

REGION NORD – PAS DE CALAIS
CONSEIL REGIONAL

LA SANTE DES HABITANTS :
UN ENJEU PERMANENT
POUR LE NORD PAS-DE-CALAIS

Rapport d'orientation présenté par le Vice-président Michel AUTÈS
Délégué à la prévention et la santé

Séance Plénière du 10 février 2006

<p style="text-align: center;">LA SANTE DES HABITANTS : UN ENJEU PERMANENT POUR LE NORD PAS-DE-CALAIS 2004-2010</p>
--

sommaire

Introduction (p 3)

Axe stratégique 1 Le Plan Régional de Lutte contre les Cancers : Présentation générale du plan cancer (p 6)

1.1 : Présentation générale (p 7)

1.2 : Accès aux soins (p 12)

Le volet « offre de soins » du plan cancer : Participation aux équipements sanitaires dans le cadre d'une convention expérimentale avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Axe stratégique 2 Prévention et Santé Environnement (p 16)

2-1 : la prévention en santé publique (p16)

2-2 : le plan régional santé environnement (p 18)

Axe stratégique 3 Aménagement du territoire et Santé (p 20)

3-1 : le problème de la démographie des professions de santé en Nord-Pas de Calais (p 20)

3-2 : expérimentation de maisons de santé (p 23)

Axe stratégique 4 Politique Santé Nord Sud dans le cadre des programmes de coopération décentralisée (p 25)

Conclusion (p 27)

Glossaire (p 28)

LES POLITIQUES DE SANTE DU CONSEIL REGIONAL 2004-2010

INTRODUCTION

Le constat :

La santé constitue un « bien supérieur », que les habitants de cette région, au même titre que tous les Français, placent au premier rang de leurs préoccupations. Cette valeur fondamentale, non marchande, prend un sens particulier pour l'ensemble de la population régionale, au moment où le tout économique tend à s'imposer.

Alors que le système de soin français fait figure de modèle, son organisation est au cœur de multiples et récurrentes interrogations. Au delà des difficultés financières cycliques et des réformes qui tentent de réguler le coût de ce système complexe, le secteur de la santé connaît de profondes transformations, les attentes des populations se renouvellent, la recherche et les nouvelles techniques amènent des perspectives insoupçonnées. Au-delà des obligations morales et éthiques, les élus régionaux ne peuvent qu'être attentifs à cette attente forte des habitants, de manière d'autant plus prégnante que la situation de la santé est dans la région tout à fait particulière.

En effet, la population du Nord-Pas de Calais est exposée à une crise sanitaire qui malgré les efforts, tend à se pérenniser : les indicateurs sanitaires de la région restent les plus médiocres du pays et paradoxalement le niveau de l'offre de soins reste quantitativement parmi les plus faibles. Cette crise, due en grande partie à la recomposition économique et sociale entraîne des effets qui nuisent à la qualité de vie de la population. Parallèlement, cette déstabilisation engendre des effets qui peuvent hypothéquer l'avenir, ralentir ou interdire parfois la mise en œuvre de politiques aussi capitales que le développement économique, la formation ou l'insertion de la région dans l'Union Européenne. La santé est un investissement pour l'ensemble d'une société, facteur de cohésion, elle est une condition incontournable du développement durable. Cette préoccupation répond au concept de « Région bouclier » défendu par l'Exécutif.

Par ailleurs la santé contribue à l'activité économique régionale. Les dépenses de santé dans la région avoisinent les 6 milliards d'Euros soit 7,6 % du PIB régional. Les emplois directs (professions réglementées inscrites au Code de la santé publique) sont au nombre de 50 000. Il convient d'y ajouter les emplois induits et en particulier tous les emplois non liés aux activités de soins : administration, entretien des établissements de santé, activités d'hôtellerie (cuisine, hébergement), services à la personne etc...

Cette situation sanitaire est caractérisée essentiellement par :

- une médiocrité des indicateurs de santé, mesurés en terme d'espérance de vie, de mortalité et de morbidité. Ces faits sont connus mais méritent d'être rappelés : la région Nord-Pas de Calais reste lanterne rouge en France métropolitaine pour l'espérance de vie : 72.5 ans chez les hommes et 81 ans chez les femmes (contre 75.9 ans et 82.9 ans en moyenne nationale). La mortalité prématurée reste anormalement élevée puisque qu'un tiers des habitants de cette région meurent avant 65 ans (un quart au niveau national). Les indices standardisés de mortalité (corrigeant la structure par âge de la population) montrent une surmortalité de 40% pour les maladies cardio-vasculaires chez les hommes, de 60% chez les femmes. Pour les cancers la surmortalité est de 28% chez les hommes et de 13% chez les femmes
- le rôle important des déterminants socio-économiques et environnementaux de santé, marqués en particulier par un recours tardif ou inadapté aux soins,

- une offre de soins inférieure aux moyennes nationales, caractérisée par un équipement hospitalier déficitaire en nombre de lits et places et sous-doté en terme de moyens, ainsi que par une sous densité de la démographie médicale (en particulier pour les médecins spécialistes et les praticiens hospitaliers) et pour bon nombre d'autres professionnels de santé,
- Un aménagement du territoire déficient en matière sanitaire marqué par une répartition infra-régionale de l'offre de soin inégalitaire, caractérisée par une forte polarisation autour de la Métropole lilloise. Cette inégalité géographique ne fait qu'aggraver les inégalités socio-économiques d'accès aux soins.

La Région, acteur de santé de longue date :

Sans responsabilités légales en matière sanitaire et sociale mais face à cette situation extrêmement dégradée, les élus du Conseil Régional Nord-Pas de Calais ont, dès l'origine de la création de l'Etablissement Public Régional en 1974, de manière volontariste, initié, poursuivi et amplifié une politique visant à redresser l'état sanitaire de la région Nord-Pas de Calais. Avec l'ambition de contribuer à combler un important retard en infrastructures, cette politique affichait au départ une orientation équipementière marquée : il s'agissait, par le biais de subventions d'investissement, de moderniser le dispositif hospitalier régional, notamment par un programme d'équipement des maternités et des services de néonatalogie, de remise à niveau des plateaux techniques des centres hospitaliers généraux, de moderniser le Centre Hospitalier Régional dans le cadre d'un contrat d'objectifs. Ce programme de modernisation des hôpitaux contractualisé avec l'Etat s'est terminé en 1996 avec les ordonnances Juppé et la mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation. Depuis, l'institution est intervenue de manière plus ponctuelle pour aider au financement de gros équipements d'intérêt régional, en particulier, à partir de 2005, dans le domaine du diagnostic et du traitement du cancer comme l'aide à l'acquisition de TEP¹ par les grands hôpitaux régionaux (Lille, Boulogne, Béthune, Valenciennes).

Il est apparu rapidement que le renforcement du système de distribution de soins ne pouvait à lui seul résumer une politique de santé dont il ne constitue qu'une des composantes, certes nécessaire mais non suffisante. C'est pourquoi, durant cette période, la Région a impulsé, développé et coordonné une politique d'actions de prévention et de promotion de la santé jugée comme unique et exemplaire au niveau national. La première illustration forte de cette volonté s'est matérialisée par la création en 1990 d'une Maison Régionale de Promotion de la Santé qui regroupe pratiquement l'ensemble des associations œuvrant à l'échelle régionale dans le domaine de l'observation, de la promotion et l'éducation à la santé. Ces associations sont regroupées sur un site unique disposant d'un centre commun de ressources documentaires, d'un portail Internet commun et de multiples services. La MRPS édite un mensuel d'information en promotion de la santé « Contact Santé » et assure des missions d'appui, d'accompagnement et de conseil aux opérateurs de terrain. La MRPS a été créée à l'initiative du Conseil régional, de la CRAM et de l'Etat (DRASS). La Région assure actuellement plus de 50% de son financement et vient d'acquérir, avec l'aide d'une subvention d'Etat du FNADT, un immeuble sur le site d'Eurasanté destiné à reloger l'ensemble des associations.

Cette politique de prévention et de promotion de la santé qui se veut globale, concertée et partenariale s'est structurée au fil du temps et s'est organisée par le croisement de plusieurs approches :

- une approche territoriale par le biais en particulier de l'insertion d'un volet prévention dans beaucoup de contrats de territoires et la mise en œuvre, avec les partenaires, de Programmes Territoriaux de Santé ;

¹ Tomographes à Emission de Positons

- une approche par populations : problèmes spécifiques de santé des jeunes, des populations marginalisées ou en voie de marginalisation et en particulier leurs difficultés d'accès aux soins, populations rencontrant des problèmes de santé liés aux conditions de travail ou à un environnement dégradé ;
- une approche par thèmes : lutte contre les cancers, les addictions (alcool, tabac, toxicomanie), les maladies cardio-vasculaires et le diabète, le Sida.

La structuration et la mise en cohérence de cette politique de prévention ont conduit tout naturellement à son inscription à partir de 1999 dans un dispositif concerté et partenarial avec l'Etat, l'Assurance maladie, les Conseils généraux et les professionnels : les Programmes Régionaux de Santé : six priorités régionales² ont été identifiées et validées par la Conférence Régionale de Santé de 1999. Ces priorités ont été déclinées en objectifs puis organisées en programmes d'action. La pérennisation du financement de ces actions par définition pluri-annuelles, est garantie par l'inscription dans le volet santé du Contrat de plan Etat-Région (c'est là encore une spécificité du Nord Pas de Calais). Le Conseil régional et l'Etat sont les principaux financeurs du dispositif et se sont engagés chacun pour 15 M€ pour les 7 ans du plan.

Au terme des 3 ans, une évaluation de la politique, des programmes et des actions par un organisme extérieur a été réalisée. Les objectifs opérationnels ont été recentrés, les procédures revisitées et simplifiées.

Ce dispositif exemplaire risque de trouver ses limites face aux évolutions législatives, en particulier la loi de santé publique du 9 août 2004 qui prévoit un nouveau dispositif, sans tenir compte des situations existantes comme celle qui prévaut depuis de longues années en Nord-Pas de Calais, où les collectivités, l'Etat et l'Assurance maladie ont mis en commun leurs moyens pour mettre en œuvre les 6 priorités de santé. L'adhésion volontaire (et financière) des collectivités à un GIP de prévention (le Groupement Régional de Santé Publique), créé de manière unilatérale entre l'Etat et l'Assurance maladie, présidé par le préfet, dirigé par un fonctionnaire d'Etat nommé par lui et administré par un conseil dans lequel l'Etat se réserve la majorité des sièges, apparaît d'ores et déjà contraire à l'esprit d'une décentralisation bien comprise et difficilement acceptable par des élus garants de la légitimité et de l'autonomie de leur collectivité.

Une politique régionale de santé renouvelée :

L'élaboration d'une politique cohérente et pragmatique repose sur la détermination de priorités et d'objectifs. Faire des choix, formuler des priorités nécessite de disposer d'un système d'information, de lieux de débat et de construction collective, de temps et de méthodes consacrées à l'évaluation des actions et des services.

Dans ce contexte et face aux risques de dilution des interventions régionales dans une politique déclinée suivant les multiples plans nationaux, annoncés sans concertation ni véritable mobilisation de moyens, l'Exécutif régional, conformément au programme proposé aux habitants du Nord-Pas de Calais en 2004, a souhaité reprendre une certaine liberté d'action et recentrer ses interventions sur 4 axes stratégiques forts :

² Les 6 priorités retenues sont :

- Les cancers
- Les maladies cardio-vasculaires
- Les conduites de consommation à risque (alcool, drogues, tabac)
- La santé des enfants et des jeunes
- L'accès aux soins des populations précarisées
- La santé et l'environnement

- 1) - Le plan régional de lutte contre les cancers, qui couvre l'ensemble de la problématique, de la prévention primaire à l'accompagnement des malades.
- 2) - la poursuite d'une politique de prévention volontariste et la mise en œuvre d'un plan santé et environnement, en liaison étroite avec le plan cancer et intégrant un volet santé au travail.
- 3) - des interventions sur l'aménagement du territoire sanitaire et l'amélioration de l'offre de soin, intégrant un projet d'expérimentation « de maisons de santé » une réflexion et des propositions visant à améliorer l'implantation et la répartition des professionnels de santé dans la région, avec l'appui des autres collectivités.
- 4) - la mise en œuvre d'une politique santé Nord/sud dans le cadre des programmes de coopération décentralisée (mobilisant 1% du budget, selon l'objectif fixé pour le mandat en cours).

Parallèlement, l'acte II de la décentralisation qui confirme le rôle de chef de file des Départements dans les champs d'intervention liés aux personnes âgées et au handicap, devrait conduire la Région à se dégager de ces politiques, au terme du Contrat de Plan, en particulier celles qui concernent le programme d'humanisation des hospices, le financement des réseaux de gérontologie et la participation aux financements des structures d'hébergement pour adultes lourdement handicapés.

Ces politiques de santé ne peuvent produire leurs effets que si elles sont inscrites dans une dynamique de renouvellement de la démocratie sanitaire.

La santé est la première préoccupation des habitants du Nord- Pas de Calais. Les questions de santé doivent d'abord être appropriées par les élus régionaux qui participeront aux décisions de l'ARH. Mais surtout la santé doit devenir le centre d'un débat démocratique associant élus, professionnels et tous les citoyens. La régionalisation des politiques de santé est un mouvement inéluctable qui n'en est qu'à ses débuts. La santé est un enjeu politique majeur et c'est un débat de société qui doit être partagé par tous.

C'est dans cet esprit que la Région Nord-Pas de Calais, en harmonie avec l'action portée par les deux Départements dans leurs domaines de compétence, doit continuer à s'engager de manière volontariste dans les politiques de santé publique.

Axe 1 : PLAN REGIONAL DE LUTTE CONTRE LES CANCERS

I.I - PRESENTATION GENERALE

Le Nord-Pas de Calais occupe la première place des régions françaises (hors DOM) tant pour l'incidence (17 000 nouveaux cas par an) que pour la mortalité par cancer (plus de 10 400 décès par an), quelle que soit la localisation (sauf cutanée).

- La surmortalité régionale est de +28% chez les hommes et +13% chez les femmes, 39 % des décès masculins et 27 % des décès féminins interviennent avant l'âge de 65 ans.

La surmortalité masculine par tumeur (le risque de mourir d'un cancer est 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes) est liée au fait que les hommes sont proportionnellement plus touchés par des cancers dont le pronostic demeure mauvais comme les cancers broncho-pulmonaires et ceux des voies aéro-digestives supérieures.

Les causes de décès par cancer les plus fréquentes sont :

- chez l'homme : le cancer du poumon, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), le cancer du côlon et le cancer de la prostate.

- chez la femme : le cancer du sein et le cancer du côlon

Devant ce constat persistant et alarmant, le Conseil régional a eu la volonté de mettre en place un Plan régional de lutte contre les cancers.

4 objectifs généraux :

- réduire la mortalité prématurée
- améliorer la qualité de vie des patients
- réduire les inégalités sociales et géographiques d'accès aux soins
- faire évoluer les mentalités sur la maladie,

sont déclinés en 5 objectifs opérationnels :

1. Rénover la prévention
2. Renforcer le dépistage
3. Améliorer l'accès aux soins par un renforcement des équipements lourds de diagnostic et de radiothérapie.
4. Mieux accompagner les malades et leur famille
5. Contribuer au renforcement de la recherche.

Pour l'aider dans l'élaboration et le suivi de ce plan, il s'appuiera sur un groupe d'experts venus d'horizons différents : chercheurs, médecins spécialisés dans le diagnostic et la prise en charge en cancérologie, épidémiologistes, professionnels du dépistage et de la prévention, associations de malades...

1) rénover la prévention

Le rôle favorisant très important du tabagisme dans la survenue des cancers des bronches (et de la vessie), le rôle de l'alcool, associé au tabac dans ceux des VADS, le rôle prouvé de manière plus récente des facteurs alimentaires dans la survenue d'un certain nombre de cancers (digestifs ou hormonaux-dépendants), légitiment la mise en place d'actions ciblées de prévention.

Pour les cancers professionnels, un système de surveillance épidémiologique des personnes exposées à des risques cancérigènes sur leur lieu de travail reste à bâtir, mais des actions de prévention des risques liés à l'exposition professionnelle à des produits carcinogènes (en particulier poussières et amiante) sont déjà mises en œuvre, notamment via l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) largement soutenu par la Région.

Les cancers environnementaux nécessitent d'améliorer le travail de connaissance des impacts cancérigènes des agents polluants présents dans l'environnement. Un certain nombre d'études sur l'impact de la pollution atmosphérique sur les cancers sont menées actuellement avec le soutien de la Région sur le littoral dunkerquois.

(voir le chapitre spécifique santé et environnement)

L'ensemble de ces thématiques de prévention était depuis 1998 traité intégralement dans le cadre du dispositif des Programmes Régionaux de Santé, mutualisé avec l'Etat, l'Assurance maladie et les deux Conseils Généraux. La Région y a consacré beaucoup de temps, d'énergie et des moyens financiers conséquents actés dans le CPER 2000-2006 quasiment à égalité avec l'Etat (à hauteur de 16,77 millions d'Euros pour l'Etat et de 14,03 millions d'Euros pour la Région). Plusieurs PRS sont concernés par la thématique cancer : Le PRS « challenge » bien évidemment mais aussi le PRS « conduites de consommations à risque », le PRS santé cardio-vasculaire qui regroupe toutes les actions ayant pour thème l'alimentation, le Programme Régional Santé et Environnement dans ses dimensions pollution atmosphérique et sites et sols pollués.

Les PRS se terminent en 2006 avec le Contrat de Plan et un nouveau dispositif devra se mettre en place. Se fondant sur le bilan des initiatives et des actions engagées, la démarche proposée devra prendre la mesure des faiblesses et des lacunes des précédents programmes de santé publique, mais aussi des réussites, en définissant mieux les priorités, l'identification des territoires ou des groupes les plus vulnérables. En effet, la Loi d'Orientation relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004, ouvre aux Régions la possibilité de mener des programmes spécifiques en matière de santé, sous réserve simplement d'en informer le Préfet. Le Plan régional contre les cancers pourra s'intégrer dans ce cadre législatif.

2) renforcer le dépistage

Quatre types de cancers sont accessibles à un dépistage de masse. Ce sont chez la femme les cancers du sein par mammographie systématique chez toutes les femmes de 45 à 65 ans et les cancers du col de l'utérus par frottis systématiques. Chez l'homme sont concernés les cancers de la prostate par dosage biologique (PSA) et examens cliniques. Dans les deux sexes les cancers du côlon par recherche de saignements occultes dans les selles (hémocults).

Le dépistage est un acte médical, nécessitant la participation des professionnels adhérents à un consensus technique et déontologique. Pour sa mise en œuvre en particulier pour les actes techniques, il met en jeu des dépenses importantes qui ne peuvent que relever de l'Assurance maladie, les collectivités pouvant participer à l'organisation et au pilotage du dispositif ainsi qu'à la sensibilisation des publics cibles.

Les Départements ont mis en œuvre les compétences en matière de dépistage qui leur avaient été attribuées par les lois de décentralisation de 1983 et ont pour ce faire signé des conventions avec l'Assurance Maladie et les professionnels de santé concernés (radiologues, notamment).

Le dépistage du cancer du sein a fait l'objet de campagnes dans les deux départements. Le Nord a également été choisi comme site pilote du dépistage du cancer colo-rectal (campagne débutée en 2003).

L'acte II de la décentralisation présente le paradoxe de recentraliser le dépistage qui redevient une compétence d'Etat. Les Départements ont la possibilité de poursuivre les actions de dépistage qu'ils mènent actuellement dans le cadre de conventions de délégation négociées avec l'Etat. En région Nord- Pas de Calais, les deux Départements ont opté pour cette solution afin de poursuivre la politique de dépistage mise en place ces dernières années. La Région, en concertation avec les deux Conseils Généraux, souhaite s'associer à cette politique en améliorant l'efficacité des procédures et des protocoles mis en œuvre.

Le Conseil régional, de manière plus autonome pourrait intervenir selon plusieurs modalités :

- en contribuant par le biais de sa participation à l'ARH au financement d'équipements permettant un accès plus facile et plus rapide aux équipements lourds de diagnostic : scanners, IRM, Mammotomes, TEP (*voir chapitre spécifique sur la participation à l'ARH*)
- en participant aux actions de sensibilisation des publics cibles à la nécessité du dépistage, les taux d'adhésion restant très en deçà des objectifs, en mettant en œuvre directement des actions de dépistage ou de diagnostic précoce auprès de populations à risque élevé (par exemple cancers des VADS chez les patients pris en charge dans le dispositif alcoologique)
- en mettant en œuvre un dépistage systématique du cancer de la prostate (dosage des PSA)
- en instaurant un suivi du dépistage, en mettant en place un « carnet de dépistage » informatisé, s'appuyant sur les préconisations des sociétés savantes et de l'ANAES³ et permettant de sensibiliser les usagers et leur médecin à la nature et à la fréquence optimale des examens.

3) améliorer la prise en charge

3.1 organisation des soins, réseaux et parcours de soins :

Des propos récents du directeur de l'Institut National du Cancer (le Professeur David Khayat) ont pointé d'importantes inégalités territoriales dans les taux de survie après traitement des tumeurs. Cette question est cruciale quand on constate que, selon les prises en charge, un patient peut avoir de bien meilleures (ou de bien moins bonnes) chances de survie tant en terme quantitatif (remissions prolongées voire guérisons) que qualitatif (qualité de vie).

Il semble bien que des problèmes d'accès au dispositif de soin, mais aussi de qualité des prises en charge soient en cause dans ce constat.

Un égal accès aux meilleurs soins, quel que soit le lieu de résidence et quelle que soit la « porte d'entrée » dans la prise en charge sanitaire et la qualité du praticien que le patient sera allé voir en premier (par exemple : le médecin généraliste, un médecin spécialiste, un centre hautement spécialisé) est un objectif poursuivi tant par les pouvoirs publics (réforme hospitalière de 1996 et loi sur les droits des malades pour réorganiser le système de santé autour de la personne malade) que par les associations de malades qui en suivent la concrétisation avec vigilance.

De fait la vision classique de la filière de soins dictée par le premier prescripteur devient, sinon dépassée, du moins insuffisante. Elle correspondait à un mode d'exercice suspendu à la décision d'une seule personne : le médecin que rencontre le patient à l'entrée dans la maladie.

L'égalité des chances pour un malade d'obtenir les meilleurs soins était dès lors illusoire : c'est pour réduire cette inégalité de fait et augmenter les chances du patient d'être parfaitement orienté, traité et suivi que la coordination des praticiens en réseau est aujourd'hui promue sur le principe que la réunion de plusieurs compétences sur un même dossier (celle du chirurgien, de l'oncologue médical, de l'oncologue radiothérapeute, de l'anatomopathologiste, de tel autre spécialiste concerné, du médecin traitant...) est un gage de qualité.

Or sur ce plan, la Ligue contre le cancer pointe l'absence de réseaux de santé en cancérologie dans la région Nord-Pas de Calais, malgré le développement en cours de plusieurs projets et l'existence avérée d'un réseau en oncopédiatrie (PEDONCO).

De même le nombre très insuffisant (69) d'Unités de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie dans la région inquiète la Ligue : ces unités peuvent réunir médecins oncologues, médecins spécialistes d'organes, médecins biologistes (anatomopathologiste...) médecins généralistes afin d'examiner en commun, à plusieurs experts le dossier d'un patient pour vérifier le diagnostic et fixer la stratégie thérapeutique la plus appropriée et pour préciser les conditions d'une prise en charge coordonnée entre le médecin référent, les plateaux techniques et le médecin traitant par exemple.

³ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, remplacée depuis par la Haute Autorité de Santé.

Cette carence d'organisation des réseaux de soin est liée essentiellement aux difficultés de recrutement des professionnels, en particulier des oncologues, dont le nombre dramatiquement bas dans la région va encore baisser pendant au moins 10 à 15 ans en raison de la crise de la démographie médicale.

L'utilisation des technologies de l'information appliquées à ces réseaux devrait permettre de pallier partiellement cette situation. C'est un des domaines où la Région pourrait utilement se positionner.

3.2 Renforcer le parc d'équipements lourds de diagnostic et de traitement :

L'amélioration de l'accès aux équipements lourds de diagnostic et de traitement passe par une meilleure répartition territoriale de ces équipements. Le Conseil Régional est associé à la réflexion aussi bien au travers du volet du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en cours de 3^{ème} révision (SROS III) qui aborde de manière cohérente ces problématiques, que dans son projet de convention avec l'ARH concrétisant la participation à des équipements sanitaires. (*voir plus loin le chapitre sur la participation à l'ARH*)

Le parc de tomographes à émission de positons (TEP), couplés à un scanner, (PET Scan) va se voir considérablement renforcé avec l'installation prévue de 5 nouveaux équipements (Boulogne, Béthune, Valenciennes plus deux nouvelles machines à Lille). Le TEP est un instrument qui apporte un progrès important pour le diagnostic précoce de certains cancers à des stades infra-cliniques, pour les bilans d'extension permettant de préciser les indications thérapeutiques (arrêt d'un traitement inefficace, changements inter-modalités [remplacement d'une chirurgie par de la radiothérapie par exemple] ou changements intra-modalité [modification du traitement médical, du geste chirurgical ou du protocole de radiothérapie]).

Les indications de l'examen doivent être bien pesées car le nombre d'examens réalisables par jour est limité par la nécessité d'utiliser un marqueur radio actif (le 18 fludésoxyglucose, 18FDG) qui ne peut être produit que par un cyclotron et n'est utilisable que pendant quelques heures suivant sa production. Cette contrainte rend nécessaire la mise en service d'un cyclotron dans la région. Le Conseil régional est sollicité pour participer à cet équipement qui outre la production industrielle de 18FDG, permet la mise en œuvre de recherches sur de nouvelles molécules faiblement radioactives permettant un meilleur diagnostic de certains cancers ou une utilisation thérapeutique.

Parallèlement à ces équipements spécifiques, le SROS prévoit l'optimisation du parc des appareils d'imagerie en coupe : scanners (avec une augmentation du nombre de barrettes donc du nombre d'images en coupe d'un organe ou d'une région du corps), Imagerie à Résonance Magnétique (IRM) et la mise en service de machines dédiées spécifiquement aux services d'urgences, ce qui permettra de libérer des plages horaires pour l'utilisation des scanners existants pour les autres indications, en particulier en cancérologie.

Les équipements en radiothérapie (accélérateurs de particules et « cobalt »), faisant partie dans 70 % des cas de l'arsenal thérapeutique utilisé pour le traitement d'un cancer, devront aussi être optimisés.

4) mieux accompagner les malades et leur famille

L'accompagnement des malades par des soignants et des personnes formées à la relation d'aide aux personnes atteintes de cancer est un champ vaste et capital qui va de la formation des intervenants au financement d'actions d'accompagnement spécifiques (exemple : les Clowns de l'Espoir) des malades et/ou de leurs proches.

Le cancer est en effet générateur de difficultés, de douleurs tant physiques que psychiques : il s'agit d'une maladie qui comporte plusieurs phases et présente une part permanente d'inconnu, elle impose donc aux patients une adaptation perpétuelle, y compris en phase de rémission.

Le financement du dispositif d'annonce (possibilité d'associer un psychologue à l'annonce du diagnostic) est un des débats du moment. La sensibilisation à la relation d'aide de l'ensemble des professionnels en formation (pratiquement toutes les professions paramédicales et même sociales sont concernées) est un chantier à travailler parallèlement au transfert de la compétence de ces formations à la Région, même si le contenu des programmes reste de la compétence de l'Etat.

La question de la réinsertion sociale et professionnelle des malades est également au cœur des attentes des associations concernées, qu'il s'agisse de renforcer l'accès des patients aux prêts et assurances (convention Belorgey) ou d'améliorer les dispositifs de maintien à domicile et de maintien ou de retour dans l'emploi. A cet égard, les problèmes de réinsertion professionnelle rencontrés par les malades guéris ou en rémission sont abordés dans le cadre d'un projet global porté par l'ISTNF fortement soutenu par le Conseil régional

Les soins palliatifs aussi appelés soins continus, disposent en région d'une coordination régionale efficace, qui bénéficie depuis sa création du soutien financier de la Région.

La couverture de l'ensemble du territoire régional, bien que globalement satisfaisante, reste à parfaire et l'animation de ce secteur demande du temps et des moyens.

5) contribuer au renforcement de la recherche

5.1 Le cancéropôle

Inscrits au rang des priorités 2003 du gouvernement, les cancéropôles font partie du dispositif mis en place par la Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer (remplacé depuis par l'Institut National du Cancer INCA).

Ils ont vocation à rassembler l'ensemble des acteurs dans des projets fédérateurs afin de développer, à partir de la recherche fondamentale, de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques, de les tester et de les mettre en œuvre dans le contexte clinique.

Un appel à projets commun du Ministère de la Santé et du Ministère de la Recherche en direction de la communauté scientifique nationale a permis de sélectionner sept candidatures couvrant l'ensemble du territoire.

Les CHU de Lille, d'Amiens, de Rouen, de Caen et l'Hôpital Erasme de Bruxelles ont été retenus au titre du projet de Cancéropôle du Nord Ouest. Les 4 régions sont appelées à contribuer au financement du cancéropôle, une position commune est en cours de discussion et un G.I.P. est en cours de constitution.

Il convient de rappeler que le Conseil Régional par sa politique de recherche contribuait déjà au soutien des dynamiques qui ont motivé la candidature régionale au travers des engagements pris, entre autres, sur les projets de l'Institut de Médecine Prédictive et de Recherche Thérapeutique (IMPRT) et sur les plateaux de la génopole qui seront mutualisés avec le Cancéropôle.

5.2 Les recherches en sciences humaines :

Les raisons médicales ne permettent pas à elles seules, d'expliquer la surmorbidity et surmortalité en matière de cancers dans la région ainsi que les résistances à la prise en charge. Ainsi les inégalités sociales de santé marquent les catégories socio- professionnelles et constituent un enjeu de santé

publique qui reste à décliner, dans les actions de santé, au delà de la traduction traditionnelle qui en est faite par des programmes spécifiques en direction des personnes en situation de précarité.

Les connaissances épidémiologiques sur les cancers dans la région reposent sur les travaux du Laboratoire de santé publique de Lille II et sur les travaux de l'ORS⁴, soutenus depuis longtemps par le Conseil régional, à partir des données de mortalité exploitées par l'INSERM. Le PRS Challenge a permis d'approfondir cette connaissance en accédant aux données relatives aux affections de longue durée (ALD) de l'Assurance maladie.

Dans ce contexte, les acteurs régionaux ont souhaité élargir l'approche en mettant en œuvre une action-recherche portée par Maison Régionale de Promotion de la Santé à LILLE abordant de manière pluridisciplinaire (approche médicale, psychologique et sociologique) la question de savoir « Pourquoi la population du Nord-Pas de Calais paye-t-elle un si lourd tribut aux cancers? » Cette recherche-action originale pilotée par un sociologue chercheur à l'INSERM a permis d'avancer un certain nombre de pistes exposées lors d'une journée scientifique en mars 2001 et a donné lieu récemment à une publication. Ces pistes de recherche devront vraisemblablement être poursuivies, en les réorientant de manière plus cohérente, sous la responsabilité d'un comité scientifique à mettre en place et en les axant davantage sur les inégalités sociales face aux cancers.

C'est ainsi qu'à l'initiative du Vice-Président Santé, une première réunion de coordination des chercheurs des différentes disciplines concernées s'est tenue en avril 2005 sous l'égide du CERESTE.

5.3 Les recherches épidémiologiques : le Registre régional des cancers

Le registre des cancers est un instrument de connaissance épidémiologique irremplaçable, permettant un recensement exhaustif de toutes les tumeurs survenant dans une population. Il permet :

- la surveillance : incidence, prévalence, mortalité,
- l'évaluation des pratiques médicales : diagnostic précoce, traitement, prise en charge
- l'épidémiologie analytique : recherche des facteurs de risque afin de développer les actions de prévention

La mise en place d'un registre des cancers est prévue mais limitée pour des raisons de coûts à une expérimentation méthodologique dans la métropole lilloise et sur un type de cancers dans l'ensemble du département (VADS). Une étude de préfiguration a été confiée à la CIRE Nord-Picardie. Le Conseil régional a manifesté son intérêt pour ce projet qui pourrait être couplé à celui de la tumorothèque prévue dans le cadre du cancérôpôle, et pour qu'il soit rapidement mis en place et opérationnalisé dans son intégralité.

Une telle ambition de recherche passe par des fertilisations croisées entre épidémiologie, sciences de la vie et sciences sociales et par l'ouverture de cette dimension d'action à tous les acteurs concernés par la santé des citoyens y compris le monde économique.

I.II - LE VOLET "OFFRE DE SOINS" DU PLAN REGIONAL CONTRE LES CANCERS: PARTICIPATION AUX EQUIPEMENTS SANITAIRES DANS LE CADRE D'UNE CONVENTION EXPERIMENTALE AVEC L'AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION (ARH).

Parallèlement à la décision du Conseil régional de mettre en œuvre un Plan Régional de Lutte contre les Cancers, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales offre la possibilité aux Régions volontaires d'expérimenter, via la signature d'une convention d'une durée de quatre ans,

⁴ Observatoire régional de la santé

une contribution aux équipements sanitaires. En contrepartie, la Région disposerait d'un tiers des voix de la Commission Exécutive (COMEX) de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Cette participation au financement d'investissements sanitaires constituerait le volet « amélioration de l'offre de soin » du Plan régional de lutte contre les cancers.

Les enjeux de cette éventuelle entrée d'élus de la Région à la COMEX sont loin d'être négligeables et constituent : un progrès démocratique indéniable, puisque à ce jour, outre le directeur nommé en Conseil des Ministres, ne siègent dans cette instance que des représentants des services déconcentrés de l'Etat (DRASS, DDASS, Médecin inspecteur régional) et des caisses d'assurance maladie (CRAM, URCAM et autres régimes).

D'autant que le rôle de l'ARH est fondamental en terme de gestion de l'offre de soins hospitalière et d'aménagement du territoire sanitaire. Elle décide en effet :

- des autorisations de création, d'extension, de regroupement ou de conversion des établissements de santé, ainsi que celles ayant trait aux équipements matériels lourds et aux structures alternatives à l'hospitalisation ;
- de la répartition de l'enveloppe régionale de la dotation hospitalière qui s'élevait en 2004 à 3,119 milliards d'Euros pour l'ensemble des établissements publics de santé de la région (auxquels s'ajoutent les établissements privés Participant au Service Public Hospitalier –PSPH)
- des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM) conclus entre l'Agence et les établissements de santé

La participation aux efforts d'équipements sanitaires vise à améliorer de manière significative les conditions d'accès (tant en terme de délais que de facilité d'accès géographique) aux équipements lourds de diagnostic et de traitement des cancers. Elle vise également à assurer une plus grande qualité et une continuité de la prise en charge grâce à l'utilisation de techniques moins invalidantes et mieux adaptées et à favoriser une meilleure concertation et coordination entre professionnels de santé (notamment via les réseaux de soins) préconisée par les sociétés savantes et les agences d'évaluation des soins.

La Région pourrait mettre en œuvre une politique d'aménagement du territoire en matière de santé en contribuant à structurer un meilleur accès aux soins. Afin que son action soit lisible et apporte une réelle plus value, les orientations préconisées concernent l'amélioration de l'accès aux plateaux techniques de qualité, répondant aux besoins réels des habitants et le développement de solutions en matière de télé santé.

La participation à la COMEX serait l'occasion pour la Région de participer concrètement aux décisions relatives à la mise en œuvre de la politique sanitaire régionale et, à terme, de participer à l'expérimentation des Agences Régionale de Santé, qui regrouperont les compétences de l'ARH (hospitalisation publique et privée) et de l'URCAM (soins de ville et réseaux de santé) [expérimentation prévue dans le cadre de la Loi sur l'Assurance Maladie du 13 août 2004].

Contreparties financières de l'Etat à la participation régionale :

Outre la participation aux décisions de la COMEX, la Région souhaite que son intervention déclenche :

- Une contribution complémentaire de l'Etat afin de reprendre une péréquation positive mise en œuvre au bénéfice des établissements de santé de la région entre 1998 et 2002 afin de corriger les disparités dont ils sont victimes dans la répartition de l'enveloppe nationale (6,17 % de l'enveloppe pour une population de 6,60 %).
- Des engagements quant à la pérennisation des financements de l'Etat et de l'assurance maladie, mobilisés dans le cadre du plan Hôpital 2007 et de la mise en œuvre du plan national cancer.

- Des engagements sur des mesures visant à réduire la pénurie de médecins spécialistes en particulier par le biais de délocalisations infra-régionale de formation et de mise en œuvre de dispositifs permettant la permanence des soins, notamment sur les territoires défavorisés par l'offre de soins existante.

La loi du 13 août ne précise ni la nature ni le montant de la participation attendue des Régions qui décideraient de souscrire à l'expérimentation puisqu'elle ne mentionne qu'une « participation au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires ».

Dans ces conditions, un travail de préfiguration a été mené avec l'ARH Nord-Pas de Calais pour proposer un certain nombre d'axes d'intervention, s'intégrant dans la priorité régionale affichée de lutte contre le cancer et dans une stratégie d'aménagement du territoire. Il s'agit essentiellement d'équipements lourds en imagerie médicale, en radiothérapie et en informatique médicale.

Un ensemble de critères permettra à la Région de moduler son aide en fonction de ses propres objectifs :

- L'aménagement du territoire, en fonction des besoins territoriaux (exprimés en fonction de la proximité, de l'accessibilité, des délais d'attente),
- La plus valeur technologique, permettant des diagnostics plus fiables, des prises en charges plus rapides donc une amélioration quantitative et qualitative de la prise en charge des patients atteints d'un cancer
- Le statut du porteur du projet et les modes de collaborations entre Etablissements de Santé (publics, privés) et les libéraux.

La Région propose de participer au financement d'équipements sanitaires pour la période 2006-2009, dans le cadre d'une convention signée avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, à hauteur de 32 millions d'euros, dans le périmètre d'équipements suivant :

1) Soutien aux équipements lourds d'imagerie médicale (scanners, IRM, scintigraphie par gamma caméras, TEP) visant à améliorer le parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers afin de réduire les délais d'attente pour ces examens, favoriser les accès de proximité et les diagnostics précoces, offrant de meilleurs pronostics de guérison (notamment pour les cancers de l'enfant et les cancers à évolution rapide). L'imagerie apparaît également comme une alternative à l'hospitalisation et un passage obligé pour certains dépistages (DEPISCAN : pour les cancers du thorax, pour des populations victimes de l'amiante).

La Région demande que de nouvelles autorisations pour les équipements lourds, soient possibles prenant en compte les besoins spécifiques des habitants du Nord-Pas de Calais (caractérisés par une surmorbidity importante). En Région Ile de France ou PACA, respectivement 45 et 17 autorisations dérogoires de Scanners/IRM ont été obtenues alors que la carte sanitaire était déjà saturée.

Ces nouveaux équipements devront notamment permettre de dédier des scanners et IRM aux services d'urgences ce qui permettra de dégager des plages horaires pour les équipements existants et améliorer leur accessibilité pour les patients cancéreux. Des équipements spécifiques dédiés à la cancérologie, pour le diagnostic mais aussi pour aider à préciser la balistique en radiothérapie, sont également nécessaires.

2) Soutien à l'implantation d'un Cyclotron :

Les équipements de type Tomographes à Emission de Positons (TEP) utilisent pour le diagnostic précoce des localisations tumorales un traceur faiblement radio-actif (le 18 FDG) produit uniquement par un accélérateur de particule industriel, le cyclotron. Aucun équipement de ce type n'existe actuellement dans le Nord-Pas de Calais, ce qui risque de poser des problèmes d'approvisionnement pour les 6 TEP autorisés dans la Région, alors que la TEP se développe parallèlement dans l'ensemble

des régions françaises (73 autorisations et 45 installations au début de l'année 2006). Il est proposé de soutenir un projet d'implantation dans le Nord-Pas de Calais

3) Soutien aux équipements de radiothérapie :

La radiothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique pour 70 % des patients atteints d'un cancer. Les appareils de radiothérapie oncologique de haute fréquence (essentiellement les accélérateurs de particules) sont les plus utilisés et permettent un traitement localisé des cellules cancéreuses. Le parc existant nécessite quelques renouvellements d'équipements obsolètes et surtout une amélioration des technologies pour une prise en charge moins invalidante. Parallèlement les équipements en radiothérapie métabolique (médecine nucléaire) pourraient être renforcés sur les sites existants (chambres radio protégées, pour le traitement des cancers de la thyroïde). Des demandes spécifiques pour des équipements de traitements innovants (« Cyberknife » et/ou appareil de tomothérapie), déposées dans le cadre du Centre Régional de Référence en Cancérologie (Groupement de coopération sanitaire entre le CHRU et le Centre Oscar Lambret) pourront également obtenir un soutien régional au titre du recours régional pour les prises en charge les plus spécifiques.

4) Soutien aux actions de télé médecine : pour favoriser les communications et coopérations entre professionnels de santé (télé-expertise grâce à des visioconférences thématiques ; télé-interprétation pour une meilleure gestion des ressources médicales). La mise en réseau des professionnels de santé, visant à favoriser l'organisation de réseaux en tabacologie, alcoologie, soins palliatifs et cancérologie, permettant une meilleure coordination des soins, est nécessaire pour favoriser la concertation et peut apporter des solutions de gestion de la pénurie médicale.

5) Définition et mise en œuvre d'une politique de développement de la télé imagerie : afin d'échanger, stocker et archiver des images médicales numérisées permettant la co-expertise et un suivi de la situation des patients. L'objectif à terme est d'offrir des solutions techniques adaptées aux besoins réels, prenant en compte les évolutions technologiques et les préconisations des radiologues quant à l'utilisation de ces images (co-expertise, télé diagnostics, partage de certaines compétences avec les manipulateurs en radiologie), dans le cadre d'un réseau régional.

6) Aide au développement des activités d'oncogénétique :

L'oncogénétique vise à identifier les prédispositions héréditaires à certains cancers et à proposer une prise en charge des patients mais aussi des membres de leur famille susceptibles d'être touchés par une forme héréditaire ou familiale de cancer. L'organisation régionale des consultations d'oncogénétique repose sur la spécialisation et la complémentarité de 3 équipes médicales associées à deux laboratoires autorisés à réaliser les tests d'oncogénétique, tous localisés sur Lille. Il est proposé de financer certains équipements nécessaires à ces équipes (robots d'extraction d'ADN/ARN, séquenceurs d'ADN en oncogénétique, tumorothonne, ...)

7) Soutien aux équipements concourant à une meilleure prise en charge en cancérologie.

D'autres équipements proposant des améliorations dans la qualité de la prise en charge, aussi bien pour les soignants que pour les patients, pourraient faire l'objet d'un soutien sous réserves de l'intérêt des projets et de la plus value apportée (des opérations concernant les Centres de préparation des cytotoxiques pour les préparations des chimiothérapies, des mammothomes pour le diagnostic du cancer du sein, ...).

8) Permanence des soins / Urgences / Maisons médicales de garde :

La télé santé peut être utilisée pour renforcer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des urgences en :

Améliorant des échanges d'information, grâce aux outils télématiques, entre les SAMU, les SDIS, les services d'urgences et les autres services prenant en charge l'urgence vitale (réanimations, soins intensifs...) notamment pour faciliter la gestion des flux de malades.

Favorisant la mise en réseaux des structures d'urgence et de soins, notamment les liaisons entre les hôpitaux, les médecins traitant et les maisons de santé.

Permettant, grâce à la télé médecine, la prise en charge des patients dans les lieux et zones d'accès difficile (maisons de détenus, zones professionnelles à risque, ...).

Les maisons médicales de garde auront un rôle déterminant, dans la stratégie régionale d'aménagement du territoire et ont pour objectif, en accord avec les initiatives des territoires et les recommandations de la Mission Régionale de Santé, de proposer des solutions à la permanence des soins, notamment sur les territoires où l'accès aux soins n'est pas garanti.

9) Participation au fonctionnement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

L'ARH étant un GIP constitué entre l'Etat et l'Assurance maladie, ces deux institutions participent au fonctionnement de l'Agence, par subvention directe, mise à disposition de personnel et prestations de service. Dans le cadre d'un GIP tripartite, la Région sera amenée à contribuer au fonctionnement de l'ARH.

Le budget de fonctionnement de l'ARH Nord-Pas de Calais est de 1,570 M € Il est proposé de verser une subvention d'exploitation de 250 000 € en 2006 pour atteindre progressivement 400 000 € en 2009.

L'acte de candidature de la Région à l'expérimentation de l'entrée à l'ARH a été voté lors de la séance Plénière du conseil régional le 25 novembre 2005.

Axe 2 : PREVENTION ET SANTE ENVIRONNEMENT

II.I - LA PREVENTION EN SANTE PUBLIQUE

La prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé, en mettant en place des actions visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents.

On distingue généralement trois stades de prévention :

- La prévention primaire qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème, risques en termes de conduite individuelle à risque, d'environnement ou encore de risque sociétal.
- La prévention secondaire et tout particulièrement le dépistage. La prévention secondaire cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie, son évolution, ou un désordre psychologique ou social.
- La prévention tertiaire qui vise à prévenir les rechutes ou les complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale.

Globalement, trois méthodes sont utilisées dans le champ de la prévention :

- L'information, à propos de laquelle on citera les grandes campagnes de communication en santé publique,
- La formation en santé publique, thématique et méthodologique des acteurs et relais,
- L'éducation pour la santé qui se caractérise par la mise en place de projets participatifs aux démarches parfois très différentes.

L'information, la formation ou l'éducation pour la santé peuvent être employées dans un même projet à des étapes différentes ou constituer à elles seules un projet de santé publique et à chaque stade de prévention, primaire, secondaire et tertiaire, ces trois moyens peuvent être employés.

A l'échelon national, seuls 2 % des crédits globalement affectés à la santé, le sont pour la prévention, pour des actions qui, si elles ne peuvent par nature répondre à l'exigence d'évaluation et de rentabilité immédiate, n'en sont pas moins un investissement logique (en amont de l'apparition des pathologies) et durable (pouvant provoquer ses effets sur plusieurs générations, notamment en terme de bénéfice de la modification des comportements).

Parce que *la situation sanitaire régionale se caractérise par de mauvais résultats*, notamment en terme de surmortalité, sur le champ du cancer (et plus particulièrement les voies aérodigestives supérieures dites VADS) mais aussi, plus globalement en terme d'espérance de vie de la population régionale comparée à la France, l'Etat, la Région, les Départements et l'Assurance Maladie, se sont mobilisés pour inverser cette tendance et permettre une amélioration de la santé des habitants du Nord-Pas de Calais.

Cet engagement, qui porte essentiellement sur le développement et la mise en œuvre d'actions de prévention, a trouvé une traduction officielle dans le Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, au travers d'un volet santé spécifique dans le cadre duquel ont été développés six programmes régionaux de santé, correspondants aux priorités d'action régionales (cancer, conduites de consommation à risque, santé-environnement, santé des enfants et des jeunes, accès à la prévention et aux soins, santé cardio-vasculaire), CPER qui comprend également un axe relatif à la prévention du Sida et des infections sexuellement transmissibles.

Dès sa création, l'Etablissement Public Régional s'est penché sur les questions de santé, tant sur le volet prévention, notamment le développement des réseaux, que sur celui de l'équipement sanitaire : cet investissement volontariste, fondé sur une connaissance objective de l'état de santé en Nord-Pas de Calais, s'est confirmé par la suite et s'est illustré, par la création, en 1990, avec l'Etat et l'Assurance Maladie, de la Maison Régionale de Promotion de la Santé, ayant notamment pour mission de mettre à disposition et de diffuser l'information, le savoir-faire et l'expertise auprès des acteurs régionaux de la santé.

La Région s'est également fortement investie dans la mise en œuvre du volet santé du CPER 2000-2006 au travers d'un engagement financier de 14 M€ sur sept ans. En 2004, la Loi du 9 août, relative à la politique de santé publique (LSP) est venue *donner compétence à la région pour définir des objectifs particuliers en matière de santé et élaborer et mettre en œuvre les actions correspondantes*.

LA POLITIQUE REGIONALE SUR LE CHAMP DE LA PREVENTION TIRANT PARTIE DE SON EXPERIENCE ET DES NOUVELLES PERSPECTIVES QUI S'OUVRENT, RECENTRE SON CHAMP D'ACTION ET S'ARTICULE SUR DEUX GRANDS AXES MOBILISANT DEUX MOYENS D'ACTION DIFFERENTS :

- Deux programmes majeurs qui reprennent, avec le souci de la meilleure continuité vis à vis de l'ordonnancement antérieur, notamment dans le cadre des PRS, les préoccupations régionales relatives à la santé des habitants :

- Le programme « Cancer » sur son volet prévention qui inclut de fait l'expérience sur les thématiques cancer, alcool, tabac, alimentation,... S'agissant de l'alcool et du tabac, le volet opérationnel portera sur le soutien aux actions visant à favoriser la capacité de choix, à retarder autant que possible l'âge de la première consommation des produits visés, notamment auprès des adolescents (avec la possibilité d'une approche spécifique à destination des lycéens), à faciliter la prise de conscience de la dépendance et à aider à l'arrêt de la consommation. Sur le champ de

l'alimentation, il s'attachera à promouvoir une alimentation équilibrée, prédisposant à une moindre exposition à l'apparition de certaines pathologies cancéreuses.

- Le programme « Santé-environnement » qui traite de l'ensemble des déterminants environnementaux, de la santé au travail,... Il vise à la fois à continuer l'action entreprise sur les pathologies liées à certains produits spécifiques, tel que l'amiante (provoquant le cancer de la plèvre) et dans le même temps à entreprendre une recherche sur l'exposition à d'autres facteurs environnementaux moins bien identifiés, également au cumul de divers facteurs, pour proposer ensuite des stratégies de prévention adaptées.

Ces deux programmes majeurs ne sont toutefois pas exclusifs de la poursuite du soutien de la Région à d'autres dispositifs, tels que la prévention du Sida.

- Deux moyens d'action sont utilisés pour une mobilisation optimale sur le territoire régional :
 - D'une part, une mission d'information, d'expertise et de soutien méthodologique au bénéfice des acteurs et réseaux locaux, confiée aux opérateurs thématiques régionaux, regroupés pour la plupart dans une structure régionale de promotion de la santé, et agissant dans le cadre d'une programmation d'objectifs et de moyens. Issue de la Maison Régionale de Promotion de la Santé, cette structure rassemblera, sur le site d'Eurasanté, acquis par la Région, plus de dix associations agissant dans des domaines aussi divers que l'éducation à la santé (MRPS, CRES, CIRM), les addictions (ECLAT, GRAA, FORT), le Sida/VIH/IST (SIS), les soins palliatifs (CRSP), la santé au travail (ISTNF), l'observation en santé publique (ORS),...
 - D'autre part, un soutien financier aux actions de prévention et d'éducation à la santé élaborées et réalisées par les acteurs et réseaux locaux, sur l'ensemble du territoire régional et s'inscrivant également dans les programmes et objectifs de santé déterminés par la Région.

La même Loi, du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique (LSP) *met en place dans chaque région un Groupement Régional de Santé Publique (GRSP)*, GIP constitué entre l'Etat et l'Assurance maladie (intégrée et contributrice d'office) que les collectivités (Région, Département, EPCI) sont invitées à rejoindre. Ce GRSP, présidé de droit par le Préfet, a pour mission de mettre en œuvre le Plan Régional de Santé Publique, fortement inspiré des plans nationaux, arrêtés par l'Etat.

Un débat est actuellement ouvert sur l'adhésion des collectivités au GRSP. L'un des enjeux porte sur la place qui leur est laissée et qui est jugée très limitée, ne tenant pas compte de l'historique et du poids de leur investissement (en région Nord-Pas de Calais, elles sont les principales contributrices financières de la prévention). En effet, outre sa présidence par le Préfet, l'Etat sera d'office majoritaire en sièges au Conseil d'administration du GIP.

Dans ce contexte, une réflexion s'est engagée entre les collectivités pour examiner la faisabilité et les modalités d'une solution alternative au GRSP, prenant la forme d'une charte de prévention et devant aboutir à la définition de programmes spécifiques, complémentaires de ceux de l'Etat, mais dont les collectivités garderaient la maîtrise et la visibilité.

II-II : SANTE ET ENVIRONNEMENT

L'environnement peut-être défini selon les propositions de l'Organisation Mondiale de la Santé par l'environnement physique, c'est à dire : le travail, les transports, le bruit, les rayonnements ionisants, le changement climatique, l'habitat, l'eau de consommation et de baignade, l'hygiène des aliments et la qualité de l'air et des sols.

L'environnement physique est l'un des déterminants majeurs de la santé. Les effets sur la santé humaine des dangers liés à l'environnement constituent une préoccupation grandissante depuis les vingt dernières années.

Ainsi, à titre d'exemple, les études d'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique se multiplient :

- L'étude PSAS 9⁵ montre que pour une élévation de 10µg/m³ du niveau des indicateurs de pollution, il existe un excès de risque de mortalité pour les populations exposées. Les admissions hospitalières, pour pathologie cardio-vasculaire ou respiratoire, augmentent dans le même sens. Cette étude montre également que le taux de décès potentiellement évitables varie de 36 à 180 sur l'agglomération de Lille, selon que les niveaux de pollutions sont baissés de 10% ou de 50%. Pour les admissions hospitalières pour cause respiratoire, ces chiffres varient de 6 à 31 pour 100 000 personnes de moins de 15 ans.
- Les résultats concernant Lille de l'étude APHEIS⁶ montrent que la pollution atmosphérique y demeure un problème de santé publique. L'étude montre notamment qu'une réduction de la quantité moyenne des PM10 (particules fines de taille inférieure à 10µm pouvant pénétrer les bronches) de 5µg/m³ permettrait d'éviter environ 169 décès anticipés, 320 hospitalisations pour pathologie cardiaque et 650 pour pathologie respiratoire.

Ces études montrent l'importance que peuvent avoir des décisions politiques fortes et conjointes (elles concernent autant les politiques industrielles, de la recherche, de l'environnement, des déplacements, de l'économie etc.). **En agissant sur l'exposition de la population aux polluants atmosphériques, on agit sur son état de santé.**

Ces études soulignent également généralement le manque de connaissance qui entoure ces découvertes, comme en témoignent les Plans et programmes actuellement mis en œuvre (Plan National Santé Environnement, Programme REACH⁷...).

Il devient alors pertinent pour la Région de proposer de contribuer à l'amélioration des connaissances de l'impact de l'environnement sur notre santé.

Dans un contexte national dynamique (Plan National Santé Environnement et Charte de l'Environnement à valeur constitutionnelle) il s'agit de proposer un dispositif complémentaire à celui de l'Etat.

Autour de la définition de l'environnement, deux objectifs généraux peuvent être proposés :

- Améliorer la connaissance des conséquences sur la santé humaine des interactions avec l'environnement. Les interactions sont principalement des expositions (par ingestion, inhalation ou contact) à différentes substances.
- Mettre en pratique les connaissances acquises en vue de limiter les expositions et leurs conséquences (actions de prévention en faveur de la population et des salariés, réduction des émissions, évaluation des risques...).

Toute la population régionale est concernée. Des actions pourront toutefois porter sur des publics (femmes enceintes, asthmatiques, personnes âgées, jeunes, travailleurs exposés à des polluants spécifiques) ou des secteurs plus sensibles (dunkerquois, bassin minier...).

Le travail de réflexion doit s'achever, au cours du premier semestre 2006 par la mise en place d'un plan « Santé – Environnement – Recherche ». Bien que la réflexion globale prenne en compte l'ensemble du champ de l'environnement physique, une première phase, en 2006, consistera à

⁵ Programme de surveillance Air et Santé, sur les 9 principales agglomérations françaises (dont Lille) et portant sur 11 309 535 personnes.

⁶ Air Pollution and Health : a European Information System, Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans 26 villes européenne.

⁷ Enregistrement et évaluation des substances chimiques.

étudier plus précisément les liens entre l'environnement et les cancers qui en subissent probablement la plus grande influence (notamment les cancers du système nerveux central et les hémopathies malignes). Cette première phase doit aboutir au printemps 2006 par le lancement d'un appel à proposition pluriannuel de recherche (voir calendrier joint).

Ce Plan et sa mise en œuvre favoriseront le travail en équipes-projets pluridisciplinaires répondant ainsi mieux à la réalité de l'imbrication des facteurs environnementaux, sociaux et économiques et leurs conséquences sanitaires.

Les membres des commissions Santé (C13) et Environnement (C8) se sont réunis le 19 mai 2005. Le rôle proposé pour cette « commission commune » sera de valider les orientations du Plan. Elle n'a, a priori, pas vocation à instruire les projets qui seront mis en œuvre dans le cadre du Plan. Ces projets seront proposés dans chaque commission indépendamment.

La mise en œuvre de ce plan s'appuiera sur une « conférence permanente santé environnement » en région Nord – Pas de Calais, rassemblant différents experts du domaine.

AXE 3 : AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET SANTE

III.I LE PROBLEME DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE EN NORD-PAS DE CALAIS

Alors que l'état de santé de la population du Nord-Pas de Calais affiche une situation dégradée qui s'illustre de façon très claire par une espérance de vie de trois ans inférieure à la moyenne nationale, l'offre de soin, notamment médicale, ne se situe pas à la hauteur des enjeux de santé publique constatés. En effet, si le nombre moyen d'habitants par médecin généraliste est sensiblement identique en région que celui observé au niveau national (un médecin pour 615 habitants dans la région contre 1 pour 594 pour la France), celui des spécialistes : (1 pour 761 habitants contre 1 pour 569 pour la France) est sensiblement inférieur, notamment pour certaines disciplines (ophtalmologistes, psychiatres, chirurgiens, ...) et sur certains territoires.

Même si on constate que l'offre médicale n'a jamais été aussi dense et n'est, sauf pour certaines spécialités médicales, pas plus hétérogène qu'il y a 20 ans, les besoins et recours aux soins ont considérablement augmenté, notamment du fait du vieillissement de la population. Les densités régionales faibles sont à considérer dans un contexte où de nombreuses régions connaissent une démographie médicale déficitaire et où l'attraction de certaines autres (Ile de France, Provence-Alpes-Côte d'Azur notamment) se fait au détriment des régions « formatrices ».

Par ailleurs, à cette inégalité interrégionale s'ajoute un déséquilibre entre les divers territoires régionaux, avec une situation spécifique de la métropole lilloise, bénéficiant d'une forte concentration médicale et des densités rurales plutôt faibles. Le risque est patent pour la continuité des soins, l'accès aux soins de spécialité, ainsi que pour le fonctionnement des services d'urgence, a fortiori sur les territoires régionaux déjà fortement déficitaires.

Plusieurs variables, de nature différente, organisent la problématique de la démographie médicale, résultante du croisement de plusieurs champs :

- La compétence générale de l'Etat sur l'organisation sanitaire, avec une distinction entre ce qui relève de la médecine hospitalière (compétence de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation) et de la médecine de ville (qui relève de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie). Les réseaux de santé ainsi que les questions relatives à la permanence des soins relèvent d'une

compétence conjointe de ces deux institutions dans le cadre de la Mission Régionale de Santé (MRS).

- L'imbrication de la question posée entre les domaines universitaires (formation), hospitaliers et la médecine de ville.
- La nécessité d'une stratégie régionale concertée, au-delà du pur partage des compétences légales, notamment avec les professionnels de santé qui sont directement concernés.
- Le rôle de la Région : promoteur de l'aménagement et de l'équilibre régional et territorial en santé, sous ses diverses formes (prévention, soins, équipements,...), elle a aussi désormais compétence sur les écoles de formation initiale des professions paramédicales.
- Le rôle des agglomérations et des villes : la santé étant l'un des déterminants principaux du développement durable des territoires, la politique régionale vise, en coopération avec les collectivités, et selon les méthodes du développement territorial transposables à l'offre de soins, à permettre une meilleure attractivité pour favoriser l'installation et la fidélisation des professionnels de santé.

Au niveau national, la Région doit continuer à porter la demande d'augmentation du « numerus clausus » et du nombre de postes ouverts au concours de l'Internat (du fait des projections en matière de démographie médicale particulièrement défavorables) et soutenir la mise en place d'un Examen Classant National (ECN) régionalisé pour mieux répondre aux besoins de soins de chaque région et favoriser l'installation future des étudiants en médecine, qui auront effectué leur étude dans la région par choix plutôt que par opportunité.

Au niveau régional, une délocalisation du premier cycle des études médicales sur le Littoral, le Hainaut et l'Artois est à l'étude. Un dossier de demande soutenu par la Région, les Universités et les centres hospitaliers des grandes villes de la région devra être déposé auprès du Ministère.

S'agissant du principe de libre installation totale des médecins, sans système de régulation, il faut être conscient que les problèmes de démographie médicale qui se présentaient de façon conjoncturelle, il y a 20 ans, vont devenir structurels dans la région pour être particulièrement préoccupant sur certains territoires infra-régionaux.

Si certaines mesures (valorisation de certains métiers et de la région, incitations à l'installation) peuvent avoir pour effet d'améliorer l'offre médicale, une meilleure gestion de nos ressources médicales, notamment par le développement de nouvelles pratiques semble également nécessaire.

Une mission d'information sur les métiers et les pratiques :

Il paraît indispensable d'informer le plus tôt possible, pendant le deuxième cycle des études médicales, les étudiants sur les grands champs des disciplines médicales et notamment sur la médecine générale, mais aussi sur les différents modes d'exercice. La promotion de lieux de stage diversifiés pour les étudiants en médecine, y compris chez les médecins généralistes ou dans des maisons médicales de garde, permettrait de promouvoir de nouvelles formes d'exercice du métier.

Cette politique d'information et de sensibilisation aux différents métiers et exercices de la médecine doit être menée avec la faculté de médecine, et essayer de contribuer à répondre aux besoins régionaux pour certaines spécialités médicales.

Les mesures incitatives à l'installation :

Pour la médecine hospitalière :

Une base de données informatique régionale permettant d'appréhender les besoins en postes par Etablissement de santé et les mesures incitatives proposées par l'établissement lui-même, les collectivités territoriales et les institutionnels doit être envisagée. Elle peut éventuellement s'appuyer sur l'architecture du site « medecinsdunord.com » et être un vecteur de communication pour atteindre les objectifs de la Région Nord-Pas de Calais.

Afin de répondre au mieux aux besoins et aux priorités régionales, la Région pourrait proposer certaines mesures incitatives particulières à certains profils de postes (pour les oncologues médicaux qui sont au nombre de 9,5 équivalent temps plein (ETP) alors que le double serait nécessaire, également pour les chirurgiens, ...), mais aussi d'autres mesures portant sur le renforcement de certains secteurs géographiques défavorisés (notamment pour des postes hospitaliers vacants de longue date, alors que le besoin est manifeste).

Le financement de poste d'assistants de chef de clinique, dans les spécialités déficitaires, pourrait, dans ce cadre, être étudié afin d'offrir aux jeunes médecins des opportunités d'emploi intéressantes (avec une activité de recherche et de clinicien à mi-temps). Une politique de communication devra informer les médecins, notamment les jeunes diplômés, des mesures mise en œuvre par la Région et par les autres institutions concernées (URCAM, ARH, DRASS, collectivités territoriales, ...)

Pour la médecine de ville :

Des incitations financières de l'Etat et des collectivités territoriales et locales pour l'installation dans les zones déficitaires (aides directes, réduction ou exonération de la taxe professionnelle, des charges sociales, garantie financière pour le prêt du futur installé, prime au remplacement ...) sont aujourd'hui possibles : il convient d'étudier leur mise en place pour le Nord-Pas de Calais.

Devant l'intérêt public que constituent ces installations, des modalités de financement par les collectivités concernées doivent être proposées, de manière à ce que le financement ne pèse pas sur les seules communes défavorisées.

De nouvelles pratiques en santé :

Les nouvelles pratiques de santé offrent a priori peu de perspectives de densification de l'offre médicale mais une meilleure gestion des ressources existantes.

La délégation de compétences :

Les transferts de compétences entre médecins et autres professionnels de santé permettraient, sous réserve qu'ils puissent être généralisés (expérimentations de transfert de compétence entre orthoptistes et ophtalmologistes, entre manipulateurs d'électroradiologie et radiologues, entre diététiciens de service de diabétologie et diabétologues, entre infirmiers et généralistes, entre infirmiers de bloc opératoire et chirurgiens, entre sages-femmes et gynécologues médicaux, ...), d'améliorer l'offre de soins, par optimisation des compétences professionnelles de chacun, les missions du médecin étant recentrées sur le diagnostic, la prescription et le traitement des affections lourdes.

Ainsi, du temps médical pourrait être libéré et, parallèlement, certains métiers pourraient connaître de nouvelles spécialisations (par exemple pour les manipulateurs en radiologie : spécialité de traitement des images informatiques, « dosimétristes » pour assister les radiothérapeutes). Les

perspectives, pour certaines spécialités médicales fortement déficitaires semblent importantes et devront être appréhendées au vu des besoins nouveaux en professionnels de santé paramédicaux.

La mise en réseau des professionnels de santé :

Le travail en collaboration des médecins entre eux et avec d'autres professionnels de santé, notamment au travers des transferts de compétences, de la participation aux réseaux de santé, et du développement des outils de télé médecine va être favorisé par le soutien apporté dans le cadre du volet - offre de soins – du plan régional de lutte contre les cancers (PRLC). Les outils de télésanté déployés doivent permettre des liens constants entre tous les acteurs de santé d'un territoire, grâce à la mise en œuvre de réseaux informatiques et de systèmes d'information sécurisés. La télésanté et la téléconsultation devrait permettre l'optimisation de l'utilisation du temps médical par réduction des transports.

La permanence de soins : les maisons médicales de garde :

La Région peut, en accord avec les orientations de la Mission Régionale de Santé, inscrire son soutien pour une nouvelle organisation de la permanence de soins autour de structures pérennes : maisons médicales de garde, de santé, centres d'appels pour la régulation téléphonique (un seul et même numéro pour les pharmacies, paramédicaux et médecins ; numéro vert mis en place par les collectivités locales).

La Région peut mobiliser un effort particulier sur la mise en œuvre de maison médicale de garde permettant un accès à des médecins, soit à des horaires atypiques (en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de ville), soit sur des territoires mal desservis, du fait de la situation géographique. Parallèlement, les maisons de santé, peuvent mettre en œuvre des missions différentes et complémentaires (prévention, mise en commun des synergies portées par les acteurs locaux, ...). Alors que pour ces dernières, l'adaptation aux besoins du territoire est privilégiée, les maisons de garde pourraient permettre un renforcement de l'offre sur certains territoires déficitaires, notamment ceux identifiés par la Mission Régionale de Santé. La Région souhaite favoriser par son financement le regroupement sur un site unique des permanences de soins (maisons médicales) et des activités d'information et de prévention (maisons de santé et du bien-être).

Les maisons médicales permettent aux médecins qui le désirent, d'accéder à un exercice salarié à plein temps ou à temps partiel. Les effets de cette mesure semblent toutefois limités sur la densification de l'offre médicale, mais doivent permettre une meilleure répartition de l'offre existante, en faveur des territoires actuellement défavorisés.

III.II EXPERIMENTATION DE MAISONS DE SANTE

Jusqu'à présent, l'implication de la Région dans les territoires, en matière de santé, s'est concrétisée principalement dans les Programmes Territoriaux de Santé (PTS), dispositif partenarial de déclinaison locale des Programmes Régionaux de Santé (PRS).

Parallèlement, les perspectives défavorables de la démographie médicale et l'évolution des attentes des médecins (plus de temps libre, moins d'isolement, moins de déplacements, plus de sécurité...) induisent petit à petit de nouvelles formes d'exercice de la médecine (cabinets de groupe, cabinets partagés, maisons médicales de garde...) et de nouvelles pratiques de soins s'instaurent. De nouvelles organisations de soins voient le jour : les réseaux territoriaux et thématiques se multiplient, tandis que le lien Ville –Hôpital peine à se structurer efficacement sur l'ensemble du territoire régional, malgré quelques réussites notables.

Par ailleurs, la structuration locale du champ de la prévention est largement entamée, notamment via les Programmes Territoriaux de Santé, même si les dynamiques restent encore inégales selon les territoires.

La Région peut encore développer ses relations avec les structures porteuses de démarches territoriales contractualisées dans le domaine de la santé. Pour l'instant, le Programme Territorial de Santé, institué comme le volet santé des contrats d'agglomération, a contribué à mobiliser les efforts régionaux sur le champ de la prévention. Ce dernier a à la fois impulsé des dynamiques locales et ouvert un espace de débat des questions de santé au niveau local, dont les intercommunalités et les communes commencent à se saisir. Il est intéressant d'étudier la convergence d'intérêt avec ces institutions, en matière de prévention, de démographie médicale et paramédicale et de nouvelles organisations et pratiques de soins.

Il semble donc que les conditions soient aujourd'hui favorables à la construction d'une politique régionale d'aménagement du territoire sur le champ de la santé, qui vise à un accès plus égalitaire aux soins et à la prévention et à améliorer la qualité du service rendu à la population par un décloisonnement des pratiques entre les différents intervenants.

Dans ce contexte, les maisons de santé et du bien être pourraient constituer un des outils privilégiés du renforcement des liens entre la Région et ses territoires en matière de santé.

Les maisons de santé ne forment pas un modèle standard, il existe en France ou à l'étranger, différentes formules de combinaisons de services, correspondant à des structurations et à des terminologies variables.

Les maisons de santé proposées ici constituent des regroupements d'activité, construits spécifiquement selon les besoins et les projets du territoire dans lequel elles prennent place.

Il s'agit d'actions de prévention et de promotion de la santé (socle minimal), mais aussi d'activités de soins et d'organisation des réseaux.

Les maisons de santé combinent donc des outils différents d'un projet à l'autre (centre libéral de garde, centre de soins infirmiers, centre de santé, régulation téléphonique, cabinets de groupe, cabinets partagés, hébergement et/ou permanence des réseaux, permanence d'associations, centre de documentation) pour offrir des services multiples tels que, par exemple :

- Garde médicale généraliste.
- Consultations périodiques de spécialistes.
- Soins infirmiers.
- Organisation des soins en réseau.
- Actions d'éducation à la santé.
- Prévention et dépistage des maladies les plus courantes.
- Permanence sociale et familiale.
- Point-rencontre avec l'assurance maladie.
- Accueil et orientation dans le traitement des dépendances.
- Organisation du maintien au domicile.....

La maison de santé est une illustration de la façon dont chaque territoire peut se saisir de la question de la santé.

Il s'agit donc d'une démarche à impulser et à accompagner et non d'un modèle à reproduire.

Pour ce faire, la Région pourra intervenir par un accompagnement technique et financier adapté, qui pourrait prendre la forme d'aide à l'investissement, ou au fonctionnement, ou, par exemple, une aide à l'installation forfaitaire et dégressive sur 3 ans...

Sans constituer une panacée, les maisons de santé sont de nature à améliorer significativement la réponse fournie à un certain nombre de difficultés que rencontre notre région, notamment dans la démographie des soignants.

Selon les modalités élaborées avec les promoteurs locaux et après une phase préalable d'expérimentation, la maison de santé pourra ainsi contribuer à :

- Assurer la permanence des soins (difficulté d'organiser les gardes et engorgement des urgences).

- Assurer l'accès aux soins et à la prévention dans les zones en voie de désertification sanitaire ou pour les populations les plus fragiles
- Améliorer l'attractivité régionale par une organisation des soins pertinente.
- Développer les synergies locales entre le champ de la prévention et celui du soin, entre médecins et autres professionnels de santé.

AXE 4 : POLITIQUE DE SANTE NORD SUD DANS LE CADRE DES PROGRAMMES DE COOPERATION DECENTRALISEE (1 % BUDGETAIRE)

Contexte :

La coopération décentralisée est une forme de coopération spécifique qui lie deux collectivités locales, entre elles, et à travers elles des acteurs locaux des deux territoires.

Le Vice-Président « Prévention et Santé » a marqué la volonté de définir un axe Nord/Sud à la politique régionale de santé.

La Vice-Présidente « Relations Internationales, Partenariats Associatifs et Economie Solidaire » a développé depuis 2003 un travail d'approfondissement des objectifs de la coopération internationale au travers de conventions opérationnelles déclinant de façon thématique les accords de coopération.

Ces deux démarches s'inscrivent dans un objectif de dialogue et de solidarité s'appuyant sur une implication budgétaire à hauteur de 1% des différentes politiques régionales dans la coopération internationale.

Démarche proposée :

1. Elaboration d'un cadre de coopération sur la santé dans les différentes zones de coopération

Une première action a été engagée en 2003 autour de l'élaboration de la convention santé/Mali. C'est à partir de ce travail, et de celui sur le Sénégal, qu'une méthodologie s'est construite

- L'élaboration d'un cadre commun de coopération dans le domaine de la santé relève d'une démarche de co-construction entre techniciens et élus du Nord et du Sud .
- Elle se nourrit d'une vocation et de compétences communes entre institutions régionales au Nord et au Sud.
- Il s'agit d'interroger le rôle spécifique des collectivités partenaires dans les domaines de la santé et de la coopération décentralisée et leur positionnement dans la conduite d'une politique de santé sur leur territoire.
- L'espace de dialogue thématique ainsi ouvert nécessite des rencontres et donc des missions (ici et au Sud) afin de s'imprégner des réalités locales et de disposer d'un temps de discussion suffisamment long avec nos partenaires.

2. Validation politique

La validation politique des conventions doit être un moment fort dans la mesure où leur contenu constituera pour chacun des partenaires (collectivités du Sud, Conseil Régional et partenaires associatifs), le cadre dans lequel il inscrira sa participation à la coopération en matière de santé. Il est donc proposé une triple signature de ces documents.

3. Financement et suivi des plans d'actions découlant des conventions opérationnelles « Santé »

Pour mettre en œuvre les axes d'intervention des conventions opérationnelles, la Direction Santé mobilisera ses partenaires régionaux dans un souci de transfert de savoir-faire et de réciprocité.

En complément des financements mobilisés dans le cadre de la politique de coopération décentralisée, les opérations au Sud entrant dans le cadre des orientations de la politique de santé définie au Nord (prévention, santé-environnement, offre de soins ...) pourront être financées sur le budget Santé dans l'optique du 1% budgétaire. Des financements pris en charge par le budget santé dans le cadre de la coopération internationale seront progressivement mobilisés (0,5% en 2006 pour atteindre, à terme, la mobilisation d'1% du budget de la Santé).

La mise en œuvre opérationnelle de cette politique s'est caractérisée par :

- La signature d'une convention santé/Mali à Lille en février 2004 avec l'Assemblée régionale de Kayes (Mali).
- L'organisation d'une mission « Santé » en région de Doukkala Abda au Maroc au deuxième semestre 2005
- La préparation d'une nouvelle convention opérationnelle Santé avec le Conseil Régional de Saint Louis au Sénégal, qui devrait être exécutive en 2006.
- La préparation de nouvelles conventions opérationnelles santé avec les pays du Sud se mobilisant sur cette question.

Les principes de la coopération :

- Une politique santé à l'international : La mobilisation effective du budget santé et des compétences de la Région au service des populations au Sud permettra un changement d'échelle dans le soutien technique et financier offert à nos partenaires sur un domaine crucial pour le développement des pays du Sud.
- Un gain en pertinence et en efficacité : dans le cadre d'évaluations, le constat a souvent été fait que les accords de coopération signés entre la Région et ses partenaires manquaient d'objectifs clairs et étaient difficilement évaluables. L'implication de la Direction Santé favorise l'approfondissement des accords-cadres sur la thématique santé de la coopération en permettant de définir dès le départ les indicateurs pertinents de suivi des objectifs.
- Une approche innovante de l'appui institutionnel : les échanges engagés avec les partenaires dans le cadre de la rédaction d'une convention opérationnelle permettent d'engager une réflexion sur les compétences spécifiques des collectivités, sur leur positionnement institutionnel,... Ces échanges contribuent au renforcement des capacités méthodologiques du Nord et du Sud .
- La réciprocité : les acteurs régionaux de santé qui s'engageront dans des actions de coopération partageront des outils et des méthodes et seront confrontés à d'autres contextes. Ceci leur permettra d'interroger leurs pratiques et de s'enrichir d'autres approches.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, les champs concernés par la santé sont vastes, complexes, intriqués dans les problématiques individuelles et collectives.

Les réponses que nous proposons intègrent cette complexité, en envisageant des interventions adaptées aux besoins des habitants de cette région, ayant un effet levier important sur les politiques publiques des autres partenaires en charge de la santé et tout particulièrement de l'Etat, tout en restant compatibles avec les réalités budgétaires de notre institution.

En ce qui concerne le champ individuel, il apparaît incontestable que la puissance publique dans son ensemble doit assurer aux personnes frappées par la maladie et en particulier aux plus vulnérables d'entre-elles l'accès à des soins adaptés, conjuguant qualité et proximité, quel que soient le territoire où elles résident et leur situation sociale. Nous contribuerons à cet objectif au travers du Plan Régional de Lutte contre les Cancers dans son volet prise en charge et accompagnement. Au-delà de nos interventions directes, notre nouvelle position dans le dispositif de gouvernance de la santé au niveau régional, nous permettra d'être encore plus vigilants, et de rappeler à l'Etat ses devoirs en matière de santé si les principes que nous défendons étaient remis en cause.

Pour autant, quelle que soit la qualité d'un système de soin, quelle que soit la sophistication des équipements techniques, quelle que soit la compétence des équipes, le mieux est de ne pas avoir besoin d'y recourir, ou alors à un stade précoce d'évolution de la maladie où les chances de guérison intégrales restent les meilleures.

Et c'est bien là tout l'intérêt d'une politique de prévention qui relève alors du champ collectif. Qui d'autres que les acteurs locaux coordonnés au niveau régional, peut la mettre en œuvre ?

En s'impliquant, aux côtés de ses quatre millions d'habitants, le Conseil régional entend rappeler à l'Etat ses devoirs et donner à chacun la possibilité d'être mieux informé, mieux protégé, en un mot plus acteur de sa bonne santé.

GLOSSAIRE

ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
ADN	Acide DéoxyriboNucléique
ALD	Affection de Longue Durée
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APHEIS	Air Polluant and Health : a European Information System (Evaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans 26 villes européennes)
APPA	Association pour la Prévention de la Pollution Atmosphérique
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARN	Acide RiboNucléique
CERESTE	Centre d'Etudes et de Recherches En Santé Travail Ergonomie
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRE	Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie
CIRM	Carrefour d'Initiative et de Réflexion autour la Maternité, l'enfance, la vie affective et sexuelle
COMEX	Commission Exécutive
CPER	Contrat de Plan Etat Région
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRES	Comité Régional d'Education pour la Santé
CRSP	Coordination Régionale des Soins Palliatifs
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DOM	Département d'Outre Mer
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ECL	Examen Classant National
ECLAT	Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ETP	Equivalent Temps Plein
FDG	Fludéoxyglucose
FNADT	Fond National d'Aménagement du Territoire
FORT	Association Régionale pour la Formation en Toxicomanie
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GRAA	Groupement Régional d'Alcoologie et d'Addictologie
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
IMPRT	Institut de Médecine Prédictive et de Recherche Thérapeutique
INCA	Institut National du Cancer
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRM	Images à Résonance Magnétique
ISTNF	Institut de Santé au Travail du Nord de la France
LSP	Loi de Santé Publique
MRPS	Maison Régionale de Promotion de la santé
MRS	Mission Régionale de Santé

ORS	Observatoire Régional de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PRLC	Programme Régional de Lutte contre les Cancers
PRS	Programmes Régionaux de Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PSA	Antigène Prostatique Spécifique
PSAS	Programme de Surveillance Air et Santé
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
PTS	Programmes Territoriaux de Santé
REACH	Enregistrement et Evaluation des Substances Chimiques
SAMU	Service d'Aide Médicale et d'Urgence
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIS	Sida Info Service
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TEP	Tomographe à Emission de Positons
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VADS	Voies Aéro Digestives Supérieures