

le 6 juin 2011,

Note de positionnement

*TRANSFORMATION ECOLOGIQUE ET SOCIALE DE LA REGION  
OPERATION DE DEVELOPPEMENT « DIABETE »*

## ***I- L'environnement un facteur de risque important dans les maladies Chroniques***

### **I.1- Les maladies chroniques, première cause de mortalité dans le monde**

Au cours du siècle dernier, les maladies infectieuses ont quasiment disparu grâce à l'amélioration de l'hygiène, de l'organisation des services de santé et un meilleur accès à l'alimentation. Elles ont été peu à peu supplantées par les maladies chroniques qui représentent désormais la première cause de mortalité avec 60% des décès dans le monde.

Tout comme les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires,... le diabète est une maladie chronique. Il est aujourd'hui classé parmi les épidémies à l'échelle mondiale.

Aujourd'hui, plus de 85 millions de personnes dans le monde souffrent du diabète. Les causes de cette maladie sont génétiques, environnementales et sociales (sédentarité, mauvaise alimentation etc.). La Fédération Internationale du Diabète (FID) annonce que 435 millions de personnes développeront la maladie en 2030. Selon l'OMS, cette maladie tue chaque année plus de 3,8 millions de personnes et les diabétiques meurent entre cinq et dix ans plus tôt que les personnes non atteintes.

Au niveau national, 2 millions de personnes sont diagnostiquées soit une prévalence de 4,4% en 2009. Six cent mille personnes seraient malades sans être diagnostiquées. La région Nord-Pas-De-Calais présente la prévalence la plus élevée en France avec 5,4%, soit 176 000 personnes et on estime à 210 000, le nombre de malades atteints du diabète en région 2025.

Ainsi, même s'il est avant tout un problème de santé publique relevant de la responsabilité de l'Etat, le diabète doit être considéré comme un « fléau régional ».

### **I.2- Des maladies du modèle de développement contemporain**

Les maladies chroniques ne sont pas le simple fait du vieillissement de la population, de l'hérédité ou du hasard. Les facteurs environnementaux<sup>1</sup> sont importants et

---

<sup>1</sup> L'**environnement** est défini comme « l'ensemble des éléments (biotiques ou abiotiques) qui entourent un individu ou une espèce et dont certains contribuent directement à subvenir à ses besoins » ou encore comme « l'ensemble des conditions naturelles (physiques, chimiques, biologiques) et culturelles (sociologiques) susceptibles d'agir sur les organismes vivants et les activités humaines ».

comprennent non seulement les quatre facteurs identifiés par l'OMS (tabac, alcool, alimentation et sédentarité) mais également les pollutions et l'environnement social, (éducation, niveau de vie,...).

Les maladies chroniques ont un coût social et financier important.

- Elles mettent en péril les systèmes d'assurance maladie. Le diabète, par exemple, représente, en France, une prise en charge médicale de 4,9 milliards d'euros soit 2,2% des dépenses de santé (360 millions d'euros pour la région)<sup>2</sup>.
- L'augmentation des maladies chroniques pourrait à terme avoir un impact sur notre espérance de vie (brute ou en bonne santé)<sup>3</sup>. On a déjà pu le constater en 2008 aux Etats-Unis, où l'espérance de vie est passée de 75,4 à 75,3 ans pour les hommes et de 80,4 à 80,3 ans pour les femmes<sup>4</sup>.
- Les maladies chroniques touchent plus fortement les milieux défavorisés et les pays en développement. Par exemple, les femmes ouvrières, employées ou n'ayant jamais travaillé présentent un risque de diabète 2 à 3 fois supérieur à celui des cadres, et les hommes ouvriers présentent un risque près de 2 fois supérieur à celui des cadres. Il semble que ce risque augmente du fait d'un régime alimentaire moins équilibré dont la cause serait les contraintes budgétaires et le manque d'information<sup>5</sup>.

Tout comme on parle de « crises écologiques » pour le réchauffement climatique, l'épuisement des ressources naturelles et la chute de la biodiversité, cette crise sanitaire pourrait donc bien être « la quatrième crise écologique<sup>6</sup> » car elle est la conséquence des modes de vie contemporains, de la dégradation de l'environnement et elle affecte la santé d'un grand nombre de personnes.

La composante environnementale, qu'elle se rattache aux catastrophes naturelles, aux modes de vie (stress, conditions d'hygiène ou de logement) ou à l'alimentation (agents infectieux, résidus de pesticides, additifs) ne saurait donc être négligée. Elle a au contraire un fort impact sur certaines pathologies, et en particulier sur les maladies chroniques.

Ce constat ne s'applique toutefois pas en totalité aux diabètes, car si la causalité entre facteurs de risques sociaux et développement de la maladie est avérée, l'impact des

---

<sup>2</sup> De manière plus générale, les dépenses courantes de santé sont aujourd'hui de 223 milliards d'euros et la consommation de soins et de biens médicamenteux<sup>2</sup> atteint les 175 milliards d'euros (en 1995, ils représentaient 98 milliards d'euros).

<sup>3</sup> L'espérance de vie représente la durée de vie moyenne à la naissance. L'espérance de vie en bonne santé, représente quant à elle, l'espérance de vie sans limitations d'activités ou sans incapacités majeures.

<sup>4</sup> Actuellement en France, l'espérance de vie est de 77,6 années pour les hommes et de 84,3 pour les femmes. Elle est pour le Nord-Pas de Calais l'une des moins élevées (74,4 années pour les hommes et 82,1 pour les femmes). Tandis que l'espérance de vie en bonne santé est de 62,4 pour les hommes et de 64,2 ans pour les femmes.

<sup>5</sup> Voir aussi note de positionnement de l'opération de développement « gouvernance alimentaire », mai 2011.

<sup>6</sup> Cf. André Cicoella, article « la crise sanitaire, la quatrième crise écologique » Revue Ecorev', mars 2011

dérèglements écologiques (résidus de pesticides, pollutions,...) reste encore à démontrer.

Pour autant, l'opération de développement diabète (OD Diabète) présente un intérêt particulier. En effet, si l'épidémie se développe plus rapidement en Nord-Pas de Calais qu'en France, c'est parce que notre région a, plus tôt que les autres, été victime d'un modèle où la croissance industrielle est l'unique référence en matière de développement économique. La désindustrialisation qui s'en est suivie, y a donc révélé plus durement les effets pervers d'un modèle où la principale mesure du bien être est la création de richesses mesurées par le PIB.

## ***II- Une OD Diabète : pourquoi ?***

La situation régionale vis-à-vis du diabète est très préoccupante. De plus, les facteurs sociétaux de cette pathologie sont reconnus des spécialistes. Cette maladie est donc, d'une certaine manière, représentative de beaucoup d'autres pathologies qui touchent le Nord-Pas de Calais plus durement que le reste de la France.

De plus la région est sous le feu des projecteurs grâce à la présence de trois équipes de chercheurs de renommée internationale dont le projet a été labellisé « laboratoires d'excellence » dans le cadre du Programme investissement d'Avenir (Grand emprunt). La Région accompagne le développement de ces trois équipes depuis plus de 5 ans.

L'opération de développement « Diabète » pourrait donc, si elle produit les résultats escomptés en matière de bien être social, être traitée comme **un exemple à généraliser à d'autres pathologies**. Elle présente enfin un intérêt particulier du fait du lien entre le développement de la maladie et l'adhésion aux modes de vie contemporains (consommation intensive, sédentarité,...)

Compte tenu du caractère global des projets retenus au titre de la transformation écologique et sociale du territoire, **l'opération de développement sera naturellement plus large que la seule recherche sur le diabète**. Partant de cet accompagnement marqué au niveau régional, l'OD Diabète pourrait se concentrer sur la **production de résultats plus concrets en matière :**

- de **santé des populations** (prévention,...),
- **d'égalité d'accès et de traitement des territoires et populations** (entre autres, l'autonomie des personnes par l'éducation thérapeutique),
- et de **préservation de l'environnement** (diminuer les facteurs de risques écologiques, économiques et sociaux).

En effet, il n'est plus uniquement question de soigner, réparer les maux mais d'agir directement sur les différents facteurs et de diminuer les inégalités qui accélèrent souvent le développement de certaines pathologies.

Si l'on suppose avec l'OMS que « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

alors une modification de notre vision de la santé et du bien-être au quotidien, et un changement de paradigme sont impératifs.

Le but est alors de montrer, ainsi que l'affirme l'OMS<sup>7</sup>, que les maladies chroniques ne sont pas une fatalité mais la conséquence de la société actuelle.

### ***III- Une finalité : proposer une politique de santé durable et respectueuse des individus***

Si l'on en croit Maslow (1940)<sup>8</sup> le besoin de sécurité (parmi lequel compte la santé) est celui des besoins fondamentaux dont la satisfaction intervient juste après les besoins physiologiques. Ainsi, définir un modèle de développement qui proposerait **une politique de santé durable et respectueuse des individus** semble pouvoir constituer le fil rouge de l'opération de développement diabète.

Aussi convient-il de définir ce que l'on attend d'un système de santé en adéquation avec la transformation écologique et sociale d'un territoire. Si l'on considère l'ensemble des biens communs visés par la C15, les finalités à atteindre (ou biens communs à viser) semblent devoir être **l'amélioration de la santé, l'égalité des chances**, par une plus grande l'équité sociale et territoriale et enfin **la préservation de l'environnement**<sup>9</sup>.

En région l'état de santé de la population est en moyenne moins bon que celui de la population française<sup>10</sup>. De plus, en fonction des territoires, la concentration de l'offre de soins et l'accès à l'information sur les maladies est inégal. Il existe deux voire trois types d'inégalités à infléchir : les inégalités infra régionales (entre centres et périphéries d'une part, entre populations aisées et défavorisées d'autre part) et les inégalités entre la région Nord Pas de Calais et la France. Enfin, et c'est là le lien avec l'OD Gouvernance alimentaire et le développement durable, l'alimentation des populations et plus largement leurs modes de consommation est largement en cause.

Au final, les 3 objectifs susmentionnés pourraient se décliner de la manière suivante :

- **L'amélioration de la santé dans une logique durable** viserait trois objectifs :
  - (i) améliorer la connaissance et le traitement de la maladie (par la recherche fondamentale et clinique, par l'émergence d'une recherche interdisciplinaire,...)
  - (ii) contribuer à l'émergence d'une culture large de prévention de la maladie afin de réduire la prévalence de l'obésités et des diabètes (alimentation et activité physique en sont les facteurs les plus connus) et (iii) créer un réseau d'acteurs visant à comprendre, informer (les personnels soignants, les populations,...) et partager les bonnes pratiques.

<sup>7</sup> L'OMS affirme que l'élimination des principaux risques (alimentation, sédentarité,...) pourrait permettre de prévenir la plupart des maladies non transmissibles et de réduire de 75% environ leur prévalence

<sup>8</sup> **Abraham Maslow** est un psychologue considéré comme le principal meneur de l'[approche humaniste](#), surtout connu pour son explication de la [motivation](#) par la hiérarchie des besoins, qui est souvent représentée par une [pyramide des besoins](http://fr.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow) ([http://fr.wikipedia.org/wiki/Abraham\\_Maslow](http://fr.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow))

<sup>9</sup> Voir annexe 1, carte heuristique

<sup>10</sup> Voir à ce sujet le supplément santé de la voix du Nord du 16 mai 2011

- **L'équité sociale et territoriale** par l'amélioration de l'**égalité des chances** (discriminer les populations de manière à atteindre une autonomie des personnes<sup>11</sup> et sécurisation des parcours professionnels des malades notamment) mais également par l'**égalité d'accès**, que ce soit l'égal accès aux soins (égalité entre territoire notamment en matière de densité médicale) à la prévention et à l'information en particulier pour les populations et territoires les plus défavorisés,.
  
- **La préservation de l'environnement**, est également un bien commun visé par l'OD diabète. En effet, la promotion de nouveaux modes de consommation sobres et durables grâce, entre autres, au développement de circuits courts, d'une alimentation saine et de meilleure qualité nutritionnelle. Choisir l'alimentation comme vecteur de promotion d'une consommation sobre peut être un excellent moyen d'accompagner les populations vers une réflexion plus approfondie des notions de besoins, de désirs et de plaisir si fondamentales pour l'émergence d'une consommation responsable. Enfin, la rationalité économique serait visée par l'optimisation des dépenses grâce à l'émergence d'une médecine personnalisée, une meilleure prévention, et la recherche d'une filière agroalimentaire durable.

#### ***IV- Les acteurs concernés***

Les opérations de développement reposent sur la mobilisation des « personnes concernées » qui, par leur participation active (le plus en amont possible) à la mise en œuvre de l'action publique, vont susciter les bonnes décisions, au bon endroit, au bon moment.

Concernant le diabète de nombreux acteurs peuvent être mobilisés, il s'agira de faire un choix :

- **De multiples associations** existent comme l'Association française des diabétiques, l'Association de Langue Française d'Etudes du Diabète et des Maladies Métaboliques, l'Association Française pour l'Education Thérapeutique, la Ligue des Diabétiques de France... Elles contribuent au **développement de l'éducation thérapeutique des patients**, de la recherche, elles assurent la diffusion des travaux scientifiques et valorisent tout ce qui peut améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète mais également celle de leur entourage
  
- **Les professionnels de santé** qui accompagnent les patients (les médecins, le personnel du paramédical etc.)

---

<sup>11</sup> On pense ici entre autres à l'éducation thérapeutique vecteur d'autonomie des personnes

- **La recherche fondamentale et appliquée**, l'E.G.I.D. (European Genomic Institute for Diabetes) est un institut de recherche axé sur le diabète, l'obésité et les facteurs de risques associés. Installé à Lille, l'E.G.I.D. est destiné à être un pionnier au plan mondial dans ce domaine. Ainsi la mission majeure de cet institut

### **Une expérience originale du Nord-Pas de Calais**

A Marcq-en-Barœul, *la maison du diabète* est une structure d'éducation thérapeutique avec pour vocation d'écouter, informer, accompagner. Cette structure se compose de médecins, d'infirmiers, diététiciens, éducateurs médico-sportifs, psychologues formés à l'éducation thérapeutique des patients. Elle accompagne des diabétiques, obèses, et personnes à risque cardiovasculaire mais également leur entourage. La maison du diabète apporte aussi un soutien et des conseils avec l'objectif de fournir aux individus une meilleure connaissance de la pathologie et donc d'être capable de mieux la gérer. Elle est à l'origine d'un concept original : Le diabétoBUS. Il a vu le jour en septembre 2008 dans le but d'agir également sur le terrain, d'aller à la rencontre des individus, de mieux connaître les patients et d'établir un suivi sur le long terme. Le diabétoBUS s'est d'abord installé pour sa première étape à Sains en Gohelle et continue aujourd'hui de parcourir de multiples communes au long de l'année.

sera de réussir des percées fondamentales pour une meilleure compréhension de ces pathologies une plus grande efficacité de leurs diagnostics et leurs traitements thérapeutiques.

- **Les pouvoirs publics** : l'Etat et ses agences (ARS, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments et des Produits de Santé,...) et les organisations supranationales (Union Européenne, FAO, OCDE...) sont évidemment impliqués dans les politiques de santé. D'autres institutions travaillent également en lien avec la santé comme les services déconcentrés de l'Etat<sup>12</sup>, les collectivités territoriales, les établissements publics<sup>13</sup>...
- **Les acteurs de l'économie sociale et solidaire** (les chambres régionales de l'économie sociale et solidaire, la maison régionale de l'environnement et des solidarités, les acteurs pour une économie solidaire en Nord-Pas de Calais...) œuvrent pour une société différente, plus égalitaire, où l'économie est au service de la personne et non l'inverse.
- **Enfin, la population régionale bien sûr** et parmi elle, les personnes atteintes, mais également la population à risque comme les personnes en surpoids, les individus ayant une alimentation mal équilibrée ou ne pratiquant pas ou peu d'activité physique et également les personnes avec un niveau socio-économique défavorisé. Il s'agira dans un premier temps d'identifier les cibles constituant un levier plus fort.

<sup>12</sup> Les agences régionales de santé (ARS)

<sup>13</sup> L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'institut national de veille sanitaire (INVS), l'agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES), l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), le centre national de la recherche scientifique (CNRS)

- 

Plusieurs programmes d'actions existent afin de lutter contre et informer sur le diabète :

- **Les études ENTRED**, réalisées entre 2001-2003 et 2007-2010 sur un échantillon représentatif des personnes diabétiques traitées afin d'apporter une surveillance épidémiologique<sup>14</sup>. Il s'agissait d'évaluer la qualité des soins et les besoins de personnes atteintes de diabète et de leurs médecins.
- **Sophia**, un service expérimental d'accompagnement gratuit destiné aux patients diabétiques pris en charge dans le cadre d'une affection longue durée. Ce dispositif est financé par la CNAM et le ministère de la santé. Réparti sur plusieurs régions françaises, 136 000 personnes ont bénéficié de cet accompagnement comprenant un soutien personnalisé avec un conseiller en santé. Ce suivi dans le temps est adapté aux besoins des personnes diabétiques, il est assuré par des infirmiers et appuyé par des supports écrits et des outils pratiques.
- **Epode**, est un programme initié et coordonné par l'association FLVS (Fleurbaix-Laventie Ville Santé), en partenariat avec les acteurs locaux. Il apporte aux familles une aide pour leur permettre de modifier en profondeur et durablement leur mode de vie conformément aux recommandations du Programme National Nutrition Santé. Le programme comporte trois axes : une alimentation équilibrée, la pratique d'activités physiques, le **développement d'un environnement local favorable** aux bonnes habitudes.

## ***V- Quelques pistes pour commencer***

L'OD diabète peut être très vaste et le risque de s'y perdre est d'autant plus grand que le choix des indicateurs de réussite n'est pas trivial. Il est donc très important d'identifier les pistes qui seront privilégiées (à partir notamment de l'annexe 1).

L'identification des axes à développer pourra partir de trois angles de vue :

1. déterminer des opérations qui pourraient être évaluables à moyen terme (*i.e.* à l'horizon 2014)
2. déterminer les axes les plus sensibles en termes de transformation écologique et sociale (nouveau développement économique du territoire par exemple)

---

• <sup>14</sup> Elles étaient financées par l'Institut de Veille Sanitaire en partenariat avec l'Assurance Maladie, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé et la Haute Autorité de Santé. ENTRED était porté sur un échantillon de 10 705 personnes diabétiques (adultes et enfants de moins de 18 ans domiciliés en métropole ou dans les départements d'outre-mer).

3. identifier les axes transversaux à d'autres opérations de développement et susceptibles de les renforcer (gouvernance alimentaire).

Cette phase de l'OD devra durer trois mois au plus afin de lancer les opérations en janvier 2012. Aussi, sera-t-il nécessaire d'être accompagnés par un prestataire et par le conseil scientifique de la C15.

En parallèle, au cours de la phase estivale (juin-août), le chef de projet, s'appuyant sur les services, identifiera plus finement les acteurs à solliciter au cours de la phase de définition des axes à développer. Pour l'heure, les services régionaux identifiés sont :

- **DRESTIC :**
  - service santé (alimentation et recherche clinique notamment)
  - service recherche (E.G.I.D., Cardi diabète et recherche en SHS)
- **DPIR :**
  - service citoyenneté et initiatives solidaires (écoles de consommateurs et dispositifs citoyens de la politique de la Ville)
  - service Innovation et Réseaux de Solidarité (Consommation durable, réseaux associatifs)
- **DAE :**
  - Agriculture (responsable de l'OD gouvernance alimentaire)
  - Innovation et compétitivité des entreprises (pour le pôle NSL d'une part mais aussi tous les pôles de compétitivité)
- **DFP :**
  - Formation santé et social
  - Autres axes à identifier
- **Direction environnement :**
  - service écocitoyenneté
  - et service éco-développement

Les partenaires à solliciter pour préciser les contours de cette opération sont :

- l'Agence Régionale de Santé
- le Pr Fontaine, chef du service de diabétologie au CHRU de Lille et relai à la Maison du diabète
- le Pr. Monique ROMON, responsable du service nutrition au CHRU de Lille
- les grandes associations de diabétiques (sociétés savantes et associations de malades)
- les acteurs de l'éducation thérapeutique (maison du diabète et autres acteurs territoriaux)
- Les acteurs de l'éducation à l'alimentation et à l'activité physique

Enfin, compte tenu de la spécificité de cette OD il serait :

- **impératif d'identifier quelques indicateurs** pertinents pour vérifier l'efficacité des politiques menées et leur pertinence au regard des objectifs fixés

- **utile de compléter le conseil scientifique** actuel de deux référents spécialisés dans les questions de santé publique, de soin et/ou de prévention.

Laure-Line RAMBOUT,  
Stagiaire sur l'opération de développement « diabète »

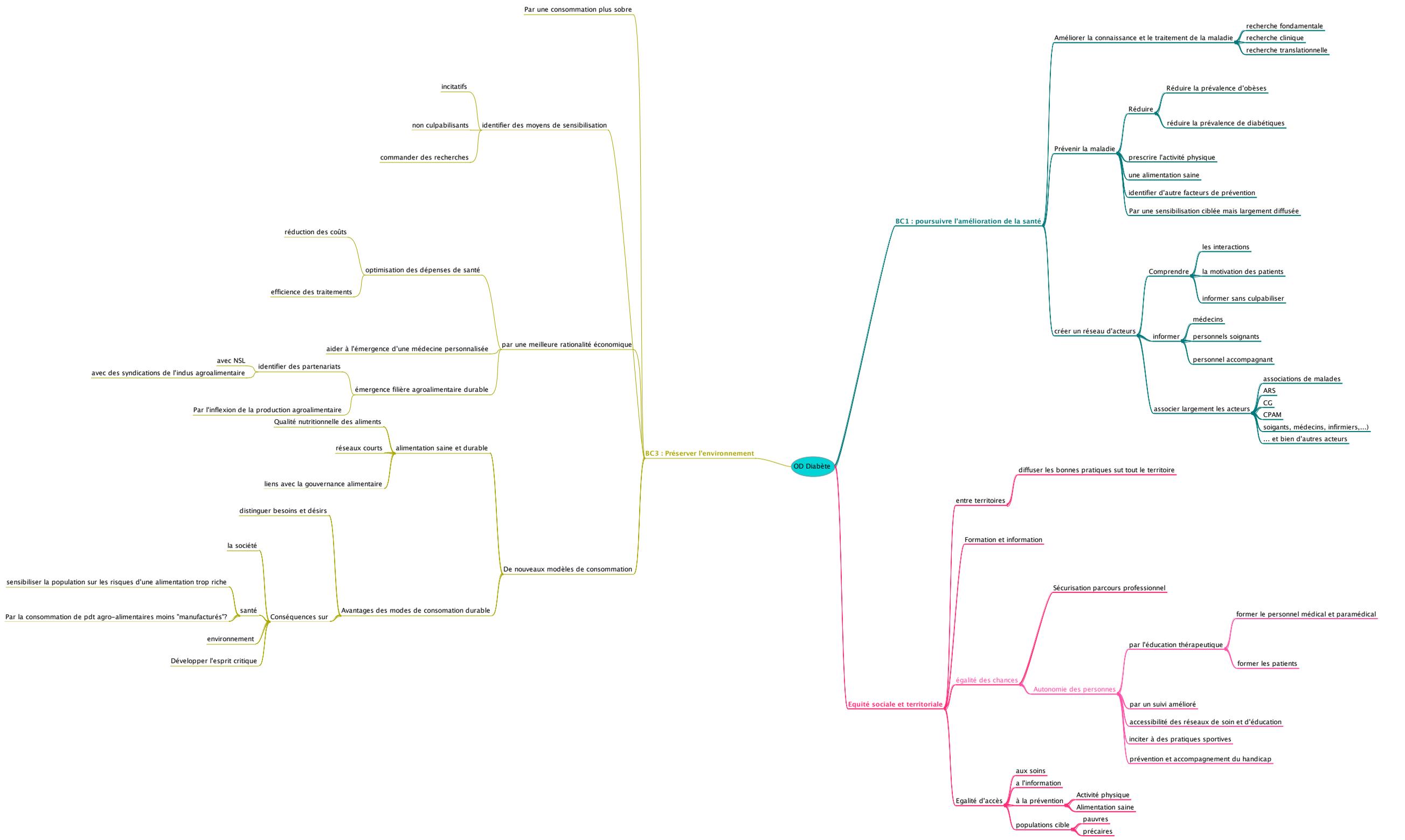
Anne LAMBRECHT- MATZUZZI,  
Chargée de mission à la DRESTIC et Chef de Projet E.G.I.D.

document de travail

**Annexe n°1 :**

**Carte heuristique de l'opération de développement « Diabète »**

document de travail



**Annexe n°2 :**

**Dossier Santé de  
La Voix du Nord du 16 mai 2011**

document de travail

# Le coût des soins de plus en plus pointé du doigt

## SANTÉ DE LA RÉGION : OÙ EN EST-ON ?

Comme nous nous étions engagés il y a quatre ans, lors de notre première enquête santé, nous nous sommes à nouveau intéressés à la santé de la région et de ses habitants. En reprenant point par point ce que nous révélions.

### - Sondage

Comme il y a quatre ans, nous avons sondé une partie des Nordistes. Avec des résultats pas forcément rassurants : coût, difficulté à trouver un médecin.

### - Indicateurs de santé

Quelle évolution ? Mortalité prématurée, espérance de vie, pathologies : tous les secteurs de la région ont été passés au crible.

### - Hôpitaux publics et privés

financement, alliances... Une nouvelle ère s'ouvre pour le paysage hospitalier.

### - Démographie

médicale en berne  
Les maisons de santé, un bon moyen pour pallier le manque de médecins ?

### - Usagers

Sont-ils de plus en plus unis pour se faire entendre ? Un collectif, en tout cas, porte leurs voix auprès de l'Agence régionale de santé, et ne ménage pas ses critiques sur le manque de soutien pour la région en difficulté.



Enquête réalisée par Market Audit du 8 au 13 avril 2011 auprès d'un échantillon de 415 personnes, représentatif de la population du Nord - Pas-de-Calais âgée de 18 ans et plus. La représentativité de l'échantillon a été assurée par la méthode des quotas (zone d'habitation, sexe, âge, profession du chef de famille). Les interviews ont eu lieu par téléphone au domicile des personnes interrogées.

## 1. Se soigner coûte de plus en plus cher

C'est l'escalade... Si déjà en 2007, ils étaient 59 % à trouver que se soigner coûte cher, ils sont désormais 70 % à le penser et à le vérifier. À commencer par le déremboursement de médicaments – ils sont 90 % à penser qu'ils sont de moins en moins remboursés –, la part qui reste à charge chez le médecin et le pharmacien, sans oublier la mutuelle qui augmente. Et cette perception est d'autant plus forte que l'on s'éloigne de la métropole lilloise (61 % contre 73 % sur le littoral). Ce qui démontre que la santé et son coût sont directement liés aux revenus des différents secteurs de la région.

## 2. Se soigner demande toujours de la patience

En quatre ans, le sentiment de trouver près de chez soi un spécialiste n'a pas évolué. Ils sont toujours 81 % (contre 82 % en 2007) à dire qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous rapide chez un spécialiste. Pas vraiment étonnant dans une région qui en manque toujours cruellement. C'est sur le littoral (84 %) devant l'Artois (82 %) que ce sentiment est le plus fort. D'ailleurs, le sentiment de ne pas avoir de spécialiste suffisamment près de chez soi augmente (52 % contre 45 % en 2007). Ce sont les habitants du littoral qui ont le plus fort cette opinion : 65 % (contre 37 % en métropole) – on n'est pas très loin du double –, ce qui correspond d'ailleurs à la répartition des professionnels. À noter que les habitants constatent aussi que les médecins – de nouvelles réglementations sont passées par là – ne veulent plus se déplacer à domicile (61 % contre 57 %). Malgré tout, du côté des installations, les Nordistes estiment ne pas avoir à se plaindre avec seulement 24 % pour qui il n'y a pas d'hôpital ou de clinique suffisamment près de chez eux.

## 3. Se soigner avec vigilance

Les habitants n'ont pas toujours confiance en la médecine. La preuve : ils sont désormais 34 % à le dire contre 31 % en 2007. Ils ont aussi de plus en plus l'impression que les médecins ne disent pas toujours la vérité

(70 % contre 59 % en 2007), mais aussi que les médicaments génériques – de plus en plus généralisés – sont moins efficaces (33 % actuellement contre 22 % en 2007). Autant d'évolutions notables sur le rapport au soin et à la médecine, pas vraiment dans le bon sens. Même si, paradoxalement, ils sont 10 % de moins à penser qu'il y a de plus en plus de problèmes d'infections nosocomiales à l'hôpital. Dans ce domaine, visiblement, les campagnes d'information, une certaine transparence ont visiblement eu un effet bénéfique sur la population. Mais à noter quand même que 10 % des habitants en plus jugent que l'hôpital le plus proche n'a pas très bonne réputation.



Les habitants de la région Nord - Pas-de-Calais ont tendance à moins consulter les médecins et les spécialistes qu'ailleurs. Pour chacune des raisons possibles suivantes, êtes-vous...

	Tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		Total d'accord		Plutôt pas d'accord		Pas du tout d'accord		Total pas d'accord		NSP	
	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011
Il n'y a pas de médecin généraliste suffisamment près de chez moi	6%	13%	9%	11%	15%	24%	28%	19%	55%	56%	83%	75%	2%	1%
Il est très difficile d'obtenir un rendez-vous rapide chez un médecin généraliste	10%	14%	19%	23%	29%	37%	24%	20%	44%	42%	68%	62%	3%	1%
Les médecins ne veulent plus se déplacer à domicile	19%	32%	37%	29%	56%	61%	16%	13%	21%	20%	37%	33%	7%	6%
Il n'y a pas de spécialiste suffisamment près de chez moi	17%	27%	28%	25%	45%	52%	22%	20%	30%	27%	52%	47%	3%	1%
Il est très difficile d'obtenir un rendez-vous rapide chez un spécialiste	41%	49%	41%	31%	82%	81%	7%	7%	9%	10%	16%	17%	2%	3%
Il n'y a pas d'hôpital ou de clinique suffisamment près de chez moi	7%	10%	13%	15%	20%	24%	27%	27%	52%	48%	79%	75%	1%	0%
L'hôpital le plus proche n'a pas bonne réputation	7%	15%	16%	15%	24%	30%	26%	24%	42%	41%	68%	65%	9%	5%
Je n'ai pas toujours confiance dans la médecine	10%	13%	21%	21%	31%	34%	26%	24%	39%	40%	65%	64%	4%	2%
Consulter coûte cher	23%	40%	36%	31%	59%	70%	20%	14%	19%	15%	39%	29%	2%	0%
Les médecins ne disent pas toujours la vérité	9%	12%	19%	17%	28%	29%	27%	27%	35%	34%	62%	61%	10%	10%
Les médecins ne veulent plus prescrire d'antibiotiques	17%	19%	30%	25%	48%	43%	24%	22%	19%	27%	42%	50%	10%	7%
Il y a de moins en moins de médicaments remboursés	48%	62%	36%	28%	84%	90%	9%	3%	4%	5%	13%	8%	3%	2%
Il y a de plus en plus de problèmes d'infections nosocomiales à l'hôpital	27%	31%	40%	27%	67%	57%	12%	11%	10%	11%	22%	22%	11%	20%
Les médicaments génériques sont moins efficaces	8%	18%	14%	15%	22%	33%	24%	22%	44%	34%	68%	57%	10%	11%

cuva



Vous-même, à quelle fréquence, en moyenne, effectuez-vous...

	Plusieurs fois par an		Une fois par an		Une fois tous les 2 ans		Uniquement en cas de maladie		Jamais		NSP	
	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011	Rappel 2007	2011
Une visite chez le médecin généraliste	59%	48%	9%	9%	3%	1%	27%	40%	2%	2%	0%	-
Une visite chez le dentiste	28%	20%	35%	40%	7%	5%	20%	28%	10%	7%	0%	-
Une visite chez le pédiatre	7%	6%	3%	3%	1%	0%	9%	5%	80%	59%	0%	27%
Une analyse de sang	30%	28%	26%	24%	8%	6%	29%	36%	7%	6%	-	0%
Une radio pulmonaire	4%	3%	9%	7%	6%	3%	42%	47%	39%	39%	0%	1%
	5%	5%	11%	9%	8%	3%	29%	39%	47%	44%	0%	0%



Concernant votre visite dans une clinique privée, pour chacune des caractéristiques suivantes, dites si vous avez été :

	Très satisfait		Plutôt satisfait		Total satisfait		Plutôt pas satisfait		Pas satisfait du tout		Total insatisfait	
	Hôpital public	Clinique privée	Hôpital public	Clinique privée	Hôpital public	Clinique privée	Hôpital public	Clinique privée	Hôpital public	Clinique privée	Hôpital public	Clinique privée
L'accueil et le confort	28%	56%	57%	36%	85%	92%	13%	4%	2%	4%	15%	8%
La qualité des soins	37%	57%	51%	36%	88%	93%	9%	5%	3%	2%	12%	7%
L'amabilité du personnel soignant	39%	51%	50%	42%	89%	93%	8%	5%	3%	2%	11%	7%
Les explications données sur la maladie	37%	47%	42%	41%	80%	88%	13%	8%	8%	4%	20%	12%

# Plus le temps passe, moins les conseils de prévention semblent suivis

## Plutôt en bonne santé, malgré un recours plus tardif aux soins

En quatre ans, le sentiment des Nordistes d'être en bonne santé a encore progressé (+ 2 %). Même si ceux qui se sentent en très bonne santé le sont un peu moins (34 % contre 39 % en 2007). Un bon résultat paradoxalement atteint malgré un recours encore plus tardif aux soins (ce qui est pourtant déjà une « spécialité » de la région. Les Nordistes sont en effet plus 10 % à déclarer se soigner seuls... et ils deviennent même largement majoritaires (57 %). D'ailleurs la visite chez le médecin généraliste intervient de plus en plus uniquement en cas de maladie (40 % en 2011 contre 27 % en 2007). Si on aurait pu interpréter cette tendance par une plus grande vigilance des habitants de la région par rapport à leur santé, cela cache des soucis économiques. En effet, se soigner coûte de plus en plus cher... Il y a désormais toujours un « retour à charge » lors d'une visite chez le médecin et les médicaments eux-mêmes ne sont plus systématiquement et intégralement remboursés. Ils sont aussi 12 % de moins à déclarer consulter immédiatement un médecin dès qu'ils sont souffrants, ce qui ne fait même plus un Nordiste sur deux. Une tendance rassurante quand même : ce qu'ils s'imposent à eux-mêmes, les habitants de la région ne le font pas pour leurs enfants, puisque les tendances de 2007 restent identiques, avec seulement 23 % déclarant soigner seuls un enfant lorsqu'il est souffrant.

## Facteurs de risques de plus en plus identifiés...

Si la prévention a toujours du mal à s'installer, les facteurs de risques – tous, sans exception – sont de plus en plus identifiés au fil des années. Aussi bien l'alcool (95 %), le tabac (95 %), la pollution atmosphérique (92 %), que les pesticides et engrais dans l'agriculture (87 %), le stress (89 %), le manque d'exercice physique (88 %) et même les OGM (59 %). À noter d'ailleurs que c'est l'alcool qui est de plus en plus perçu comme néfaste pour la santé (avec plus 7 % des habitants qui l'ont identifié en quatre ans). Une bonne nouvelle dans une région où les problèmes liés à cette addiction sont particulièrement cruciaux).

## Conseils de prévention : pas suivis d'effet

C'est l'une des surprises de notre sondage.... Visiblement, plus le temps passe, plus les conseils de prévention paraissent de moins en moins suivis par les Nordistes. Ainsi, en quatre ans, le conseil de manger cinq fruits et légumes par jour est moins suivi (il passe de 78 % à 73 %), même chose pour éviter les graisses animales (68 % contre 72 % en 2007), éviter le tabac (68 % contre 78 %), la consommation d'alcool (81 % contre 86 %), manger équilibré (82 % contre 85 %). Il n'y a guère que le conseil « faire un peu d'exercice » qui reste stable (74 % en 2007 comme en 2011). C'est dire ce qu'il reste à accomplir entre la connaissance d'un message de prévention et la perception d'un véritable intérêt à le suivre. De ce côté-là, il convient visiblement de ne pas baisser la garde, particulièrement avec les enfants.

B. Vi.



## Globalement, vous diriez que vous êtes...

	En très bonne santé	En plutôt bonne santé	En plutôt mauvaise santé	En très mauvaise santé
<b>2011</b>	34 %	56 %	8 %	2 %
Rappel 2007	39 %	49 %	10 %	2 %



## Lorsqu'il vous arrive d'être souffrant, quelle est votre première attitude habituelle ?

	Je me soigne seul	Je demande conseil à mon pharmacien	Je consulte immédiatement un médecin
<b>2011</b>	57 %	5 %	38 %
Rappel 2007	47 %	3 %	50 %

V



### De même, lorsqu'un enfant de votre foyer est souffrant, quelle est votre première attitude habituelle ?

	Je le soigne seul	Je demande conseil à mon pharmacien	Je consulte immédiatement un médecin,
<b>2011</b>	<b>23 %</b>	<b>3 %</b>	<b>74 %</b>
<i>Rappel 2007</i>	23 %	2 %	75 %



### Pour chacun des facteurs suivants, dites, si selon vous, il a une influence négative... sur notre état de santé

	Très importante		Assez importante		Peu importante		Pas du tout importante	
	<i>Rappel 2007</i>	2011	<i>Rappel 2007</i>	2011	<i>Rappel 2007</i>	2011	<i>Rappel 2007</i>	2011
Le tabac	76 %	<b>80 %</b>	14 %	<b>15 %</b>	4 %	<b>2 %</b>	6 %	<b>3 %</b>
L'alcool	67 %	<b>78 %</b>	21 %	<b>17 %</b>	6 %	<b>2 %</b>	6 %	<b>3 %</b>
La pollution atmosphérique	62 %	<b>61 %</b>	29 %	<b>31 %</b>	6 %	<b>6 %</b>	3 %	<b>2 %</b>
Pesticides et engrais dans l'agriculture	50 %	<b>59 %</b>	28 %	<b>28 %</b>	17 %	<b>8 %</b>	5 %	<b>5 %</b>
Le stress	58 %	<b>62 %</b>	31 %	<b>27 %</b>	7 %	<b>7 %</b>	4 %	<b>4 %</b>
Le manque d'exercice physique	52 %	<b>50 %</b>	35 %	<b>39 %</b>	9 %	<b>8 %</b>	4 %	<b>3 %</b>
Les OGM	29 %	<b>31 %</b>	29 %	<b>28 %</b>	28 %	<b>18 %</b>	14 %	<b>23 %</b>



### Les médecins formulent régulièrement des conseils de prévention pour être en bonne santé. Lesquels suivez-vous ?

	Souvent		Parfois		Rarement		Jamais	
	<i>Rappel 2007</i>	2011						
Manger 5 fruits et légumes par jour	47 %	<b>46 %</b>	32 %	<b>28 %</b>	14 %	<b>12 %</b>	7 %	<b>14 %</b>
Éviter les graisses animales (beurre...)	44 %	<b>37 %</b>	28 %	<b>31 %</b>	14 %	<b>12 %</b>	14 %	<b>20 %</b>
Éviter le tabac	75 %	<b>64 %</b>	4 %	<b>4 %</b>	6 %	<b>4 %</b>	15 %	<b>28 %</b>
Éviter la consommation d'alcool	63 %	<b>62 %</b>	23 %	<b>19 %</b>	10 %	<b>8 %</b>	4 %	<b>11 %</b>
Faire de l'exercice physique chaque jour	42 %	<b>53 %</b>	32 %	<b>21 %</b>	14 %	<b>10 %</b>	12 %	<b>16 %</b>
Manger équilibré pour éviter le surpoids	63 %	<b>59 %</b>	22 %	<b>22 %</b>	7 %	<b>8 %</b>	8 %	<b>11 %</b>

VI

# État de santé : des indicateurs toujours dans le rouge malgré quelques lueurs d'espoir

Depuis 2007 – et notre première enquête santé – il n'y a pas eu de coup de baguette magique : la région reste toujours en très mauvais état de santé. Même si quelques lueurs d'espoir pointent.

**Surmortalité : la grande stabilité dans tous les territoires**

Par secteurs, la situation reste d'une grande stabilité dans la région. Ainsi, que ce soit pour les hommes ou les femmes, les trois endroits de la région qui se rapprochent le plus de la moyenne nationale pour le taux de surmortalité (décès avant 65 ans) restent toujours l'Artois-Ternois, la Flandre-Lys et l'agglomération lilloise. Même s'ils restent malgré tout dans le rouge eux aussi.

Ainsi, à Lille, la surmortalité reste malgré tout supérieure de 20 % à la moyenne française, largement plus que des territoires comparables. Une explication pour Olivier Lacoste, directeur de l'Observatoire régional de la santé : « Lille, contrairement à d'autres villes de sa catégorie, aurait encore une population très hétérogène sur le plan social... Les populations fragiles n'ont pas été éloignées de la capitale régionale, comme cela peut être le cas ailleurs ».

**Lens-Liévin ferme toujours la marche**

Les dernières statistiques sont implacables : l'ex-bassin minier reste désespérément à la traîne. Ainsi la commu-

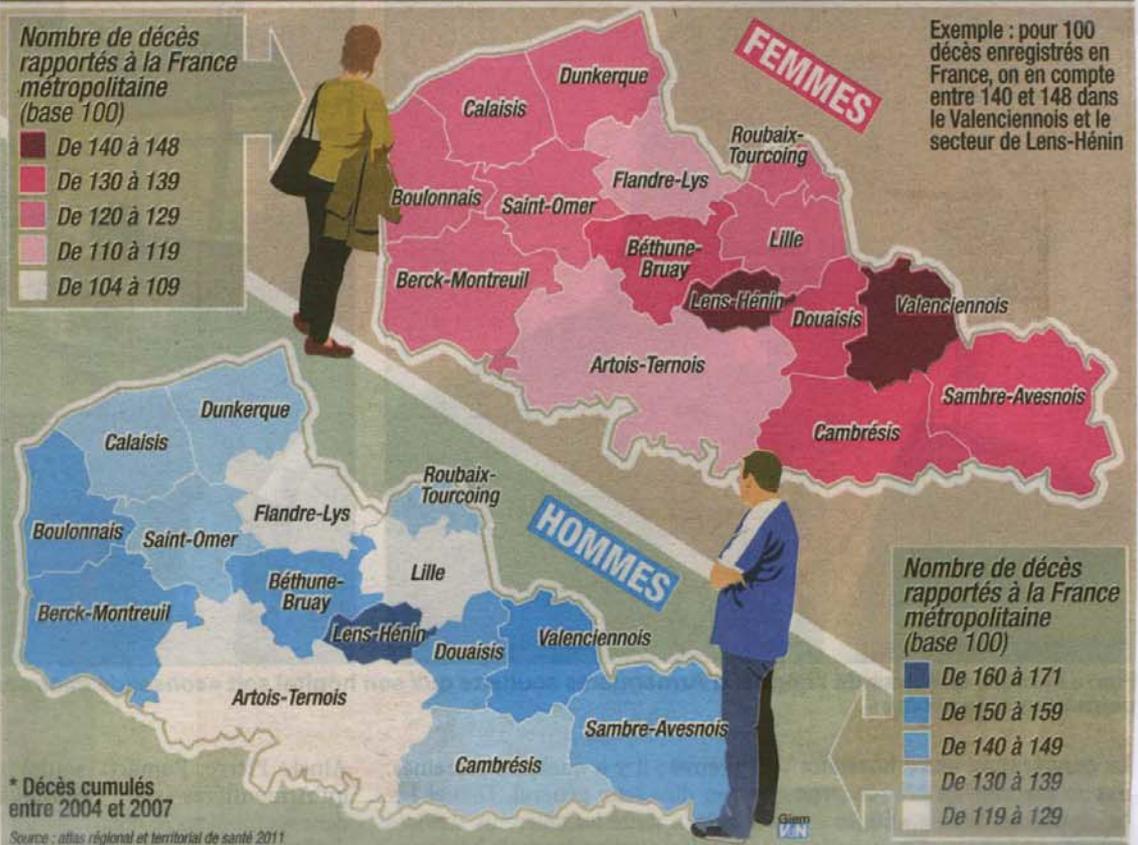
nauté d'agglomération Lens-Liévin reste toujours à la dernière place en France, avec une surmortalité de + 68,7 % par rapport à la moyenne française (76,9 % pour les hommes et 51,4 % pour les femmes). Juste devant – à la 182<sup>e</sup> place des agglomérations françaises sur 183 – on trouve la communauté d'agglomération de la porte du Hainaut avec un taux de surmortalité de 61,4 % (+64,7 % pour les hommes et 54,5 % pour les femmes).

## La mortalité prématurée par secteur \*

Décès avant 65 ans (hors suicide)

Nombre de décès rapportés à la France métropolitaine (base 100)

- De 140 à 148
- De 130 à 139
- De 120 à 129
- De 110 à 119
- De 104 à 109



C'est dire s'il y a encore du travail à faire. Mais pour Olivier Lacoste, l'amélioration de la santé passe « par la multiplication de projets locaux », notamment dans les secteurs les plus en difficulté, car c'est « la seule façon de sortir toute la région de ses difficultés ».

**Des lueurs d'espoir, malgré tout...**

Même si actuellement, quelque 3 000 personnes décèdent encore prématurément dans la région (par rapport au reste de la France : + 29 % de décès hommes et + 21 % pour les femmes), les dernières statistiques laissent apparaître quelques lueurs d'espoir. En effet, pour Olivier Lacoste, il « n'y a pas de fatalité ». Il cite le cas de la Lorraine : « Beaucoup de chômage, beaucoup de difficultés, et ils ne sont pas au même niveau que nous ».

Ainsi, pour la région, il compare la (sur)mortalité, les territoires, l'offre des soins et les indicateurs socio-économiques justement où « on ne se trouve pas toujours à la dernière place ». L'espoir vient par exemple de la prévention – comportements individuels – avec certaines agglomérations qui tirent leur épingle du jeu en s'améliorant mieux que la moyenne française, comme Calais, Cambrai et Douai où la mortalité évitable a baissé respectivement de 40,85 %, 35,74 % et 34,62 % (moyenne nationale : 29,24 %).

Ce qui montre que dans ces secteurs, les politiques de prévention ont porté leurs fruits. « Mais com-

ment être sensible aux actions de prévention quand on se trouve en situation difficile » se demande Cécile Bourdon, vice-présidente du conseil régional en charge de la santé, qui aimerait bien, comme d'autres, que le message passe dans tous les secteurs de la région.

B. VI.

LA VOIX DU NORD

16 MAI 2011

VII

# Pathologies, espérance de vie : tous les records



## Espérance de vie : pas de rattrapage en vue

Si la région reste toujours à la dernière place pour l'espérance de vie, le plus grave est sans doute qu'il n'y a pas de rattrapage en vue, au moins dans l'immédiat. C'est surtout vrai pour les hommes dont l'amélioration depuis notre première enquête santé est de + 0,6 mois (contre + 0,8 pour la moyenne nationale). C'est malgré tout mieux pour les femmes avec un an gagné (alors que la moyenne nationale se borne à 0,5 mois). Reste que pour les femmes, il y a deux ans d'écart pour l'espérance de vie avec la moyenne nationale.

## Pathologies : la région à la dernière place

La région est à la dernière place pour ses taux records dans la plupart des pathologies (tumeurs malignes, cancer des voies aérodigestives, cancer du larynx, de la trachée et du poumon, cancer du côlon, du col de l'utérus, du sein, maladies endocriniennes et alcool. Avec parfois des chiffres ahurissants comme dans la communauté d'agglomération de Lens-Liévin où la surmortalité masculine prématurée est de 194 % pendant que celle des femmes s'élève à 334 %. Et quand les chiffres sont un peu meilleurs, le Nord - Pas-de-Calais ne réussit à faire guère mieux que de terminer à la 21<sup>e</sup> place (sur 22), comme pour le cancer de la prostate ou la mortalité par suicide. Ce qui forcément nous amène à « squatter » la dernière place pour la mortalité toutes causes (26,6 % pour hommes et femmes confondus), devant les régions picarde et lorraine.

B. Vi.

VIII

# Spécialistes et généralistes : le nombre de médecins continue de baisser dans la région

Présidente du conseil régional de l'ordre régional des médecins, Isabelle Lambert suit de près la démographie médicale. Elle annonce d'ores et déjà la mise en place en juin d'un « observatoire de veille démographique » pour mettre en relation « les élus en manque et les médecins susceptibles de s'installer ».

## Une baisse continue

Depuis quelques années, le nombre de médecins ne cesse de baisser. En France et dans la région. Et cela pourrait continuer. Isabelle Lambert rappelle que « l'âge moyen des médecins en activité est de cinquante ans, avec 42 % qui se situent entre 50 et 59 ans ». Et même si « la moyenne est un peu

plus jeune dans la région », elle n'est pas épargnée par le phénomène. Concrètement, les médecins inscrits au tableau de l'ordre représentent 5,5 % de l'effectif national. En 2009, ils étaient 11 315 médecins en activité régulière (avec une baisse déjà de 1,5 %), soit 277 médecins pour 100 000 habitants. En 2010, la baisse s'est accentuée

(-4 %), soit 10 775 médecins en activité régulière. Avec une grande disparité entre le Pas-de-Calais (233 médecins pour 100 000 habitants) et le Nord (301 pour 100 000 habitants).

## De plus en plus de remplaçants

C'est une tendance de plus en plus lourde. Isabelle Lambert le confirme : « Il y a, au niveau national et en région, une augmentation de plus en plus importante du nombre de médecins mais parmi eux il n'y en a que 45 % qui souhaiteraient s'installer un jour ». Autre constat : les zones sous-dotées le restent (depuis notre première enquête) : Lumbres, Steenvoorde, Berlaimont, Le Parcq, Auxy-le-Château, Avesnes-le-Comté. Avec des mesures qui ont montré leurs limites : les

## → Région : les zones sous-médicalisées le restent

### Canton de Le Parcq

Dont les communes de :

- Auchy-les-Hesdin
- Azincourt
- Blangy-sur-Ternoise
- Fresnoy
- Vieil-Hesdin...

### Canton de Auxy-le-Château

Dont les communes de :

- Aubrometz
- Bonnières
- Frévent
- Vaulx
- Willencourt...

### Canton de Steenvoorde

Dont les communes de :

- Boeschepe
- Godewaersvelde
- Houtkerque
- St-Sylvestre-Cappel
- Winnezele...

### Canton de Berlaimont

Dont les communes de :

- Aulnoye-Aymeries
- Hargnies
- Leval
- Pont-sur-Sambre
- Vieux-Mesnil...

### Canton de Avesnes-le-Comté

Dont les communes de :

- Beaudricourt
- Givenchy-le-Noble
- Hauteville
- Rebreuve-sur-Canche
- Sars-le-Bois...



En 2010, la région comptait :

- 10 775 médecins en activité régulière
- 5 358 généralistes
- 5 417 spécialistes

En baisse de **4 %** par rapport à 2009

Soit en 2010 **269** médecins pour 100 000 habitants

**277** médecins pour 100 000 habitants en 2009

Nombre de médecins en 2009 par département pour 100 000 habitants



incitations financières à s'installer dans ces zones promises par Xavier Bertrand, déjà ministre de la Santé en 2007 ou les contrats d'engagement de service public (1 200 € par mois pendant une partie de la formation en échange de deux ans d'engagement sur le terrain).

## D'autres pistes pour combler les manques

« Ça ne se fait pas encore, mais je suis sûre que c'est possible ». Isabelle Lambert voudrait rapidement mettre en place une formule originale pour aider les zones en difficulté. « Il s'agit de développer des sites secondaires, explique-t-elle, où des médecins, venus d'un cabinet central, pourraient venir faire des vacations... Il reste à l'organiser ».

## Médecins spécialistes : déficit toujours important

Dans la région, obtenir un rendez-vous avec un spécialiste représente

parfois un parcours du combattant. En cause : un déficit important avec une moyenne de 141 professionnels pour 100 000 habitants (contre 174 pour la moyenne nationale). Avec une densité très inégale : elle est deux fois supérieure en métropole-Flandre intérieure (218) que dans l'Artois-Douais (99). Avec des manques importants, explique Isabelle Lambert, en ophtalmologie, gynécologie médicale et obstétricale, en stomatologie, ORL, rhumatologie, psychiatrie et en particulier pédopsychiatrie, dermatologie... Un phénomène qui risque de s'accroître : 32 % des spécialistes ont 55 ans ou plus.

B. Vi.

XI

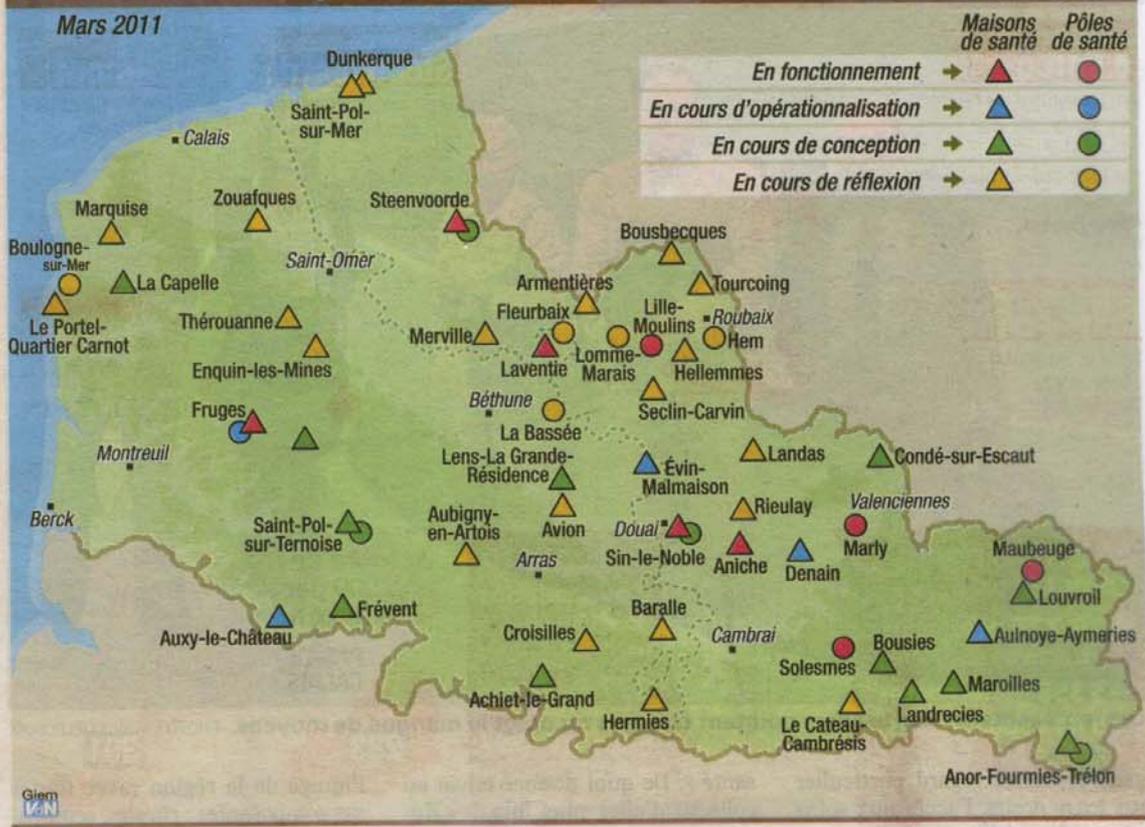
# Maisons de santé : plus de cinquante projets pour pallier le manque de médecins

**Avec une cinquantaine de projets (maisons et pôles de santé), la région est particulièrement à la pointe. Avec ses réussites et ses échecs.**

L'Agence régionale de santé, comme le ministre Xavier Bertrand, en charge de la santé, les mettent en avant régulièrement : la région regorge de projets de maisons (et pôles de santé). Un foisonnement destiné à répondre aux soucis de la démographie médicale, notamment pour la médecine de premier recours. En tout, actuellement, cinquante-quatre projets seraient plus ou moins sur les rails, dont la moitié – quand même – sont juste en cours de réflexion. Dans ce domaine, c'est l'Artois-Douais (20 projets/38 % des initiatives) qui est le plus avancé, contre douze pour la métropole (23,6%), onze pour le Hainaut (20%), 11 pour le littoral (20%). Des projets qui, bonne nouvelle, « se développent dans des territoires ruraux ou semi-ruraux ». Avec à chaque fois – l'ARS y veille – deux impératifs : une réponse apportée aux besoins de la population, et une organisation interne coopérative. Sans oublier, c'est indispensable, un projet partagé par les élus et les professionnels de santé, sachant qu'actuellement, la moitié des nouveaux projets sont portés par les communautés de communes et communes.

« Je ne pensais jamais m'occuper de santé en tant qu'élu » reconnaît sans ambages Jean-Jacques Hilmoine, maire de Fruges, dont le projet est aujourd'hui cité en exemple dans la région. Sauf que, face à la désertification médicale, il a bien fallu retrousser ses manches et bâtir un projet qui tienne la route. En parfaite liaison avec le milieu médical, symbolisé par le docteur Didier Delette, convaincu depuis le début par la nécessité de bâtir un projet avec les élus. Aujourd'hui, après cinq ans de travail, la maison de santé pluridisciplinaire est en passe de voir le jour.

## → Les maisons et pôles de santé en fonctionnement et en projet



1 800 m<sup>2</sup>, 4,3 M€ de budget : elle devrait être totalement opérationnelle au mois de juin 2012.

Un projet complet – une association a même été montée – qui fait la part belle à la prévention (médecine scolaire, médecine du travail et du sport), mais aussi au lien avec le social, sans oublier la prise en charge du patient à domicile, l'intervention de spécialistes – il y aura du matériel pour des consultations –, la formation des médecins en continu et l'appel aux nouvelles technologies. Ainsi dans ce domaine, les médecins seront-ils équipés d'une « e-valise » qui leur permettra des examens sur place, tout en obtenant l'avis d'un spécialiste dans un centre hospitalier. Rien n'a été laissé au hasard : il y a même deux appartements pour des jeunes médecins qui viendraient faire des stages.

« Ce bâtiment est une enveloppe autour d'un projet et pas le contraire... Tout a été défini au mètre-carré près » souligne Jean-Jacques Hilmoine. La directrice est même déjà embauchée. Elle vient du milieu hospitalier. Le symbole – un de plus – de l'autre ambition de cette maison : être le lien « entre médecine de ville et milieu hospitalier ». Plus de vingt professionnels de santé sont déjà convaincus et d'ores et déjà engagés dans l'aventure.

B. Vi.

## Fin 2011 à Lille, des maisons de consultations spécialisées

La ville de Lille veut lancer, d'ici la fin de l'année, deux maisons de consultations spécialisées. Dans un contexte de pénurie de médecins, de services d'urgences engorgés et de délais d'attente parfois très longs pour un rendez-vous dans un cabinet en ville, ces futures maisons de consultations spécialisées devraient apporter une solution. « Ce sera une offre complémentaire, un nouveau maillon intermédiaire », résume Jacques Richir, l'élu lillois chargé du dossier, dont la mission, confiée par Martine Aubry, est d'être innovant. « Nous n'avons pas vraiment d'exemples ailleurs... », sourit-il.

Le principe: offrir au public un lieu où l'on peut voir, dans des délais courts, des médecins spécialistes, au tarif conventionnel le plus bas (21 €) « alors qu'en ville, certains médecins sont au-delà, et ils en ont le droit », note Jacques Richir.

Les spécialités visées sont « l'ophtalmologie, la dermatologie, la gynécologie, la rhumatologie, mais aussi la diabétologie... » énumère l'élu, par ailleurs médecin. « Quand on nous découvre une pathologie et qu'il faut attendre des mois pour

consulter un spécialiste, ce n'est plus possible ! », critique Martine Aubry.

Ces futures maisons de consultations spécialisées n'offriront « pas de suivi durable. Ce sera pour répondre à une pathologie récente, proposer une consultation de premier recours, avant de remettre le patient dans le circuit normal ». La précision est d'importance. La ville entend ne pas se fâcher avec les médecins libéraux et hospitaliers, avec lesquels elles discutent depuis plusieurs semaines. Il faudra avoir consulté son généraliste avant de se présenter à la maison de consultations. Sinon, pas de remboursement par la Sécurité sociale.

La réflexion avance donc. Des locaux ont été repérés, proches du CHR (Lille-Sud) et de Saint-Vincent (quartier de Moulins), « pour profiter d'un soutien logistique ». La ville annonce une ouverture des deux premières maisons « à la fin de l'année ». D'autres suivront, dans plusieurs quartiers de Lille où la population, un peu plus démunie, a davantage le réflexe des urgences...

STÉPHANIE FASQUELLE

LA VOIX DU NORD

1 6 MAI 2011

XV

Cécile Bourdon, vice-présidente  
en charge de la santé au conseil régional

## « On peut exiger la solidarité nationale »

Depuis 2011, Cécile Bourdon, vice-présidente au conseil régional, s'occupe du dossier santé. Une démarche volontariste dans une région qui a bien besoin d'un coup de main dans ce domaine. Elle assure que, quoi qu'il arrive, son action sera maintenue.

Cela fait un an que vous assumez la charge de vice-présidente en charge de la santé au conseil régional. Qu'est-ce que cela vous inspire ?



« C'est une chance. Mon parcours personnel – je suis adjointe au maire de Lens, également en charge des questions de santé – fait que je ne me suis jamais tenue éloignée des questions de santé et de solidarité. J'ai notamment fondé une association pour mobiliser des étudiants en faveur des enfants en difficulté scolaire. J'ai désormais l'ambition de travailler sur les problèmes des territoires avec mes homologues ».

La région est dans un mauvais état de santé. Qu'en pensez-vous ?

« J'ai un sentiment trouble. En effet, les indicateurs sont mauvais, et on ne retrouve pas les efforts et les investissements portés par un certain nombre d'acteurs. Reste que, même si le conseil régional a fait des efforts sur le champ de la prévention, de la lutte contre le cancer, s'est engagé aussi dans une expérimentation importante aux côtés de l'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation), la santé reste une compétence d'État. Et l'on s'attend à ce qu'il soit fort,

responsable, avec des choix volontaristes. On a de toute façon matière à exiger la solidarité nationale. Un seul exemple : l'hôpital public se sent en souffrance actuellement. Il a fait des efforts notamment avec la mise en place de la T2A. Mais on voit que l'équilibre économies à faire + prestations + missions de service public commence à se fragiliser ».

Selon vous, qu'est-ce qui fait que la région ne quitte pas la dernière place dans le domaine sanitaire ?

« Des études démontrent que les actions de prévention ont touché les catégories sensibilisées aux questions de santé et pas celles qu'on voudrait toucher (quartiers prioritaires). Il y a des choses à envisager dans le champ de la lutte contre le cancer, avec tous les acteurs de terrain, pour voir comment on fait pour toucher ces populations sans les stigmatiser. Il y a des efforts à adapter, par exemple, dans le dépistage des cancers mammaires, avec des personnes relais qui vont dans le quotidien des habitantes pour les inciter au dépistage ».

Le conseil régional a toujours été un acteur engagé en santé. Avez-vous imaginé le remettre en cause avec l'arrivée de l'ARS (Agence régionale de la santé) ?

« Non, même si nous n'avons plus qu'un élu au sein du conseil de surveillance – nous en avions six au sein de l'ARH – ce qui n'est plus proportionnel à l'engagement que nous portons. Mais au niveau de la population, on assume nos responsabilités... même si la loi ne nous permet plus d'avoir une position décisionnelle. Mais même avec un rôle consultatif, on se sent pleinement acteurs pour proposer, agir, mettre les gens face à leurs responsabilités. Malgré tout, on regrette cette nouvelle situation : la loi HPST n'a pas tiré profit de l'expérimentation de la région. C'est un déni de reconnaissance ».

Quels sont les priorités ?

La première reste tout d'abord la lutte contre le cancer. Nous allons d'ailleurs poursuivre l'investissement en imagerie médicale (scanners, IRM), même si les autorisations ne sont pas accordées pour l'ins-

### Budget 2011

Un budget d'engagement de 24,6 millions d'euros est prévu par le conseil régional pour un meilleur accès à la prévention et aux soins pour tous les habitants.

#### Investissement, 16,6 M€ :

- plan cancer : 13,5 M€ ;
- santé et territoire, 3 100 000 € ;  
avec pour objectifs : améliorer l'offre de soins sur les territoires, agir sur la démographie médicale et conforter les actions de télésanté.

#### Fonctionnement, 8 M€ :

- plan cancer, 2 650 000 € ;
- prévention, santé, environnement, 4 120 000 € ;
- santé et territoire, 1 150 000 € ;
- coopération décentralisée, 80 000 €.

### Actions concrètes

Le conseil régional agit en faveur de la démographie médicale (financement d'assistants à temps partagé, de postes de chefs de clinique, d'aides à la mobilité), aide au financement d'équipements sanitaires et de télémédecine notamment.

Sur la période 2006-2010, 230 projets ont été soutenus pour la région (pour un montant de 71 M€).

tant... Il y a aussi un travail pour lutter contre les problèmes de démographie médicale (spécialistes – et généralistes – avec des bourses à la mobilité).

Autre volonté : développer les maisons de santé pluridisciplinaires, mais comme celle de Fruges où un très beau projet, parti des besoins du terrain, a mis autour d'une table acteurs de santé, de la prévention et les politiques. Un dispositif de prise en charge globale. Pour cela, la participation du conseil régional est de 400 000 € en investissement ».

Propos recueillis par  
BERNARD VIREL

XVI