

LA LETTRE DE L'ORS

de Basse-Normandie

ISSN 1286 5338

Numéro 9

novembre 2005

EDITORIAL

Le point de vue sur la santé adopté dans ce 9^{ème} numéro de la lettre de l'ORS-BN est complexe. Il parle d'une santé inscrite dans des rapports sociaux, des dispositifs, des territoires, des institutions, des structures, des lieux de travail, des bases de données. On est très loin de l'opposition santé maladie des représentations de la population, et de celle des cursus médicaux dans l'écart entre physiologie et pathologie qui jusqu'au début du 19^{ème} siècle s'ignoraient, et étaient sensées n'avoir rien à apprendre l'une de l'autre, faisant l'objet d'enseignements non seulement distincts mais aussi cloisonnés. Mais même si nous avons fait des progrès, l'approche médicale reste sectorisée sur les grandes classifications organiques héritées de ce 19^{ème} siècle, revisitées à la marge par les progrès de la biologie, de l'imagerie et de la génétique.

Observer la santé, en inscrivant ses conditions d'avènement dans les dispositifs, bouscule la vieille opposition entre santé et maladie, mais questionne aussi sur l'importance des facteurs environnementaux et sociaux au regard des facteurs strictement pathogènes. Ce questionnement nous rappelle que **les gains d'espérance de vie, depuis le début du vingtième siècle, ont été, pour la plus grande part, la conséquence de l'amélioration des conditions de vie** : hygiène, alimentation des enfants, conservation des aliments, diminutions du temps de travail et des risques professionnels. La part des progrès thérapeutiques mise à part la vaccination, découverte fondamentale et progrès indéniable dans la prévention des maladies, a été moindre que celle de l'évolution de la société.

Le cahier thématique central de ce numéro intitulé «**Santé et société**» se propose de donner quelques clés des grilles de lecture sociale du rapprochement de ces deux termes. La présentation des différents niveaux d'organisation de la santé publique dans un contexte de décentralisation montre la pluralité des partenaires qui participent à son élaboration. Pour autant cette complexité et le rapprochement des instances de gestion des territoires où se met en place la politique de santé publique ne vient pas à bout des inégalités de santé entre les individus : **Inégalités d'exposition au risque maladie au sein du monde du travail** en fonction des postes, du rythme, de l'organisation et de la gestion des hommes qu'on y met en place ; **inégalités d'accès au travail** qui rejettent hors de l'emploi les personnes vieillissantes, handicapées ou aux formations obsolètes. Ces inégalités finissent par faire de ces personnes exclues du travail ce que l'on dénommait dans des temps anciens et que l'on croyait révolus : les «inutiles au monde» (Robert Castel). Ce sont eux, contrats précaires, chômeurs, inactifs, exclus du travail qui sont **exposés à des risques de morbidité et de mortalité supérieurs à ceux des actifs**.

Le développement des politiques publiques nationales ou locales, des institutions, des plans de prise en charge visant à réduire ces inégalités restent un impératif pour tous les acteurs mobilisés par cette Lettre de l'ORS. L'ensemble du travail participe efficacement à la réduction des inégalités. Mais l'observation des causes de disparités de santé telle que l'éclaire une approche sociétale, montre néanmoins que si une réduction de celles-ci est effective, par une meilleure écoute, un accès simplifié aux soins, une gratuité totale pour les personnes les plus démunies, **seul un accès à l'emploi pour tous dans des conditions de protection sociales accentuées** pourrait réduire à long terme mais durablement les inégalités.

A l'intérieur de ce dispositif complexe de santé publique, l'ORS-BN a toute sa place, toute amélioration nécessite des études préalables puis des évaluations afin d'en mesurer l'efficacité. Cette tâche ne peut être menée à bien que dans la sérénité avec la certitude que les moyens nécessaires à son accomplissement seront pérennes ; mais aussi avec le soutien des partenaires institutionnels par leur interpellation pour des études, des médecins généralistes pour mailler le terrain, et des bénévoles pour aider à la vie de notre association. L'appui de tous ne nous a, jusqu'à présent, pas fait défaut, qu'ils en soit ici remerciés.

Professeur Dominique BEYNIER
PRÉSIDENT DE L'ORS

SOMMAIRE

Editorial,
page 1

Plan de lutte contre une «Pandémie grippale»,
page 2

— Dossier — Santé et Société

Dr A. Flachs et Pr D. Beynier, ORS de Basse-Normandie,
page 3

Santé et Société vues au travers
de la Loi de Santé Publique du 9 août 2004,
pages 4-5

Santé et Travail,
pages 6-7

Programme Régional d'Accès à la Prévention et
aux Soins des plus démunis,
page 8

Chômage et Santé,
page 9

Comité Régional de Coordination de l'Observation
Sociale de Basse-Normandie,
page 10

Santé des jeunes et Education Nationale,
pages 11-12

Les registres du cancer et les sources de con-
naissances médico-sociales,
page 13

Les disparités sociales dans la prise en charge
des cancers en France,
pages 14-15

Réseau en médecine générale,
page 16

Le Centre de Santé Communautaire de Cher-
bourg-Octeville,
pages 17-18

Les paradoxes des inégalités de santé,
page 19

ADELFI - Epidémiologie Sociale et Inégalités de Santé,
page 20

La surveillance des pollens dans l'air en Basse-
Normandie,
page 21

Nouvelles,
page 22

Sigles et Acronymes,
page 23

Bulletin d'adhésion à l'ORS,
page 24

Plan de lutte contre une «Pandémie grippale»

Le dispositif national de lutte contre une pandémie grippale reprend les différentes phases et niveaux d'alerte définis par l'OMS dans son plan de lutte contre une pandémie grippale d'avril 1999.

Il est toutefois bâti sur une déclinaison plus fine des premiers niveaux d'alerte, pour prendre en compte notamment la différence importante de nature entre les mesures qui seraient à prendre selon que les premiers cas détectés se situeraient à l'étranger ou en France. De plus, à partir de la phase 1 (transmission inter humaine active), le dispositif n'est plus décliné phase par phase car, à ce stade, le plan de lutte contre la pandémie grippale proprement dit est déclenché. Il se veut global et repose alors sur un panel de mesures qui seront à mobiliser selon la virulence du virus, le profil de la pandémie et la durée de chacune des vagues pandémiques.

Le dispositif national distingue ainsi 2 phases d'alerte principales, la première étant subdivisée en 8 niveaux pour tenir compte de facteurs supplémentaires de préoccupation :

>> **Phase 0 niveau 0** : en cas d'épizootie liée à un virus grippal hautement pathogène au sens de la directive 92/40/CEE du Conseil, du 19 mai 1992, établissant des mesures communautaires de lutte contre l'influenza (mais sans cas d'infection humaine à ce stade).

- Niveau 0a : si l'épizootie est **hors de France**,
- Niveau 0b : si l'épizootie est **en France**.

>> **Phase 0 niveau 1** : détection d'un nouveau virus grippal sur un seul cas humain :

- Niveau 1a : **hors de France**,
- Niveau 1b : **en France**.

>> **Phase 0 niveau 2** : apparition d'un nouveau virus grippal avec plusieurs cas d'infection humaine, mais sans transmission inter humaine à ce stade :

- Niveau 2a : absence d'infection humaine **en France**,
- Niveau 2b : des cas d'infection humaine **en France**.

>> **Phase 0 niveau 3** : transmission inter humaine confirmée, liée à un nouveau sous-type de virus, mais qui reste limitée :

- Niveau 3a : transmission inter humaine limitée **hors de France**,
- Niveau 3b : transmission inter humaine limitée **en France**.

>> **Phase 1 : phase pandémique.**

Il est important de noter que **la plupart des niveaux d'alerte indiqués ci-dessus peuvent représenter le niveau d'entrée direct dans la crise**, sans avoir été précédés par les niveaux d'alerte moindres. Chacun de ces niveaux d'alerte peut également se trouver « aggravé » par la survenue concomitante d'autres épidémies telles que le SRAS ou une grippe saisonnière.

Dossier complet à l'adresse ci-dessous :

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/grippe/pandemiagrippale_plan.pdf



Conduite à tenir devant un cas suspect de grippe aviaire

Document à l'attention des professionnels de santé.

Cette conduite à tenir est à appliquer tant qu'il y a un nouveau virus aviaire avec cas humain mais sans transmission interhumaine efficace (phase 0, niveau2a). Elle est susceptible d'évoluer.

Le plan national de lutte contre une pandémie grippale vise, à détecter précocement d'une part l'apparition d'un nouveau virus grippal et à contenir sa diffusion en phase pré pandémique et, d'autre part, à organiser une réponse adaptée du système de santé à l'augmentation massive et rapide des besoins de prise en charge et à en limiter l'impact global sur la société, en phase pandémique.

Le plan « pandémie grippale » prévoit :

- les mesures de surveillance à mettre en place en période inter pandémique ou pandémique,
- les modalités de déclenchement de l'alerte,
- le cadre de prise en charge des personnes atteintes,
- les mesures destinées à contenir la dissémination du virus ou à protéger de ses effets,
- les outils d'information et de communication nécessaires.



Conduite à tenir devant un cas suspect de grippe aviaire

L'objectif de la surveillance en France est d'assurer la détection précoce des cas pour une prise en charge thérapeutique rapide de grippe potentiellement sévère et de rechercher l'existence de sujets ayant partagé la même exposition.

La surveillance est organisée de la manière suivante :

>> **Tous** les appels concernant des cas suspects de grippe aviaire sont centralisés par le centre 15 qui, en fonction des signes cliniques et de l'exposition du patient, décide si ce dernier répond à la définition de cas possibles, avec l'aide de l'Institut de veille sanitaire (InVS) si nécessaire ;

>> **S'il s'agit d'un cas possible** :

- selon l'évaluation, le centre 15 organise les prélèvements à visée diagnostique et l'orientation thérapeutique du cas possible : hospitalisation ou non, selon la clinique ;
- le centre 15 signale les cas à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) ;
- la Ddass, en liaison avec la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire), initie l'investigation autour du cas qui vise à fournir une description clinique et épidémiologique détaillée du cas possible, à assurer le suivi du patient et à rechercher d'éventuels sujets ayant partagé la même exposition (sujets co-exposés).

Santé et Société

Les approches de la santé sont de plus en plus fréquemment effectuées sous un angle sociétal, soit à partir des facteurs de comportements à risque, soit en réaction aux grandes inégalités d'accès aux soins.

Cette phrase était écrite par Dominique Beynier et André Flachs dans la lettre de demande adressée à ceux qui nous ont fait l'honneur de participer à la neuvième lettre de l'ORS et que nous remercions ici sincèrement.

Les recherches sur les pathologies deviennent de plus en plus pointues passant des cellules aux noyaux puis aux chromosomes puis aux gènes et s'éloignent de ce fait des tissus, des organes et des corps humains ; en réaction, on peut constater que des recherches se développent sur le devenir de ces corps au sein des sociétés et de leurs environnements grâce aux sciences sociales que sont l'anthropologie, l'économie, la démographie, l'histoire, la géographie et bien sûr la sociologie.

On peut remarquer que les dernières **Journées de l'Institut de Veille Sanitaire** du 29 et 30 novembre 2005 consacrent plusieurs sessions à «Veille Sanitaire et citoyens», «Veille sanitaire et sciences sociales» et se terminent par une table ronde sur «Comment tirer le meilleur parti des apports des sciences sociales pour la veille sanitaire». Le Colloque de l'ADELF sur l'Epidémiologie Sociale (cf page 20) vient souligner ces dires.

Si pour un sociologue, la médecine est un sujet d'études, pour un médecin, la sociologie est un outil de recherches.

En lisant cette Lettre consacrée à «Santé et Société», vous pourrez vous rendre compte combien les questions de société s'inscrivent en filigrane ou même en fil conducteur pour les médecins qui ont participé à sa rédaction. Mais vous constaterez aussi grâce à la contribution du Professeur BEYNIER*, comment une science dite «molle» peut se durcir grâce à l'épidémiologie et aux statistiques et apporter ainsi une aide structurée à l'art qu'est la médecine praticienne et aux objectifs de la santé publique.

Docteur André FLACHS,
MEDECIN GÉNÉRALISTE

Etat de santé et précarité

Les statistiques sur le lien entre précarité et santé sont peu nombreuses et parcellaires comme toutes les publications sur la mortalité différentielle en population générale. Pour le système de santé français mais aussi pour les politiques qui se sont succédés, il reste difficile de constater que des inégalités facilement objectivables existent et perdurent entre les différentes strates socio-professionnelles de la population. **D'une manière générale, plus on appartient à une strate de population faiblement dotée, plus on meurt tôt.** Même si l'espérance de vie est un indicateur assez grossier de l'état de santé d'une population, elle a l'avantage d'être facile à calculer et à appréhender ; et fait l'objet de publications par les organismes statistiques nationaux des pays européens et des organismes mondiaux se préoccupant des populations. En revanche, cet indicateur souvent calculé à l'échelle de la population d'un pays est très souvent mal connu pour des populations restreintes ou des groupes sociaux peu accessibles aux enquêtes ou mal enregistrés par celles-ci. D'une manière générale, on approche mieux la morbidité de ces groupes restreints que leur mortalité. Mais dans ce cas les données de comparaison inter-groupes restent difficiles à obtenir. Chaque étude, en fonction de la population concernée, propose sa propre méthodologie de recueil, et, la plupart du temps, ces recueils sont liés à la mise en place de politiques sociales, ce qui implique que les données obtenues sont soumises à des biais de sélection importants.

Travail non qualifié et mortalité

L'existence de rapports entre les conditions de travail et la santé n'est pas une découverte récente, les travaux de l'Insee dès l'immédiate après-guerre avaient mis en évidence un fort différentiel de mortalité. Les derniers travaux d'Annie Mesrine rappellent à l'évidence que les écarts entre les différentes PCS (Professions à Catégories Sociales) existent toujours.

Quand un individu a atteint 35 ans, sa probabilité de décéder entre 35 et 65 ans est deux fois plus grande s'il est ouvrier que s'il est cadre. A 35 ans, un cadre a une espérance de vie supérieure de 6,5 ans à celle d'un ouvrier. Comme la disparité entre les niveaux d'exercice du travail ouvrier est faible, l'ouvrier qualifié a une espérance de vie supérieure de 1,5 ans à celle de l'ouvrier non qualifié. En revanche, cette différence de mortalité intra PCS est plus grande chez les cadres. Les cadres de la fonction publique et les professions intellectuelles et artistiques ont une espérance de vie supérieure de 2,5 années à celle des cadres d'entreprise. Pour les femmes actives de 35 ans les écarts sont plus restreints. Une femme ouvrière a seulement 1,6 fois plus de risque qu'une femme cadre de mourir dans l'intervalle 35-65 ans. Si l'on cumule les écarts de surmortalité dus au genre et à la PCS, l'écart de mortalité le plus important est observé entre un homme ouvrier non qualifié et une femme cadre du secteur public où la différence atteint 14 ans.

Cette situation est ancienne et évolue peu, les rapports de probabilité entre chacune des PCS et la référence retenue, restent stables. Aller plus loin nécessiterait une analyse longitudinale qui permettrait de rendre compte des fluctuations de la structure des PCS et de l'évolution de l'inactivité dans les populations étudiées.

Les inégalités de mortalité traduisent des inégalités qui ont leur origine dès les premiers jours de la vie et même quelques fois avant celle-ci. **Les conditions de vie des parents influent non seulement sur leur santé mais aussi sur la naissance de leurs enfants.** D'une manière générale, plus les personnes appartiennent à une catégorie faiblement dotée, plus cette appartenance hypothèque leur état de santé. Ces catégories sociales sont aussi les plus exposées au risque de chômage. Elles sont peu diplômées, peu mobiles et nécessitent des formations complémentaires pour l'adaptation à de nouveaux postes de travail. Elles sont de ce fait les plus exposées aux mutations technologiques et à la requalification des professions.

* L'intégralité de l'article du Pr. BEYNIER reproduit sur les pages 3 et 9, est disponible sur le Site Internet de l'ORS (www.orsbn.org) et comporte les tableaux et les notes bibliographiques.

(suite page 9)

PROFESSEUR DOMINIQUE BEYNIER
PROFESSEUR DE SOCIOLOGIE - UNIVERSITÉ DE CAEN
PRÉSIDENT DE L'ORS DE BASSE-NORMANDIE

Santé et Société vues au travers de la Loi de Santé Publique du 9 août 2004

Pour la première fois depuis 1902, la France s'est dotée d'une Loi de Santé Publique.

Outre une volonté affirmée de redonner à la prévention une place prépondérante, le texte du 9 août 2004 définit de manière très explicite le rôle de l'Etat dans la définition et la mise en œuvre de la politique de santé publique du pays.

Inscrite dans un contexte plus large de définition des politiques publiques, la Loi du 9 août précise que les objectifs pluriannuels d'amélioration de l'état de santé de la population, dans les domaines jugés prioritaires, sont débattus devant le Parlement et validés par un vote. Le Gouvernement sera ensuite chargé de rendre compte des résultats obtenus et de l'impact des orientations mises en œuvre sur l'ensemble du territoire.

La Loi de Santé pose des enjeux forts, desservis par une méthodologie homogène sur le plan national et une organisation revisitée propice au développement du partenariat.

1 – Les enjeux

Les enjeux ambitieux assignés à la politique de santé publique sont de trois ordres :

- réduire la mortalité et la morbidité évitables,
- préserver ou améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie,
- réduire les inégalités face aux problèmes de santé.

Sur la base des travaux conduits par le Haut Comité de Santé Publique depuis 1994 et de ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 100 objectifs ont été retenus et annexés à la Loi. Ils représentent les améliorations attendues en fonction des connaissances et technologies disponibles.

Bien entendu, tous ces objectifs devant pouvoir être quantifiés, la difficulté majeure est inhérente au domaine appréhendé. L'évaluation des résultats obtenus nécessite d'une part de disposer d'un recul suffisant pour pouvoir poser des analyses pertinentes, d'autre part d'être en capacité de prendre en compte des impacts pluri-factoriels.

2 – La méthodologie

De manière concrète, les principes régissant l'élaboration de cette politique reposent sur une méthodologie de programmation quinquennale appuyée sur une forte coordination des acteurs de terrain.

Ainsi, la déclinaison régionale de la Loi est-elle structurée en plans, programmes et actions. Ceci ne constitue pas une nouveauté. Ce qui est plus récent en revanche, c'est que ces plans et programmes s'attachent à des domaines définis par la Loi elle-même sur un champ extrêmement large.

En effet, le domaine de la Santé Publique tel que défini dans le texte, recouvre tout à la fois l'épidémiologie, la prévention, la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, l'identification et la réduction des risques liés à l'environnement y compris les con-

ditions de travail, l'éducation pour la santé, la démographie des professions de santé.

A partir du diagnostic partagé, élaboré avec l'ensemble des partenaires concernés, l'analyse des spécificités régionales permet la détermination de priorités stratégiques qui se déclinent ensuite en actions à entreprendre.

Afin d'assurer le caractère opérationnel de cette programmation, les priorités seront portées à la connaissance des acteurs, qui pourront, éventuellement, en répondant à l'appel d'offre conjoint, solliciter des crédits nécessaires à la réalisation des actions.

3 – L'organisation

Outil spécifique de mise en œuvre de la Loi, le Plan Régional de Santé Publique s'appuie sur deux dispositifs : Le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) et la Conférence Régionale de Santé.

Ensemble coordonné de programmes et d'actions, le Plan est destiné à la fois à décliner :

- les 5 plans nationaux : Plan cancer, Plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risques et des conduites addictives, Plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs environnementaux, Plan de lutte pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Plan pour l'amélioration de la prise en charge des maladies rares.
- les programmes régionaux stipulés par la Loi : Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), Programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail, Plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence, Programme de santé scolaire et d'éducation à la santé.
- le Programme Régional d'Etudes et de Statistiques en Santé.
- Le Schéma Régional d'Education pour la Santé (SREPS)

Il devra s'articuler avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et pourra également comprendre les actions définies par le Conseil Régional.

Vision globale et cohérence constituent donc la ligne de force de cette organisation à la fois interministérielle et multipartenariale.

Au service de cet outil, une organisation revisitée dont les 2 piliers sont donc le GRSP et la Conférence Régionale de Santé.

- Concernant le Groupement Régional de Santé Publique Groupement d'Intérêt Public, le GRSP est présidé par le Préfet de Région. Il est constitué d'un Conseil d'Administration – instance politique – composé de représentants de l'Etat au nombre de 4, de 4 représentants des régimes d'assurance maladie, d'un représentant de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, du Directeur de l'ARH, d'un représentant par établissement public de l'Etat adhérent au groupement, des représentants des Collectivités Territoriales (Régions, Départements, Communes) et de 5 personnalités qualifiées.

Santé et Société vues au travers de la Loi de Santé Publique du 9 août 2004

L'Etat dispose de la moitié des voix du Conseil d'Administration.

Le Directeur désigné par le Préfet prépare et exécute les délibérations du Conseil. Il assure le fonctionnement du Groupement aidé en cela par un Comité des Programmes : instance technique chargée de la préparation du programme d'activités, de la planification et de l'organisation des travaux, de la mise en place d'un suivi coordonné des actions et de leur évaluation.

La dotation du groupement est financée par des crédits d'Etat, des crédits de l'Assurance Maladie (FNPEIS ET FNPEIS des professions agricoles). Ces ressources obligatoires et les contributions des membres peuvent être complétées par une participation financière aux missions du groupement, une mise à disposition de personnel ou de locaux.

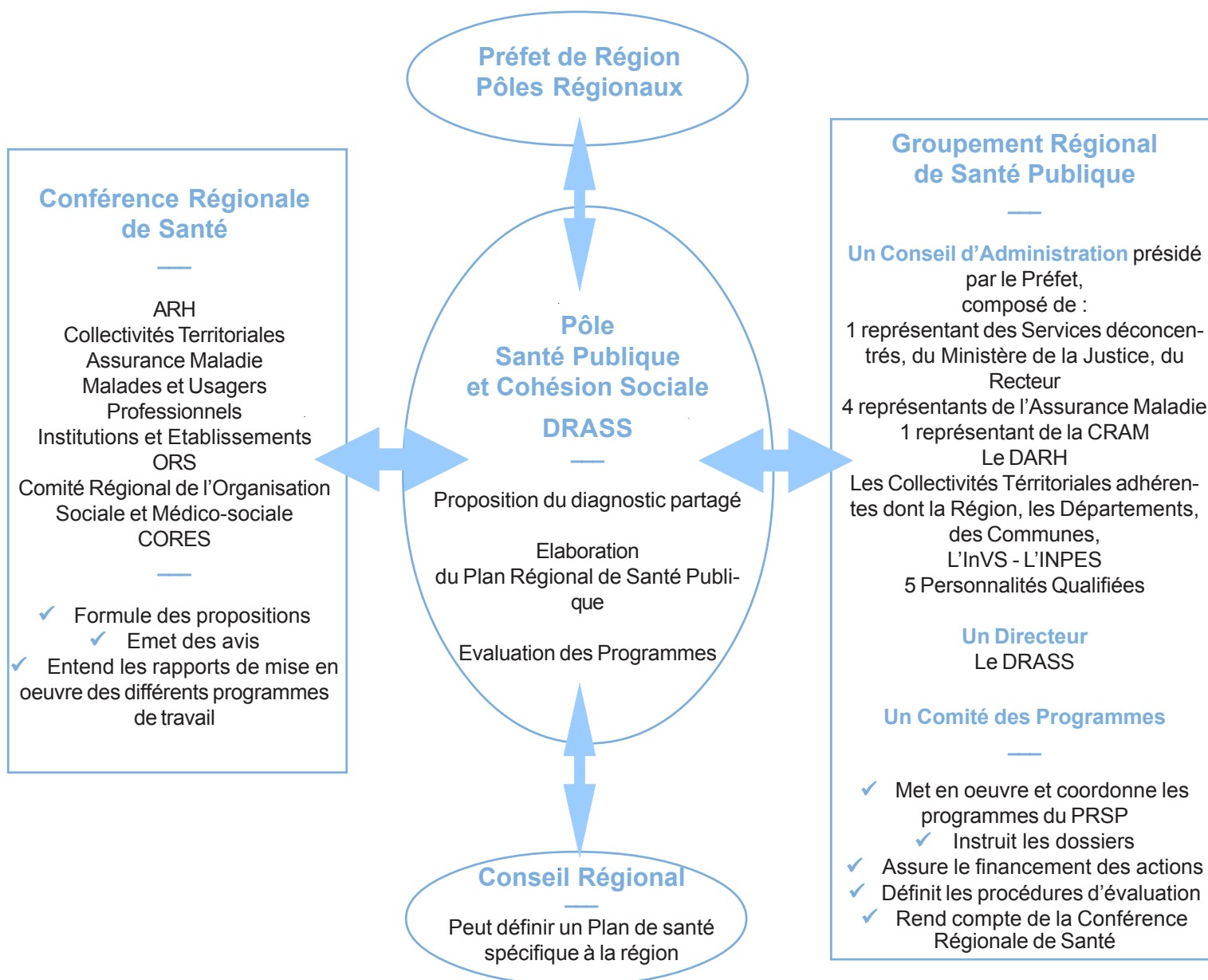
Les membres du groupement contribuent à la réalisation des objectifs du Plan de Santé Publique. Ils coordonnent leurs interventions, favorisent la coopération des acteurs de terrain dans la conduite des projets et l'émergence de nouveaux opérateurs et mettent à disposition du Groupement les données nécessaires au bon exercice des missions.

- La Conférence Régionale de Santé est l'organe consultatif du dispositif

Composée d'environ 90 membres, elle contribue notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs de santé publique, formule des avis et propositions sur les programmes du Plan.

Son caractère opérationnel est assuré par la disposition d'un Bureau permanent qui lui permet d'organiser ses travaux en continu.

ORGANISATION REGIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE



MADAME EVELYNE PAMBOU

CHARGÉE DE MISSIONS À LA SANTÉ PUBLIQUE ET À LA COHÉSION SOCIALE
SECRETARIAT GÉNÉRAL POUR LES AFFAIRES RÉGIONALES



Longtemps, le travail pour la société française a été une valeur sûre. Gage d'épanouissement personnel, de reconnaissance sociale, facteur indispensable du moteur économique permettant un «modèle social français», il n'était contesté par personne, quel qu'il soit.

Et on passait, sous un silence consensuel, les côtés sombres de conditions de travail, pas toujours reluisantes.

Les risques du métier, acceptés comme presque inévitables, étaient tolérés par la société entière. En contrepartie, avait été patiemment élaborée une politique de réparation des dommages subis.

La politique de santé publique passait elle-même frileusement à côté des problèmes de santé au travail, préférant, lorsqu'il était question (enfin) de prévention, traiter de sujets nobles comme la prévention des maladies cardiovasculaires ou des addictions.

Que s'est-il donc passé pour que la santé au travail devienne l'objet de multiples articles dans les médias, que les séminaires et forums sur ce thème se multiplient, que la loi récente de santé publique intègre en bonne place des objectifs de santé au travail, les individualisant même dans les objectifs environnementaux ?

Certes, «le scandale de l'amiante» tant exploité par les médias a fait se tourner les journalistes vers les médecins du travail, qui leur ont révélé bien d'autres enjeux parfois moins visibles, mais tout aussi aigus.

D'où la multiplication dans nos quotidiens d'articles portant sur l'épidémie de troubles musculo-squelettiques, l'accroissement du stress et des dépressions et autres articles sur la dangerosité des produits chimiques.

Cette médiatisation répond aussi à deux évolutions.

D'une part, une meilleure connaissance des conditions de travail auxquelles sont exposés les travailleurs.

Les enquêtes du Ministère du Travail, comme celles de la DARES (1) ou les enquêtes SUMER, dont les résultats de l'étude 2003-2004 sont en cours de publication (2), ne peuvent laisser indifférents.

D'autre part, le refus des risques du travail devient de plus en plus la règle, dans une société où chacun veut être protégé. On ne doit plus perdre sa vie à la gagner.

L'ensemble des syndicats salariés, préoccupé traditionnellement par les revendications d'emploi, de salaire, exige un milieu de travail sain et sûr. Ils viennent d'être entendus par les magistrats qui, en février 2002, ont imposé aux employeurs une obligation de résultat en ce domaine.

Dans le même temps sortait enfin en novembre 2001 le décret qui impose à ces mêmes employeurs de consigner, dans un document, l'évaluation des risques professionnels, obligatoire depuis le 31 décembre 2001.

Il était temps, car le constat est loin d'être acceptable.

Alors que la politique de santé vise à réduire les inégalités, les différences de morbidité et de mortalité se sont accrues entre catégories socio-professionnelles. 7 ans d'espérance de vie séparent les hommes ouvriers des cadres (3). Des enquêtes, comme ESTEV, mettent directement en cause les conditions de travail dans l'apparition de pathologies du vieillissement (4).

Si les accidents de travail ont bien diminué dans les 20 dernières années pour stagner sinon remonter dans les derniers 5 ans, le nombre de maladies professionnelles reconnues ne cesse de croître. Toutes les études faites avec la participation des médecins du travail montrent que la morbidité professionnelle est très loin des chiffres avancés, du fait d'une sous déclaration constante. Les troubles psychopathologiques non indemnisables, les troubles musculo-squelettiques, dont la plupart ne sont pas déclarés alors que la pathologie est avérée, et d'autres pathologies plus graves (5) sont méconnus, pris en charge au titre de l'assurance maladie.

Les études récentes portant sur les conditions de travail montrent une dégradation globale. On compte plus de travailleurs de nuit, plus de contraintes organisationnelles. Même les contraintes physiques, manutention, bruit... ont augmenté. Tout comme l'exposition aux produits chimiques.

Tout ceci corrobore le sombre constat des médecins du travail.

Les salariés âgés sont en recherche de stratégies pour quitter au plus tôt leur entreprise. Les plus jeunes adoptent des stratégies de «coping». Ils tiennent en consommant de l'alcool (6), des anxiolytiques... (7). Il est révélateur que les médecins du travail bas-normands aient établi une relation entre le travail et les tentatives de suicide chez 107 salariés dans les 5 dernières années : 43 décès, beaucoup plus que d'accidents de travail mortels (8).

Comment en est-on arrivé là ?

Certes, les lieux de travail, les techniques ont évolué au long de ces 30 dernières années. Les accidents graves ou mortels sont moins fréquents. Les pathologies anciennes, comme le saturnisme, ont à peu près disparu.

Mais d'autres risques sont apparus, souvent plus insidieux.

De nouveaux produits chimiques, dont les effets sont encore peu ou mal connus, provoquent malformations fœtales ou cancers d'apparition retardée. La densification du travail (suppression des pauses) et le retour à sa taylorisation font se multiplier les pathologies invalidantes des membres supérieurs. La complexification des tâches, leur éclatement, les relations souvent difficiles avec des clients ou un public de plus en plus exigeants sont en rapport avec au mieux un mal-être, au pire

Travail et Santé (suite)

l'apparition de vrais syndromes de décompensation, un désintérêt au travail, voire de dépressions ou de burn-out.

Insupportable le travail à l'heure actuelle ?

On n'en est heureusement pas là. Néanmoins, un autre facteur le rend paradoxalement plus pesant que les longues et dures journées de travail des années 60 ou 70.

Le collectif de travail a disparu. Les liens qui existaient lors des travaux à forte composante physique ont éclaté. On n'a plus le temps, ni la faculté de s'entraider. Chacun doit être productif. Malheur à celui qui est plus lent, plus faible ou simplement plus vieux. L'individualisme existe ici aussi. L'entreprise devient de plus en plus un lieu de performance, compétitivité oblige.

Les enquêtes faites par les médecins du travail montrent que le nombre de personnes ne pouvant plus, partiellement ou totalement, assumer les contraintes de leur poste sont en augmentation (9). Quand une adaptation du poste n'est pas possible, c'est une solution sociale qui est trouvée : maladie, invalidité, chômage. En transférant, de ce fait, le coût de l'inadéquation état de santé-travail sur la collectivité entière.

On peut donc se poser la question de la santé au travail en terme d'économie de la santé.

Peut-on continuer à exclure du système productif les personnes dont l'état de santé est déficient ?

Outre le problème éthique d'une telle position, ceci ne paraît pas possible en terme économique.

Partie visible de ces personnes «à problème», les travailleurs handicapés reconnus par la COTOREP n'en représentent qu'une très petite partie. On voit pourtant combien il est difficile d'intégrer dans les entreprises les 6 % réglementaires.

La France est, par ailleurs, le pays européen qui compte le moins de travailleurs âgés en activité. La solution des pré-retraites ayant fait long feu, apparaît l'obligation d'adapter la nature et les horaires des postes de travail de nos seniors pour qu'ils puissent continuer à apporter leurs efforts et leurs compétences à la collectivité.

Et puisque le problème se pose en choix de société, et en choix économiques, on ne devrait pas faire l'impasse d'un calcul des coûts sociaux du retentissement sur les individus et leurs familles de certaines formes de travail comme le travail précaire, les horaires décalés, etc...

Ces messages commencent à être entendus et seront certainement largement débattus dans les instances régionales qui se préoccupent de ces questions : l'Observatoire Régional de Santé au Travail des partenaires sociaux, le Conseil Régional de Prévention des Risques Professionnels qui sera placé aux côtés de la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, la Conférence Régionale de Santé.

En attendant, les préventeurs de la santé au travail, Services de Santé au travail, Inspection du Travail, CRAM, ARACT, se mobilisent pour décliner dans les 5 ans à venir, les actions incluses dans les différents plans de Santé Publique (10). Enfin reconnues comme telles pour un milieu de travail permettant aux actifs une vie professionnelle heureuse.

Références

(1) **Enquêtes «conditions de travail» de la DARES.** Publications «La Documentation Française».

(2) **Enquêtes SUMER.** www.travail.gouv.fr (Rubrique : publications de la DARES : SUMER 1^{ères} informations, premières synthèses).

(3) **Bilan démographique.** - www.insee.fr

(4) **Age, Travail, Santé (Etudes sur les salariés âgés de 37 à 52 ans – Enquête ESTEV 1990).** F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff (Editions INSERM)

(5) **Les maladies à caractère professionnel en Basse-Normandie.** Publication DRTEFP de Basse-Normandie «Temps Forts – Travail – Santé». N° 63 – Mai-juin 2003.

(6) **Réflexion sur la gestion du stress professionnel par la consommation d'alcool.** Aude BOUGON : Mémoire D.U. d'alcoologie. Université de Caen

(7) **Santé mentale, consommation de psychotropes et travail. Enquête 2001.** Services de santé au travail de Basse-Normandie, Inspection Médicale du Travail, CPAM...
www.federationsantetravail.org/publications/m28psychotropes.html

(8) **Etude des suicides liés au travail en Basse-Normandie.** Drs Gournay, Kryvenac, Lanièce
www.federationsantetravail.org/publications/m28suicidetavail.html

(9) **Enquête Inadéquation Santé Travail.** IMTMO de Basse-Normandie (Drs Gournay et Raoult-Monestel), Observatoire Régional de l'Emploi des Personnes Handicapées (Mme Le Retif). Ce document sera consultable sur le site de la fédération française de santé au travail fin 2005.

(10) **Plans de santé publique.** www.sante.gouv.fr

Plan Régional Santé Environnement. L'avant-projet de ce plan est consultable sur le site : <http://prse.bn.free.fr>

Docteur Maryvonne GOURNAY
MÉDECIN INSPECTEUR RÉGIONAL DU TRAVAIL
ET DE LA MAIN D'OEUVRE DE BASSE-NORMANDIE
DIRECTION RÉGIONALE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
3 PLACE SAINT-CLAIR - BP 70034
14202 HÉROUVILLE-SAINT-CLAIR CEDEX
TÉL : 02.31.47.73.00

Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PRAPS 2^{ème} génération 2003/2006

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies, représente le volet «santé» de la Loi de Lutte contre les Exclusions du 29 juillet 1998 (article 71).

Les PRAPS contribuent à la lutte contre les exclusions «en améliorant la connaissance et la compréhension des causes des inégalités de santé et de leur évolution et en soutenant des actions qui provoquent une évolution du système sanitaire et social dans le sens d'une meilleure prise en compte des problèmes d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité»¹.

Aujourd'hui, il est partie intégrante du programme régional de santé publique (PRSP) avec le double objectif de rendre lisible les problématiques de «santé / précarité» en région et en conséquence de contribuer à la réduction des inégalités de santé.

Sur un plan opérationnel, le PRAPS vise à améliorer la coordination des acteurs en décloisonnant les pratiques des professionnels et en développant le travail en réseau.

Santé / Précarité : des liens étroits

La précarité est une source de fragilité pour la santé des individus. Les personnes pauvres ont non seulement une mortalité plus importante que les autres mais le nombre des maladies est plus élevé parmi elles. La convergence de nombreuses études locales démontre qu'il n'y a pas de pathologies spécifiques de la pauvreté, de la précarité mais des risques plus importants de contracter les pathologies ordinaires. D'une façon générale, la comparaison des états de santé des individus révèle l'existence d'un gradient régulier le long de l'échelle sociale depuis les catégories les plus en difficulté (les sans domicile fixe) jusqu'aux cadres supérieurs. Confrontés à des urgences quotidiennes mettant en cause leur survie, les personnes en difficulté relèguent leur santé au second plan de leurs préoccupations.

Le lien entre précarité et santé peut s'entendre comme un processus de vulnérabilité dont on peut craindre à plus ou moins long terme qu'il n'ait de profondes répercussions sur la santé. La pauvreté économique et sociale entraîne, au delà de la vulnérabilité organique et psychique, des sentiments d'inutilité sociale et de mésestime de soi qui provoquent une souffrance psychique intense, pouvant conduire au renoncement aux soins et à l'adoption de comportements pathogènes qui aggravent la vulnérabilité existante (rapport 2001-2002 de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion).

Des problématiques particulières en Basse-Normandie

Les précédents programmes régionaux de santé, PRS «suicide», PRS «alcool» ont ciblé des problématiques de santé particulièrement repérées en Basse-Normandie provoquant une mortalité prématurée.

Ces décès sont à mettre en relation, dans nombre de cas à des situations de précarité et à des comportements qui prédisposent à la maladie. Ainsi, les pathologies liées à l'alcoolisme, aux cancers des voies aéro-digestives supérieures et encore au suicide.

En outre, offre de soins, accessibilité aux soins et précarité sont liées dans la mesure où l'âge avancé, l'isolement, la modicité des ressources, les distances sociales par rapport aux services de santé, renforcent les effets de l'éloignement géographique.

La question de l'équité en matière de santé n'est pas seulement une question de répartition géographique de l'offre de soins mais renvoie aux rapports que les personnes ont avec ce qui touche à la santé, et donc aux inégalités sociales et à la précarité dans l'ensemble de ces dimensions.

L'étude intitulée «Différentes facettes de la précarité en Basse-Normandie» sera riche d'enseignement sur le croisement des problématiques des personnes démunies : santé, logement, emploi, scolarité (CRCOS / INSEE / DRASS BN).

Le PRAPS de Basse-Normandie

Deuxième Génération 2003/2006

Le programme en Basse-Normandie a souhaité mettre l'accent sur une finalité : **«le changement culturel» en développant cinq axes prioritaires**

1. Favoriser l'expression et la citoyenneté des plus démunis
2. Renforcer l'intervention de proximité et la coordination
3. Développer la formation des professionnels
4. Améliorer l'accès aux droits administratifs et financiers
5. Faciliter les déplacements des populations démunies.

Ce programme met l'accent sur des problématiques de santé particulièrement repérées en Basse-Normandie: souffrance psychique, consommation excessive d'alcool, et s'appuie sur le schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS). Ses priorités d'action doivent s'inscrire dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), dans les programmes départementaux d'insertion (PDI) et dans tous les dispositifs permettant de prendre en compte les problématiques de «santé / précarité».

Il vise plus particulièrement les jeunes mais il met l'accent sur les problématiques spécifiques des «étrangers et demandeurs d'asile», les gens du voyage, les détenus et les personnes se livrant à la prostitution.

Sa mise en œuvre s'adresse à tous les professionnels et les institutions du champ sanitaire et social qui ont mission auprès des personnes en difficulté mais plus particulièrement :

- > Les missions de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE) et le service social en faveur des élèves (SSFE), le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS).
- > Les services de protection maternelle et infantile (PMI).
- > Les services instructeurs du revenu minimum d'insertion (RMI).
- > Les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS).

En conclusion, le PRAPS vise à développer des réponses locales aux besoins des personnes les plus éloignées socialement et/ou géographiquement de l'offre de soins (développement des hôpitaux locaux, maisons de santé, lits infirmiers...), en favorisant :

- > **les pratiques de réseaux (réseaux de soins et réseaux sociaux, coordination des professionnels de la santé et du social...).**
- > **toute démarche visant à la participation des usagers (santé communautaire et éducation à la santé).**

Madame Michèle KAIL

COORDINATRICE RÉGIONALE DU PRAPS

DIRECTION RÉGIONALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

ZAC CLAUDE MONET

PLACE JEAN NOUZILLE- BP 55035 - 14050 CAEN CEDEX 4

TÉL : 02.31.70.96.52 - COURRIEL : michele.kail@sante.gouv.fr

¹ Circulaire n° DGS/SD6D/2002/100 du 19 février 2002

Chômage et santé

Etude disponible (Tableaux et Notes bibliographiques) dans son intégralité sur le site de l'ORS

Chômage et mortalité

Les chômeurs sont plus particulièrement issus des catégories ouvrières et des personnes à faible niveau de formation et de qualification. Il n'est donc pas étonnant qu'ils forment un groupe dont l'état de santé se traduit par une plus forte mortalité que pour d'autres groupes d'individus d'âges équivalents mais mieux dotés socialement. Leurs caractéristiques socio-démographiques ressemblent étrangement à celles des ouvriers. Pourtant leur mortalité est plus importante que celle de ce groupe de travailleurs.

Si le travail pénible et incertain induit une mortalité plus forte, l'inactivité et le chômage amplifient cette surmortalité.

Les sources directes d'observation de la surmortalité des chômeurs ne résultent pas d'études directes des causes de mortalité enregistrées. Pour autant l'INSEE livre dans quelques études des chiffres et des analyses qui permettent d'approcher le phénomène. Pour ce faire l'INSEE procède par rapprochement de diverses sources de données longitudinales : l'échantillon démographique permanent (EDP), et un échantillon de l'enquête famille.

Les résultats de l'étude réalisée par Annie Mesrine, montrent qu'aux âges habituels pour l'activité salariale, «*le chômage ou l'inactivité s'accompagne d'une surmortalité pour les hommes comme pour les femmes*». Des études anciennes montraient déjà ce phénomène. En 1984, Desplanques mettait en évidence qu'entre 1975 et 1980 la mortalité d'un homme chômeur était deux fois plus importante que celle d'un homme actif. Elle montrait aussi que le différentiel de mortalité entre une femme active et une autre, chômeuse ou inactive, est inférieur à celui que révèle l'étude de ce lien chez les hommes.

Pour autant, cette étude, comme beaucoup d'autres, ne montre pas de liens de causalité. On ne sait si les personnes sont devenues chômeuses car elles ont des problèmes de santé, ou bien si le chômage a inauguré l'entrée dans la maladie. De plus, comme les personnes les moins dotées sont souvent celles qui sont le plus souvent exposées au chômage, et que par ailleurs, ce sont ces personnes qui sont les plus exposées au risque de mortalité, il est difficile de faire la part entre ce qui est de la mortalité propre à l'appartenance sociale, et ce qu'il en est de l'effet propre du chômage dans la mortalité. Enfin les situations enregistrées sont des situations ponctuelles au moment du recensement et un chômeur a pu redevenir actif. Même avec toutes les réserves que nous venons de rappeler, cette étude montre que les risques de mortalité des chômeurs varient de 1 à 5 en fonction du genre ou de l'année de leur situation de référence.

Ces données montrent d'une part une forte surmortalité masculine pour les hommes inactifs et chômeurs alors que, si pour les femmes l'inactivité et le chômage entraînent aussi une surmortalité, celle-ci reste plus modérée que pour les hommes. D'autre part on remarque l'importance de la durée de la période d'inactivité ou de chômage. En 1990, lorsque la durée de cette période augmente de 3 à 5 ans, le risque de mortalité est multiplié de manière notable : elle double ou presque.

Dans ce contexte de graves bouleversements qui apportent une destruction massive d'emplois liée à des modifications importantes de l'appareil de production, le rôle des hommes, comme pourvoyeurs de biens pour la maisonnée par leur travail à l'extérieur, tend à se fragiliser voire, pour ceux qui sont au chômage depuis longtemps, à disparaître. A l'inverse, le rôle des femmes centré sur les enfants et la famille, résiste mieux aux transformations en profondeur de la société.

Dans une société française en crise de l'emploi, même si les femmes ambitionnent l'égalité des sexes au travail, surtout depuis qu'elles ont la maîtrise de leur fécondité, elles n'en restent pas moins porteuses du rôle de mère, de donneuse de vie. Le marché du travail sanctionne cette perception à travers une moindre valorisation financière. Les femmes restent à niveau égal de qualification et de statut moins payées que les hommes et font l'objet d'une discrimination à l'embauche. En revanche, la disparition de leur emploi et leur retour à l'inactivité semblent moins affecter leur santé. Car cette situation, plus admise socialement, est moins patho-

gène pour elles que pour les hommes ; ceux-ci étant soumis à une plus forte contrainte sociale qui leur impose de travailler pour subvenir aux besoins de leur famille.

Cette hypothèse est d'autant plus forte, que dans 2 grandes enquêtes épidémiologiques des dernières années qui ont utilisé un entretien diagnostique psychiatrique standardisé, on observe des dépressions sévères respectivement 2 et 1,4 fois plus fréquentes chez les hommes et les femmes percevant le RMI que chez les autres, et aussi que la dépression concerne respectivement 32 % des hommes inactifs, 24 % des chômeurs et 8 % actifs ; 44 % des femmes inactives et 19 % des actives. La prévalence de la dépression suit un gradient socio-professionnel particulièrement marqué chez les femmes, alors que le gradient en fonction du niveau d'éducation est plus marqué chez les hommes.

Par ailleurs les personnes inactives ou au chômage ont dans les enquêtes déclaratives une moins bonne santé que les actifs.

Chômage et morbidité

Les études de morbidité sont anciennes, elles convergent toutes sur le fait que le chômage peut provoquer des états pathologiques diagnostiquables cliniquement dont les causes sont la perte de revenus et des difficultés matérielles, mais aussi le découragement, le sentiment d'abaissement et l'effondrement de la volonté que provoque la prolongation du chômage. Pour autant, tout cela a été rarement étudié sur des populations très larges.

L'étude la plus récente, reprise par la commission européenne, a été réalisée en Italie dans les hôpitaux de Lazio. Elle montre à l'évidence que les personnes sans emploi sont plus souvent hospitalisées que celles qui en ont un. Cela est vrai, pour les hommes comme pour les femmes, et à tous les âges avec une tendance à l'atténuation des différences pour les personnes en emploi après 50 ans. L'écart entre les femmes sans emploi et celles en emploi est moins important que celui qui existe pour les hommes dans les mêmes situations, chez qui le nombre d'hospitalisations varie à 35 ans, de 1 à 9. Les résultats donnés par pathologie montrent, eux aussi, que les personnes sans emploi (hommes ou femmes) sont plus souvent hospitalisées que celles qui ont un emploi et ce à tout âge. Les quelques exceptions aux âges inférieurs à 35 ans et supérieurs à 55 ans ne contredisent pas l'aspect robuste et massif de cette constatation.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette observation : les conditions de vie, les risques professionnels, les difficultés financières à accéder aux soins, mais aussi le rapport que les personnes sans emploi entretiennent avec leur corps.

Pour finir

Étudier les rapports entre la santé et le chômage, c'est rappeler que la question de la maladie n'est pas que l'affaire des médecins qui seraient chargés de nous faire recouvrer la santé en soignant les dérèglements du corps et de l'esprit. C'est souligner l'importance des inégalités de mortalité et de morbidité. Le constat est que l'espérance de vie suit l'évolution de l'échelle sociale, l'inactivité et le chômage positionnant les hommes au bas de celle-ci. Si la faible espérance de vie de ces personnes s'explique en partie par les difficultés de leurs conditions de vie et de travail, elle tient aussi à leur rapport fonctionnel à leurs corps, et à leurs difficultés à verbaliser les messages (Boltanski). Les besoins des individus sont spécifiques aux groupes dans lesquels ils émergent ; dans certains groupes, certains besoins apparaissent, dans d'autres ils restent non manifestés. Les besoins de santé ne sont en soi pas différents des autres besoins, ils sont socialement clivés, ce sont, comme les autres, des besoins cultivés c'est-à-dire des besoins en relations avec les habitus que se sont construits, sous contrainte sociale, les individus composant les groupes sociaux, et, ici, pour ce qui nous concerne, les moins dotés.

PROFESSEUR DOMINIQUE BEYNIER

PROFESSEUR DE SOCIOLOGIE - UNIVERSITÉ DE CAEN

PRÉSIDENT DE L'ORS DE BASSE-NORMANDIE

Comité Régional de Coordination de l'Observation Sociale de Basse-Normandie



Pourquoi une coordination de l'observation sociale ?

« Construire ensemble des outils communs d'information et d'aide à la décision dans le domaine de la politique sociale et médico-sociale »

A l'origine, un constat :

- L'observation sociale est importante dans l'aide à la définition des politiques publiques, certes au niveau national mais aussi au niveau régional.
- Cette importance s'accroît d'autant plus dans le contexte de décentralisation.
- De nombreuses informations sont détenues par les acteurs locaux, mais elles sont dispersées...
- ...ainsi que les moyens nécessaires pour leur analyse.

Une forte volonté des acteurs régionaux de travailler en réseau :

- Pour rendre plus perceptibles les processus, plus pertinentes les actions menées, plus cohérents les travaux réalisés...
- ...il faut organiser le décloisonnement entre les politiques et les institutions, se coordonner pour mettre en commun les indicateurs, les études et les analyses...
- ... et se doter d'outils, conçus comme des aides à la définition des actions à mettre en œuvre par chacun en fonction de ses compétences dans le domaine social et médico-social.

La mise en place de la coordination en région

La Basse-Normandie a constitué dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région, son Comité Régional de Coordination de l'Observation Sociale le 14 Février 2002, en rassemblant autour de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, trente quatre partenaires répartis en quatre collèges :

- Services de l'Etat : Préfecture, Rectorat, DDASS, DRE, DRTEFP, DRANPE, DRDJS, DRPJ, DRDFE, DRSP.
- Collectivités territoriales : Conseil Régional, CESR, Conseils Généraux.
- Organismes de protection sociale : CAF, URCAM, CPAM, CRAM, MSA, CMR.
- Monde associatif : ORS, CREAI, ARRIS-IRTS, FNARS, COORACE, URIOPSS.

La base de données sociales régionales, support de la démarche d'analyse partagée

Ce sont 43 établissements ou services qui sont mobilisés afin d'alimenter et de réactualiser chaque année une base régionale de données sociales mutualisées. Les 120 indicateurs-clefs composant ce socle permanent couvrent cinq champs : Lutte contre l'exclusion, Accès aux soins, pathologies et décès liés aux conditions d'existence, Enfance, Personnes handicapées, Personnes âgées. Déclinés par départements, cantons, voire communes, les indicateurs sont mis à disposition de chacun des membres du CRCOS par le biais du CD-Rom « Babord » ; cet outil convivial de partage des données permet des mises en formes thématiques, graphiques et cartographiques de l'information.

La sortie de la version 3 de Babord a été remise à chaque membre du CRCOS en septembre 2005.

Différentes facettes de la précarité bas-normande : ...la conduite d'une étude partenariale

Les membres du Comité Régional de Coordination de l'Observation Sociale décident en octobre 2004 de s'engager dans la réalisation d'une étude « Différentes facettes de la précarité bas normande », et se fixent trois objectifs :

- Mettre à jour l'étude « Géographie de la précarité », coordonnée en 2000 par l'INSEE.
- Elargir la notion de précarité jusqu'alors très centrée sur les aspects professionnels et financiers.
- Mener les travaux d'analyse partagée en centrant la démarche méthodologique sur le partenariat existant au sein du CRCOS.

Cette étude, dont la diffusion est prévue à la fin de l'année 2005, prolonge les réflexions menées par les partenaires du CRCOS au cours de l'année 2003-2004 et vise à mettre en évidence différentes situations de précarité vécues par les populations sur le territoire bas normand, grâce aux contributions respectives de chacun, tant en matière de transmission d'information qu'en terme d'analyses partagées qui en découleront.

Elle sera constituée des six chapitres suivants pour lesquels six groupes de travail partenariaux sont mis en place depuis novembre 2004 :

- La précarité financière,
- La précarité professionnelle,
- La précarité face au logement,
- Les difficultés scolaires,
- Santé/Précarité,
- Populations particulièrement exposées : Demandeurs d'asile, Gens du voyage, Personnes placées sous main de justice.

Elle réunit Services de l'Etat, Conseils Généraux, Organismes de protection sociale et Représentants du secteur associatif et s'adjoint les compétences spécifiques du Comité d'évaluation du PRAPS (voir article page 8) en ce qui concerne l'élaboration du chapitre Santé/Précarité.

Le recensement de l'Observation Sociale en région

Cet outil prend la forme d'un répertoire dont l'objectif est de faciliter l'identification des missions et travaux d'observation sociale existants en Basse-Normandie.

Il a pour ambition, au fur et à mesure de ses mises à jour et compléments, de permettre une meilleure lisibilité du « Qui observe quoi ? » par les acteurs régionaux du social à qui il est largement diffusé.

Il est consultable et téléchargeable via le site Internet DRASS/DDASS à l'adresse suivante :

<http://basse-normandie.sante.gouv.fr> (DRASS de Basse-Normandie, Entrée « Social », Onglet CRCOS).

MADAME VÉRONIQUE FRANCOIS,
CHARGÉE DE MISSION DU **CRCOS, 02.31.70.96.55**

MADAME GWENDOLYNN LE SCOUARNEC,
SECRÉTAIRE DU **CRCOS, 02 31 70 96 54**

DIRECTION RÉGIONALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
ZAC CLAUDE MONET
PLACE JEAN NOUZILLE
BP 55035
14050 CAEN CEDEX 4

COURRIEL : dr14-obs-sociale@sante.gouv.fr

Santé des jeunes et Education Nationale

L'Ecole joue un rôle primordial sur la santé de la société de demain.

Elle s'est souciée de la santé des jeunes dès 1945 en créant le service national d'hygiène scolaire et universitaire, au sein du ministère de l'Education Nationale, avec des **assistants sociaux**, présents dans les établissements scolaires dès 1938, et des **médecins** rattachés au ministère de la santé, dans le but de traiter les problèmes de santé publique de l'époque (tuberculose et malnutrition).

Un corps spécifique d'**infirmières**, relevant de la santé, a été créé en 1949.

Ces personnels seront regroupés au ministère de la Santé, avec des missions au sein des établissements scolaires, en 1964.

En 1982, une circulaire interministérielle Santé et Education Nationale définit les missions du service de santé scolaire.

En 1985 pour les infirmières et en 1991 pour les médecins, le ministère de l'Education Nationale reprend la main sur la santé des élèves et crée le service de promotion de la santé en faveur des élèves dont les missions se déclinent au niveau des établissements publics et privés des 1^{er} et 2nd degrés.

C'est également en 1985 que les assistants sociaux rejoignent le ministère de l'Education Nationale recentrant alors leur mission sur le 2nd degré public avec la charge d'apporter «écoute, conseils, soutien aux élèves, étudiants et personnels» pour favoriser la réussite individuelle, sociale et professionnelle, mission actuellement exercée prioritairement au niveau de 272 établissements scolaires publics, les autres établissements étant uniquement pris en charge pour les urgences dans le cadre de la protection de l'enfance.

L'appellation même de «**service de promotion de la santé en faveur des élèves**» montre bien l'évolution des problèmes de santé publique pris en charge par l'école. Nous passons de l'ère de la prévention tertiaire à l'ère de la prévention primaire qui concerne prioritairement nos jeunes mais aussi d'un état de carence à un état de surconsommation.

Au chapitre des drogues, la demande s'est élargie aux classes les plus défavorisées de la société qui ne disposaient que de l'alcool et du tabac. Ce nouveau marché a stimulé l'imagination des chimistes qui a permis l'apparition de l'ecstasy avec son redoutable pouvoir de dépendance très rapide et potentiellement mortel.

Quant au SIDA, il a radicalement modifié les comportements sexuels de la jeune génération actuelle.

Enfin le tout a été largement médiatisé.

Que fait l'Ecole, dans l'Académie de Caen, auprès de ses **283 079 élèves** répartis dans **1 442 écoles**, **206 collèges** et **115 lycées** ?

Elle demande à ses **48 médecins**, **142 infirmières** et **55 assistants de service social** de veiller à leur bien-être, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective en participant aux Comités d'Education à la Santé et la Citoyenneté.

C'est ainsi qu'au cours de l'année scolaire 2004-2005, les médecins de l'Education Nationale de l'Académie de Caen ont

réalisé **40 787 bilans de santé** c'est à dire qu'un élève sur 7 a eu un bilan médical à l'école, sans compter que les infirmières de l'Education Nationale ont effectué un bilan infirmier auprès de **11 245 élèves de 6^{ème}**.

La détection précoce des difficultés à entrer dans les apprentissages, lors de la visite médicale obligatoire entre 5/6 ans (grande section de maternelle), constitue la grande priorité de l'activité du médecin de l'Education Nationale. Ce bilan médical permet d'établir un état des lieux de la totalité d'une tranche d'âge de la population scolaire. Les parents sont toujours conviés et pratiquement toujours présents. Ce bilan permet également de repérer les enfants en risque de difficultés à entrer dans les apprentissages ou atteints de maladies chroniques ainsi que ceux qui présentent des déficiences ou des handicaps, afin d'organiser au mieux leur accueil à l'école élémentaire.

Un bilan approfondi des troubles du langage sera réalisé si le bilan standard est perturbé.

C'est ainsi que, parmi les **13 424 enfants de grande section des maternelles publiques et privées** examinés par le médecin de l'éducation nationale, on sait que :

- 13% d'entre eux présentent des anomalies de la vision,
- 8% des anomalies de l'audition,
- 9% des vaccinations non à jour,
- 2% un surpoids et
- 4% une psychopathologie.

Une consultation complémentaire a été demandée pour 29% d'entre eux à laquelle seulement 31% ont accédé.

Au niveau de la classe de 3^{ème} des collèges publics et privés, **10 173 élèves** ont bénéficié d'un examen médical complet :

- 18% d'entre eux présentaient une anomalie de la vision,
- 4% une anomalie de l'audition,
- 11% une vaccination non à jour,
- 7% une maladie chronique,
- 3% une souffrance psychique et
- 5% un surpoids.

Une consultation complémentaire a été demandée pour 26% d'entre eux, à laquelle 30% seulement ont accédé.

En plus, **8 200 élèves des 1^{er} et 2nd degrés publics et privés** ont été examinés à la demande ce qui a permis de mettre en évidence :

- 10% d'anomalies de la vision,
- 5% d'anomalies de l'audition,
- 6% de vaccinations non à jour,
- 19% de troubles des apprentissages,
- 12% de maladie ou handicap,
- 10% de souffrance psychique,
- 5% de surpoids.

Une consultation complémentaire a été demandée pour 31% d'entre eux, à laquelle 38% seulement ont accédé..

Santé des jeunes et Education Nationale (suite)

Parmi eux, 1 066 élèves atteints de maladies chroniques (allergie, asthme, épilepsie, diabète, etc...) ont bénéficié d'un **projet d'accueil individualisé** (PAI).

Les élèves handicapés ont bénéficié d'un **projet individuel d'intégration** (PII).

Ces projets sont destinés à optimiser l'accueil de ces élèves à besoins spécifiques.

Par ailleurs, le service social des élèves de l'académie suit environ 15 000 élèves par an avec des interventions individuelles dans 4 grands domaines :

- > l'accès aux droits et l'insertion scolaire (50%),
- > les comportements scolaires (absentéisme, orientation...) (35%),
- > les problèmes relationnels entre adolescents et adultes plus particulièrement au moment de la majorité (25%),
- > les problèmes liés aux conduites à risque et à la violence (16%).

Par ailleurs, le service social est également sollicité et mène un suivi important au niveau du « mal-être adolescent » avec les tentatives de suicides (119) et des grossesses adolescentes (91).

En Education à la Santé, **4 079 actions d'éducation à la santé** ont été réalisées principalement par les infirmières mais aussi par les médecins et les assistants sociaux, surtout au niveau du collège, sur les thèmes prioritaires d'éducation à la sexualité, des conduites addictives, de la nutrition, de l'éducation du citoyen et de la maltraitance.

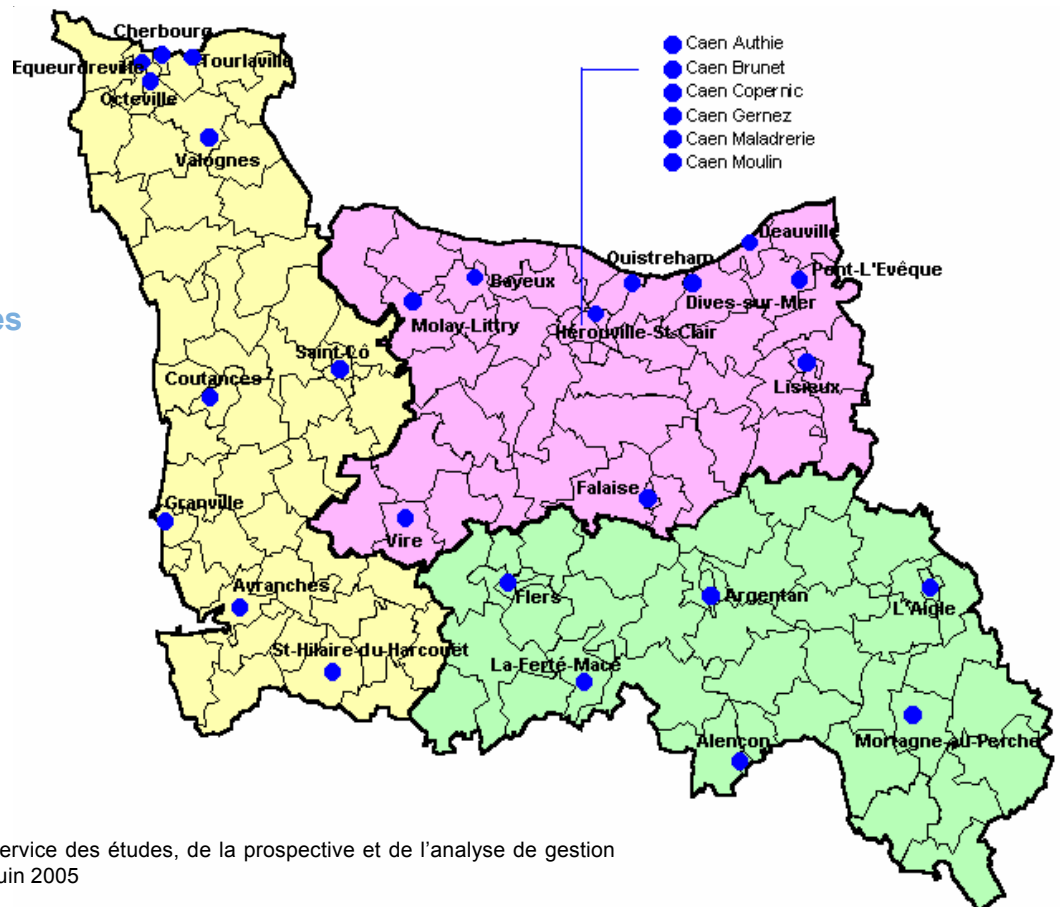
Parmi les infirmières, 43 sont monitrices de secourisme AFPS, 13 sont monitrices SST et 2 sont instructeurs SST ; elles ont collaboré à la **formation AFPS de 577 élèves** et **256 personnels** ainsi qu'à la **formation SST de 1 008 élèves** et de **39 personnels**.

L'activité des services de santé de l'Education Nationale est coordonnée au sein de **32 centres médico-scolaires** disposant d'un secrétariat et répartis sur tout le territoire de l'Académie.

Ces services sont en permanence à la disposition de toute la population scolarisée.

L'examen exhaustif de toute une classe d'âge permet une observation de qualité de l'état de santé de la population scolaire et s'intègre dans les dispositifs qui permettent une évaluation pertinente des difficultés à venir au niveau du système éducatif et par conséquent de la société française.

Les centres médico-scolaires en Basse-Normandie



Service des études, de la prospective et de l'analyse de gestion
Juin 2005

DOCTEUR VÉRONIQUE ONUFRYK,
MÉDECIN CONSEILLER DU RECTEUR DE
L'ACADÉMIE DE CAEN

Les registres du cancer et les sources de connaissances médico-sociales

1) Le cancer maladie sociale

Une maladie qui atteint au cours de la vie un homme sur trois, une femme sur quatre et qui provoque la mort d'un homme sur cinq et d'une femme sur onze, est une maladie qui a un retentissement social considérable.*

Aussi des indicateurs fiables sont nécessaires :

- aux pouvoirs publics, pour leur permettre de mettre en œuvre les moyens adaptés,
- aux services de soins, pour prévoir les équipements futurs en fonction des tendances évolutives,
- et aux médias, pour transmettre l'information aux populations et les sensibiliser à la prévention.

2) Les registres généraux du cancer

Parmi ces indicateurs, les registres du cancer ont une place essentielle en fournissant des informations non biaisées :

- Sur la morbidité, la mortalité, la prévalence, la survie.
- En facilitant des études spécifiques comme, par exemple, la survie selon le traitement.

a) L'étude de la morbidité

Elle est l'objet principal des registres de population : ces registres étudient la fréquence d'apparition des cancers, selon le sexe, la répartition géographique, l'année du diagnostic, et les comparent entre eux en fonction des différents organes atteints.

b) L'étude de la mortalité

La mortalité est connue sur l'ensemble du territoire français par les bulletins de décès.

Cet indicateur conserve tout son intérêt à condition d'être confronté à d'autres renseignements comme l'incidence de la morbidité, c'est-à-dire le nombre de cancers apparus. En effet les progrès de la médecine ont entraîné, pour certains cancers, un taux de guérison tel, que, pour ces localisations, l'étude de la mortalité ne rend pas compte du poids réel de la maladie.

c) L'étude de la prévalence

Les malades atteints de cancer n'ont pas seulement besoin d'être dépistés, diagnostiqués et traités, ils doivent aussi être suivis durant de nombreuses années du fait de récidives éventuelles. Le nombre de cancers apparaissant chaque année dans un territoire est insuffisant pour connaître le poids social de la maladie. La prévalence mesure le nombre de malades vivants sur un territoire donné.

d) L'étude de la survie avec ou sans symptômes (taux de guérison)

Pour certains cancers, les registres mènent des études spécifiques comme celle de la durée de vie en état de guérison apparente ou non, en fonction des localisations des tumeurs, des traitements et des pays sur le plan européen.

3) Les registres spécialisés

Les registres généraux ne peuvent pas noter pour chaque type de cancer des points trop particuliers ou demandant des investigations trop lourdes. C'est ainsi que des registres très spécialisés sont venus compléter les registres généraux : registres des tumeurs digestives, des leucémies, des tumeurs de la plèvre (provoquées par l'amiante), des tumeurs de l'enfant, etc....

4) L'enregistrement

Pour obtenir un enregistrement exhaustif du nombre de cas de cancers, la collaboration des médecins qui ont à en connaître est indispensable : généralistes, spécialistes et médecins des établissements hospitaliers qui interviennent dans le diagnostic.

5) Les registres en Basse-Normandie

La Basse-Normandie est l'une des provinces pionnières en France dans le domaine :

- Le Registre général et le Registre des tumeurs digestives du Calvados sont nés en 1978 immédiatement après ceux du Haut-Rhin (1975) et ceux du Doubs (1977).
- Le Registre de la Manche, initié par des médecins généralistes, créé en 1994.
- Un registre des Hémopathies de Basse-Normandie et un Registre National des Mésothéliomes (tumeurs pleurales dues à l'amiante) sont également implantés en Basse-Normandie.

L'ensemble de ces registres s'est constitué en Fédération des Registres de Basse-Normandie, soutenue par le Conseil Régional, depuis 1997.

6) Les registres en France

Il en existe en France un nombre restreint : 11 registres généraux, 10 spécialisés, et une couverture nationale pour les cancers de l'enfant. Tous ces registres sont qualifiés par le Comité National des Registres, l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Ils sont tous associés au sein d'une Fédération (FRANCIM : FRANce Cancer Incidence Mortalité).

7) Les registres dans le monde

Tous les registres du cancer existants dans le monde et reconnus par le Centre International de Lutte Contre le Cancer (Lyon) fournissent leurs résultats comparatifs tous les 5 ans dans un rapport international (Cancer Incidence In Five Continents).

8) Résultats

Tous ces efforts concourent à l'amélioration de la santé publique dans le domaine du cancer :

- En affinant la connaissance des populations atteintes, ce qui permet d'évoquer des facteurs étiologiques (alcool, tabac) et d'établir des enquêtes épidémiologiques.
- En permettant le choix et la mise en place rationnelle des moyens de dépistage.
- En évaluant la qualité du dépistage et son retentissement sur la durée de vie des malades.
- En facilitant une mise en place adaptée des moyens de prévention.
- Enfin, en favorisant dans le cadre des politiques de santé publique la mise en place de meilleurs moyens thérapeutiques. C'est ainsi que, depuis 1990, le «Projet Eurocare» auquel les registres du Calvados ont participé dès le début, décrit le traitement et la survie des patients à partir des informations fournies par 50 registres de cancers de 17 pays européens afin d'expliquer les différences observées.

On a pu ainsi observer que des différences de survie existaient entre pays, avec un taux de survie nettement plus élevé en France et en Suisse.

Ces différences sont attribuées aux différences de performance des systèmes de santé : Stade au moment du diagnostic, offre de soins, accès aux soins.

Ce texte a été soumis avant publication à une relecture par l'équipe du Registre des cancers du Calvados (Dr Anne-Valérie Guizard et Josette Macé-Lesech).

* Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 (FRANCIM, Service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon, INSERM et InVS).

DOCTEUR JEAN ROBILLARD,
PRÉSIDENT HONORAIRE, **ORS DE BASSE-NORMANDIE**
DIRECTEUR HONORAIRE, **CENTRE ANTI-CANCÉREUX F. BACLESSE**

Les disparités sociales dans la prise en charge des cancers en France

Les cancers sont en France, comme dans la plupart des pays industrialisés, l'une des premières causes de mortalité. Plusieurs études européennes conduites dans les dix dernières années montrent que cette mortalité est plus élevée pour les classes socio-professionnelles (CSP) les plus défavorisées et que ce gradient social est plus marqué en France que dans n'importe quel autre pays européen. Ces disparités sociales peuvent être expliquées par deux hypothèses non exclusives : le risque de survenue d'un cancer est plus élevé dans les CSP défavorisées ou/et les chances de guérir de cancer sont moins bonnes dans les CSP défavorisées.

Concernant le risque de cancer (incidence), la synthèse des études réalisées montre que le sens du gradient dépend de la localisation étudiée. Certains cancers, comme le cancer de l'œsophage, des voies aéro-digestives supérieures ou du col de l'utérus, sont plus fréquents dans les groupes socio-économiques défavorisés. A l'inverse, d'autres cancers comme le cancer du sein ou du côlon-rectum sont plus fréquents dans les milieux socio-économiques favorisés.

Concernant la létalité en revanche, les études internationales ont montré que la gravité du pronostic était toujours l'apanage des milieux défavorisés quelle que soit la localisation du cancer. En France, ces études analysant l'influence des caractéristiques socio-démographiques sur le pronostic des cancers sont beaucoup moins nombreuses que dans les pays du nord de l'Europe. Pour être valides, ces études doivent être conduites sur de larges populations de malades représentatives de la population générale (population-based study). Or, même s'il existe désormais en France une réelle politique de soutien aux registres de cancer, le retard accumulé en la matière reste lourd de conséquences sur la connaissance de la prise en charge des cancers en France. Par ailleurs, comme l'attestent des publications récentes, pour des raisons diverses, ce champ de recherche est extrêmement peu valorisé en France par les institutions de recherche.

Malgré leur rareté, les études disponibles en France, conduites à partir des données des registres de cancer, ont fait le constat d'un plus mauvais pronostic dans les milieux sociaux défavorisés.

En Côte-d'Or, une étude a porté sur 1060 personnes ayant eu un cancer colorectal entre 1976 et 1980. Elle a utilisé les indices socio-économiques fournis par le recensement de l'INSEE. Elle a montré que les patients vivant dans des maisons dénuées de confort ou présentant un confort moyen avait un pronostic deux fois moins bon que les patients vivant dans une maison confortable, cet effet étant plus visible pour les tumeurs diagnostiquées précocement que pour celles déjà étendues au moment du diagnostic.

Dans le Calvados, une première et ancienne étude a porté sur 1445 personnes ayant eu un cancer colorectal entre 1978 et 1984. Elle a utilisé les caractéristiques socio-démographiques collectées par le registre. Elle a montré que les patientes habitant dans une commune urbaine avaient une meilleure survie que les femmes habitant dans une commune rurale (RR=1,3 ; p<0,05). Une seconde étude a porté sur un effectif un peu plus

important (1642 patients avec un cancer colorectal diagnostiqué entre 1978 et 1987) et inclut plus de caractéristiques socio-démographiques. Elle a montré que le pronostic du cancer colorectal était significativement moins bon chez les agriculteurs homme ou femme et chez les hommes sans activité professionnelle par rapport aux autres professions.

En fait, l'intérêt de ces études ne consiste pas tant en la quantification du gradient social de survie des patients atteints de cancer que dans la mise à jour des mécanismes qui sous-tendent ces disparités. En effet, dès lors que l'on regarde ce constat sans fatalisme et que l'on considère que la réduction des inégalités sociales dans le domaine du cancer est une priorité de même nature que l'amélioration de la prise en charge du cancer dans l'ensemble de la société, il importe d'identifier les actions de santé publique propres à réduire au mieux ces inégalités. Ces mécanismes étant très dépendants du système d'organisation et de remboursement des soins, la reproductibilité des résultats des études conduites à l'étranger est très limitée et la nécessité de poursuivre et d'amplifier de telles études en France est en fait impérieuse.

Les mécanismes à l'origine du moins bon pronostic des cancers dans certains milieux sociaux sont très certainement multiples et peuvent apparaître à chaque étape de l'histoire naturelle et médicale des cancers : comportements différents face à une proposition de dépistage, face à un symptôme, accès différenciés aux centres de référence, filières de soins différentes, modalités thérapeutiques différentes, observances différentes des traitements et des protocoles de surveillance, co-morbidité. L'analyse de ces mécanismes ne relève pas du seul champ de l'épidémiologie. La sociologie, la géographie, l'économie de la santé sont des disciplines qu'il faut mobiliser. Le principe des études épidémiologiques dans ce domaine est de tester à l'aide de méthodes statistiques certaines hypothèses sur des données réelles récoltées sur des échantillons de taille suffisante le plus représentatifs possible de la population générale. Les registres de cancer ont un rôle fondamental dans la constitution de ces échantillons. Ce type d'approche, quantitative par essence, doit se nourrir d'hypothèses pertinentes et organiser les données observées dans des modèles théoriques. Le champ de leur analyse (quantitative) est limité à ce qui peut être « mesurable » de manière reproductible et identique chez tous les individus.

Les nombreux facteurs évoqués pour expliquer les disparités sociales peuvent schématiquement se répartir en deux groupes, les facteurs individuels reflétant le comportement de la personne et les facteurs collectifs reflétant l'organisation du système de soins. Les études conduites dans les pays nord-européens ont mis en évidence l'importance d'un comportement différent face au symptôme, certaines études nord-américaines retrouvent un retard au diagnostic pour les groupes sociaux défavorisés tandis que d'autres préfèrent insister sur l'observance différente des traitements. Les études sont moins nombreuses sur les facteurs « collectifs » mais lorsqu'elles sont recherchées, des différences dans les modalités thérapeutiques sont retrouvées. En France, où depuis la fin du XIX^{ème} siècle, le corps médical a le monopole de la compétence en matière de santé, où le système est de grande tradition libérale, et les médecins, hostiles, plus qu'ailleurs, aux contraintes et aux idées de la santé publique, la tendance naturelle est de

Les disparités sociales dans la prise en charge des cancers en France (suite)

considérer la santé d'un point de vue individualiste et d'oublier les conditions sociales du développement de la santé et de la maladie. Les études françaises disponibles mettent systématiquement en évidence un retard au diagnostic pour les groupes sociaux présentant le moins bon pronostic. D'autres constats ont été tirés :

- moindre proportion de patients opérés dans une intention curative parmi les agriculteurs et les patients résidant dans un département dépourvu de centre de référence (CHU et CRLCC).
- moindre recours à un centre de référence chez les agriculteurs et pour l'ensemble des individus habitant dans des communes rurales.
- accès au centre de référence fortement déterminé par la distance (par la route) entre le domicile et le centre de soins (données non publiées).

L'une des particularités des études conduites dans notre pays est de mettre en évidence l'influence du lieu de résidence sur la survie des personnes atteintes de cancer. En particulier, plusieurs études ont souligné la moins bonne survie des patients atteints de cancer résidant dans des communes rurales. Curieusement, alors que nombre de régions ont développé des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins en cancérologie, l'influence de l'éloignement géographique d'un centre de soins sur son accessibilité n'a jamais fait l'objet d'études approfondies en France. Deux études anglo-saxonnes récentes ont démontré des différences de survie selon le degré de spécialisation de l'établissement fréquenté par le patient. Même si en France, la relation entre le degré de spécialisation de l'établissement fréquenté par le patient et la survie n'est pas établie, compte tenu de l'implantation des centres de soins spécialisés dans les capitales régionales, il importe de déterminer la part respective de l'éloignement géographique et de l'éloignement social dans la moins bonne survie des patients présentant un cancer et habitant dans une commune rurale.

Au total

Paradoxalement, alors que la France est un des pays européens dans lequel le gradient de mortalité par cancers entre les différentes catégories sociales est le plus important, et que la lutte contre le cancer est une priorité de la politique nationale depuis le début du XXI^{ème} siècle, très peu d'études ont tenté de mettre à jour les mécanismes sous-jacents à ces inégalités. Les rares études disponibles, réalisées à partir des registres de cancer fournissent quelques éléments d'explication mais sont encore trop peu documentées et non organisées dans une perspective globale d'explication qui permettrait en particulier de relativiser l'importance de chaque phénomène. Des études plus ambitieuses doivent être entreprises s'attachant en particulier aux spécificités du monde rural.

Références

1 - Guadagnoli E. Variations in breast cancer treatment by patient and provider characteristics. *Breast Cancer research and Treatment*. 1996;40:65-74.

2 - Desoubreux N, Herbert C, Launoy G, Maurel J and Gignoux G ; Social environment and prognosis of colorectal cancer patients : a french

population-based study ; *International Journal of Cancer*; 1997; 73; 317-3224.

3 - Druhle M. Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France. In A. Leclerc et al. *Les inégalités sociales de santé*. INSERM, La découverte. Paris 2000. P 41-51

4 - Fassin D. Social capital, from sociology to epidemiology : critical analysis of a transfer across disciplines. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2003;51:403-413

5 - Goldberg M, Melchior M, Leclerc A et al. Epidemiology and social determinants of health inequalities. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2003;51:377-380

6 - Goodwin JS, Samet JM, Hunt WC. Determinants of survival in older cancer patients. *Journal of National Cancer Institute*. 1996;88:1031-1038.

7 - Greenber RB, Chute CG, Stukel T et al. Social and economic factors in the choice of lung cancer treatment : a population-based study in two rural states. *The New England Journal of Medicine* 1998;318:612-617.

8 - Grosclaude P, Mace-Lesec'h J, Roumagnac-Machelard M et al. Differences in treatment and survival rates of non-small-cell lung cancer in three regions in France. *British Journal of Cancer*. 1995;72:1278-1282.

9 - Herbert C, Launoy G. Les cancers. In : A. Leclerc et al. *Les inégalités sociales de santé*. INSERM, La découverte. Paris 2000

10 - Herbert C, Lefevre H, Gignoux M et al. Influence du groupe socioprofessionnel et du lieu de résidence sur la prise en charge et la survie des cancers digestifs. Etude en population dans le département du Calvados. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2002;50:253-264.

11 - Kingsmore D, Hole D, Gillis C. Why does specialist treatment of breast cancer improve survival? The role of surgical management. *British Journal of Cancer* 2004; 90: 1920-1925

12 - Launoy G, Le Coutour X, Gignoux M, Pottier D, Dugleux G Influence of rural environment on diagnosis, treatment and prognosis of colorectal cancer. *J Epidemiol Comm Health* 1992;46:365-367. P 239-249.

13 - Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars JM et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349: 1655-1659

14 - Madelaine J, Guizard AV, Lefevre H et al. Diagnostic, traitement et pronostic des cancers bronchiques dans le département de la Manche (1997-1999) en fonction du statut socio-économique des malades. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2002;50:383-392.

15 - Mandelblatt J, Andrews H, Kao R et al. The late-stage diagnosis of colorectal cancer. Demographic and socioeconomic factors. *American Journal of Public Health*. 1996;86:1794-1797.

16 - Monnet E, Boutron MC, Faivre J and Milan C; Influence of socioeconomic status on prognosis of colorectal cancer. A population-based study in Cote D'or, France; *Cancer* 1993; 72; 1165-1170.

17 - Remennick LL. Race, class and occupation as determinants of cancer risk and survival. In : *Current Sociology. Trend Report. The cancer problem in the context of modernity*. 1998. P 25-28.

18 - Schrijvers CT, Coegergh JW, Mackenbach JP. Socioeconomic status and comorbidity among newly diagnosed cancer patients. *Cancer* 1997;80:1482-1488.

19 - Smith JA, King PM, Lane RH et al. Evidence of the effect of 'specialization' on the management, surgical outcome and survival from colorectal cancer in Wessex. *British journal of surgery* 2003;90:583-592.

GUY LAUNOY^(1,2), OLIVIER DEJARDIN⁽¹⁾, ANNE-VALÉRIE GUIZARD⁽³⁾, SÉBASTIEN BOUTREUX^(1,2)

1 : ERI 3 INSERM «CANCERS & POPULATIONS»

2 : REGISTRE DES TUMEURS DIGESTIVES DU CALVADOS - FÉDÉRATION RÉGIONALE DES REGISTRES DE CANCERS BAS-NORMANDS

3 : REGISTRE GÉNÉRAL DES CANCERS DU CALVADOS - FÉDÉRATION RÉGIONALE DES REGISTRES DE CANCERS BAS-NORMANDS

Réseau en Médecine Générale

L'Homme vit inséré dans plusieurs milieux, familial, géographique, culturel, professionnel et social. L'état de «bonne santé» ou de maladie, de bien-être ou de «mal-être» s'intègre dans cet ensemble et cet état de «bonne santé» procède d'un équilibre le plus harmonieux possible entre l'état de santé physique, psychique et la qualité de vie. Les problématiques humaines, sociales et économiques sont en **interférence** permanente.

De nos jours, il existe dans notre société, un intérêt de plus en plus marqué pour la prise en compte de l'égalité en matière d'accès aux soins et de l'équité en matière de qualité des soins, de l'humanisation, de la personnalisation de ceux-ci et de la prise en compte de l'aspect social et environnemental. Et chacun de se tourner vers celui qu'il connaît depuis si longtemps (parfois depuis sa naissance), celui qui l'informe de façon permanente et empathique, celui qui reste indépendant et disponible, celui qui s'efforce de comprendre, qui met ses connaissances et ses compétences au service des autres : «son médecin généraliste».

Parmi les nombreuses tâches professionnelles du médecin généraliste, il en est une qui illustre particulièrement la complexité de son exercice : **la coordination des soins**¹, définie comme l'ensemble des procédures qui vont de la prescription des ressources à mobiliser (suivi transversal) à la vérification de l'efficacité de ces interventions (suivi longitudinal). Ceci suppose d'avoir une égale compétence dans l'identification des besoins médicamenteux, mais aussi humains, matériels, sociaux, voire financiers, et dans la prescription des ressources adéquates.

Cette coordination de soins, pour être efficace, présuppose pour le médecin, d'établir ce que l'on nomme un diagnostic de situation, et pour ce faire et s'ancrer dans la réalité, justifie deux conditions préalables :

> la première consiste à décider que le patient **doit rester** au centre de la procédure de soins, et donc que le désir du patient prime à fixer le cadre dans lequel vont s'articuler les différents éléments du processus.

> la seconde consiste à préciser quel est l'objectif ultime du soin, et là réside un maître mot pour servir cet objectif : **l'autonomie**. Autonomie en amont de la déficience grâce à la prévention. Autonomie à l'issue de la maladie grâce aux soins. Autonomie en aval des désavantages grâce à l'adaptation.

Le diagnostic de situation va analyser trois niveaux avec chacun une démarche logique propre :

> **le niveau de l'organe**, qui recouvre le champ biomédical de la médecine classique et correspond donc à la pathologie d'un organe ou d'un groupe d'organes en tant qu'entité anatomique. L'altération de ce niveau correspond à la déficience. C'est **le niveau lésionnel** de la maladie.

> **le niveau de la personne**, correspond à l'individu observé dans le cadre des activités en communication avec son environnement. Il s'agit donc d'analyser les performances des différences sensorielles et des références motrices d'une part,

la coordination et la cohérence entre l'émergence des besoins fondamentaux et leur satisfaction d'autre part. Toute altération de cet espace relationnel correspond à l'incapacité. C'est **le niveau fonctionnel** de la maladie.

> **le niveau de l'environnement** correspond à l'ensemble des systèmes extrinsèques à l'individu, avec ses trois pôles :

- Humain : familial, personnel, professionnel, social et bien entendu médical.
- Matériel avec ses deux cercles concentriques : domiciliaire et écologique.
- Pécuniaire avec ses deux aspects : la suffisance économique et la couverture sociale.

Ce domaine de l'environnement peut être soit directement pathogène, soit inadapté aux incapacités de l'individu. Cette inadaptation va conduire au désavantage dit social dont le corollaire est la perte d'autonomie. C'est **le niveau situationnel** de la maladie.

Ainsi à l'exigence tridimensionnelle de la santé, le médecin généraliste répond par l'accueil de toutes les demandes avec une égale considération, même (et de plus en plus) hors du strict champ biomédical.

Notre système de soins est trop cloisonné² : les frontières sont trop étanches entre le sanitaire et le social : le médecin généraliste reste dans une logique de soulagement, d'aide purement médicale et la demande d'ouverture de droits ne sert qu'à répondre à la demande des soins ou à la nécessité des soins. Le médecin cherche toujours à guérir, même s'il s'agit d'un problème social. Son souci est l'efficacité mais la distance et le temps parfois nécessaire pour l'obtenir ne font pas partie de sa logique ou de son mode de fonctionnement. Le travailleur social est dans une logique de prise en charge administrative qui ne peut être déliée d'un certain contrôle social. Il compte sur la distance qu'il installe avec la personne concernée et sur le temps nécessaire aux formalités administratives. De plus, la démarche initiale de chaque professionnel n'est pas la même : l'une peut sembler active (celle des médecins, qui prennent ou souhaiteraient prendre contact avec les travailleurs sociaux, parce qu'un problème médical est apparu qu'ils ne peuvent régler sans régler le problème social) et l'autre plus passive (celle des travailleurs sociaux ou de la personne elle-même, qui recherchent assez peu le contact avec les professionnels de santé)³.

Les réseaux de soins coordonnés ne sont pas ou mal formalisés : ils existent quasiment à titre officieux, et les textes relativement récents sur la mise en place de réseaux et de filières de soins n'ont pour l'instant pas été suivis de nombre de réalisations concrètes.

Les solutions locales actuelles sont encore empiriques, précaires et parcellaires.

² OLLIVIER V., Contribution relative aux inégalités face à la santé : les inégalités face aux soins, 1998.

³ HERBERT C., PRAPS : propositions pour une meilleure prise en charge médicale et sociale des personnes.

¹ MASSE J.F., CERTAIN M.H., LEVY L., PERRINA., Guide pratique de la coordination des soins par le médecin généraliste, MMI éditions, 1998.



Le Docteur Jean-Luc Veret, Directeur du Comité Régional d'Éducation pour la Santé de Basse-Normandie a eu l'amabilité de nous faire parvenir le texte de sa communication au

Il est remarquable que les **4 principales préoccupations touchent réellement la santé, mais font appel à une approche démedicalisée.**

Les responsables municipaux ont bien compris qu'une nouvelle approche était en train de se mettre en place, **à la frontière de la santé et du social** et permettant à la population de s'approprier un peu ses conditions de vie. Il s'en est suivi une proposition d'un centre de ressource local pour l'action communautaire en santé, n'assurant pas de mission de soins, mais permettant de donner la parole à la population et de construire des projets d'amélioration de la santé dans la vie quotidienne.

Le fonctionnement du Centre

Le fonctionnement est organisé autour de l'**accompagnement de la population**, accompagnement qui dépasse le simple **accueil** pour viser la **mise en réflexion** - si possible collective -, susceptible de déclencher des prises de conscience, elle-mêmes moteurs de projets de changement pratiques et concrets. L'accompagnement à l'émergence de projets passe par une **écoute**, dont les méthodes ont une parenté avec l'écoute psychologique, mais qui s'en différencient. **Sans ignorer l'importance des représentations sociales et des représentations psychiques, l'intervention communautaire garde un objectif ancré dans le réel**, portant sur les situations, les relations, les comportements de la vie quotidienne.

L'intervention d'accompagnement est assurée par un «chargé de projet en éducation pour la santé». Mais son intervention d'écoute et d'animation de groupes est rendue pertinente par le fait que l'accueillant peut prendre du recul sur les positionnements et les émotions qui se mêlent à la relation avec les usagers, pour accéder à une analyse de situation. C'est pourquoi il bénéficie du regard extérieur d'un conseiller méthodologique. C'est aussi ce qui rend indispensable la réunion de l'équipe pluridisciplinaire hebdomadaire du CORES et l'encadrement de l'équipe de direction. Les dispositifs de travail d'équipe et d'analyse de pratique font partie intégrante du fonctionnement du Centre.

Les Résultats

Les résultats en termes de santé de la population ne seront mesurables qu'à moyen terme, à condition de prendre les moyens d'une étude et en sachant que l'impact du service rendu se mêle à celui d'autres initiatives dans les domaines sanitaire, social, éducatif comme dans d'autres secteurs de la société : culture, loisirs, urbanisme, par exemple.

Dans l'immédiat, sont mesurables des indicateurs de processus. Les activités sont les suivantes :

Des groupes de rencontre et de réflexion fonctionnent au centre et dans les structures de la ville, sur l'alimentation (4 groupes), la relation parent / enfant, la prévention de la violence chez les jeunes, la santé en général (2 groupes), l'estime de soi, l'accueil collectif des enfants, l'accueil collectif des ados.

CONGRES SUR LES PROGRAMMES REGIONAUX ET LOCAUX DE SANTE

organisé par le Ministère de la Santé du Québec et la Société de Santé Publique du Québec, Québec 12-15 octobre 2004

sur la création du Centre de Santé Communautaire de Cherbourg-Octeville qui nous est apparu parfaitement en phase avec le dossier central de notre Lettre «Santé et Société». Nous avons dû contracter ce texte mais vous pourrez en prendre connaissance intégralement sur le site du CORES <http://www.cores-bn.org> (Ndlr).

Le CORES est le centre ressource régional en éducation pour la santé, chargé particulièrement de formation des professionnels, du centre de documentation régional, de conseil méthodologique aux acteurs de terrain et de coordination d'actions ou de programmes. Il est spécialisé en éducation pour la santé, en promotion de la santé et en santé communautaire. Il fait partie d'un réseau national animé par la Fédération Nationale de l'Éducation pour la Santé (FNES), partenaire de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

Sa collaboration avec la Ville de Cherbourg-Octeville n'est pas l'effet du hasard. Dès 1992, la Ville avait sollicité le CORES pour dynamiser l'action de santé dans le cadre de la politique du «Développement Social Urbain». Nous avons alors proposé une étude de besoin participative visant à faire émerger une nouvelle approche des besoins de santé, adaptée au vécu quotidien de la population dans la société moderne. Nous avons réuni les habitants, par petits groupes, guidés par un animateur expérimenté et à l'aide d'une grille d'analyse spécifique, élaborée en équipe pluridisciplinaire. Les habitants ont été mobilisés par l'intermédiaire des réseaux sociaux et associatifs existants. 11 groupes mobilisant 166 personnes ont fonctionné pendant 6 mois. L'étude s'est attachée à ne pas poser les questions de santé à partir du langage des professionnels des soins et, donc, de leurs présupposés.

Les **4 principales préoccupations de la population** que l'étude a mises en évidence ont été, par ordre de fréquence :

- Pas facile de supporter la saleté, le non-respect des espaces collectifs,
- Pas facile de communiquer,
- Pas facile de supporter le bruit,
- Pas facile d'être enfant dans la ville,

et ensuite : chômage, niveau de vie, violence, difficultés de déplacements, injustice sociale, logement, relations aux étrangers, tension psychique, rapports avec la police, alcool et drogue, relation aux élus, contacts avec les services sociaux, ...

Le Centre de Santé Communautaire de Cherbourg-Octeville

Les adolescents ont abordé les thèmes de la fête, la consommation d'alcool, la consommation de tabac, les préservatifs, l'alimentation. Ils ont participé matériellement à la préparation d'événements du quartier (questionnaires, mais aussi préparation des tables, décoration, préparation de légumes).

Le Centre a été sollicité pour participer aux événements «femmes dans la ville», «immeubles en fête», «participer à sa ville», à l'enquête «participation des habitants», la rédaction du «guide santé - jeunes», la journée de prévention du SIDA, l'action SMOKE INFO, les groupes de professionnels prévention bucco-dentaire, prévention des conduites addictives, lutte contre la maltraitance, la prévention des abus sexuels.

Les professionnels extérieurs sont venus au Centre pour chercher des documents pédagogiques, pour réfléchir ensemble sur les problèmes du quartier, pour demander conseil sur leurs propres actions.

Quelques chiffres pour l'année 2003 :

- accueil individuel et en petits groupes : 110 personnes
- usagers participants dans le cadre d'autres structures : 230
- professionnels rencontrés pour collaborer : 180
- habitants touchés lors d'événements locaux : 150
- participants lors de la réunion publique : 150

Ce qui est sûr, c'est que la dynamique créée par le centre répond à un besoin et qu'elle touche une partie significative de la population. Quelques exemples :

Lorsque les adolescents dits «difficiles», repérés comme tel par la police et la municipalité se sont intéressés au centre, une certaine inquiétude a pointé, d'autant plus qu'ils sont venus se plaindre d'initiatives des pouvoirs publics leur supprimant un espace de liberté dans un terrain avoisinant. Accueillis avec sympathie, ouverture d'esprit, mais aussi avec des consignes fermes de respect des règles du lieu, ils s'y sont conformés, ont renoncé à fumer dans les locaux, ont mené un débat collectif, ont accepté comme c'est l'usage, une tasse de café, et ont même fait la vaisselle avant de partir, ce qu'ils ne font peut-être pas chez eux.

Lorsque le Centre a organisé un après-midi de débat et de réflexion sous forme de réunion publique sur l'image du corps dans les relations sociales, le succès a dépassé les attentes de l'équipe : 150 personnes sont venues participer à cette rencontre.

Analyse et Discussion

La notion d'«accueil» ne rend pas compte de la compétence nécessaire, diversifiée, pour que cet accueil devienne source de responsabilisation de la population et de création de projets de santé.

L'élément important est qu'il y a discordance entre les compétences mises en oeuvre et la quasi-totalité des formations initiales. Les professionnels des secteurs sanitaire et social sont obligés, pour exercer en santé communautaire, d'opérer 3 dé-

placements majeurs, qui modifient leur positionnement et leurs méthodes de travail. Ils sont formés à l'**action individuelle, et il faut passer à l'action collective**. Ils approchent les questions de santé par **la souffrance et la maladie**, et il leur faut considérer **la population comme a priori saine** et aborder la santé en termes de santé positive, de bien-être. Ils sont formés à la «**prise en charge**» des usagers, qui implique toujours une part de déresponsabilisation, et il ont à passer à **un accompagnement** de personnes et de groupes considérés comme **acteurs de leur santé**, c'est-à-dire de leur propre projet de vie.

Concernant le Centre de santé communautaire de Cherbourg-Octeville, l'idée que l'accueil, l'écoute, la parole, l'accompagnement, l'éducation sont des interventions complexes qui demandent une formation élaborée est reconnue. C'est un des mérites de la municipalité d'en avoir pris la mesure.

La compétence spécifique qui permet l'enclenchement d'un processus social passe par un dispositif d'analyse de la pratique du professionnel en contact direct avec la population, et fait appel à l'éclairage et l'interaction de plusieurs types de disciplines. Au moins trois registres spécialisés sont concernés : **la sociologie et le travail social**, qui éclairent les habitudes sociales et les comportements collectifs, **la psychologie et la psychanalyse**, davantage préoccupées de la personne et des relations interpersonnelles, à la recherche du sens des comportements et des émotions, enfin **la médecine et les sciences paramédicales**, davantage centrées sur les choses du corps et de la vie.

Il n'est pas actuellement possible dans un tel centre, de salarier un **sociologue**, un **psychologue** et un **médecin**, chacun formé au travail pluridisciplinaire. C'est pourquoi la Ville a choisi de passer contrat avec l'équipe régionale du CORES qui dispose de ces capacités.

Conclusion

Réorienter la politique de santé vers un **investissement dans la santé communautaire** permet de mieux répondre aux problèmes de santé d'aujourd'hui.

Si l'on accepte de lever les ambiguïtés sur le niveau de compétence requise (en particulier vis à vis des financeurs), de mettre en place des dispositifs d'analyse de pratique et d'accompagnement des professionnels de première ligne par une équipe pluridisciplinaire en sciences humaines et en sciences de la vie, **la santé peut devenir un facteur essentiel de l'intégration sociale**.

Dans ce sens, le Centre de santé communautaire de Cherbourg-Octeville constitue une avancée de la politique de santé en France.

DOCTEUR JEAN-LUC VERET

DIRECTEUR

COMITÉ RÉGIONAL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (CORES)

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE SANTÉ PUBLIQUE (SFSP)

Les paradoxes des inégalités de santé

Lorsque nous entendons parler d'inégalités de santé, notre réflexion se porte, automatiquement, sur les différences qui opposent les pays les plus riches aux pays les plus pauvres dans le monde.

Cependant, la réalité dépasse ces pensées et n'épargne pas les pays riches. Et pour cause, si en France, les hommes naissent libres et égaux en droit, cela n'est pas le cas pour la santé. Dès sa naissance, avant même que la société n'ait eu le temps de le stigmatiser, l'individu de par son patrimoine génétique présente déjà des inégalités face à la santé. A cela s'ajouteront, la zone géographique dans laquelle il évoluera, la catégorie socio-professionnelle à laquelle il appartiendra et les différents comportements à risque qu'il adoptera ; car dans la majeure partie des cas, la cause des maladies qui nous affectent n'est que la résultante de la confrontation entre des données génétiques et des facteurs environnementaux et comportementaux.

L'individu est un être social, il ne peut évoluer en dehors de la société dans laquelle il vit et à laquelle il appartient. Pour cette raison, nous ne pouvons traiter des inégalités de santé sans tenir compte du contexte dans lequel il naît, vit et meurt.

La Basse-Normandie est une région qui ne semble pas épargnée par ce phénomène d'inégalités. En effet, suite à une étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé en 2003 : l'analyse multidimensionnelle d'indicateurs sanitaires et sociaux à l'échelle cantonale, révèle des disparités notoires entre les cantons, du point de vue de l'offre de soins et de la mortalité.

Le premier constat de ce travail a démontré qu'il existe une **opposition ville-campagne**. Mais que la ruralité est difficile à définir, car il n'existe pas un milieu rural clair, bien identifié mais plusieurs milieux ruraux, mal délimités, changeants et superposés.

Les zones rurales peuvent, en effet, se partager entre des cantons ruraux à caractères ouvriers et des cantons à caractères agricoles.

Néanmoins, la population rurale se caractérise par une population plus âgée, la consommation de soins de ces personnes est au moins égale voir supérieure à celle des citadins malgré une densité médicale notoirement inférieure.

Cependant, la Basse-Normandie ne semble pas présenter de déserts de médecins généralistes. En revanche, les spécialistes, centralisés dans les centres urbains, sont quasi inexistantes dans ces cantons.

Cela signifierait-il que la demande de soins s'adapterait à l'offre et que le patient des cantons ruraux reporterait sur son médecin de famille l'insuffisance de biens et de services de spécialistes (gynécologie, pédiatrie) ?

L'analyse multifactorielle opérée sur les 147 cantons de la région prenait en compte notamment la mortalité et une multitude de facteurs susceptibles d'influencer les indicateurs.

Le deuxième constat montre qu'il existe des zones rurales dans lesquelles, malgré une **infrastructure médicale apparemment incomplète**, les **résultats sanitaires étudiés sont plutôt bons** (mortalité prématurée inférieure à la moyenne régionale). Mais il existe des pôles urbains dans lesquels au contraire rien ne va plus (mortalité prématurée élevée, forte densité de population en situation de précarité).

Alors que faire ?

Ces résultats soulèvent bien des questions sur les comportements des populations vis-à-vis de l'offre de soins et de l'aire géographique et nous amènent à nous demander si les comportements et l'état de santé d'un individu vivant dans une aire géographique où l'offre de soins est quasi inexistante, seront les mêmes que ceux d'un individu vivant dans une aire géographique présentant une offre de soins abondante ? En quoi le comportement et la santé d'un individu sont-ils modifiés par l'environnement socio-économique de l'aire dans laquelle il évolue ?

Par manque de réponses à ces questions, nous savons, au moins qu'aucune explication n'est aisément trouvée et que, dans cette période de réflexion sur l'accès aux soins, il nous faut être très prudents.

C'est pourquoi, il serait nécessaire à l'avenir de partir des besoins de la population pour adopter l'offre de soins. Mettre en oeuvre cette recommandation est un défi qu'il faut relever. Il repose à la fois sur une observation et une analyse très fines de la situation sanitaire mais aussi sur une adaptation de notre système de santé à des réalités particulièrement évolutives.

Mais il paraîtrait que les partenaires, susceptibles de financer ce type de projet, ne sont pas suffisamment touchés par la problématique de l'offre et de l'accès aux soins en Basse-Normandie !!!

Colloque thématique de l'ADEL

Épidémiologie Sociale et Inégalités de santé

Toulouse, 18 et 19 mai 2006

Photo A. Mauffret

Organisé par l'Association des épidémiologistes de langue française **ADEL** avec le soutien de l'**IFR 126** «Santé, Société»

Contexte :

Le constat d'inégalités sociales de santé, massives et persistantes dans le temps, a suscité un important courant international de recherche sur les déterminants sociaux de la santé. Les inégalités sociales ont une ampleur variable selon les pays, et elles connaissent une croissance importante pour divers problèmes de santé. Elles concernent autant la survenue de pathologies ou d'états de santé défavorables que l'accès à la prévention, la nature et la qualité des soins et l'évolution des symptômes et des maladies.

Objectifs :

Ce colloque vise à faire progresser la connaissance sur l'ampleur, les déterminants et l'évolution des inégalités sociales et de mieux en comprendre les mécanismes. L'étude des inégalités sociales de santé, très largement pluridisciplinaire est l'objet même de l'épidémiologie sociale (distribution différentielle de facteurs de risque, étude des diverses catégories de déterminants sociaux et de l'impact de ces déterminants...). Ce colloque s'adresse aux chercheurs, cliniciens et intervenants de santé publique s'intéressant au champ de l'épidémiologie sociale et des déterminants sociaux de la santé.

Organisation et thèmes retenus :

Ce colloque se tiendra les 18 et 19 mai 2006 à l'Hôtel Dieu Saint Jacques à Toulouse. Il s'organisera autour de trois axes prioritaires, n'excluant toutefois pas d'autres propositions relevant du champ de l'épidémiologie sociale et de la problématique des déterminants sociaux de la santé : Description des inégalités sociales de santé ; Analyse des déterminants sociaux de la santé ; Développements méthodologiques. Les séances seront introduites par une conférence thématique : Trajectoires de vie et biographie (Lifecourse epidemiology) par le Prof. D. Blane (Imperial College, Londres) ; Effets du contexte sur la santé par le Prof. A. Diez-Roux (University of Michigan) ; Systèmes de santé et inégalités par le Prof. P. Lombrail (CHU de Nantes) ; Equité et Santé par le Prof. M. Fleurbaey (Université de Pau) ; Comparaisons entre pays d'Europe par le Dr A. Kunst (Erasmus University, Rotterdam). Les séances se poursuivront par des communications sélectionnées à partir des résumés reçus. Une conférence par Madame Mireille Elbaum (DREES) sur le thème «Santé publique et inégalités sociales de santé» clôturera le colloque.

<http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr/>

Comité d'organisation local :

S. Andrieu, C. Arnaud, C. Delpierre, H. Grandjean, P. Grosclaude, **T. Lang (président)**, D. Lautier, V. Lauwers.

Comité scientifique :

N. Bajos, E. Cambois, B. Chaix, P. Chauvin, M. Goldberg (président), M. Kaminski, F. Jusot, T. Lang, A. Leclerc, P. Lombrail, C. Ribet, M-J. Saurel, I. Ville.

La surveillance des pollens dans l'air en Basse-Normandie



En Basse-Normandie, la surveillance allergo-pollinique est assurée en deux points : la **Ferté-Macé** dans le département de l'Orne et l'**agglomération caennaise** dans le Calvados.

Air C.O.M. assure la surveillance allergo-pollinique dans l'agglomération caennaise en effectuant les relevés et les comptages des pollens. Le capteur est situé sur le toit du C.N.F.P.T au Citis à Hérouville Saint Clair. Le prélèvement des pollens présents dans l'air se fait en continu à l'aide d'un capteur spécifique qui prélève à un débit proche de la respiration humaine. Une surveillance comparable est réalisée à la Ferté-Macé.

En parallèle, chaque semaine **des médecins surveillent et comptabilisent les symptômes** (rhinites, conjonctivites, toux, asthme, etc.) observés chez les patients qu'ils reçoivent.



Capteur de Pollens

Toutes ces données sont ensuite transmises au médecin coordinateur régional qui est en **liaison avec le Réseau National de Surveillance Aérobiologique (RNSA)**. Chaque semaine, le **RNSA fixe l'indice allergo-pollinique** en fonction de la quantité et du pouvoir allergisant des pollens rencontrés.

Qu'est-ce que le pollen ?

Le grain de pollen est l'élément reproducteur mâle des plantes à fleurs. On en distingue deux types :

- les pollens **transportés par les animaux**, en particulier les insectes. Ils sont peu allergisants et sont produits surtout par des fleurs généralement voyantes et parfumées ;
- les pollens **transportés par le vent**, de taille beaucoup plus petite. Ils sont très allergisants.

Un grain de pollen a une taille microscopique (mesure en μm) et est donc invisible à l'œil nu, sauf lorsqu'il est produit en très grande quantité (ex : les pollens de cèdre qui donnent l'apparence d'une « pluie de soufre »).

La production par les plantes et le transport des grains de pollens sont soumis aux conditions climatiques : température, vent, pluies, humidité... La dispersion par le vent des grains de pollens engendre des différences importantes de concentrations suivant les espèces et en fonction des périodes de l'année.

Les pollens sous surveillance en 2005

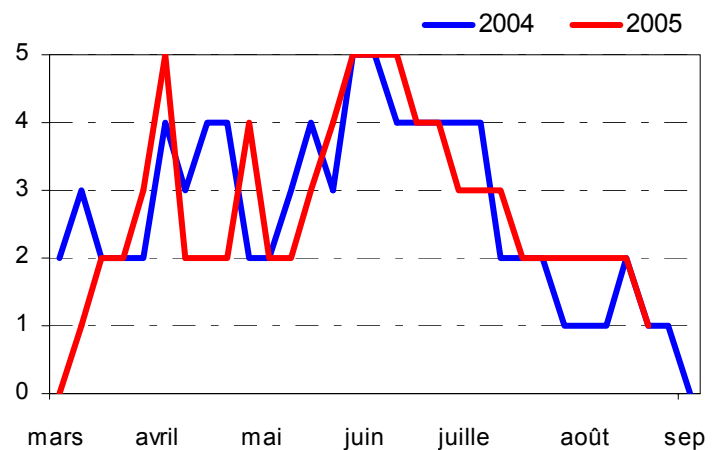
Dans notre région, sauf phénomène particulier, la saison pollinique est semblable d'une année sur l'autre. Elle débute avec les pollens d'arbres dès le mois de février : aulne, cupressacées et thuyas en février-mars, frêne et bouleau en mars-avril et enfin le chêne en avril-mai. Puis vient la saison des herbacées, dominée par les graminées de la mi-mai à fin juin-début juillet (période des « rhumes des foins » qui gênent jusqu'à 15 % de la population).

En 2005, le premier pic observé sur les deux sites correspond à une quantité de pollens de bouleau importante (pollen très allergisant) pendant la semaine du 30 mars au 5 avril 2005 avec un maximum de 1563 grains/m³. Ce maximum est largement supérieur à celui de 2004 qui était de 909 grains/m³.

Pour en savoir plus

Air C.O.M. - Tél. : 02.31.53.10.10 - <http://www.air-com.asso.fr>
RNSA - <http://www.rnsa.asso.fr>

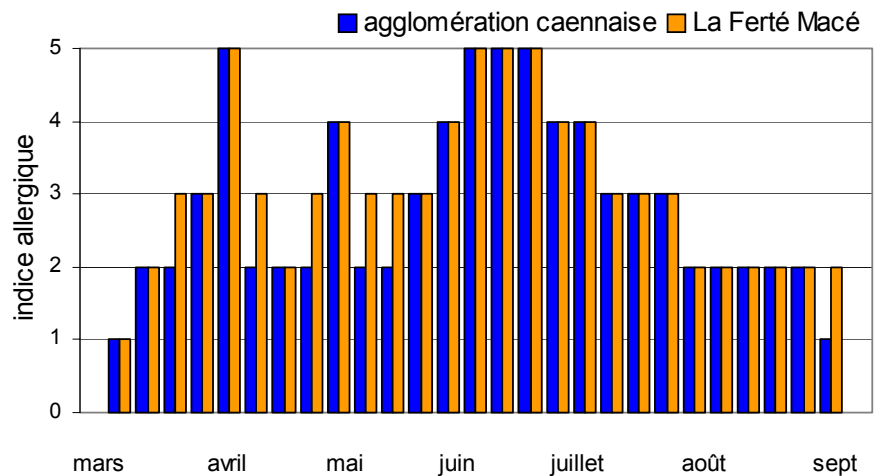
Indices allergiques à Caen



La deuxième période pour laquelle le risque allergique a été « très élevé » a duré trois semaines du 1^{er} au 21 juin 2005. L'indice allergo-pollinique maximal est dû aux pollens de graminées.

A partir de juillet, l'indice allergo-pollinique a diminué progressivement.

Les variations d'indices sont similaires sur les deux sites de mesure de Basse-Normandie : la Ferté-Macé et l'agglomération caennaise. Cependant des indices plus élevés sont parfois observés à la Ferté-Macé : ceci s'explique par la situation des deux villes par rapport à la mer. En effet, les vents côtiers très fréquents dispersent mieux les pollens sur l'agglomération caennaise.



Alerte à l'ambrosie

Le pollen d'ambrosie est particulièrement allergisant. Originaire des Etats-Unis, il a été détecté dans le sud de la France et la plante poursuit sa migration vers le Nord. Depuis quelques années, il est décelé en faible quantité en Basse-Normandie.

Bilan

Pour le site de l'agglomération caennaise, en 2005, le risque allergique a été « très élevé » pendant 4 semaines alors qu'en 2004 il ne l'était que durant 2 semaines. La cause principale est la quantité importante de pollen de bouleau ainsi que la durée d'émission des pollens de graminées.

MADAME JOCELYNE LEFRANC,
TECHNICIENNE RESPONSABLE QUALITÉ, AIR C.O.M.,
«LE PENTACLE» - CITIS, AVENUE DE TSUKUBA
14209 HÉROUVILLE-SAINT-CLAIR CEDEX
TÉL. : 02.31.53.10.14

Nouvelles

C'est avec tristesse que nous avons appris le décès de Madame Marie-Chantal KHAYAT-MOREAU, pharmacien-biologiste, membre du Conseil d'Administration de l'ORS qui nous a représentés au Conseil Municipal de Caen depuis de nombreuses années.

Que sa famille, ses amis, ses collègues soient assurés de notre profonde sympathie.

LE BUREAU DE L'ORS

Urgences en médecine de ville en Basse-Normandie

Lettre aux médecins généralistes qui y ont participé.

Vos données ont été transmises à la FNORS qui les a envoyées à la DREES dès janvier 2005. Nous attendons toujours les résultats de cette dernière qui se réserve le droit de publication. Je suis désolé de ne pouvoir répondre un an après cette enquête à vos justes revendications de connaissance que je satisferai au plus tôt.

Confraternellement

DOCTEUR ANDRÉ FLACHS

VICE-PRÉSIDENT DE L'ORS, RESPONSABLE DE L'ÉTUDE
EN COLLABORATION AVEC E. BROUDIN, L. BURNOUF, I. GRIMBERT

Rencontre - Débats

Société des Amis de l'Académie des Sciences, Arts et Belles-lettres de Caen

Vendredi 21 avril 2006 , 17h30 à l'Hôtel d'Escoville, 12 place Saint-Pierre à Caen

Santé et Société : Sociologie et Médecine unies ou séparées ?

Toute maladie a sa part de social et pourtant la maladie et la santé ont longtemps relevé d'une évidence exclusivement organique et du seul registre d'interprétation médicale. Ces états que l'on appelle communément maladie et santé n'ont été affranchis que récemment de leur compréhension strictement biologique et individuelle pour être pensés dans leurs dimensions collectives et politiques. Les approches de la santé sont de plus en plus fréquemment effectuées sous un angle sociétal, soit à partir de facteurs de comportements à risque, soit en réaction aux grandes inégalités d'accès aux soins.

MADAME MARIE MENORET

SOCIOLOGUE

DOCTEUR ANDRÉ FLACHS

MÉDECIN, VICE-PRÉSIDENT DE L'ORS

Association Lupus France - Conférence - 28/10/2005

Une Conférence sur le Lupus a eu lieu le Vendredi 28 octobre 2005 à la salle des conférences du centre culturel Jean Lurçat à Saint-Lô, avec la participation des Professeurs PIETTE (Paris), CABANE (Paris), TRON (Rouen), LEVESQUE (Rouen) et LETELLIER (Caen).

Vous pourrez trouver toutes les précisions sur le contenu de cette conférence sur le site de Lupus France www.orpha.net/nestasso.fr

Des difficultés à trouver l'information en Santé Publique

Dans le monde de la santé, l'utilisateur et même les professionnels se sentent parfois perdus lorsqu'ils se trouvent dans la grande forêt des sigles et autres acronymes qui représentent : institutions, organisations, structures, actions, programmes, schémas, etc. etc.

Cette Lettre N°9 de l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie (ORS BN) comporte une partie entière de lexique rédigée par notre documentaliste qui vous permettra de traduire et de savoir qui fait.

Docteur André FLACHS, RÉDACTEUR EN CHEF DE LA LETTRE DE L'ORS

ADEF : ASSOCIATION DES EPIDÉMIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

<http://adelf.isped.u-bordeaux2.fr/>

AFPS : ATTESTATION DE FORMATION AUX PREMIERS SECOURS

AFSSA : AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS - www.afssa.fr

AFSSAPS : AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ

<http://agmed.sante.gouv.fr/>

AFSSE : AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ ENVIRONNEMENTALE - www.afsse.fr

ANAES - HAS : HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ - www.anaes.fr/

ARACT : ACTION RÉGIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

ARH : AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION - www.parthage.sante.fr

ARRFIS : ASSOCIATION RÉGIONALE DE RECHERCHE ET DE FORMATION À L'INTERVENTION SOCIALE

- www.irts-bn.asso.fr/arrfis/arrfis.htm

CAF : CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES - www.caf.fr/catalogue

CCAS : CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE

CDC : CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - www.cdc.gov

CESC : COMITÉ D'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET À LA CITOYENNETÉ

CESR : CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL RÉGIONAL - www.cesr-basse-normandie.fr

CHU : CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE - www.chu-caen.fr

CIAS : CENTRE INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE

CIC : CELLULE INTERMINISTÉRIELLE DE CRISE

CIRE : CELLULE INTER-RÉGIONALE D'ÉPIDÉMIOLOGIE

www.invs.sante.fr/regions/cire_presentation.htm

CLIC : CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION (GÉRONTOLOGIE)

CMR : CAISSE MALADIE RÉGIONALE DES ARTISANS ET COMMERÇANTS

www.cmr-basse-normandie.canam.fr

CNR : CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE

CNRS : CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE - www.cnrs.fr

COORACE : FÉDÉRATION DE COMITÉS ET D'ORGANISMES D'AIDE AUX CHÔMEURS PAR L'EMPLOI

- www.coorace.org

CORES : COMITÉ RÉGIONAL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ - www.sreps-bn.org

COTOREP : COMMISSION TECHNIQUE D'ORIENTATION ET DE RECLASSIFICATION PROFESSIONNELLE

CPAM : CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CALVADOS, MANCHE, ORNE)

www.cpam14.fr - www.saint-lo.ameli.fr - www.alencon.ameli.fr

CRAM : CAISSE RÉGIONALE D'ASSURANCE MALADIE - www.cram-normandie.fr

CRCOS : COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION DE L'OBSERVATION SOCIALE

<http://basse-normandie.sante.gouv.fr/drass/social/crcos.htm>

CRE : COMITÉ RÉGIONAL D'EXPERTS

CREAI : CENTRE RÉGIONAL D'ÉTUDE ET D'ACTIONS POUR L'INSERTION

CRLCC : CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

CROS : COMITÉ RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE ET SOCIALE

CRS : CONFÉRENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

CRU : COMITÉ RÉGIONAL DES USAGERS

CSST : CENTRE DE SOINS SPÉCIALISÉS POUR TOXICOMANES

DARES : DIRECTION DE L'ANIMATION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES

DARH : DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION

DATU : DÉPARTEMENT D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES

DDASS : DIRECTION DÉPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

CALVADOS : <http://basse-normandie.sante.gouv.fr/dep1/indexdep.htm>

MANCHE : [dep2/indexdep.htm](http://basse-normandie.sante.gouv.fr/dep2/indexdep.htm) - **ORNE** : [dep3/indexdep.htm](http://basse-normandie.sante.gouv.fr/dep3/indexdep.htm)

DGCCRF : DIRECTION GÉNÉRALE DE LA CONCURRENCE, DE LA CONSOMMATION ET DE LA RÉPRESSION DES FRAUDES

DGS : DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DHOS : DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

DIREN : DIRECTION RÉGIONALE DE L'ENVIRONNEMENT

DRANPE : DIRECTION RÉGIONALE DE L'AGENCE NATIONALE POUR L'EMPLOI - www.anpe.fr

DRASS : DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

www.basse-normandie.sante.gouv.fr

DRDFE : DÉLÉGATION RÉGIONALE AUX DROITS DES FEMMES ET À L'ÉGALITÉ

www.basse-normandie.pref.gouv.fr/dr-droits-femmes

DRDJS : DIRECTION RÉGIONALE ET DÉPARTEMENTALE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

www.drdjs-basse-normandie.jeunesse-sports.gouv.fr

DRE : DIRECTION RÉGIONALE DE L'ÉQUIPEMENT

www.basse-normandie.equipement.gouv.fr

DREES : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

- www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub_drees.htm

DRIRE : DIRECTION RÉGIONALE DE L'INDUSTRIE, DE LA RECHERCHE ET DE L'ENVIRONNEMENT

- www.basse-normandie.drire.gouv.fr

DRPJJ : DIRECTION RÉGIONALE DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

<http://www.justice.gouv.fr>

DRSP : DIRECTION RÉGIONALE DES SERVICES PÉNITENTIAIRES

DRTEFP : DIRECTION RÉGIONALE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE -

www.travail.gouv.fr

EFG : ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DES GREFFES - www.efg.sante.fr

EFS : ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - www.efs.sante.fr

EISS : EUROPEAN INFLUENZA SURVEILLANCE SCHEME - www.eiss.org

ENSP : ÉCOLE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE - www.ensp.fr

ESTEV : ENQUÊTE SANTÉ, TRAVAIL ET VIEILLISSEMENT

FNARS : FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ACCUEIL ET DE RÉINSERTION SOCIALE

- www.cniae.gouv.fr/fnars

FNCLCC : FÉDÉRATION NATIONALE DES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER

www.fnclcc.fr

FNORS : FÉDÉRATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES RÉGIONAUX DE LA SANTÉ

www.fnors.org

FNPEIS : FONDS NATIONAL DE PRÉVENTION D'ÉDUCATION ET D'INTERVENTION SANITAIRE

FRANCIM : FRANCE CANCER INCIDENCE MORTALITÉ

GEIG : GROUPE D'ÉTUDE ET D'INFORMATION SUR LA GRIPPE - www.grippe-geig.com

GROG : GROUPES RÉGIONAUX D'OBSERVATION DE LA GRIPPE - www.grog.org

GRSP : GROUPEMENT RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

HAD : HOSPITALISATION A DOMICILE

HCSP : HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE - www.hcsp.ensp.fr

IMTMO : INSPECTION MÉDICALE DU TRAVAIL ET DE LA MAIN D'ŒUVRE

INPES : INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

www.inpes.sante.fr

INSEE : INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES

www.insee.fr/fr/home/home_page.asp

INSERM : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE - www.inserm.fr

InVS : INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE - www.invs.sante.fr

IRSN : INSTITUT DE RADIOPROTECTION ET DE SÛRETÉ NUCLÉAIRE - www.irsn.org

IRTS : INSTITUT RÉGIONAL DU TRAVAIL SOCIAL - www.irts-bn.asso.fr

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE - www.sante.gouv.fr

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE -

www.education.gouv.fr

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE ET DU DÉVELOPPEMENT DURABLE - www.ecologie.gouv.fr

MSA : MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE - www.msa.fr

OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - www.who.int/fr

ORS : OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ (BASSE-NORMANDIE) - www.orsbn.org

LE PORTAL DES AGENCES SANITAIRES - www.sante.fr

PAI : PROGRAMME D'ACTION INTÉGRÉE - PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

PCS : PROFESSIONS À CATÉGORIES SOCIALES

PMSI : PROGRAMME DE MÉDICALISATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION

POSU : POLE SPÉCIALISÉ D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES

PRAPS : PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS (DES PLUS DÉMUNIS)

PRSP : PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

RMI : REVENU MINIMUM D'INSERTION

SAMU : SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE

SAU : SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE

SFSP : SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ PUBLIQUE - www.sfsp.info

SGAR : SECRÉTARIAT GÉNÉRAL POUR LES AFFAIRES RÉGIONALES

SSIAD : SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

SPSFE : SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FAVEUR DES ÉLÈVES

SRAS : SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SÉVÈRE

SREPS : SCHÉMA RÉGIONAL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ - www.sreps-bn.org

SROS : SCHÉMA RÉGIONAL D'ORGANISATION SANITAIRE

SSA : SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES - www.defense.gouv.fr/sites/sante

SSFE : SERVICE SOCIAL EN FAVEUR DES ÉLÈVES

SST : SAUVETEUR SECOURISTE DU TRAVAIL

SUMER : SURVEILLANCE MÉDICALE DES RISQUES PROFESSIONNELS

SUMPPS : SERVICE UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ

UNIVERSITÉ DE CAEN - www.unicaen.fr

UPATOU : UNITÉ DE PROXIMITÉ, D'ACCUEIL, DE TRAITEMENT ET D'ORIENTATION DES URGENCES

URCAM : UNION RÉGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE - www.l-ami.org

URIOPSS : UNION RÉGIONALE INTERFÉDÉRALE DES ŒUVRES ET ORGANISMES PRIVÉS SANITAIRES ET SOCIAUX

URML : UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX (BASSE-NORMANDIE) www.urml-bn.org

Demande d'adhésion à retourner complétée à l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie

«Immeuble Le Trifide» - 18 rue Claude Bloch

14050 Caen Cedex 4

Tél : 02.31.436.336 - Fax : 02.31.436.350

Article 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'admissions présentées.

Nom : Prénom :

Organisme :

Adresse :

.....

Téléphone : Fax :

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



Personne physique (cotisation annuelle de 15 euros)

ou

Personne morale (cotisation annuelle de 100 euros)

Cette adhésion permet :

- D'être en contact avec d'autres acteurs de santé publique.
- D'avoir un accès privilégié à notre documentation (11 000 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.

Vous pouvez nous contacter : contact@orsbn.org

Directeur des Etudes : Albert Collignon - a.collignon@orsbn.org Tél. : 02.31.436.336

Chargé de mission : Bruno Lezin - b.lezin@orsbn.org Tél. : 02.31.436.336

Responsable-administratif : Mauricette Lefebvre - m.lefebvre@orsbn.org Tél. : 02.31.436.336

Chargés d'études : Laurence Burnouf - l.burnouf@orsbn.org Tél. : 02.31.436.650 (documentaliste)

Isabelle Grimbert - i.grimbert@orsbn.org Tél. : 02.31.436.336

Animatrice en nouvelles technologies : Elodie Broudin - e.broudin@orsbn.org Tél. : 02.31.436.650

Cette Lettre est éditée grâce au soutien de :



Direction Régionale des
Affaires Sanitaires et
Sociales de Basse-Normandie



Observatoire Régional de la Santé
de Basse-Normandie

"Le Trifide", 18 rue Claude Bloch
14050 Caen Cedex 4

Directeur de la publication :
Monsieur Dominique Beynier, Président

Rédacteur en chef :
Docteur André Flachs, Vice-Président

Coordination et maquette :
Laurence Burnouf

Impression :
Imprimerie de Montligeon
61400 La Chapelle-Montligeon
Tél. : 02.33.85.80.00
(tirage à 5 000 exemplaires)