région.

### ◆ Maintenance du Tableau de bord régional sur la santé (DRASS ; Conseil Régional ; Conseils Généraux) - Actualisation et mise en ligne sur le site des 10 fiches suivantes :

Thème	N°	Nom de la fiche	Dernière mise à jour
1 : Constat d'ensemble	1.2 :	La population	2001
7 : Pathologies	7.8 :	Le SIDA	1998-99
	7.9 :	La tuberculose	1997
	7.10 :	Le cancer de la prostate	1997
	7.11 :	Les maladies respiratoires	1997
8 : Facteurs de risque	8.3 :	La toxicomanie	2001
	8.5 :	Les suicides	1998-99
	8.6 :	Les maladies professionnelles	1997-99
9 : Santé et environnement	9.1 :	L'eau et la santé	1998-99
	9.2 :	L'air et la santé	1998-99

### ◆ Base de données régionales en Santé publique (Score-Santé) – [www.orsbn.org](http://www.orsbn.org)

Cette base d'indicateurs de santé au niveau régional "1" ou départemental "2" est accessible sur le site. Afin d'alimenter en permanence cette base, sa maintenance est répartie entre chaque ORS.

### ◆ Coordination du GROG (Groupe Régional d'Observation de la Grippe) (Add-Grog)

Continuité du réseau de médecins praticiens (17 généralistes et 3 pédiatres) dénommés « médecins vigies » qui acceptent de participer bénévolement au réseau de surveillance. Ce réseau, coordonné par l'ORS, est chargé de repérer l'émergence des épidémies de grippe sur la base d'indicateurs hebdomadaires d'activité des médecins (indicateurs non spécifiques) et d'un diagnostic viral sur prélèvement naso-pharyngé (indicateur spécifique).

L'objectif est de donner l'alerte pour permettre aux acteurs économiques et sociaux de planifier les contre-mesures (vaccinations, stocks de médicaments, dépenses de soins, tours de garde du corps médical, annulations de congés éventuels, ...).

L'ORS veille au recueil régulier des résultats de prélèvements effectués par les médecins vigies et des données et les transmet à l'Association nationale des GROG. Un bulletin hebdomadaire et un rapport d'activité annuel sont adressés aux médecins et à l'association nationale des GROG.

### ◆ Préparation et participation aux réunions relatives aux Programmes Régionaux de Santé, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Comités Techniques Régionaux (DRASS - Conseil Régional de Basse-Normandie)

Nutrition-santé ; Éducation pour la santé ; Prévention des cancers ; Personnes âgées ; Démographie médicale ; Périnatalité ; Enfants et Adolescents, ...

## II- Diffusion de l'information

- ◆ **Le Bulletin de l'ORS N° 19 (DRASS ; Collectivités locales)**  
Bulletin thématique de 4 pages, tiré à 5000 exemplaires (diffusé gratuitement) et consultable sur notre site Internet. Le sujet porte sur : « **Le devenir des accidentés** ». Ce bulletin est financé par le Ministère, le Conseil Régional et le Conseil Général de l'Orne. L'intégralité du Bulletin sera consultable sur le site Internet.
  
- ◆ **La Lettre N°9 – Novembre 2005 (DRASS ; Collectivités locales)**  
Préparation et diffusion à 5000 exemplaires et sur Internet d'un magazine d'une vingtaine de pages édité sous la responsabilité du Dr FLACHS. Le thème de ce numéro sera : Santé et Société.
  
- ◆ **Actualisation de l'annuaire des dispositifs de prise en charge des patients atteints par la maladie d'Alzheimer (Fondation Médéric Alzheimer)**  
La Fondation a souhaité modifier le contenu de l'édition 2005 de cet annuaire papier, classé par département, à paraître en septembre 2005 : la liste des établissements d'hébergement collectif accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne sera pas reprise. En revanche, les services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile (*non spécifiquement consacrés aux malades Alzheimer mais à toutes les personnes âgées*) seront intégrés à ce nouveau recensement. Le recensement des informations concerne 5 domaines (ou types de services) :
  1. les lieux de diagnostic ou de suivi thérapeutique
  2. les lieux d'information ou de coordination
  3. les services d'aide ou de soins à domicile
  4. les accueils de jour
  5. les dispositifs d'aide aux aidantsL'ORS envoie les fiches de renseignements à ces services en vue de leur saisie sur un site Internet dédié ; l'ORS leur téléphone pour passation par téléphone si aucune réponse n'est arrivée dans le mois suivant l'envoi. Le recueil et la saisie des données doivent être terminés le 25 mars, le deuxième trimestre étant consacré aux corrections et relectures.
  
- ◆ **Maintenance de la Base de Données GIESPA (Conseil Régional ; DRASS)**
  - ✚ Février : envoi des courriers sollicitant les mises à jour des données enregistrées tant pour les établissements déjà connus (279 USLD, MR ou LF) que pour les 12 mis en service depuis la dernière mise à jour (9 MR et 3 LF) ;
  - ✚ Mars : envoi des courriers sollicitant les mises à jour des données enregistrées pour les 270 services déjà enregistrés dans la base et les 83 nouveaux services repérés (articulation nécessaire avec l'actualisation de l'annuaire Médéric Alzheimer) [total : 644 envois].
  
- ◆ **Mise en ligne sur le site Internet de 3 études (Conseil Régional ; DRASS)**
  - ✚ Plaque Santé jeunes (réalisée en 2004 pour le Conseil Régional) ;
  - ✚ Bilan de réalisation de l'enquête "Urgences en ville" (réalisée en 2004 pour la DREES). L'analyse des résultats régionaux sera faite fin 2005-début 2006 après publication des résultats nationaux ;
  - ✚ Synthèse de l'enquête sur le devenir des personnes accidentées (réalisation de la phase 2 en mars et rapport final pour la DRASS en juin 2005).
  
- ◆ **Maintenance et fonctionnement du service de documentation et du site Internet**  
Alimenté en permanence, ce service dispose de 12800 références, ouvrages et articles d'origines diverses (rapports du ministère de la santé, rapports d'activité de différents organismes, rapports des ORS, comptes-rendus de colloques, revues spécialisées en santé publique, ...). En 2004, une centaine de personnes a demandé de la documentation (sur place, par téléphone ou par mail) et 10687 personnes ont consulté le site.

### III- Études descriptives, statistiques ou épidémiologiques

- ◆ **Étude du devenir médical et social des accidentés de la circulation ou de la vie courante (DRASS)**

L'objectif est de mieux connaître le devenir des victimes d'un accident, en particulier après l'hospitalisation initiale, tant sur le plan médical que social et professionnel. L'ORS réalise ce travail en collaboration avec les médecins et infirmières d'un service hospitalier volontaire, et avec les médecins traitants pour la phase de suivi ultérieur. Il comporte les étapes suivantes :

  - Recrutement pendant 3 mois des personnes victimes d'un accident de la circulation ou de la vie courante lors de leur entrée au service d'accueil des urgences du CHU ;
  - Suivi de ces personnes tout au long de leur hospitalisation et remplissage d'un questionnaire sur l'état de santé à la sortie et sur le type de destination ;
  - Recueil d'information 1 an après cette sortie, auprès de la personne concernant son état de santé et son devenir social et professionnel.
  
- ◆ **Observation continue partagée des besoins concernant la perte d'Autonomie (DRASS)**

A partir de l'enquête sur le devenir médical et social des personnes accidentées, réalisée de 2003 à 2005, il sera réalisé une étude de faisabilité dans le cadre de l'atelier : « Qualité de vie et handicap » afin de permettre l'évaluation :

  - Des besoins des personnes suite à un accident ayant entraîné une perte d'autonomie ponctuelle (besoins en terme de structure et services alternatifs et de suites à l'hospitalisation).
  - Des besoins de l'entourage de personnes ayant subi une perte d'autonomie (ponctuelle ou définitive).
  
- ◆ **Enquête « Urgences en ville » (DRASS - Conseil Régional)**

A la demande de la DRESS, un groupe de travail inter-ORS a élaboré un protocole d'enquête sur la prise en charge des urgences en médecine de ville ; ce protocole a été soumis à l'ensemble des ORS pour avis. Conçue selon une méthode se rapprochant de celle de l'enquête «alcool» (recueil de l'information pour certains patients auprès d'un échantillon de médecin), l'enquête a été réalisée par tous les ORS entre septembre et décembre 2004 : recrutement des médecins, envoi, récupération et vérification des questionnaires avant centralisation à la FNORS.

La 1<sup>ère</sup> publication DREES concernera le volet médecin (sept 2005). Le volet patient sera analysé fin 2005-début 2006. Les fichiers seront transmis aux ORS avec embargo jusqu'à publication DREES. La participation des ORS à l'analyse comparative entre régions est envisagée.
  
- ◆ **Étude du stade de découverte du cancer de l'estomac dans la Manche et le Calvados (Conseil Régional – DRASS – Ligues contre le cancer - Association Cœur & Cancer)**
  - ✚ Préparation du masque de saisie sous Access et extraction des cas de cancer de l'estomac survenus dans la période 1996-2001 de la base de données du Registre de la Manche avec le Dr Nabil MAAROUF (directeur du Registre des cancers de la Manche) ;
  - ✚ Saisie des données complémentaires (stade TNM, Helicobacter Pylori,...) figurant dans les dossiers papier pour les années 1999 et 2000 ;
  - ✚ Saisie des données 2001 et 1996 à 1998 pour la Manche ; extraction des données de la base du Registre du Calvados et saisie complémentaire des données 1996 à 2001 disponibles ;
  - ✚ Analyse des données et rédaction du rapport pour une restitution des résultats en juin 2005.
  
- ◆ **Étude des besoins de places et de services pour les personnes handicapées dans le département de la Manche (SDAS-50 et DDASS-50)**
  - ✚ Module 1 : Analyse quantitative des listes d'attente.
  - ✚ Module 2 : Analyse qualitative des listes d'attente

Un croisement avec les bénéficiaires de l'aide sociale sera effectué pour tenter de caractériser la situation de certains d'entre eux. Le décompte fait état de 615 personnes sur les listes d'attente.

- ✚ Module 3 : Enquête dans les établissements sur la pertinence des placements
- ✚ Module 4-a : Enquête auprès des MG sur les besoins non exprimés  
Deux questions seront posées aux 45 MG de la circonscription d'action sociale de Coutances :
  1. existe-t-il dans votre clientèle des adultes handicapés (20-60 ans) ayant besoin d'aide ?
  2. si oui, acceptez-vous de communiquer leur identité à l'ORS en vue de définir ce besoin d'aide soit au moyen des données éventuellement déjà enregistrées dans l'enquête, soit dans le cas contraire, lors d'un contact ultérieur avec vous ?
- ✚ Module 4-b : Enquête auprès des personnes sur les besoins non exprimés  
Les besoins non exprimés sont définis par une orientation COTOREP prononcée dans la période 2000-2004 pour des personnes ne figurant actuellement ni dans un établissement ni sur la liste d'attente consolidée. Après croisement de ces listes, l'ORS proposera une enquête par courrier aux personnes définies comme ayant un besoin non exprimé.
- ✚ Module 5 : Prospective à 5 ans et synthèse  
L'analyse finale sera réalisée en mai-juin 2005.

- ◆ **État des lieux des consommations, des actions de prévention, de soins et de lutte contre les toxicomanies dans le département du Calvados et celui de l'Orne** (Conseil Régional, DDASS-14, DDASS-61)  
Enquêtes réalisées sur le modèle et à la suite de l'état des lieux réalisé dans la Manche en 2004 à la demande du Chef de projet en toxicomanie dans le cadre de la préparation d'un programme départemental de prévention et de soins ; on entend par toxicomanie la dépendance aux produits psycho-actifs (stupéfiants, alcool, tabac).
- ◆ **Professionnalisation des acteurs en Éducation Pour la Santé** (INPES)  
Suite à l'appel d'offres de l'Institut National de la Prévention et de l'Éducation à la Santé (INPES), l'ORS a présenté, en collaboration avec la DRASS un projet qui a été retenu.  
L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des formations existantes, des besoins ressentis et des manques perçus par les structures de formation, les acteurs et les professionnels qui interviennent dans l'Éducation pour la santé.  
L'INPES réalise en 2005 un état des lieux national de la formation en Éducation pour la santé et souhaite articuler ses travaux avec ceux de l'ORS.
- ◆ **Mise à jour de la cartographie de la mortalité en Basse Normandie** (DRASS – Conseil Régional)  
Les données de mortalité publiées par l'ORS sur le site Internet sous forme d'images cartographiques datent de 1997 ; les données les plus récentes disponibles concernent 2001 et devraient être fournies par l'INSERM en 2005. Les cartes sont réalisées sous Cartes & Bases et représentent les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) par rapport aux taux nationaux :
  - ✚ par secteurs sanitaires (affichage de l'ICM et des nombres observés et attendus),
  - ✚ par cantons (affichage colorimétrique d'appartenance à une classe d'ICM).
 L'outil de calcul des indices de mortalité selon la cause de décès, l'année et la zone géographique (programme « PROSTAND », développé en interne et utilisé depuis 1994) est à mettre à jour afin de permettre la standardisation sur des tranches d'âges de 5 ans et non 10, les calculs d'indices sur des zones géographiques plus variées (SROS III), la programmation du calcul de la mortalité prématurée évitable.  
Dans le cadre de cette actualisation et du maintien de la comparabilité avec les données antérieures, un troisième travail est rendu nécessaire par l'évolution de la Classification Internationale des Maladies, la CIM10 remplaçant la CIM9 depuis la publication des données de mortalité 2000. La table de transcodage de CIM9 en CIM10 fournie par la FNORS n'est pas exhaustive et doit être finalisée et intégrée au programme de calcul.

# Budget prévisionnel 2005

<b>DÉPENSES</b>		<b>312 379 €</b>	<b>RECETTES</b>		<b>312 379 €</b>
<b>Charges de gestion :</b>	<b>21,9 %</b>	<b>79 579 €</b>	<b>* Subvention ministérielle :</b>	<b>39,8 %</b>	<b>124 393 €</b>
* Électricité	700 €		<b>* Conseil Régional :</b>	<b>24,4 %</b>	<b>76 225 €</b>
* Petit équip. et Fournitures diverses	4 500 €		<b>* Aides pour l'emploi-jeune :</b>	<b>3,4 %</b>	<b>10 500 €</b>
* Locations, Charges & Taxes	20 000 €		<b>* Report de ressources non utilisées</b>	<b>6,7 %</b>	<b>20 804 €</b>
* Nettoyage des locaux	1 900 €		<b>* Produits d'exploitation :</b>	<b>1,1 %</b>	<b>3 550 €</b>
* Maintenance du matériel	4 200 €		- Cotisations	2 250 €	
* Primes d'assurances	875 €		- Produits financiers	1 200 €	
* Achat de données	500 €		- Ventes, Photocopies	100 €	
* Documentation	500 €		- Interventions	0 €	
* Honoraires commissaire aux comptes	3 250 €		<b>* Financements obtenus :</b>	<b>24,6 %</b>	<b>76 907 €</b>
* Déplacements, missions et congrès	1 000 €		Add. GROG (surveillance de la grippe)	4 543 €	
* Frais postaux	4 000 €		Conseils Généraux	8 425 €	
* Frais téléphoniques	1 600 €		FNORS (Alzheimer)	5 643 €	
* Stagiaires	1 500 €		Étude «cancer de l'estomac»	6 201 €	
* Ergothérapeute	2 800 €		CMR (La Lettre)	900 €	
* Cotisations versées	4 784 €		Personnes adultes handicapées	24 100 €	
* Charges diverses de gestion	180 €		État des lieux EPS	3 158 €	
* Impression et diffusion des périodiques	9 000 €		État des lieux produits psycho-actifs	23 937 €	
* Amortissements et provisions	18 290 €				
<b>Salaires, charges et taxes :</b>	<b>78,1%</b>	<b>232 800 €</b>			

## COTISATIONS 2005

- Personne Physique : 15 €
- Personne Morale : 100 €

## COÛT D'UNE JOURNÉE DE TRAVAIL ÉQUIPE ORS

Rappel du COÛT d'une JOURNÉE en 2004: 1.258 €

**COÛT d'une JOURNÉE de travail équipe en 2005 : 1.400 €**



Si vous souhaitez rejoindre les membres de notre association, il vous suffit de nous retourner la demande suivante dûment complétée :

## **Demande d'adhésion à retourner complétée à**

### **Observatoire Régional de la Santé**

**de Basse-Normandie**

**Immeuble Trifide**

**18 rue Claude Bloch**

**14050 CAEN CEDEX 4**

**Tél : 02.31.436.336**

**Fax : 02.31.436.350**

**Art 5 des statuts :** Pour faire partie de l'association il faut être agréé par le Conseil d'Administration qui statue, lors de chacune de ses réunions, sur les demandes d'admission présentées.

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Organisme :** .....

**Adresse :** .....

.....

**Téléphone :** .....

**Fax :** .....

**Email :** .....

**souhaite adhérer à l'ORS de Basse-Normandie en qualité de :**



**Personne physique** (cotisation annuelle 15 €)

ou

**Personne morale** (cotisation annuelle 100 €)

#### **Cette adhésion permet :**

- D'être en contact avec d'autres acteurs de santé publique,
- D'avoir un accès privilégié à notre documentation (12.800 références),
- De recevoir en priorité nos bulletins, publications, rapports d'études, rapports d'activités,
- De participer aux travaux de l'ORS,
- De délibérer lors des assemblées générales annuelles.

