

Le Littoral Nord - Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Olivier Lacoste¹, Laure Spinosi², Stéphanie Le Niniven³,
Gilles Poirier⁴, Marine Jeantet⁵

¹ Directeur de l'Ors

² Médecin, chargée d'étude à l'Ors

³ Technicienne d'enquête à l'Ors

⁴ Statisticien, chargé d'étude à l'Ors

⁵ Interne de santé publique

*L'ORS est une association subventionnée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité
et soutenue par le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais.*

Sommaire

<i>Avertissement</i>	7
<i>Remerciements</i>	9
<i>Introduction</i>	11
<i>Résumé</i>	13
LE LITTORAL	
<i>Faits, tendances et potentiels</i>	21
Les zones Insee retenues	25
La population	27
Natalité et mortalité	
Mobilité et zones de cohésion du Littoral	
Le Littoral, un espace d'ouverture pour le Nord – Pas-de-Calais	
Le Littoral, une <i>synapse</i> stratégique et capitale encore inexploitée	
Développement potentiel du Littoral dans le cadre de l'Europe sociale	
L'HOSPITALISATION	
<i>Structures et fonctionnements</i>	47
L'offre dans son milieu	51
Les recours à l'hospitalisation	53
"Bassins théoriques" et développements potentiels des attractions des sites	
Les disciplines relevant de soins de proximité	62
La psychiatrie	
L'alcoologie	
La gériatrie	
Les urgences	
Autres disciplines relevant de soins de proximité	
Les disciplines organisées par Bassin de vie	106
La cancérologie	
L'hémodialyse	
La néonatalogie	
La cardiologie interventionnelle et la chirurgie vasculaire	
L'ophtalmologie	
Autres disciplines organisées par Bassin de vie	

LE MEDICO-SOCIAL

Types de prise en charge et principaux besoins **125**

La petite enfance **129**

- Les partenaires travaillant autour de la petite enfance
- Les parents
- Les enfants
- Les manques dans la prise en charge des enfants dans le Littoral
- Les actions existantes ou en projet

Les handicapés **142**

- Les jeunes handicapés
- Les adultes handicapés

Les personnes âgées **159**

- Le dispositif de prise en charge
- Les manques dans la prise en charge des personnes âgées

Les conduites addictives **170**

- Le dispositif de prise en charge
- Les conduites addictives constatées sur le Littoral
- Les adultes
- Les jeunes
- Les contrôles préventifs d'alcoolémie dans le Nord – Pas-de-Calais
- Les toxicomanes ayant eu recours aux structures sanitaires et sociales
- Les manques dans la prise en charge des conduites addictives

Conclusion **191**

Bilan et propositions

Atlas **195**

Annexes **197**

- Extrait de l'étude : Territoires urbains et santé 199
- Le système hospitalier 208
- La grille Aggir

Bibliographie **217**

Abréviations **219**

Avertissement

La rédaction de ce rapport d'étude a été engagée en avril 1999, et s'est terminée en novembre 2000. Durant cette période, le Littoral Nord – Pas-de-Calais a non seulement été l'objet de nombreuses attentions mais a connu un certain nombre d'évolutions tout à fait remarquables.

Dans le domaine de l'aménagement, l'Observatoire de l'environnement littoral et marin a mené, à la demande du Syndicat Mixte de la Côte d'Opale, un diagnostic de territoire.

Dans le champ de l'hospitalisation et de la santé, l'Agence régionale de l'hospitalisation a mis en place le deuxième Schéma régional d'organisation sanitaire, après avoir conduit de nombreux travaux préparatoires.

Même s'il se trouve que l'Observatoire régional de la santé a été, à divers titres, associé à ces travaux, nous nous sommes efforcés de ne pas développer des analyses par trop redondantes par rapport à ces initiatives.

Le travail que nous présentons se situe, nous l'espérons, à l'articulation de ces deux champs, territorial et sanitaire, il n'a pas la prétention de se substituer à l'un ou l'autre de ces documents. A fortiori, l'ORS ne prétend certes pas assurer les fonctions de l'un ou l'autre.

Par ailleurs cette étude a été, dès son origine, structurée en deux étapes. La première entamée en 1999 portait sur l'hospitalisation et l'analyse du territoire, la seconde débutée en 2000, s'est attachée à dépeindre les phénomènes ayant trait au secteur médico-social.

L'ORS attire par conséquent l'attention du lecteur sur les décalages éventuels qui pourraient exister entre la description de faits et de processus observés plusieurs mois avant la publication définitive de ce rapport d'étude. En outre, la progression rapide de la mise en place du Schéma régional d'organisation sanitaire a engendré des mutations notables qui pourraient atteindre ici ou là la contemporanéité du texte présenté ici.

Enfin, il est certain que le report d'un an du Recensement général de la population par l'INSEE et les délais nécessaires à la publication de ses résultats, ont indirectement nuit à la pertinence des données démographiques présentées ici. Celles-ci remontent au RGP de 1990. Nous ne pouvons que regretter ce fait et constater qu'une partie des hypothèses et analyses émises dans ce rapport, aussi fiables ou vraisemblables puissent-elles nous sembler, devraient être probablement revues lorsque les données actualisées seront enfin disponibles.

Remerciements

Nous tenons à remercier :

l'AGUR : Agence d'urbanisme de la région dunkerquoise,
l'AIM : Association internationale de la mutualité à Bruxelles,
l'ARCAF : Association régionale des caisses d'allocations familiales,
l'ARH : Agence régionale de l'hospitalisation,
le Comité régional du tourisme,
le CROSS GRIS-NEZ : Centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage en mer,
l'Observatoire de l'environnement littoral et marin,
les établissements hospitaliers,
le SMCO : Syndicat mixte de la Côte d'Opale,
pour les données, les avis et les conseils qu'ils ont bien voulu nous adresser.

Nous remercions, par ailleurs, Mme le Dr Allart, MME LE DR Alluin, M. le Dr André, Melle Appaert, Mme Autier, M. le Dr Bailly, Mme le Dr Balu, M. le Dr Barbe, M. le Dr Bataille, Mme le Dr Becqwort-Chesnoy, Mme le Dr Ben Brahim, M. le Dr Biancourt, M. le Dr Binot, Mme le Dr Bouchez-Lesage, Mme Boulanger, M. le Dr Boulanger, M. Bréhier, M. Brugeman, M. le Dr Bultel, M. le Dr Cailler, M. Caillet, M. le Dr Campagne, Mme Candas, M. Cauchet, M. Chanudet, M. Closin, M. Coheur, Mme Coppin, Mme Courageux, M. le Dr Daquet, M. Darnaux, M. le Dr Dauba, M. le Dr Debat, Mme le Dr Defebvre, M. Delagrange, Mme Delobel, M. le Dr Denis, M. le Dr Destombes, M. le Dr Devos, M. le Dr Faudi, Mme Fiévé, M. Gapihan, M. le Dr Gasnault, M. Gindrey, M. le Dr Gobert, Mme Gosse, M. le Dr Grauvain, M. Guignette, M. le Dr Hage, M. le Dr Hansske, Mme le Dr Hochart, M. Holette, Mme Huchon, M. le Dr Jabot, Mme Jacob, Mme le Dr Jarlot, Mme Jessus, M. Joly, M. le Dr Joseph, Mme Kotovski, M. Labastrou, M. le Dr Lagneau, Mme Lambert, M. le Dr Lambert, M. Lecherf, M. Leclerc, M. le Dr Lefebvre, M. Lengagne, M. le Dr Léonard, Mme le Dr Mahieux, M. le Dr Maille, Mme le Dr Malandain, M. le Dr Malogne, Mme le Dr Mendolia, M. le Dr Messin, Mme Meunier, M. Mielle, Mme Molmy, M. le Dr Molmy, M. le Dr Monchaux, Mme Morssetti, M. Orient, M. le Dr Parésys, Mme Paul, M. le Dr Pauchet, Mme Petit, Mme le Dr Poher, M. le Dr Postel, M. Quafli, M. le Dr Reguet, Mme le Dr Ricat, M. le Dr Ritaine, Mme Rohart, Mme Roturier, M. Rouillet, Mme le Dr Roux, Mme Ryckebusch, Mme le Dr Schapler, M. le Dr Schmidt, M. Sommerville, M. le Dr Takkiedine, Mme le Dr Tack, Mme le Dr Thieulleu, M. Triquet, Mme Valkowiak, Mme le Dr Vanbesien, Mme et M. les Drs Van Debeulque, Mme le Dr Vanhee, Mme le Dr Vanneste, M. le Dr Verrier, M. le Dr Weisslinger
pour le temps qu'ils ont bien voulu nous consacrer dans le cadre de cette enquête.

Introduction

C'est à nouveau sur le territoire que l'Ors a braqué l'objectif de son dispositif d'approche. En effet, pour la seconde fois¹ en moins de trois ans, le Conseil régional Nord - Pas-de-Calais nous a confié la délicate mission d'examiner et prospector un ensemble territorial dans l'intention d'en comprendre les caractéristiques locales et les évolutions probables ou souhaitables susceptibles d'allier le développement territorial et sa dimension sanitaire.

Ce deuxième rapport d'enquête territorialisée met en œuvre une méthodologie en tous points comparable à celle que nous avons utilisée à propos du Bassin houiller. Pour autant, il nous importe d'explicitier les différences qui, dès le départ, ont orienté ce travail dans des directions plus spécifiques, adaptées aux attentes de nos commanditaires et tenant compte des évolutions démographiques, sociales, institutionnelles, étant intervenues au cours des trois dernières années.

Ce rapport reprend et complète un certain nombre de travaux réalisés par l'Ors comme par d'autres acteurs régionaux ou nationaux, récemment publiés² et qui n'avaient donc pu être exploités précédemment. Toutefois, il nous est apparu que la principale différence de ce travail, par rapport au précédent, avait été de mettre en avant la dimension dynamique des phénomènes en cours ou susceptibles d'intervenir avec une forte vraisemblance dans les mois à venir ou les toutes prochaines années.

Outre ces considérations générales et préliminaires, il convient dès à présent d'exposer quelques points essentiels à la juste compréhension de ce territoire et de ses composantes sanitaires. Ces aspects sont des composantes de fond mais aussi de forme car ils ont guidé notre travail vers des axes délibérément choisis par nous.

De prime abord, le Littoral n'est pas un ensemble doté de caractéristiques, ou affecté de difficultés sanitaires connues et remarquables, exception faite de l'intensité de la mortalité attribuée à certains cancers. Pour autant, ceci ne signifie pas que les besoins de la population relevant de la santé publique y soient effectivement, voire totalement pris en charge. Par bien des points il était possible au début de cette enquête de situer le Littoral à l'opposé du Bassin minier parmi les sous-secteurs régionaux extra-métropolitains.

La quasi-totalité des indicateurs d'état de santé ne présentaient pas, avant que nous ne focalisions nos réflexions sur eux, de réelles spécificités. Par bien des points ils pouvaient nous sembler banals, c'est-à-dire fort proches des indicateurs régionaux, particulièrement médiocres donc puisque très en deçà des indices moyens français.

L'encadrement sanitaire, tant hospitalier que de ville, médical comme paramédical, ne peut localement et *a priori* être perçu comme étant sous-développé. Par bien des aspects, les équipements et la démographie médicale confèrent au Littoral le rang et le rôle de second pôle sanitaire de la région. Pour autant, il nous est apparu lors de notre enquête que bien des points appelaient aujourd'hui à réflexion et décision, que d'une part, la totalité des besoins et des potentiels locaux pouvait être reconsidérée et que d'autre part, les tendances actuelles devaient être non seulement comprises mais aussi volontairement réformées.

¹ Voir : "L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais", Ors, 1996.

² Enquête RHCP2S de l'Ors, travaux préparatoires au Sros menés par l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Le Littoral ne peut pas être considéré comme un second *centre de gravité* de la crise sanitaire régionale comme le reste le Bassin houiller. Il est bien plus un *pôle d'équilibre majeur* dans le système régional, tant au travers de ses composantes sanitaires et sociales, qu'au travers de ses caractéristiques démographiques et territoriales.

Enfin, si pour beaucoup de nos interlocuteurs, rencontrés lors de la mise en place de ce travail comme durant sa réalisation, les phénomènes démographiques, sociaux et territoriaux semblaient être "*plus intelligibles que dans le Bassin houiller*", il était *a priori* difficile de préconcevoir quelles pouvaient être les caractéristiques socio-démographiques essentielles de ce territoire, les facteurs qui, *de facto*, lui conféraient une unité, faisant de 34 % du territoire régional et de 29 % des communes du Nord - Pas-de-Calais un tout, susceptible d'être analysé et mis en perspective.

Il est certain que lors des entretiens de terrain menés auprès de plus d'une centaine de personnes, nous avons pu constater que l'une des premières initiatives à même d'être proposée aux acteurs majeurs présents sur le Littoral, était bien d'expliquer en quoi cet ensemble territorial pouvait receler des facteurs d'unité. Nous espérons que ce travail y contribuera, sans pour autant masquer le nombre et la pluralité des facteurs d'hétérogénéité et de diversité dont ce territoire ne peut se départir.

Résumé

En 1998, l'Ors s'est vu confier, par le Conseil régional du Nord – Pas-de-Calais et avec le soutien du SMCO – Syndicat mixte de la Côte d'Opale, la mission d'examiner le bassin de vie du Littoral afin d'en comprendre les caractéristiques et d'étudier les évolutions susceptibles d'allier développement territorial et dimension sanitaire. Cette étude se veut en effet prospective et prescriptive.

Le Littoral n'est pas, comparativement à la région, le terrain de difficultés sanitaires *sui generis*. Les besoins de la population en matière de santé publique ne sont pourtant pas en totalité pris en charge. Plus de cent personnes ont été sollicitées dans le cadre de cette enquête territorialisée. Elles témoignent que, même si dans plusieurs disciplines hospitalières le Littoral apparaît comme le second pôle sanitaire de la région, il n'en demeure pas moins le sujet de nombreuses évolutions.

Dans "cette partie du continuum entre le social et le sanitaire" qu'est le secteur médico-social, ont été passés en revue les thèmes de la petite enfance, des handicapés, des personnes âgées et des conduites addictives. Il semblerait que le secteur médico-social soit correctement représenté dans le Littoral ; même s'il est encore possible d'améliorer notamment la prise en charge des personnes handicapées.

Le Littoral

Cette étude a pour cadre le Bassin de vie "Littoral" tel que défini par l'Arh - Agence régionale de l'hospitalisation.

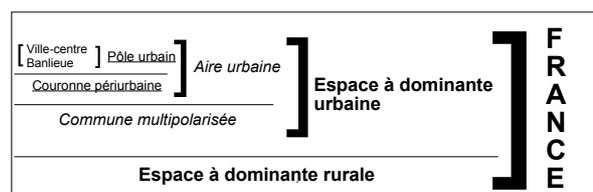
L'intégralité des données du dernier recensement réalisé par l'Insee en 1999 n'étant pas disponible, cette étude se base sur des chiffres antérieurs.

Troisième Bassin de vie du Nord - Pas-de-Calais, le Littoral regroupe au recensement 1990, 791 664 habitants. La densité moyenne de 190 hab./km² est, bien qu'inférieure à la moyenne de la région, supérieure à la moyenne nationale (104 hab./km²). Il existe au sein-même de la zone littorale de fortes variations de densité entre les villes et ce que l'on a coutume d'appeler "la campagne". Néanmoins, cette étude n'est pas fondée sur un découpage géographique figé. Un cloisonnement net entre espace urbain et espace rural n'a pas été opéré ; ceci dans un souci de décryptage des interactions qui peuvent exister par exemple entre une ville et sa périphérie.

Les éléments étudiés sont des territoires et non pas des populations ni des établissements hospitaliers. Le Littoral

est analysé selon 5 agglomérations : Berck - Etaples, Boulogne-sur-Mer, Calais, Dunkerque, Saint-Omer, auxquelles s'ajoutent la zone rurale.

Depuis 1996, les ZAU – Zonages en aires urbaines définis par l'INSEE, replacent la ville dans un pôle, une aire puis un espace urbains. Cette nouvelle nomenclature tient effectivement compte de l'influence que peut exercer une Cité sur son environnement.



La population

De 1982 à 1990, la natalité est plus élevée dans le Littoral que dans les autres Bassins de vie de la région.

En ce qui concerne la mortalité, la moyenne des décès est dans le Littoral inférieure à celle du Nord – Pas-de-Calais. Mais des disparités locales existent. Elles sont liées à la proportion de personnes âgées ; en particulier de sexe féminin.

On remarque, notamment du fait des déplacements domicile-travail, que les zones urbaines sont de plus en plus perméables les unes aux autres. Parallèlement le réseau des transports (routiers, ferroviaires, maritimes) se développe. D'autant plus que le Nord – Pas-de-Calais est une région frontalière qu'il faut replacer dans l'espace européen. La position stratégique du Littoral implique entre autre un accroissement de population le week-end et en période estivale. Cette donnée est à identifier et prendre en compte dans le système d'organisation des soins. De plus, la présence de sites industriels dans les zones portuaires constitue un risque pour la population ; risque auquel les services d'urgences des établissements hospitaliers doivent pouvoir faire face.

"Bassins théoriques" et développements potentiels des attractions des sites

De phénomènes tels que la diversité et la spécialisation des soins, ou encore l'image de l'établissement..., dépend la fréquentation hospitalière. Elle est également fonction des potentiels d'attraction des sites ; calculés selon l'isochrone des trente minutes.

Les cinq grands sites hospitaliers urbains du Littoral ne disposent pas *a priori* des mêmes potentialités.

Si l'on analyse le différentiel Bassin théorique-Bassin réel, on remarque que l'isochrone 30 minutes de Calais par exemple, recouvre une population 5 fois supérieure à celle résidant dans l'aire urbaine. *A contrario*, l'étendue et les populations couvertes par les isochrones 30 minutes de Dunkerque, Boulogne-sur-Mer et Saint-Omer, sont relativement similaires (même si les "sites bordiers" subissent un amenuisement de leurs potentiels d'attraction par rapport à un "site central" comme Saint-Omer).

Boulogne-sur-Mer apparaît comme le site à l'attractivité la plus proche de "l'optimum possible". Tandis que du fait de sa localisation, celui de Dunkerque est susceptible de subir une réduction de sa capacité de croissance.

L'hospitalisation

D'après les informations communiquées par l'Arh, le secteur du Littoral dispose de 2 875 lits de court séjour répartis entre 18 établissements. Cette étude qui ne porte que sur le court séjour, s'attache aux structures et modes de fonctionnements du système hospitalier selon le zonage en aires urbaines défini par l'INSEE. A l'indicateur statistique qu'est la capacité en lits, s'ajoutent des données d'admission hospitalière par aire urbaine. Ces informations concernant les admissions sont ensuite réparties selon trois CMD - Catégories médicales de diagnostic : les motifs médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, et en fonction de deux axes : l'hospitalisation du patient dans ou en dehors de sa zone de résidence.

Les disciplines relevant de soins de proximité

La psychiatrie

Face à un syndrome dépressif, il semble que les habitants du Littoral soient plus nombreux que ceux de la région à recourir aux soins. Néanmoins dans la majorité des cas ils consultent un médecin généraliste et non pas un spécialiste ; psychiatre ou psychologue. Cependant, ce recours aux soins est inégal et varie en fonction des différentes zones du Littoral.

Les troubles psychiatriques liés aux difficultés sociales y seraient plus fréquents qu'ailleurs et rarement pris en charge. Parallèlement, l'offre de soins ainsi que le nombre de psychiatres ne semblent pas suffisants dans ce bassin de vie où il n'existe aucune structure spécifique pour les adolescents.

L'alcoolologie

C'est dans le Littoral que le recours aux soins en cas de nécessité d'un sevrage alcoolique semble le plus fort. Mais, alors que dans les autres bassins de vie, les patients se tournent en premier lieu vers le médecin généraliste, les habitants du Littoral sollicitent davantage les services hospitaliers et les associations.

Les taux élevés d'alcoolisme et de tabagisme semblent liés à la précarité

matérielle et culturelle de la population dont toutes les catégories d'âge sont touchées ; les jeunes en difficulté notamment qui consommeraient des boissons alcoolisées de plus en plus tôt. Face à cette situation, il semblerait que le nombre de praticiens à même de prendre en charge l'alcoolisme soit insuffisant.

Les personnes âgées

Dans le Littoral, les solutions en cas de perte d'autonomie d'un parent sont méconnues. Ainsi, en cas de besoin de prise en charge de personnes âgées dépendantes, les ménages de ce bassin de vie privilégieraient la prise en charge par la famille au placement en établissement spécialisé.

Le moyen et le long séjours sont pris en charge à 100% sur la zone Littoral ; essentiellement dans le secteur public. La proximité des établissements hospitaliers ne semble pas, contrairement aux délais d'admission, problématique.

Le type de prise en charge diffère selon la zone de résidence. En effet, le milieu rural semble moins demandeur d'aide que le milieu urbain où l'isolement apparaît de plus en plus fréquent.

Les urgences

Tout comme dans l'ensemble de la région Nord – Pas-de-Calais, les patients dans le Littoral se tournent prioritairement vers l'hôpital public pour la prise en charge des urgences. Cependant, il est à noter que pour une fracture de membre, les ménages se tournent vers les cliniques plus souvent que ceux des autres bassins de vie du Nord – Pas-de-Calais. En matière d'urgences, comme pour la maternité, le choix de l'établissement hospitalier se fait selon la proximité.

Il existe un lourd déficit de médecins urgentistes accru par le problème de la séniorisation ainsi que par un engorgement des urgences du en partie à l'accumulation des fausses urgences : consultations relevant de la médecine générale ou spécialisée sans caractère d'urgence.

C'est dans le bassin de vie du Littoral que le recours au spécialiste est le plus

fréquent, et le non-recours le moins fréquent.

Les disciplines organisées par Bassin de vie

La cancérologie

Les ménages interrogés sur le Littoral sont les plus nombreux à ne pas savoir où ils seraient pris en charge pour une intervention chirurgicale du cœur ou pour le traitement d'un cancer, et dans ce dernier cas, les moins nombreux à penser qu'ils pourraient être pris en charge dans leur propre bassin de vie.

Autres disciplines

Un état des lieux de disciplines telles que l'hémodialyse, la néonatalogie, la cardiologie, l'ophtalmologie... a été dressé. Il apparaît notamment que sur le Littoral la quasi-totalité des accouchements a lieu dans le bassin de vie d'habitation du ménage.

En outre, la part des établissements publics assurant la prise en charge des affections médicales néphrologiques est beaucoup plus forte dans le Littoral que dans les autres bassins de vie.

Pour la prise en charge d'une affection médicale ou chirurgicale de l'œil, 90% des médecins du Littoral orientent leurs patients vers un établissement situé dans leur bassin de vie d'habitation. Alors que la chirurgie cardiovasculaire est une discipline à fort taux de prise en charge hors Bassin de vie.

Le déséquilibre alimentaire est l'un des principaux facteurs de risques des maladies cardiovasculaires. Principalement d'origine économique, les mauvaises habitudes alimentaires sont également causées par un déficit d'information et d'éducation du patient.

Le secteur médico-social

La petite enfance

Gravitent autour de la petite enfance, la Protection maternelle et infantile (Pmi), la pouponnière à caractère social et sanitaire, les travailleuses familiales et la Caisse d'allocations familiales.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

La Protection maternelle infantile doit "prendre des mesures de prévention médicales, psychologiques et sociales d'éducation pour la santé [...], mettre en place des actions de prévention et de dépistage des handicaps et surveiller et contrôler les établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans".

La Pmi procède à une suite d'examens de la première à la sixième année, et travaille en lien avec le service de santé scolaire.

Les pouponnières dont les attributions sont de confirmer l'admission des enfants et de surveiller leur santé, ont régulièrement la visite d'un pédiatre agréé par le préfet.

La Forestière dans le Boulonnais est la seule pouponnière du Pas-de-Calais contre deux dans le Nord. Elle travaille en liaison avec le Centre hospitalier de Boulogne-sur-mer.

Les travailleuses familiales aident les mères de famille, malades ou enceintes, dans l'exécution des tâches quotidiennes et l'éducation des enfants.

La Caisse d'allocations familiales alloue aux familles des aides spécifiques, à la naissance d'un enfant, pour subvenir à ses besoins, lorsque la famille est monoparentale.

Elle participe également à l'accueil des jeunes enfants en crèches et haltes-garderies.

Les parents

Il existe de plus en plus de familles monoparentales qui vivent dans des conditions socio-économiques défavorisées. Ceci se traduit par des carences matérielles, culturelles, éducationnelles.

Certaines mamans, du fait de leur très jeune âge, ont des lacunes en matière d'éducation et de relation avec leur(s) enfant(s). Héritières d'un passé psychologique lourd, elles ont elles-mêmes à faire face à des conflits avec leur propre mère.

Certaines femmes seules se tournent vers leur famille ou leur groupe d'amies. L'enfant devient alors dans certains cas

celui de la grand-mère ou de la communauté.

De plus en plus de mères déclarent fumer. Mais peu nombreuses sont celles qui avouent être dépendantes de l'alcool ou toxicomanes.

Les populations défavorisées changent fréquemment de médecin traitant ; ce qui complique le suivi des patients.

Les hommes sont plus ou moins présents dans la cellule familiale.

Certains sont partis ; ne se sentant pas prêts à assumer leur position de père. D'autres ont été évincés parce qu'ils ne jouaient pas leur rôle ou parce qu'ils n'étaient considérés que comme de simples géniteurs.

Les enfants

Le taux de "suivi de grossesse inférieur à 7 consultations" est nettement plus élevé dans le Dunkerquois (24 %) que dans l'Audomarois (17 %) ou le Calaisis (7 %). Il fait également apparaître que le non recours aux soins des mères du Littoral n'est pas forcément en corrélation avec la distance entre leur lieu de domicile et le lieu de soins.

Les problèmes de malnutrition (le nombre d'enfants obèses va grandissant), d'alcoolisme fœtal et de maltraitance (augmentation des agressions sexuelles) se multiplient.

Les manques dans la prise en charge des enfants

Tous les secteurs du Littoral soulignent le nombre insuffisant de psychiatres, de pédopsychiatres et de psychologues. Les haltes-garderies sont saturées. Dans les zones rurales, le besoin de structures d'accueil de la petite enfance se fait sentir.

Les actions existantes ou en projet

Les équipes de Pmi proposent diverses activités (Ateliers cuisine, lecture, musique) impliquant à la fois l'enfant et ses parents. Parallèlement, vont être développées au sein des halte-garderies, un certain nombre d'actions favorisant la communication parents-enfants.

Les handicapés

Le dispositif de prise en charge des jeunes handicapés

La Commission départementale d'éducation spécialisée (Cdes) concerne les personnes handicapées de moins de 20 ans. Au-delà, c'est la Cotorep (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel pour les adultes) qui prend le relais.

La Cdes du Nord a, pour la période 1997-1998, statué sur le cas de 9 050 enfants handicapés. Durant la même période, la Cdes du Pas-de-Calais a notamment traité 3 416 dossiers pour orientation et 2 770 demandes d'Allocation d'éducation spécialisée.

Des structures telles que les Upi (Unités pédagogiques d'intégration), les Segpa (Sections d'enseignement général et professionnel adapté) ou les Clis (Classes d'intégration scolaire) permettent à l'enfant handicapé de suivre une scolarité en milieu ordinaire.

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, on dénombre 210 établissements spécialisés pour jeunes handicapés. Le bassin de vie du Littoral compte 40 structures ; soit un total de 1 513 places.

Les manques dans la prise en charge des enfants handicapés

Les enfants sont de plus en plus nombreux à être sujets à des troubles du comportement (déficit de l'attention, instabilité...), et ce de plus en plus tôt. Ceci induit un allongement des listes d'attente de prise en charge, ainsi qu'un déficit du nombre d'établissement d'éducation spécialisée qui ont d'une part à gérer des enfants souffrants de handicap moteur, mental, sensoriel.

Le dispositif de prise en charge des adultes handicapés

La Cotorep prend en charge les personnes de 20 ans et plus (sauf quelques exceptions).

La Cotorep du Nord traite 200 dossiers par mois. En 1998 celle du Pas-de-Calais a reçu 36 000 demandes.

Le Littoral abrite 77 structures (21 dans le Nord et 56 dans le Pas-de-Calais)

pouvant accueillir 4 000 adultes handicapés.

Les manques dans la prise en charge des adultes handicapés

Il est parfois difficile pour la Cotorep d'identifier quelles pathologies sont prises en charge par tel ou tel établissement.

Il apparaît en outre que, tout comme pour les enfants, il est nécessaire d'augmenter le nombre de places en structures adaptées.

Les personnes âgées

Le Bassin de vie Littoral a, comme la Métropole, une population plus jeune que l'Artois et le Hainaut. 16,5 % seulement des personnes ont plus de 60 ans.

A l'intérieur du Littoral, ce sont les zones rurales qui abritent le plus de personnes âgées.

Le dispositif de prise en charge

Les personnes âgées qui ne peuvent rester chez elles en raison de leur état de santé physique ou mental peuvent avoir recours à des structures de prise en charge telles que les maisons de retraite, les logements-foyers, les services de soins de longue durée, les familles d'accueil, ou de façon ponctuelle, à des services d'hébergement temporaire.

Mais il existe des services facilitant le maintien de la personne à son domicile.

En témoigne les Ssad (Services de soins à domicile) dont l'objectif est d'éviter la multiplication des hospitalisations. Il existe dans le Littoral des services de restauration et d'aide ménagère. Financièrement, la Prestation spécifique dépendance est allouée sous certaines conditions aux personnes âgées de 60 ans et plus.

Les manques dans la prise en charge des personnes âgées

En dehors des services de soins de longue durée, c'est vers le maintien à domicile des personnes âgées que doivent se tourner les efforts.

En milieu rural et défavorisé, la solidarité familiale et entre voisins est maintenue. Ce qui n'est pas le cas en

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

milieu urbain où les personnes âgées sont délaissées. Seules, elles tentent de se maintenir le plus longtemps possible à leur domicile ; d'où la nécessité d'un suivi médico-social régulier et du développement des résidences d'hébergement temporaire.

Les conduites addictives

Est considérée comme conduite addictive, toute consommation de produits susceptibles d'entraîner une addiction.

Est défini comme drogue "un produit naturel ou synthétique, consommé en vue de modifier l'état de conscience du consommateur, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'utilisation peut être légale ou non". L'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) définit trois types d'usage des drogues. La problématique des conduites addictives est abordée selon la consommation des usagers et non pas selon les produits consommés.

Le dispositif alcool

Les patients souffrant de problèmes d'alcool sont pris en charge dans les services hospitaliers spécialisés ou non, avant d'entrer en cure.

Il existe 5 structures de post-cure dans le Bassin de vie du Littoral ; 2 centres de post-cure dans l'Audomarois et 3 foyers (qui sont en faits des Chrs-Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) dans le Dunkerquois.

Le Littoral compte 3 Ccaa (Centres de cure ambulatoires en alcoologie, 1 Cptca (Centre de prévention et de traitement des conduites d'alcoolisation) et 1 Can (Centre d'alcoologie et de nutrition).

En plus des structures, médecins généralistes et associations (Alcooliques anonymes, Croix bleue...) sont impliqués dans la lutte contre l'alcool.

La population est concernée par l'alcoolisme à tous les âges ; alcoolisme fœtal, de l'adolescent (qui comme celui des femmes est en augmentation), du couple, du troisième âge.

Toutes les classes sociales sont touchées ; même si les personnes provenant de milieux défavorisés sont plus exposées.

Le dispositif toxicomanies

Sur le Littoral, les lits hospitaliers réservés aux soins pour toxicomanes se trouvent soit dans l'unité d'alcoologie, soit dans le service de psychiatrie, soit dans le service de médecine.

Dans le bassin de vie, 3 Csst (Centres spécialisés de soins aux toxicomanes) accueillent les toxicomanes et leur famille. Leurs activités sont multiples (aide au sevrage, accès au programme méthadone, soutien psychologique, visites carcérales...) et certains d'entre eux possèdent une activité spécifique d'hébergement.

Ce sont essentiellement les Csst qui établissent les liens entre les équipes hospitalières et la ville. Il y a un réseau Ville-Hôpital à Dunkerque, Saint-Omer et Boulogne.

L'information et le soutien des personnes toxicomanes sont faits par des Lieux d'accueil et d'orientation ainsi que par des Points écoute (tous deux associations loi 1901).

Les manques dans la prise en charge des conduites addictives dans le Littoral

Que ce soit en matière d'alcoolisme ou de toxicomanie, les actions de prévention sont à développer. Par ailleurs, on déplore sur le Littoral le manque d'alcoologues.

Cette étude aboutit à la définition d'axes de développement et la proposition d'actions alliant restructuration du système de soins et de prévention, et aménagement du territoire.

Tout d'abord est apparue au cours des entretiens, un grand besoin de régulation préalable à la mise en place effective d'actions sur le terrain.

Ensuite, un rapprochement entre territoire et santé, entre monde médical et réalités locales semble judicieux. Ceci se traduisant notamment par l'ouverture des établissements hospitaliers aux citoyens belges et/ou britanniques, et

Résumé

aux praticiens de langue anglaise et/ou néerlandaise.

Enfin, sont présentées des propositions d'actions touchant tout aussi bien les disciplines de la psychiatrie et de l'oncologie, que les phénomènes d'alcoolisation ou des domaines d'un ordre plus général.

Le Littoral

Faits, tendances et potentiels

Les zones Insee retenues	25
La population	27
Natalité et mortalité	30
Mobilité et zones de cohésion du Littoral	36
Le Littoral, un espace d'ouverture pour le Nord – Pas-de-Calais	39
Le Littoral, une synapse stratégique et capitale encore inexploitée	42
Développement potentiel du Littoral dans le cadre de l'Europe sociale	43

Introduction

La présente analyse de l'hospitalisation dans le Bassin de vie du Littoral a débuté en 1998. Certaines des données sur lesquelles elle s'appuie datent de l'année 97. Depuis, se sont déroulés des événements qui ont influé sur la situation du milieu hospitalier dans le Littoral. Cependant, il est possible de considérer que ces éléments n'altèrent pas le fond et la pertinence des phénomènes décrits dans cette étude.

Au cours des derniers mois, le projet de création d'une communauté d'établissements s'est développé dans le Bassin de vie. Celle-ci devrait associer les établissements publics ainsi que les établissements privés qui participent au service public hospitalier (Psph).

Quelques évolutions notables se sont opérées au sein des sites et doivent être signalées :

- Boulogne

Depuis 1998, le Centre hospitalier de Boulogne a travaillé à son humanisation et son extension. Ceci se traduit notamment par une restructuration des urgences, l'augmentation du nombre de chambres à un lit, la création d'une unité d'hématologie, le renforcement en psychiatrie du personnel médical et paramédical.

La Clinique de la Côte d'Opale et le Centre hospitalier assurent désormais ensemble l'activité de cardiologie. Ainsi les deux équipes médicales prennent toutes deux en charge les urgences sur le site de l'hôpital.

La psychiatrie boulonnaise devrait bénéficier de délocalisations provenant du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Venant.

- Calais

La reconstruction de l'hôpital sur un autre site calaisien est prévue.

La faisabilité d'un éventuel rapprochement privé-public en un même lieu est à l'étude. Un pôle hospitalier commun, situé à proximité du nœud autoroutier pourrait voir le jour dans les toutes prochaines années.

Depuis 1998, les capacités d'accueil en médecine et en soins de suite ont augmenté.

La psychiatrie devrait bénéficier de délocalisations provenant du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Venant.

- Dunkerque

Ont fusionné, au sein d'un syndicat inter-hospitalier, les activités chirurgicales et la périnatalité des établissements de Dunkerque et Grande-Synthe.

Cette fusion se traduira par la construction prochaine d'une maternité unique.

Le site a bénéficié pour la psychiatrie de délocalisations provenant de l'Epsm (Etablissement public de santé mentale) des Flandres à Bailleul.

- Montreuil

Le Cham est aujourd'hui reconnu comme site d'accueil et de traitement des urgences. A cela s'ajoute une activité de réanimation.

La psychiatrie devrait bénéficier de délocalisations provenant du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Venant.

- Saint-Omer

Pas d'évolution majeure depuis 1998.

Globalement, la pénurie en matière de praticiens en psychiatrie, en oncologie s'est au mieux maintenue et au pire aggravée. La cancérologie pratiquée en hospitalisation publique a, par exemple, perdu ses deux praticiens.

Enfin depuis 1997, il convient d'insister sur la très remarquable augmentation de

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais
Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

la production de soins qui a été constatée par l'Arh, dans l'ensemble du Bassin de vie Littoral. Celle-ci dépasse la

progression moyenne de la région ainsi que celle des autres Bassins de vie.

Le Littoral *Faits, tendances et potentiels*

Le cadre géographique principal de cette étude repose sur la conjonction de deux entités récemment apparues dans le contexte régional : le Bassin de vie Littoral défini par l'Agence régionale de l'hospitalisation - Arh - et le périmètre du Syndicat mixte de la Côte d'Opale - SMCO - institué en 1996 entre de nombreuses collectivités territoriales.

La similarité des deux aires est presque parfaite. Privilégiant la continuité territoriale, nous avons donc opté pour un cadre d'étude se fondant sur le périmètre du Bassin de vie Littoral.

Le Bassin de vie Littoral résulte du regroupement des secteurs sanitaires de Dunkerque, Calais - Saint-Omer, Boulogne-sur-Mer - Montreuil-sur-Mer.

Le Syndicat mixte de la Côte d'Opale réunit la Communauté urbaine de Dunkerque, le SIVOM (Syndicat intercommunal à vocations multiples de Bourbourg - Gravelines), la CCI (Chambre de commerce et d'industrie) de Dunkerque, la Ville de Calais, le Syndicat mixte pour l'aménagement et le développement de la ZAC n° 2 du tunnel sous la Manche, le District de Boulogne-sur-Mer, le District de Marquise, la Communauté de communes de Desvres, la Ville d'Étaples, la Ville du Touquet, la Ville de Camiers, la Chambre de commerce et d'industrie de Boulogne-sur-Mer et de Montreuil-sur-Mer, le District de Saint-Omer, la Communauté de communes de la région d'Audruicq, la CCI de Saint-Omer, la Chambre d'agriculture du Nord, la Chambre d'agriculture du Pas-de-Calais, et d'autres membres associés encore.

Le Littoral est donc un secteur fortement doté de cadres territoriaux de référence axés vers l'émergence progressive de

complémentarités et de cohérences entre structures, tant du point de vue exclusivement sanitaire que spécifiquement territorial.

Il est à noter que ces deux entités sont explicitement reconnues par les services de l'État, tant au niveau central que déconcentrés. La mise en place des bassins de vie figure au Schéma régional d'organisation sanitaire —SROS— tandis que le SMCO a été reconnu par la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale - DATAR.

Les zones Insee retenues

Cinq aires urbaines ont été individualisées par le zonage de l'Insee. Il s'agit des aires de Berck—Étaples, Boulogne-sur-mer, Calais, Dunkerque et Saint-Omer. Celles-ci sont, par essence, composées d'une couronne périurbaine qui a été préservée dans ce travail.

Toutefois, les communes multipolarisées ont été intégrées dans les zones périurbaines de chaque aire en fonction de l'attraction majoritaire exercée par chaque pôle urbain.

Zone de Berck - Étaples

Berck, Étaples, Merlimont, Rang-du-Fliers, Le Touquet — Paris-Plage, Verton.

Zone périurbaine de Berck - Étaples

Airon-Notre-Dame, Airon-Saint-Vaast, Bernieulles, Beutin, Brexent-Enocq, La Calotterie, Camiers, Colline-Beaumont, Conchil-le-Temple, Cormont, Frençq, Groffliers, Hubersent, Lefaux, Longvillers, Maresville, Saint-Aubin, Saint-Josse, Sorrus, Tigny-Noyelle, Tubersent, Waben, Widehem.

Zone de Boulogne-sur-Mer

Boulogne-sur-Mer, Échinghen, Isques, Outreau, Le Portel, Saint-Étienne-au-Mont, Saint-Léonard, Saint-Martin-Boulogne.

Zone périurbaine de Boulogne-sur-Mer

Ambleteuse, Audresselles, Baincthun, Bellebrune, Belle-et-Houllefort, Beuvrequen, Carly, Colembert, Condette, Conteville-lès-Boulogne, Crémarest, Dannes, Équihe-Plage, Halinghen, Hesdigneul-lès-Boulogne, Hesdin-L'abbé, Maninghen-Henne, Nesles, Neufchatel-Hardelot, Offrethun, Pernes-lès-Boulogne, Pittefaux, Questrecques, Samer, Tingry, Verlincthun, Wacquinghen, Le Wast, Wierre-au-Bois, Wierre-Effroy, Wimereux, Wimille, Wirwignes, La Capelle-lès-Boulogne.

Zone de Calais

Calais, Coquelles, Coulogne, Guines, Hames-Boucres, Marck, Sangatte.

Zone périurbaine de Calais

Alembon, Andres, Ardres, Les Attaques, Audembert, Autingues, Balinghem, Bonningues-lès-Calais, Bouquehault, Brêmes, Campagne-lès-Guines, Clerques, Escalles, Fiennes, Fréthun, Guemps, Hermelinghen, Havelinghen, Landrethun-lès-Ardres, Leubringhen, Leulinghen-Bernes, Louches, Nielles-lès-Ardres, Nielles-lès-Calais, Nortkerque, Offekerque, Peuplingues, Pihen-lès-Guines, Recques-sur-Hem, Rodelinghen, Saint-Inglevert, Saint-Tricat, Wissant, Zutkerque.

Zone de Dunkerque

Cappelle-la-Grande, Coudekerque-Branche, Dunkerque, Fort-Mardyck, Grande-Synthe, Grand-Fort-Philippe, Gravelines, Leffrinckoucke, Loon-Plage, Saint-Pol-sur-Mer, Tétéghem.

Zone périurbaine de Dunkerque

Armbouts-Cappel, Bambecque, Bergues, Bierne, Bissezeele, Bollezeele, Bourbourg, Bray-Dunes, Brouckerque, Cappelle-Brouck, Coudekerque, Craywick, Crochte, Drincham, Éringhem,

Esquelbecq, Ghyvelde, Herzeele, Holque, Hondshoote, Hoymille, Killem, Ledringhem, Looberghe, Merckeghem, Millam, Les Moères, Oost-Cappel, Pitgam, Quaëdypre, Rexpoëde, Saint-Georges-sur-L'aa, Saint-Pierre-Brouck, Socx, Spycker, Steene, Uxem, Volckerinckhove, Warhem, Watten, West-Cappel, Wormhout, Wylder, Zegerscappel, Zuydcoote, Audruicq, Muncq-Nieurlet, Nouvelle-Église, Oye-Plage, Polincove, Ruminghem, Saint-Folquin, Sainte-Marie-Kerque, Saint-Omer-Capelle, Vieille-Église.

Zone de Saint-Omer

Arques, Blendecques, Clairmarais, Hallines, Longuenesse, Saint-Martin-au-Laërt, St-Omer, Salperwick, Serques, Tatinghem, Tilques, Wizernes.

Zone périurbaine de Saint-Omer

Broxeele, Lederzeele, Nieurlet, Saint-Momelin, Wulverdinghe, Acquin-Westbécourt, Affringues, Alquines, Audrethem, Avroult, Bayenghem-lès-Éperlecques, Bayenghem-lès-Seninghem, Bléquin, Boisdillinghem, Bonningues-lès-Ardres, Bouvelinghem, Campagne-lès-Wardrecques, Clarques, Cléty, Coulomby, Coyecques, Delettes, Dennebroeucq, Dohem, Ecques, Elnes, Enguinegatte, Éperlecques, Escoeuilles, Esquerdes, Haut-Loquin, Helfaut, Herbelles, Huringhem, Hocquinghen, Houlle, Inghem, Journy, Leulinghem, Lumbres, Mametz, Mentque-Nortbécourt, Merck-Saint-Liévin, Moringhem, Moule, Nielles-lès-Bléquin, Nordausques, Nort-Leulinghem, Ouve-Wirquin, Pihem, Quelmes, Quercamps, Quiestède, Racquinghem, Rebecques, Rebergues, Remilly-Wirquin, Roquetoire, Seninghem, Setques, Théroouanne, Tournehem-sur-la-Hem, Vaudringhem, Wardrecques, Wavrans-sur-L'aa, Wismes, Wisques, Wittes, Zouafques, Zudausques.

Zone rurale

Aire-sur-la-Lys, Aix-en-Ergny, Aix-en-Issart, Alette, Alincthun, Ambricourt, Attin, Aubin-Saint-Vaast, Auchy-lès-Hesdin, Audincthun, Audinghen, Avesnes, Avondance, Azincourt,

Le Littoral

Faits, tendances et potentiels

Bainghen, Bazinghen, Béalencourt, Beaumerie-Saint-Martin, Beaumetz-lès-Aire, Beaurainville, Bécourt, Beussent, Bezinghem, Bimont, Blangy-sur-Ternoise, Blingel, Boisjean, Bomy, Boubers-lès-Hesmond, Bournonville, Boursin, Bourthes, Brévillers, Brimeux, Brunembert, Buire-le-Sec, Caffiers, Campagne-lès-Boulonnais, Campagne-lès-Hesdin, Campigneulles-les-Grandes, Campigneulles-les-Petites, Canlers, Capelle-lès-Hesdin, Caumont, Cavron-Saint-Martin, Chériennes, Clenleu, Contes, Coupelle-Neuve, Coupelle-Vieille, Courset, Crépy, Créquy, Desvres, Doudeauville, Douriez, Éclimeux, Écuire, Embry, Enquin-les-Mines, Enquin-sur-Baillons, Ergny, Erny-Saint-Julien, Estrée, Estreelles, Fauquembergues, Febvin-Palfart, Ferques, Fillièvres, Fléchin, Fontaine-L'étalon, Fresnoy, Fressin, Fruges, Galametz, Gouy-Saint-André, Grigny, Guigny, Guisy, Hardingham, Henneveux, Herbinghen, Herly, Hesdin, Hesmond, Hézecques, Huby-St-Leu, Hucqueliers, Humbert, Incourt, Inxent, Labroye, Lacres, Lares, Landrethun-le-Nord, Lebiez, Ledinghem, Lépine, Lespinoy, Licques, Lisbourg, La Loge, Loison-sur-Créquoise, Longfossé, Longueville, Lottinghen, Luchy, Madelaine-sous-Montreuil, Maintenay, Maisonnelle, Maninghem, Marant, Marconne, Marconnelle, Marenla, Maresquel-Ecquemicourt, Marles-sur-Canche, Marquise, Matringhem, Mencas, Menneville, Montcavrel, Montreuil, Mouriez, Nabringhen, Nempont-Saint-Firmin, Neulette, Neuville-sous-Montreuil, Noyelles-lès-Humières, Offin, Le Parcq, Parenty, Planques, Bouin-Plumoisson, Preures, Le Quesnoy-en-Artois, Quesques, Quilen, Quoieux-Haut-Maisnil, Radinghem, Raye-sur-Authie, Reclinghem, Recques-sur-Course, Regnauville, Renty, Rety, Rimboval, Rinxent, Rollancourt, Roussent, Royon, Ruisseauville, Rumilly, Sains-lès-Fressin, Ste-Austreberthe, St-Denoëux, Saint-Georges, Saint-Martin-Choquel, Saint-Martin-D'hardingham, St-Michel-sous-Bois, Saint-Rémy-au-Bois, Sanghen, Saulchoy, Selles, Sempy, Senlecques, Senlis, Surques, Tardingham,

Thiembronne, Tilly-Capelle, Tollent, Torcy, Tortefontaine, Tramecourt, Vacqueriette-Erquières, Verchin, Verchocq, Vieil-Hesdin, Vieil-Moutier, Vincly, Wail, Wailly-Beaucamp, Wambercourt, Wamin, Wicquinghem, Willeman, Zoteux.

La population

Avec 791 664 habitants au recensement de 1990, le Littoral est le troisième Bassin de vie du Nord — Pas-de-Calais après l'Artois et avant le Hainaut français. Certes, la densité moyenne y est faible —190 hab./km²—, c'est-à-dire plus faible que la moyenne du Nord — Pas-de-Calais —320 hab./km²—. Elle est toutefois bien supérieure à la moyenne française —104 hab./km²—.

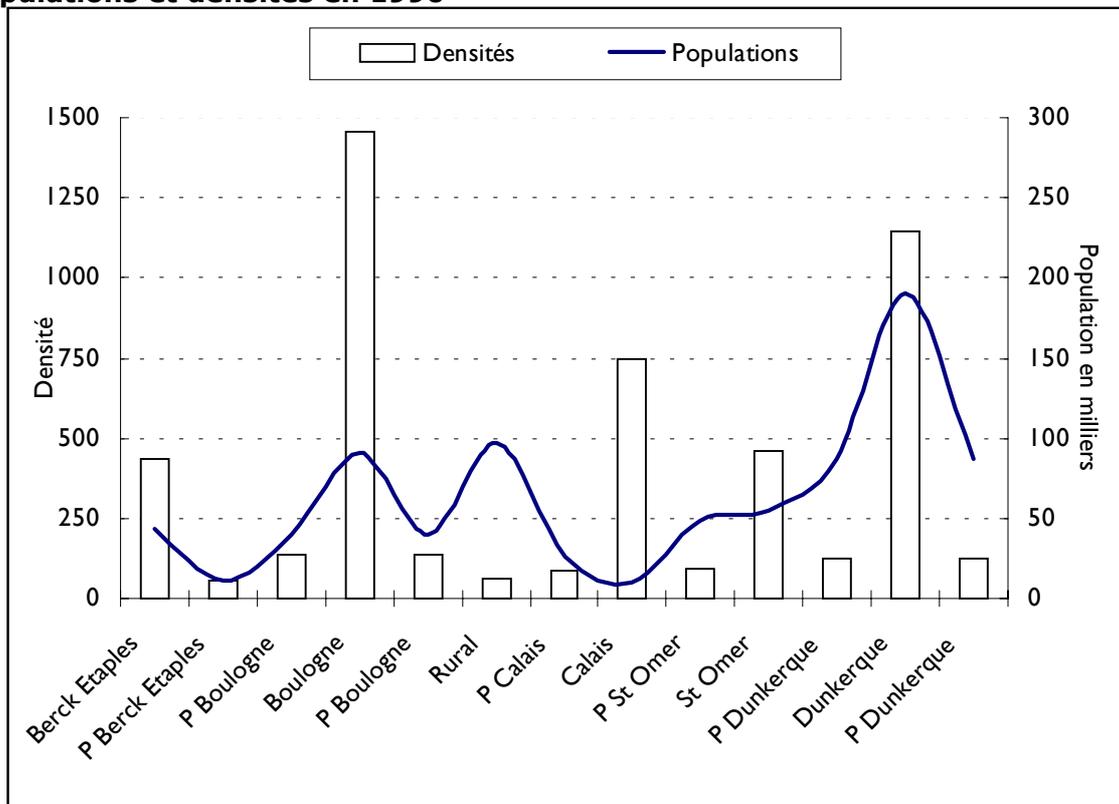
Ainsi, le Littoral du Nord - Pas-de-Calais n'est pas, loin s'en faut, le "territoire du vide"³. À vrai dire ce secteur, tant par sa localisation maritime que par sa situation à l'extrémité occidentale de l'Europe du Nord-Ouest, urbaine, fortement industrialisée, remarquablement active, est pourvu de fortes densités de population et ne trouve son terme oriental qu'à la frontière germano-polonaise.

De plus, les espaces littoraux sont, en France comme ailleurs, et contrairement à une notion couramment répandue, des espaces supportant une forte charge humaine. En 1990, les 1 032 communes côtières françaises regroupaient 10 % de la population pour 4,5 % de la surface du territoire national. La densité moyenne y était de 246 hab./km², soit deux fois et demie la moyenne nationale⁴. La progression du nombre d'habitants a été, en général, et dans le cas particulier du Littoral du Nord — Pas-de-Calais, plus rapide entre les recensements de 1982 et 1990 que la moyenne nationale.

³ "Le territoire du vide" est le titre d'un ouvrage d'histoire consacré au Littoral, écrit par Alain Corbin.

⁴ Lavoux T., Rechatin C. *L'environnement en France*. Paris : La Découverte-IFEN, 1998, 480p.

Graphique I
Populations et densités en 1990



Les variations au sein du territoire étudié sont extrêmes. Entre la zone Insee la moins peuplée (la zone (la zone urbaine de Dunkerque avec 190 904 habitants), les écarts de population fluctuent de 1 à 17 fois plus. Quant aux densités moyennes, elles varient de 53 hab./km² pour la première à 1 453 hab./km² dans la zone de Boulogne-sur-Mer.

Il est à remarquer que la zone rurale ne se situe qu'en avant-dernière place. Elle englobe en effet bon nombre de « bourgs », de pôles ruraux ou de communes rurales sous influences urbaines pour reprendre les termes parfois utilisés par les services de l'Insee.

Cette situation n'a rien d'anormal au regard des caractéristiques de la ruralité française. La zone rurale du bassin de vie Littoral n'est donc pas, à proprement parler, spécifique. La « campagne » n'est pas, n'est plus depuis plusieurs décennies, cet univers homogène centré,

périurbaine de Berck—Étaples et ses 10 794 habitants), et celle qui comporte le plus d'habitants tendu vers l'agriculture qui en constituait l'activité principale⁵. Ainsi, l'Insee estime que 90 % des ménages français vivant « à la campagne » ne comptent aucun membre travaillant dans l'agriculture. De plus, les ouvriers résidant « à la campagne » sont, depuis dix ans, trois fois plus nombreux que les actifs agricoles, (soit un ménage sur trois).

Ce point mérite d'être explicité car, si dans la suite de ce rapport l'accent portera essentiellement sur les zones urbaines, il n'en demeure pas moins important d'exposer la réalité contemporaine des espaces ruraux pour éviter bon nombre de contresens, d'erreurs d'interprétation, et briser quelques "images d'Épinal".

Le phénomène majeur ayant touché les campagnes depuis les années 1960 a été

⁵ Insee, *Les campagnes et leurs villes*, 1998.

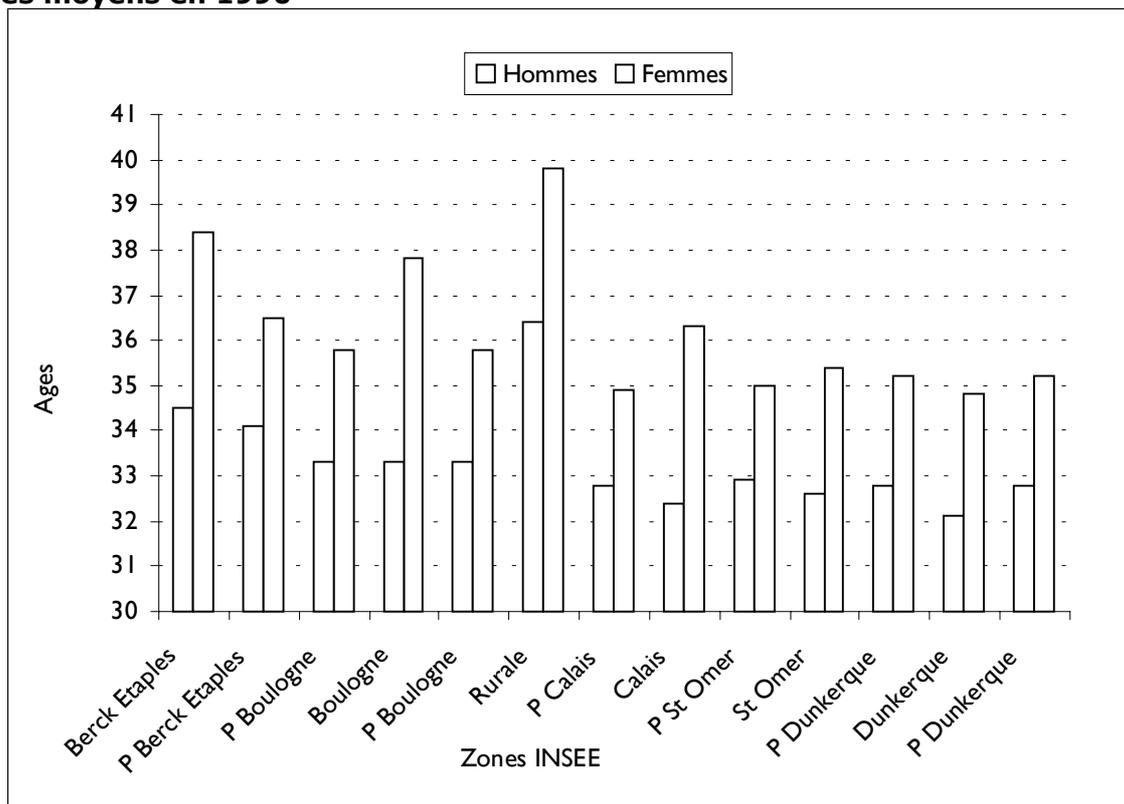
Le Littoral Faits, tendances et potentiels

le développement des déplacements ville/campagne et campagne/ville, surtout perceptible au travers des déplacements domicile/travail. Ces échanges résultent de l'expansion de l'automobile, de l'extension des transports collectifs, de l'amélioration des infrastructures routières. Or, dans les campagnes du Littoral, ceux-ci ont été au moins aussi massifs que dans le reste de la France. Ce triple mouvement est secondairement responsable de l'étalement de l'arrivée de nouveaux résidents à la périphérie des pôles urbains, mais aussi à la périphérie des pôles ruraux. Il n'y a guère que les communes rurales très isolées qui n'ont pas gagné ni perdu de population depuis

les années 1975. En somme, le mouvement de desserrement a été généralisé en France, en ville comme à la campagne. Il apparaît désormais que la "périurbanisation" se replace dans un vaste mouvement de "périurbanisation" global qui fut et reste, sans doute, tout autant actif dans le monde urbain que dans le monde rural.

L'examen des structures par âge de la population laisse voir que ce paramètre fait également l'objet, sur le Littoral, d'importantes variations, même si globalement la part des plus de 65 ans et l'âge moyen sont plus bas que la moyenne. En cela les deux bassins de vie Littoral et Métropole se ressemblent beaucoup.

Graphique II
Âges moyens en 1990



Si l'on pouvait s'attendre à ce que le secteur rural affiche les âges moyens les plus élevés —36,4 ans chez les hommes et 39,8 ans chez les femmes— le contraste entre la côte longitudinale — Nord-Sud— et le tronçon méridien —Est-Ouest— est quant à lui, plus révélateur.

Outre la zone périurbaine de Calais jusqu'à la frontière franco-belge, les populations présentent des âges moyens inférieurs à la moyenne du bassin de vie —33,2 ans pour les hommes et 36,4 ans pour les femmes—.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

À cette variabilité intrasectorielle se surajoutent, dans la zone littorale en particulier, de non négligeables oscillations temporelles de la population présente. Selon les mois et selon les jours de la semaine, le Littoral accueille —il convient de ne pas l'oublier— des flux touristiques notables d'avril à septembre et en fin de semaine. Ces pulsations qui ont pour origine le Nord — Pas-de-Calais, l'Île-de-France et la Picardie, sans omettre la Belgique et le Royaume-Uni, doivent impérativement être prises en compte par le système de soins du Littoral. Il est certain, par ailleurs, que ces arrivées de population modifient localement le fonctionnement des systèmes urbains (effets sur les commerces, les services, réduction de la fluidité du trafic, surdensités ponctuelles et transitoires parfois extrêmes). Le phénomène touche principalement la zone de Berck—Le Touquet, Boulogne—Wissant—Calais et, dans une moindre mesure, Dunkerque—Bray-Dunes⁶.

Dunkerque. Mais, ici, apparaissent en creux des aires de dépression de fécondité, principalement localisées dans les zones périurbaines. Espaces urbains centraux et couronnes urbaines périphériques sont donc bien complémentaires les uns des autres. Dans une large mesure, la fécondité dans les 11 secteurs Insee du Littoral s'accroît inversement au revenu moyen par foyer fiscal et proportionnellement à l'ampleur du taux de chômage féminin. Si le constat de cette corrélation géographique doit être interprété avec certaines réserves, il semble toutefois que l'on puisse signaler l'influence probable de facteurs économiques et sociaux sur le nombre de naissances par femme en âge de procréer.

NATALITE ET MORTALITE

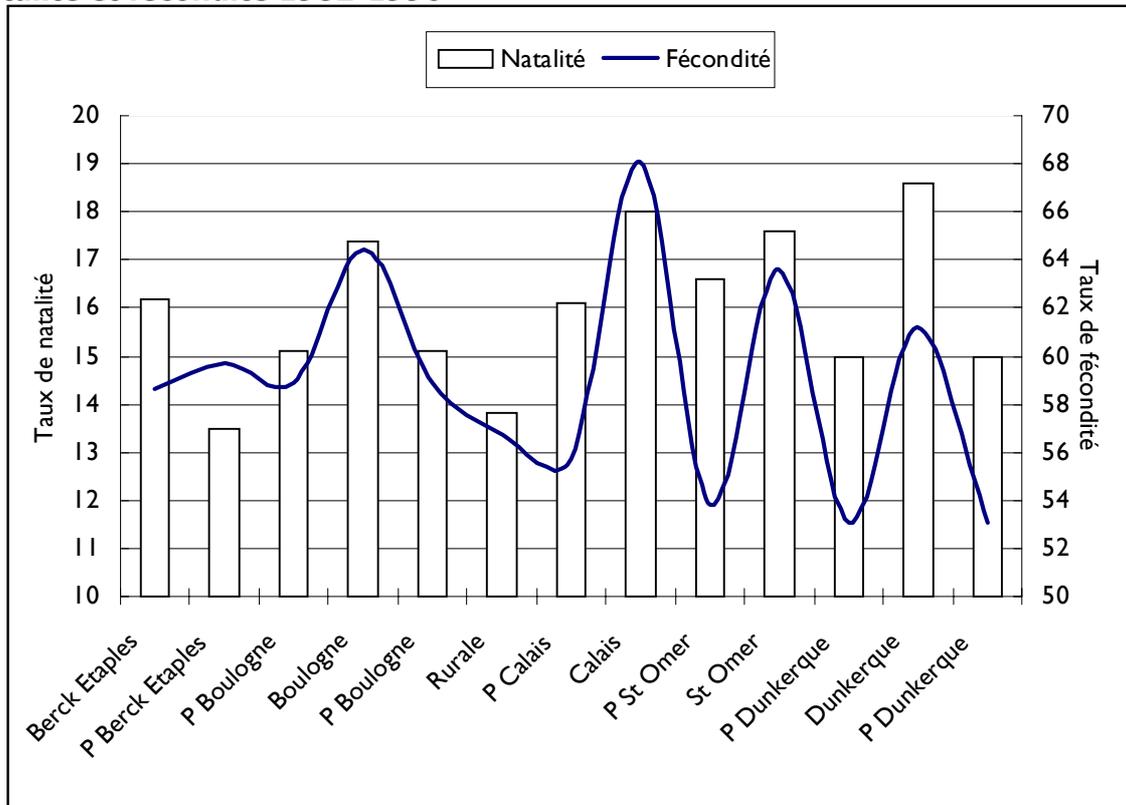
Entre 1982 et 1990, la natalité a été significativement plus élevée dans le Bassin de vie du Littoral —16,8 naissances annuelles pour 1 000 habitants— que la moyenne régionale — 16,4 naissances annuelles pour 1 000 habitants— et que celle observée dans les bassins de vie du Hainaut et de l'Artois. Une fois encore le Littoral se situe en deuxième position, après le secteur de la Métropole. Ce sont les quatre grands centres urbains de Boulogne, Calais, Dunkerque et Saint-Omer qui ont été, proportionnellement, les plus importants sites de natalité. À l'opposé, se trouvent la zone rurale et la zone périurbaine de Berck.

À la lecture des indicateurs de fécondité se retrouve le dynamisme de la natalité à Boulogne, Calais (près de 90 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans !), Saint-Omer et

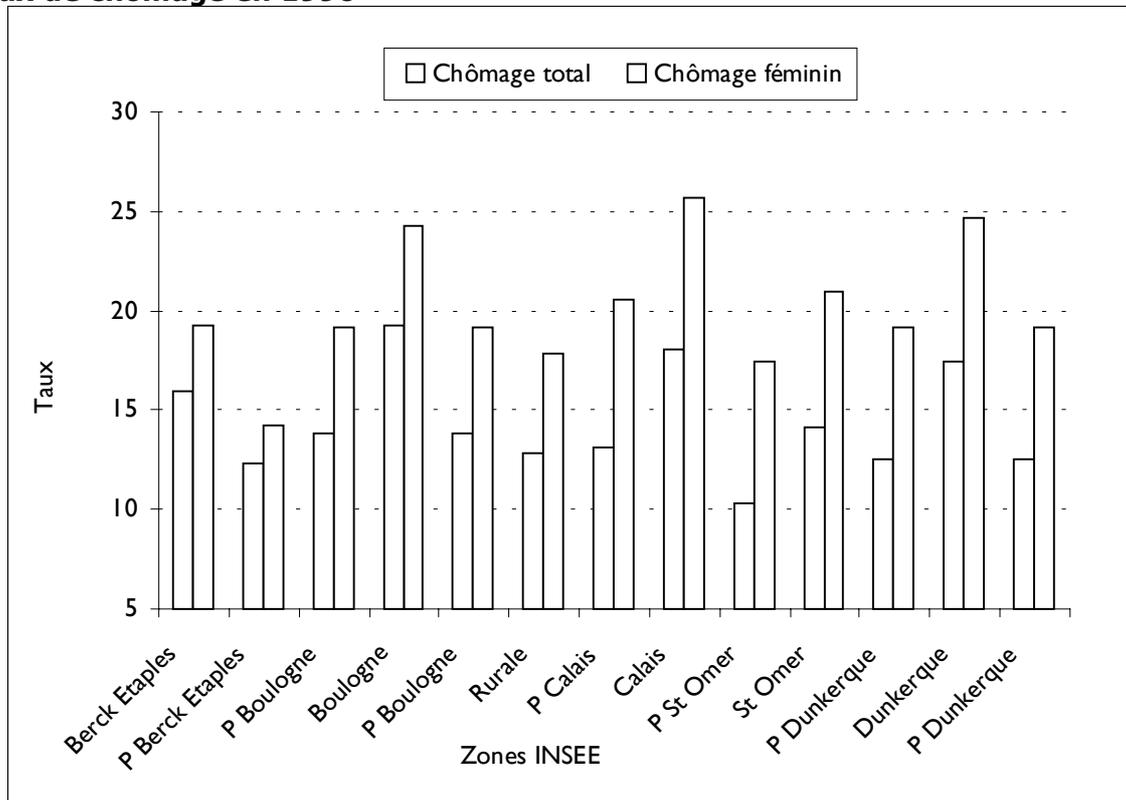
⁶ SMC0, *Schéma de transport collectif du Littoral*, 1998 et Comité régional du tourisme.

Le Littoral Faits, tendances et potentiels

Graphique III
Natalité et fécondité 1982-1990



Graphique IV
Taux de chômage en 1990



Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Données de l'Association régionale des caisses d'allocations familiales - 1 9 9 7 -

Dans leur ensemble, les données produites par l'Association régionale des caisses d'allocations familiales sont convergentes avec les données issues de l'Insee. Les secteurs urbains sont presque systématiquement associés à des indicateurs dégradés. Pour ce qui est de la part des allocataires en "situation difficile" (bénéficiant soit du Revenu minimum d'insertion, soit de l'Allocation adulte handicapé, soit encore de l'Allocation parent isolé), les secteurs de Calais (34,6 %), Boulogne-sur-Mer (34,1 %), Berck—Étaples (32,6 %) se situent très en deçà de la moyenne nationale (26,8 %) ou régionale (32,2 %) ou encore de celle du bassin de vie (29,2 %). Seules les zones de Dunkerque et de Saint-Omer

présentent une distorsion entre leur meilleure position au regard de cet indicateur "situation difficile" et leur situation plus détériorée vis-à-vis du chômage. La zone rurale (31,7 %) se trouve, quant à elle, au-dessus de la moyenne française, et légèrement en dessous de la moyenne régionale et de celle du bassin de vie.

Il est à signaler que la répartition de l'indicateur "part des bénéficiaires de l'allocation parent isolé" par rapport à la population âgée de 20 à 64 ans, est sensiblement plus forte à Berck—Étaples, dans la zone périurbaine de Berck—Étaples, à Boulogne et dans la zone rurale, que dans le reste du bassin de vie.

Enfin, il convient de remarquer que Boulogne-sur-Mer et Calais comptent proportionnellement un très grand nombre de bénéficiaires de l'allocation parent isolé.

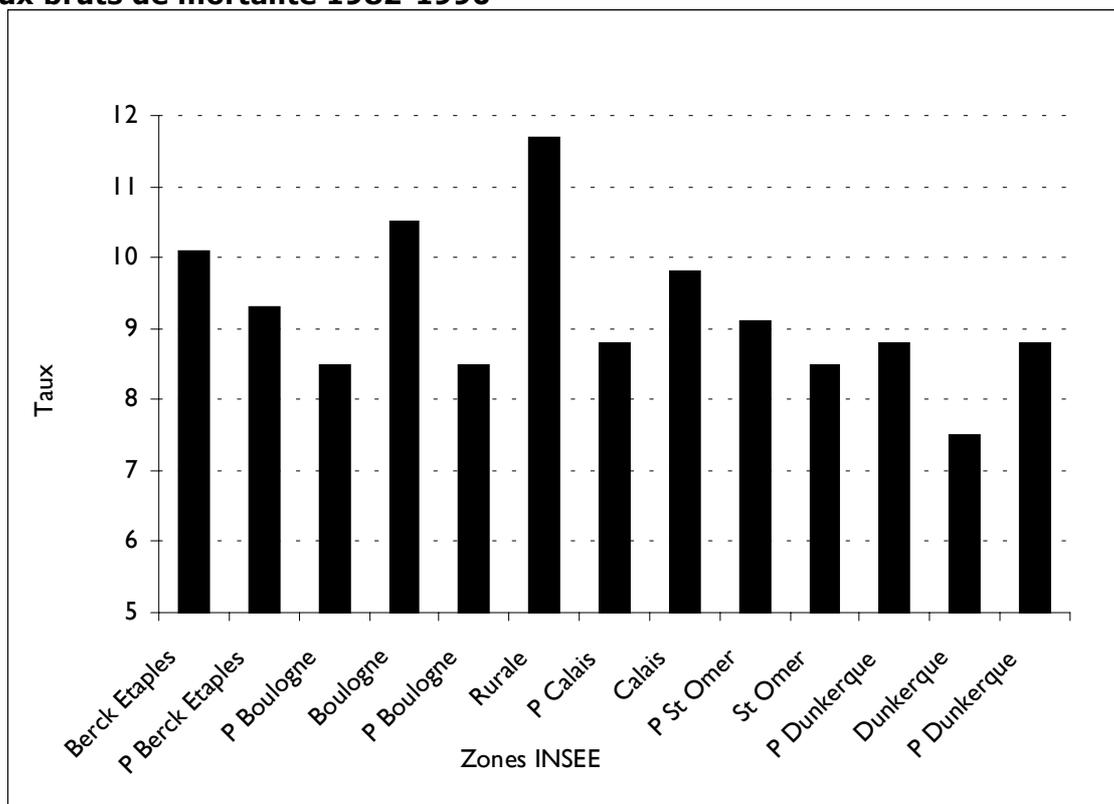
1997	Situation difficile	AAH	API
Berck-Etaples	32,56	3,09	1,80
P Berck-Etaples	27,56	2,59	0,83
Boulogne	34,10	2,55	3,70
P Boulogne	25,68	2,20	1,55
Calais	34,47	2,25	3,41
P Calais	24,92	1,82	1,01
Dunkerque	27,60	1,95	1,99
P Dunkerque	20,15	1,50	0,86
Saint Omer	29,97	2,38	2,15
P Saint Omer	20,32	1,63	0,74
Rural	31,70	2,43	1,19
Reste de la région	32,75	2,27	1,98

Situation difficile : nombre d'allocataires de l'Aah, du Rmi ou de l'Api rapporté au nombre d'allocataires Caf sans les étudiants

Aah : nombre de bénéficiaires de l'Aah rapporté à la population âgée de 20 à 64 ans

Api : nombre de bénéficiaires de l'Api rapporté à la population âgée de 15 à 49 ans

Graphique V
Taux bruts de mortalité 1982-1990



La mortalité est un phénomène démographique pouvant être abordé à l'aide de diverses méthodes. Le premier constat que nous proposons est l'analyse des taux bruts de mortalité calculés sur l'ensemble de la population ; lesquels donnent une image de la charge locale que représentent les décès. Non seulement celle-ci s'avère nettement inférieure à la moyenne régionale dans le Bassin de vie du Littoral —9,2 décès pour 1 000 habitants contre 10,0 pour 1 000 dans le Nord — Pas-de-Calais— mais elle est aussi la plus faible des quatre bassins de vie. Au sein des zones Insee, les taux bruts sont très élevés dans la zone rurale —13,8 pour 1 000 habitants— et sensiblement plus forts dans les zones de Boulogne-sur-Mer et de Berck—Étaples (respectivement 10,5 et 10,1 pour 1 000 habitants). Ils sont, en revanche, nettement plus faibles dans la zone périurbaine de Boulogne-sur-Mer, et dans les zones urbaines de St Omer et de Dunkerque. Ces disparités peuvent, certes, résulter de la variation des conditions de vie locales. Pour

autant, il semble manifeste qu'elles restent très dépendantes, et ce pour des raisons évidentes, de la proportion de personnes âgées, et plus explicitement de femmes âgées. Ainsi est-il possible de constater que plus la population locale comporte un fort pourcentage de femmes de plus de 65 ans, plus l'âge moyen des femmes est élevé, et par conséquent, plus le risque de décéder est grand.

Mesurer la mortalité dans une population

Le risque de décéder n'étant pas uniforme selon l'âge, il importe, lorsqu'il s'agit de quantifier la fréquence des décès, de recourir à des techniques autorisant la comparaison entre des populations n'ayant pas les mêmes structures par âge.

Il est possible, afin de contourner ces inconvénients, de procéder à une standardisation permettant l'élaboration d'indices comparatifs de mortalité.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Plusieurs méthodes peuvent être adoptées.

Nous avons opté pour une standardisation indirecte (appelée également *méthode des taux-types* ou *méthode de la mortalité-type*) qui est le procédé le plus adapté à de petites unités géographiques.

Dans ce cas, on calcule pour chaque unité géographique le nombre de décès qui aurait été constaté si les taux de mortalité par âge avaient été exactement identiques à ceux d'une population donnée, (ici celle de la France), prise comme point de référence. À ceux-ci, on rapporte le nombre de décès effectivement observés, en calculant le ratio de l'un par l'autre, c'est-à-dire le rapport entre le nombre de décès *attendus* (simulés si les taux de mortalité avaient été identiques à ceux de la population de référence) et le nombre de décès *observés*, le tout étant multiplié par 100 pour obtenir l'indice.

Il y a *surmortalité* si l'indice comparatif de mortalité —Icm— est supérieur à 100. Il y a *mortalité similaire* si l'Icm est égal à 100. Il y a *sous-mortalité* si l'Icm est inférieur à 100.

Nous avons complété l'analyse statistique par l'emploi d'un test statistique de probabilité visant à approcher la fiabilité des Icm de chaque unité géographique de petite dimension. Il a été considéré qu'un Icm est significatif lorsque la probabilité qu'un tel indice soit lié aux fluctuations aléatoires est inférieure à 5 % ($p < 0,05$).

La période couverte correspond aux années 1995, 1996 et 1997.

par rapport à la mortalité moyenne française durant la même période 1995-1996-1997.

Attention, certains Icm sembleront très faibles, voire largement supérieurs à la moyenne nationale et à celle du Littoral, mais il faut relativiser en fonction de la population totale du territoire concerné (en milieu périurbain ou rural...).

L'élaboration d'indices comparatifs de mortalité permet de minimiser largement les effets de la structure par âge dans l'analyse de la mortalité. Ainsi, au sein du bassin de vie Littoral, dans sa globalité, n'apparaît plus la franche sous-mortalité relevée par les taux bruts. Ici, les Icm sont extrêmement voisins de la mortalité moyenne régionale et laissent constater une surmortalité de 23 % chez les hommes et de 15 % chez les femmes

Le Littoral

Faits, tendances et potentiels

Tableau 1 : Indices comparatifs de mortalité toutes causes, par Bassin de vie du Nord – Pas-de-Calais, de 1995 à 1997 (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
132	121	129	120	123	116	115	106

Source : Inserm C.S.8, Insee, Recensement de la population 1990. Exploitation Ors.

La variabilité selon les zones est sensible. Si la surmortalité de la zone rurale a disparu (preuve que la structure par âge était très influente), la surmortalité de Boulogne-sur-Mer s'est

maintenue. Mais le plus remarquable est l'apparition de très franches surmortalités dans les zones de Berck—Étaples et Dunkerque.

Tableau 2 : Indices comparatifs de mortalité toutes causes par zones Insee du Bassin de vie Littoral, de 1995 à 1997

1995 1997	Hommes		Femmes	
	Icm	Significatif	Icm	Significatif
Berck—Étaples	128	oui	117	oui
P Berck—Étaples	132	oui	148	oui
Boulogne	134	oui	121	oui
P Boulogne	118	oui	128	oui
Calais	126	oui	104	
P Calais	118	oui	95	
Dunkerque	133	oui	113	oui
P Dunkerque	115	oui	126	oui
St Omer	120	oui	124	oui
P St Omer	100		106	
Rural	115	oui	118	oui

Source : Inserm C.S.8, Insee Rp 1990. Exploitation Ors.

Utilisés comme indicateurs d'un état de santé local, les indices comparatifs de mortalité permettent de relever que l'ensemble des secteurs, outre les zones périurbaines de Saint-Omer et Calais, présente au moins une surmortalité chez les hommes ou chez les femmes comparable à celle qui affecte la région depuis plusieurs

décennies. Le parallélisme, plusieurs fois constaté dans la région mais hors du Littoral, entre taux de chômage et ampleur de la surmortalité est ici, à l'appui des données disponibles, mis en échec. Il conviendra de réexaminer attentivement ce point lorsque les données issues du recensement de 1999 seront consultables.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

MOBILITE ET ZONES DE COHESION DU LITTORAL

Les zones urbaines définies par l'Insee ne sont pas, par essence, des espaces autonomes ou étanches. Certes, si chaque zone urbaine est principalement définie par son potentiel d'attraction sur la main-d'œuvre, il n'en reste pas moins qu'il est non seulement possible de mettre en avant les processus de perméabilité entre zones, mais aussi et surtout, leur accélération récente.

Le fichier "MIRABELLE" transcrivant les déplacements domicile/travail datant de 1990, permet de cerner les flux quotidiens et de valider, si besoin était, le découpage en aires urbaines réalisé par l'Insee. Chacune des cinq zones urbaines, depuis celle de Berck—Étaples à celle de Dunkerque, correspond à un ensemble de communes dont la somme représente l'équivalent de 90 % de la population active venant travailler. Seule l'entité rurale, non urbaine par essence, ne capte sur elle-même qu'un peu plus de 78 % des déplacements domicile/travail. En cela, il apparaît que chaque unité urbaine dispose effectivement d'une autonomie et d'une homogénéité certaines, en regard des items sélectionnés.

Les déplacements vers d'autres communes situées en dehors du Littoral sont mineurs ; ils varient en fonction de la situation géographique de chaque unité urbaine, d'un minimum de 1,07 % pour Boulogne qui se trouve en situation distale, à 4,13 % pour la zone rurale, polypolarisée non seulement par chacune des aires urbaines locales, mais aussi par celles de Bailleul, Hazebrouck, Merville, Béthune, Arras, ou encore Lille.

L'ensemble de la zone urbaine de Dunkerque (zone centre et zone périurbaine) compte peu d'actifs travaillant à l'extérieur. Seuls 6,2 % d'entre eux la quittent et l'on remarque ainsi que la zone de Dunkerque était en 1990, et ce en dépit de sa position géographique frontalière, relativement

fermée (seuls 800 actifs se rendaient en Belgique, contre autant vers Saint-Omer, ou encore 2 000 vers Calais). On comprendra aisément les enjeux d'ouverture et de mise en réseau en direction de sa périphérie, tant au long du Littoral qu'au-delà des frontières nationales, vers la Belgique surtout ou le Royaume-Uni. Il reste cependant que, contrairement à ce qui nous a été décrit par nos interlocuteurs, de notables mouvements liés au travail avaient lieu en 1990 entre la zone de Dunkerque et celle de Calais.

Le Littoral

Faits, tendances et potentiels

Tableau 3 :

Flux domicile travail en 1990		Lieu de résidence					
		Berck—Étaples		Boulogne		Calais	
		N	%	N	%	N	%
Lieu de travail	Berck—Étaples	14 385	82,68	433	1,03	3	0,01
	P Berck—Étaples	1 386	7,97	72	0,17	0	0,00
	Boulogne	611	3,51	33 404	79,18	369	0,91
	P Boulogne	92	0,53	5 826	13,81	23	0,06
	Calais	77	0,44	1 047	2,48	33 701	82,66
	P Calais	0	0,00	19	0,05	3 375	8,28
	Dunkerque	9	0,05	88	0,21	1 813	4,45
	P Dunkerque	0	0,00	3	0,01	321	0,79
	St Omer	0	0,00	104	0,25	343	0,84
	P St Omer	3	0,02	9	0,02	49	0,12
	Rural	530	3,05	731	1,73	333	0,82
	Reste du Nord - Pas-de-Calais	113	0,65	198	0,47	253	0,62
	Départements hors région	184	1,06	229	0,54	156	0,38
	Principalement en Belgique	9	0,05	24	0,06	31	0,08
	Total		17 399	100,00	42 187	100,00	40 770

Flux domicile travail en 1990		Lieu de résidence					
		Dunkerque		St Omer		Rural	
		N	%	N	%	N	%
Lieu de travail	Berck—Étaples	0	0,00	0	0,00	854	3,10
	P Berck—Étaples	0	0,00	0	0,00	14	0,05
	Boulogne	31	0,03	58	0,17	1 265	4,59
	P Boulogne	0	0,00	3	0,01	256	0,93
	Calais	1 869	2,11	427	1,26	780	2,83
	P Calais	119	0,13	52	0,15	59	0,21
	Dunkerque	67 988	76,70	464	1,37	36	0,13
	P Dunkerque	15 122	17,06	150	0,44	—	0,00
	St Omer	674	0,76	23 827	70,25	1 313	4,76
	P St Omer	93	0,10	7 127	21,01	191	0,69
	Rural	7	0,01	719	2,12	21 682	78,59
	Reste du Nord - Pas-de-Calais	1 474	1,66	1 031	3,04	1 015	3,68
	Départements hors région	459	0,52	51	0,15	113	0,41
	Principalement en Belgique	806	0,91	9	0,03	11	0,04
	Total		88 642	100,00	33 918	100,00	27 589

Source : Fichier Mirabelle, Insee 1990. Exploitation Ors.

La zone de Saint-Omer perd 8,7 % de sa population. Ici, les flux centrifuges quotidiens s'orientent par ordre vers des sites régionaux extérieurs au Littoral — 3,0 % soit 1 031 personnes— puis vers la zone rurale —2,1 %—. L'aire urbaine de Dunkerque capte moins sur la zone de Saint-Omer que ne le fait Calais à son

endroit (1,8 %). Calais ne prélève que 1,4 % des emplois.

Calais et l'ensemble de son aire urbaine sont des espaces de résidence pour des personnes employées dans d'autres secteurs : Dunkerque tout d'abord (5,2 % soit 2 130 personnes) et secondairement des espaces extérieurs

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

au Littoral (1,08 %). Curieusement, les flux en direction des zones de Boulogne-sur-Mer, Saint-Omer et la zone rurale sont très faibles —0,97 %, 0,96 % et 0,82 %—. Les échanges restent donc, comme à Dunkerque, transversaux mais déficitaires vis-à-vis de l'agglomération nordiste.

L'ensemble de la zone urbaine de Boulogne-sur-Mer se caractérise, comme Dunkerque, par la faible proportion de personnes allant travailler à l'extérieur. La zone de Calais attire 2,5 % —soit 1 060 personnes— de la population active, la zone rurale qui lui est proche, 1,7 %, et enfin, la zone de Berck—Étaples qui parvient à en capter 1,2 %.

Berck—Étaples est très exposé à la force de gravité de Boulogne-sur-Mer. 4,0 % de la population —700 personnes— en prenait le chemin en 1990 pour travailler. Cette attraction est plus intense que celle exercée par la zone rurale pourtant voisine —3,05 %—. Il est à noter également que les autres départements français se trouvant en dehors du Nord — Pas-de-Calais, la Somme principalement, prélèvent sur cette aire urbaine 1 % de la population active. La dernière remarque intéressante est que Berck—Étaples ne s'avère que très marginalement soumis à la force de gravité des aires urbaines de Calais et Saint-Omer (0,5 % et 0 %).

Quant à la zone rurale qui, par définition, n'est pas une aire urbaine, il est logique qu'elle perde 21 % de ses résidents. Pour autant, leur ventilation selon les aires du Littoral mérite d'être signalée. Trois destinations se détachent : il s'agit de la zone de Boulogne-sur-Mer —5,52 %—, de celle de Saint-Omer —5,45 %— et des territoires non littoraux —4,13 %—. Berck—Étaples et Calais ne l'exposent qu'à une attraction bien plus limitée —3,15 % et 3,04 %—. Dunkerque, enfin, n'entretient pas explicitement de relations avec la zone rurale du Littoral.

Ces données issues du fichier "MIRABELLE" de l'Insee datent de 1990 et ne portent

que sur les seuls déplacements domicile/travail. Il est certain que la réalité des échanges entre sites doit avoir amplement évolué et que d'autres motifs de déplacements devraient être pris en compte dans l'analyse des mobilités et des cohésions locales. C'est ce que montrent les travaux préparatoires à la mise en place du "schéma de transport collectif du Littoral" mené par le Syndicat mixte de la Côte d'Opale⁷.

En dix ans, depuis le recensement de 1990, de profonds bouleversements ont affecté la structure des transports et, au premier chef, l'organisation du réseau routier. Les effets sur les déplacements domicile/travail restent aujourd'hui encore malheureusement méconnus. Le traitement du dernier recensement en démontrera sans doute les répercussions. Toutefois il est certain que la réduction des temps de transport entre grands sites urbains, induite par la mise en place récente des infrastructures autoroutières, a dû accélérer et augmenter les mobilités locales, tout comme la perméabilité du Littoral au-delà de ses propres limites. À titre d'exemple, les temps de transport moyens ont été réduits de 45 % entre Calais et Dunkerque, de 40 % entre Boulogne-sur-Mer et Calais, et de 52 % entre Dunkerque et Boulogne-sur-Mer. La carte des isochrones s'est considérablement modifiée. Ainsi, Calais et Dunkerque, Saint-Omer et Calais, et Saint-Omer et Dunkerque forment un triangle dont les sommets sont respectivement placés à 35 minutes les uns des autres. Le rapprochement entre agglomérations de part et d'autre de la limite départementale est incontestable. Celle-ci se trouve, localement et de ce point de vue, en grande partie effacée.

⁷ SMC0, Rapport diagnostique du schéma de transport collectif du Littoral, multigr, juillet 1998.

SMCO, Rapport final du schéma de transport collectif du Littoral, multigr, novembre 1998.

Le Littoral

Faits, tendances et potentiels

Tableau 4 : Temps de transport moyens par véhicule particulier entre grandes communes

Trajets	1987	1997
Boulogne—Calais ⁽¹⁾	00:48	00:28
Calais—Dunkerque ⁽¹⁾	00:59	00:33
Dunkerque—Boulogne ⁽¹⁾	01:47	00:51
St Omer—Boulogne ⁽¹⁾	00:51	00:48
St Omer—Calais ⁽¹⁾	00:42	00:35
St Omer—Dunkerque ⁽¹⁾	00:41	00:36
Berck—Boulogne ⁽²⁾	—	00:47
Berck—Calais ⁽²⁾	—	01:07
Berck—Dunkerque ⁽²⁾	—	01:28
Berck—St Omer ⁽²⁾	—	01:17

⁽¹⁾ SMC0 ⁽²⁾ Estimation SIGORS

Le rapport diagnostic du schéma de transport collectif montre, pour sa part, que 234 000 personnes circulent quotidiennement sur le Littoral, dont 60 % dans le seul cadre du Littoral. Pour autant, l'on estime que seulement 21 % des trajets effectués au sein de ce périmètre relèvent de déplacements domicile/travail. La mobilité des personnes est donc aujourd'hui très marquée. La perméabilité entre aires est une réalité qui ne se limite pas aux seuls déplacements domicile/travail. Si ceux-ci demeurent, en règle générale, le meilleur reflet des échanges de population au sein d'un réseau urbain⁸, ils ne constituent pas l'unique motif de déplacements. Les données issues du fichier « MIRABELLE » de l'Insee ne rapportent donc pas l'ensemble des déplacements. Il est toutefois d'usage de les retenir en tant qu'indicateurs de tendance : un site urbain attractif quant à l'emploi génère aussi, pour la grande majorité de ses autres fonctions, des flux de mêmes provenances sur les mêmes axes et proportionnels dans leurs intensités.

⁸ Merlin P., La mobilité urbaine : données et analyses.

Pumain D., Mattei M.-F. *Données urbaines T2*, Paris, Anthropos/Insee, 1998, 139-146.

LE LITTORAL, UN ESPACE D'OUVERTURE POUR LE NORD — PAS-DE-CALAIS

Le développement du réseau de transport n'a pas connu et ne se limitera pas à l'avenir à une réorganisation des échanges locaux. L'évolution la plus récente est induite par l'ouverture de l'autoroute A16 reliant le Littoral Nord — Pas-de-Calais, d'une part aux régions Picardie et Ile-de-France *via* Abbeville et Amiens, et d'autre part à la Haute et la Basse-Normandie. Cet axe devrait permettre, à l'horizon 2005-2006, de parcourir l'ensemble des régions littorales de l'ouest français par un axe à grande circulation, *la route des estuaires*, contournant l'agglomération parisienne.

Ces réalisations franco-françaises trouvent leur place dans un schéma européen de transport dont les répercussions sont et seront encore plus sensibles pour le secteur littoral et l'ensemble de la région Nord — Pas-de-Calais. La fonction frontalière du Littoral Nord — Pas-de-Calais se renforce, s'accélère, devient de plus en plus explicite. Par lui la Belgique sera donc reliée à l'Espagne, *via* Rouen, Caen, Rennes, Nantes, La Rochelle, Bordeaux et enfin Bayonne.

Par l'autoroute A16 devenant A18 puis A10 sur le sol belge, les 792 000 habitants de cet ensemble se trouvent être au contact des agglomérations d'Ostende, Bruges, Gand, Anvers ou

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Bruxelles, puis au-delà, sous influence des solides ensembles urbains néerlandais —Rotterdam, Amsterdam, Eindhoven— et même allemands : Essen, Düsseldorf, Cologne.

Pour éloignés que soient ces ensembles urbains, il n'en demeure pas moins qu'ils se trouvent tous, y compris le Littoral Nord — Pas-de-Calais qui en constitue la quasi-terminaison occidentale, intégrés dans un ensemble régional et européen majeur peuplé de 250 millions d'habitants : le *Range* nord-européen⁹.

Entre Elbe et baie de Seine s'aligne ce versant nord-ouest de l'Europe (Iles britanniques exclues) doté d'une quinzaine de puissants sites portuaires dont font incontestablement partie Dunkerque (premier port sidérurgique français et troisième port sur le plan du tonnage transitant), Calais (premier port français de passagers) et Boulogne-sur-Mer (premier port de pêche français). Cette entité a pour caractéristiques de disposer, d'une extrémité à l'autre, d'un *arrière-pays* solidement ancré, d'une économie puissante et d'effectifs de population considérables en regard des autres façades maritimes européennes. Tout au long de cet ensemble s'aligne une même famille de grandes villes de mer, un même style d'activités économiques fondées sur le commerce.

L'ouverture induite par l'achèvement de l'axe autoroutier en mai 1998 redouble par voie de terre l'axe de circulation maritime qui ouvre le *Range* nord-européen sur un avant-pays mondial¹⁰ et vient, par exemple, recouper perpendiculairement les corridors ferroviaires sud-est/nord-ouest promus par la Commission de Bruxelles. Toutes proportions gardées, ce *Range*

nord-européen présente les mêmes phénomènes humains et géographiques que la baie de Tokyo ou la côte est des États-Unis.

En conclusion, il apparaît que la région Nord — Pas-de-Calais constitue l'extrémité occidentale de l'Europe du Nord-Ouest, il est tout aussi vrai que le Littoral du Nord — Pas-de-Calais se place bel et bien à la terminaison ouest du *Range* nord-européen. En cela, on ne peut considérer ce territoire comme un ensemble banal ou se limiter à le décrire en fonction de ses seuls caractères ou phénomènes franco-français. Nombreux sont les grands centres urbains belges ou néerlandais qui se trouvent plus proches du Littoral que d'autres pôles urbains français.

Bien sûr, cette nécessité s'est avérée patente depuis la mise en service du tunnel sous la Manche qui a marqué plus encore l'intégration de l'espace littoral dans l'ensemble européen. Cette seconde frontière, trop souvent oubliée sûrement¹¹, est de plus en plus franchie par voie de mer —Calais est le premier port de voyageurs de France et d'Europe— comme par le tunnel. Il est à prévoir que ces échanges ne cesseront de s'accroître, au moins dans les dix années à venir.

⁹ Appelé aussi *Northern Range* par les Anglo-Saxons, *Range* peut se traduire par *alignement*, *rangée*, *chaîne*, mais aussi par *région* ou *zone*.

Subra P. Les ports du *Range Nord-européen*, entre concurrence, mondialisation et luttes environnementales, *Hérodote*, 1999, 93 : 106-133.

¹⁰ Les grands ports du *Range* nord-européen sont en relation avec la totalité des grands sites portuaires mondiaux, américains, africains et asiatiques. Le port de Dunkerque recevait en 1997 des bâtiments de commerce originaires d'Australie, du Brésil et des États-Unis.

¹¹ Il est significatif que l'Insee ait publié dans son numéro 49 de la revue *Profils* d'avril 1998, sous le titre « une frontière ambiguë », une étude consacrée à la frontière franco-belge qui « oublie » totalement la frontière franco-britannique.

Le Littoral

Faits, tendances et potentiels

Le trafic passager en Manche Est et Ouest vers la Grande Bretagne et l'Irlande

Passagers	1989	1990	1991	1992	1993
Dunkerque	1 524 878	1 550 688	1 778 156	1 950 935	2 072 958
Calais	10 534 501	10 682 281	11 546 210	13 862 584	16 032 019
Boulogne/Mer	2 659 345	2 974 821	2 732 141	1 783 367	850 249
Dieppe	925 498	833 855	723 090	739 566	1 216 486
Le Havre	904 762	991 161	958 870	959 322	901 440
Caen	869 911	970 159	941 338	1 128 694	1 152 027
Cherbourg	1 203 085	1 241 472	1 504 654	1 788 510	1 619 873
Saint-Malo*	445 586	475 066	481 480	386 089	412 015
Roscoff	465 074	574 146	608 782	503 458	636 442
TOTAL	19 532 640	20 293 649	21 274 721	23 102 525	24 893 509

Passagers	1994	1995	1996	1997	1998
Dunkerque	1 802 982	1 673 482	1 227 096	359 928	0
Calais	18 393 848	17 055 698	18 149 157	20 059 962	18 116 566
Boulogne/Mer	975 013	741 839	902 504	874 641	912 217
Dieppe	1 169 888	974 852	818 242	746 416	614 664
Le Havre	969 979	1 050 284	988 743	996 147	866 366
Caen	1 120 238	978 130	853 643	974 219	965 788
Cherbourg	1 764 722	1 755 668	1 536 791	1 218 949	1 419 848
Saint-Malo*	576 318	579 016	561 337	529 397	598 457
Roscoff	628 549	624 389	548 994	632 230	643 257
TOTAL	27 401 537	25 433 358	25 586 507	26 391 889	24 137 163

Sources : Ports et CCI, *ne tient pas compte du trafic avec les Iles Anglo-Normandes.

1990 base 100	1989	1990	1991	1992	1993
Dunkerque	98	100	115	126	134
Calais	99	100	108	130	150
Boulogne/Mer	89	100	92	60	29
Dieppe	111	100	87	89	146
Le Havre	91	100	97	97	91
Caen	90	100	97	116	119
Cherbourg	97	100	121	144	130
Saint-Malo*	94	100	101	81	87
Roscoff	81	100	106	88	111
TOTAL	96	100	105	114	123

1990 base 100	1994	1995	1996	1997	1998
Dunkerque	116	108	79	23	0
Calais	172	160	170	188	170
Boulogne/Mer	33	25	30	29	31
Dieppe	140	117	98	90	74
Le Havre	98	106	100	101	87
Caen	115	101	88	100	100
Cherbourg	142	141	124	98	114
Saint-Malo*	121	122	118	111	126
Roscoff	109	109	96	110	112
TOTAL	135	125	126	130	119

Sources : Ports et CCI, *ne tient pas compte du trafic avec les Iles Anglo-Normandes.

Auteur : Samuel Lefevre, collaboration Transmanche, CRESO UMR 6590, Université de Caen, 1999

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Tableau 5 : Temps de transport moyens par véhicule particulier depuis Calais

Temps de déplacement depuis Calais		
Ville	Temps en minutes	Pays
Ostende	50	Be
Bruges	54	Be
Gand	79	Be
Arras	90	Fr
Lille	95	Fr
Amiens	100	Fr
Bruxelles	107	Be
Anvers	109	Be
Rouen	130	Fr
Londres	140	UK
Eindhoven	157	Ne
Rotterdam	163	Ne
Paris	190	Fr
Amsterdam	200	Ne
Caen	205	Fr
Düsseldorf	216	AI
Essen	220	AI
Cologne	321	AI
Strasbourg	365	Fr
Lyon	465	Fr

Le Littoral Nord — Pas-de-Calais se trouve totalement intégré à cet ensemble mer du Nord — mer Baltique susceptible de devenir le centre de gravité économique de l'Union européenne. De ceci l'ensemble de la stratégie de développement du Nord — Pas-de-Calais se propose de tenir compte¹².

¹² Conseil régional Nord — Pas-de-Calais, Document d'orientations régionales, Préparation du contrat de plan État-Région et du schéma d'Aménagement du Territoire, multigr..., décembre 1998.

Denieu F. *Nord de Paris Sud de Bruxelles*. Eléments pour une diplomatie régionale de proximité. Lille : Aube Nord, 1998, 171 p.

Stevens J.F. *Petit guide de prospective Nord – Pas-de-Calais 2020*. Lille : Aube Nord, 2000, 125 p.

LE LITTORAL, UNE SYNAPSE STRATEGIQUE ET CAPITALE

La zone littorale de la région est, en un sens, une terminaison et un point de contact. En cela elle constitue une zone stratégique capitale, susceptible de se comporter telle une synapse, non pas entre deux neurones, mais au sein d'un même ensemble —le *Range* nord-européen / Europe du Nord-Ouest / zone mer du Nord—mer Baltique— entre plusieurs entités nationales.

Certes, aujourd'hui les échanges connus sont minimes. D'après le fichier « MIRABELLE », moins de 900 personnes (soit 0,36 % de la population active en 1990) franchissaient la frontière franco-belge chaque jour pour se rendre sur leur lieu de travail. Quant aux échanges avec le Royaume-Uni, ils demeurent à ce jour notoirement et anormalement limités.

Il résulte de la modestie actuelle des échanges que la quasi-totalité des acteurs locaux que nous avons pu rencontrer, méconnaissent bien trop selon nous, la situation de ce territoire au-delà de ses dimensions les plus locales. Si les spécificités de telle ou telle zone urbaine leur sont connues, fort rares ont été ceux dont l'analyse a pu porter au-delà des frontières de leur arrondissement, de leur département, et *a fortiori* au-delà des frontières nationales.

Nous avons retrouvé ici la disjonction entre deux cultures que nous avons antérieurement constatée, entre professionnels de santé et aménageurs/professionnels du territoire¹³. Si les seconds ont été bien plus nombreux à replacer leurs propos à diverses échelles (zone urbaine, bassin de vie, situation frontalière, Union européenne), les premiers se sont presque toujours limités à des opinions et des mises en perspective fort étroites

¹³ Cf. "L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais", Ors, 1996 : 19-20.

Le Littoral

Faits, tendances et potentiels

dans leur appréhension territoriale¹⁴. Cette "inculture territoriale" qui n'est pas ici plus marquée qu'à l'ordinaire, a, à l'évidence, de larges implications, tout d'abord dans l'organisation actuelle des soins et, accessoirement, dans les réponses données aux besoins de la population.

Pour autant, les logiques du site induisent inmanquablement une série de phénomènes communs aux espaces littoraux, qui ne peuvent être cachés aux yeux des professionnels de santé.

Rarissimes furent les personnes rencontrées qui avaient à l'esprit les conséquences, pourtant tangibles pour elles, de la fréquentation touristique qui, en fin de semaine comme durant la période estivale, augmente la population résidente de quelques milliers de personnes supplémentaires. Unique fut le responsable hospitalier à avoir signalé que la présence du Pas-de-Calais, *Chock point* mondialement connu dans l'univers maritime en raison de l'extrême trafic (maximum mondial connu), représentait un risque potentiel¹⁵ que l'organisation des urgences hospitalières devrait à l'avenir impérativement intégrer (le CROSS Gris-Nez dénombre chaque année une vingtaine d'accidents maritimes dans sa zone de compétence).

Enfin, si la présence de trois grandes zones portuaires, facteurs de localisations propices à l'implantation de nombreux sites industriels et d'activités induites, représente une réalité tout à fait banale dans le cadre du *Range* nord-européen, il n'est pas certain qu'aujourd'hui, l'ampleur des risques impliquant une adaptation optimum des

établissements hospitaliers en charge des urgences soit parfaitement perçue. La présence d'une quarantaine d'établissements industriels à risques relevant de la directive *Seveso* nous a semblé être un enjeu méritant sans doute une réadaptation des services d'urgence et une révision des plans MASH, tenant compte de l'éventualité de situations de crise.

DEVELOPPEMENT POTENTIEL DU LITTORAL DANS LE CADRE DE L'EUROPE SOCIALE

Jusqu'à une date fort récente la construction de l'Europe sociale s'était heurtée à l'étanchéité des systèmes de protection sociale nationaux. Ceci explique pour une large part que le "monde de la santé" demeura très largement étranger aux implications de la construction européenne. Les textes officiels communautaires fondaient pour leur part cet immobilisme¹⁶.

Depuis le 28 avril 1998 le désenclavement de l'Europe sociale s'est entamé d'une façon imprévue. En Effet la Cour européenne de justice des communautés européennes - CJCE - de Luxembourg a ouvert une brèche majeure en condamnant l'assurance maladie luxembourgeoise qui refusait la prise en charge de deux de ses assurés, Messieurs Kohll et Decker qui, pour l'un demandait que sa fille soit prise en charge pour des soins d'orthodontie devant être dispensé en Allemagne et pour l'autre avait acheté des lunettes en Belgique.

Pour anecdotiques que furent ces deux réclamations, les implications n'en furent pas moins considérables. En effet la CJCE considère que des refus de l'assurance maladie ne seraient pas conformes aux articles 30 et 59 du Traité de Rome portant sur *l'interdiction des*

¹⁴ Il est à noter qu'un certain nombre d'informateurs-clés issus du monde sanitaire ont pu, en quelques très rares occasions, exprimer des propos adaptés à leur environnement local, régional et international. Cette sensibilité nous a semblé relativement renforcée dans les secteurs de Berck, Montreuil-sur-Mer et Calais.

¹⁵ Chaque jour 700 navires franchissent le cap Gris-Nez. Ils sont 300 à la pointe de Cherbourg et 170 au large d'Ouessant.

Le CROSS Gris-Nez est l'un des cinq de France avec ceux de Jobourg, Corsen, Étrel et La Garde.

¹⁶ Le règlement du Conseil des communautés européennes du 14 juin 1971 stipulait par exemple qu'il n'était possible de bénéficier de remboursement de soins dispensés à l'étranger que lorsque ceux-ci avaient été préalablement autorisés. Ces autorisations pouvaient être relativement fréquentes en Italie par exemple mais fort rares en France ou au Royaume-Uni.

restrictions quantitatives à l'importation et sur l'interdiction des restrictions à la libre prestation des services.

Ainsi la décision de la CJCE implique que tout citoyen devrait pouvoir se procurer des produits médicaux ou se faire soigner dans n'importe quel pays de l'Union européenne sans en demander l'accord préalable¹⁷.

Deux ans après cet événement, il semble que les principes soulevés par la jurisprudence de la CJCE puissent s'appliquer à tous les produits et services dans le secteur de la santé¹⁸. Pour leur part les autorités belges ont très rapidement entériné ces arrêts dès le 5 août 1998 en prévoyant le remboursement des soins dispensés dans l'un des quatorze Etats membres sans autorisation préalable, au tarif des soins de santé belges, hors hospitalisation ou médicaments, lorsque la somme est inférieure à 500 euros. La France et le Royaume-Uni quant à eux n'ont pas, nous semble-t-il adopté de position définitive face à l'émergence d'un "marché sanitaire européen"¹⁹.

Depuis 1999 un certain nombre de projets transfrontaliers se sont mis en place. Il est certain que ceux-ci n'auraient pas vu le jour s'il n'y avait eu les arrêts Kohll et Decker.

Loin de la Mer du Nord, un accord de coopération transfrontalier lie les hôpitaux de Bayonne et de San Sebastian ; il a été salué par la DATAR. Ailleurs, il existe depuis 1975 et dans le cadre de la Conférence du Rhin supérieur un organisme de coopération transfrontalière regroupant les cantons suisses d'Argovie et de Bâle, les pays de

Bade et du Palatinat en Allemagne et l'Alsace française. Celui-ci incite les hôpitaux de ces régions à collaborer²⁰. Depuis peu de temps l'offre de soins peut être ponctuellement mise en commun, dans le cas d'accidents et de prise en charge des grands brûlés.

Plus près, un projet de soins transfrontaliers -IZOM- est en cours de constitution dans l'Eurorégion Meuse-Rhin²¹. Il devrait permettre de faciliter l'accès aux équipements de soins et en outre aux hôpitaux.

Dans le Nord – Pas-de-Calais lui-même, existent des liens anciens tissés entre quelques établissements hospitaliers publics de la Communauté urbaine de Lille et leurs voisins belges.

Récemment le projet TRANSCARDS, soutenu par la Commission européenne jette un pont entre les cantons limitrophes de l'Aisne et du département du Nord avec quelques communes belges. Les centres hospitaliers du secteur recherchent une complémentarité transfrontalière qui trouvera son écho dans une libre circulation des assurés belges et français.

Ces cinq exemples démontrent certainement qu'une ouverture des frontières serait possible, est possible même, à partir du secteur Littoral. Ces précédents attestent que des formes innovantes de collaboration sont sans doute réalisables et que la barrière de la langue peut ne pas toujours être un obstacle définitif.

Il nous semble qu'un décloisonnement, forcément très progressif des systèmes de soins français, belges et britanniques frontaliers pourrait non seulement accompagner les efforts d'ouverture réalisés à propos de ce territoire dans le cadre d'une politique d'aménagement mais aussi pallier quelques difficultés

¹⁷Ministère de la sécurité sociale du Grand-Duché de Luxembourg, Association internationale de la mutualité, Institut européen de la Sécurité social. *Actes du symposium international. Soins sans frontières dans l'Union européenne ?* Luxembourg, AIM, 1999, 82 p.

¹⁸ Seuls, les risques d'atteinte à l'équilibre financier du système de sécurité sociale et les motifs de santé publique dont le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national sont jugés par la CJCE comme des motifs légitimes à la libre circulation des marchandises et des services.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ce regroupement ne prévoit pourtant pas de s'inquiéter de la libre circulation des ressortissants des différents pays

²¹ Elle concerne les autorités allemandes, belges et néerlandaises

Le Littoral

Faits, tendances et potentiels

locales existant aujourd'hui. De plus il est plus que probable que de belles opportunités de positionnement, relevant du champ sanitaire, puissent se dessiner à cette occasion. Celles-ci peuvent prendre des formes multiples et trouver des occasions de se matérialiser soit dans le domaine de la prévention, soit à l'occasion de coopération interhospitalière, soit de l'accréditation d'établissements auprès d'assureurs privés ou des différents systèmes de protection sociale, etc.

Une grande marge de développement existe à l'évidence. Ainsi on ne peut qu'être surpris de constater que sur l'ensemble du Bassin de vie Littoral, seuls cinq médecins généralistes installés à Bray-Dunes, avaient en 1995, sollicité et obtenu de la mutualité belge le droit de prendre en charge des patients belges soit à leur cabinet en France soit au domicile de ceux-ci au-delà de la frontière²². A titre de comparaison, on en comptait 25 à Bailleul ou encore 16 à Condé-sur-l'Escaut.

²² Source Association internationale de la mutualité, Bruxelles.

Hospitalisation

Structures et fonctionnements

L'offre dans son milieu	51
Les recours à l'hospitalisation	53
"Bassins théoriques" et développements potentiels des attractions des sites	60
Les disciplines relevant de soins de proximité	62
La psychiatrie	62
L'alcoologie	74
La gériatrie	86
Les urgences	94
Autres disciplines relevant de soins de proximité	102
Disciplines organisées par Bassin de vie	106
La cancérologie	106
L'hémodialyse	111
La néonatalogie	113
La cardiologie interventionnelle et la chirurgie vasculaire	115
L'ophtalmologie	120
Autres disciplines organisées par Bassin de vie	121

Introduction

En 1993, l'équipement en lits de court séjour des secteurs sanitaires qui devaient être regroupés par la suite dans le bassin de vie du Littoral, représentait 18,3 % de la capacité régionale. Cette capacité « statique » aurait permis, *a priori*, de situer ce secteur derrière la Métropole (38,7 %), l'Artois (24,0 %), ou à égalité avec le Hainaut (18,9 %). Pourtant, dans l'ouvrage « La santé d'une région » publié en 1995, l'Ors ne relevait pas d'anomalies particulières dans ce territoire. Mieux, en examinant les attractions internes et les fuites propres à chacun des 13 secteurs sanitaires de l'époque, nous avons insisté sur les conséquences induites par l'éloignement de ce territoire par rapport à la Métropole.

Cette réalité, jointe à des phénomènes dynamiques locaux, expliquait en outre, que le secteur sanitaire de Boulogne-sur-Mer se comportait, à l'instar de celui de Valenciennes, comme le « second pôle relais du dispositif hospitalier régional ». La force de gravité hospitalière de ce site avait, à l'époque, des effets très sensibles sur deux de ses périphéries immédiates : Calais et Montreuil-sur-Mer. À l'inverse, le secteur de Saint-Omer voyait partir une forte proportion de sa clientèle potentielle vers les secteurs de Béthune, Lille, Calais et Boulogne-sur-Mer, à concurrence de 35 % de la population hospitalisée et résidant dans ce secteur.

Le secteur de Dunkerque, pour sa part, se singularisait par la modestie de ses fuites cumulée à la faiblesse de ses attractions périphériques (limitées au secteur de Calais), laquelle venait s'opposer à l'ampleur

notable des hospitalisations *in situ* et à sa forte capacité d'accueil supérieure de 210 lits à celle de Boulogne-sur-Mer.

Il est certain que six ans plus tard, le paysage hospitalier du Littoral s'est notablement réformé. Les secteurs sanitaires de Calais et Saint-Omer d'une part, Boulogne-sur-Mer et Montreuil-sur-Mer d'autre part, ont fusionné et l'entité du bassin de vie est venue, par la suite, se surimposer à l'ensemble. Pour autant, l'essentiel des phénomènes susceptibles de définir ce que nous nommons le « système hospitalier régional », étaient accessibles et explicités depuis 1995. Potentiel de soins et utilisation de celui-ci par la population et les agents²³ du soin avaient été évoqués.

Il ne suffit pas de proposer à une population l'accès à une structure de soins pour que celle-ci y ait massivement recours. Encore faut-il que plusieurs facteurs, tels que l'adéquation de l'offre aux besoins, soient actifs. L'attention portée aux fuites hospitalières, c'est-à-dire aux déplacements de patients en dehors du site où ils résident, a permis souvent d'explicitier, même si les approches ont pu être quelquefois maladroites, que les individus ou les familles expriment une satisfaction ou une défiance en ayant recours aux moyens de transport actuels. Hospitalisation et élections politiques ont comme point commun que les malades, à l'instar des électeurs, votent parfois "avec leurs pieds".

²³ On appelle agent, le professionnel de santé qui contribue au choix de la structure hospitalière à laquelle un patient a recours.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Aujourd'hui, d'après les informations communiquées par l'Agence régionale de l'hospitalisation, le secteur du Littoral dispose de 2 875 lits installés de court séjour, répartis entre 18 établissements depuis le centre hospitalier de Dunkerque avec 541 lits jusqu'à l'hôpital local d'Aire-sur-la-Lys avec 20 lits. À ceci il convient d'ajouter les services ou établissements spécifiques de moyen séjour (11), les structures d'alcoologie (5) ou de psychiatrie (3).

Les résultats et analyses que nous présentons ici ne portent que sur le court séjour. Nous avons examiné la structuration et le fonctionnement de l'hospitalisation dans l'ensemble du bassin de vie en nous rapportant, non pas aux établissements eux-mêmes ou aux secteurs sanitaires, mais aux aires urbaines définies par l'Insee et à la zone rurale. Cette approche permet en outre de ne plus considérer le secteur sanitaire comme l'entité fondamentale de référence. Il ne représente qu'une unité de planification, un cadre de dénombrement utile dans ce registre, mais parfois éloigné de la pratique effective des populations. À ce titre, le zonage de l'Insee en aires urbaines nous semble bien plus

proche du vécu quotidien des habitants.

Il s'agit donc pour nous de détailler les relations et les services offerts par les sites urbains à la lumière de l'hospitalisation, et non de nous focaliser outre mesure sur le fonctionnement de tel ou tel établissement. La somme des services rendus à la population et les rapports entre pôles urbains nous apparaissent comme les composantes de la démarche qu'il convient de déployer lorsqu'il s'agit de procéder à une enquête territorialisée, quand bien même celle-ci aurait l'hospitalisation comme objet.

De plus, il nous semble primordial, dans le cadre d'une contribution à une démarche d'aménagement et d'analyse territorialisés, de tenir compte des potentiels propres à chacun des six sites, en mettant en regard leurs ressources virtuelles et leurs prestations hospitalières avec d'autres données, *a priori* plus adaptées à la compréhension du milieu local. Ces dernières nous paraissent constituer des points de comparaison —si ce n'est de référence— indispensables à l'analyse du système hospitalier d'un Bassin de vie.

Les données, géocodées en fonction des six secteurs retenus, sont issues du PMSI (programme médicalisé des systèmes d'informations). Elles nous ont été communiquées par l'Agence régionale de l'hospitalisation et portent sur les admissions hospitalières de court séjour, réalisées durant le troisième trimestre 1997. Bien que fiables, elles ont fait l'objet de certaines précautions lors de leur exploitation.

En premier lieu, quelques établissements n'avaient pas été en mesure de produire à temps leurs résultats. De ce fait, quelques secteurs, et tout particulièrement celui de Berck dans son activité chirurgicale, doivent, selon toute vraisemblance, souffrir d'une sous-évaluation relative de leur activité.

Par ailleurs, le degré d'exhaustivité s'est avéré être inégal d'un service hospitalier à l'autre. Ces biais ne nous semblent pas constituer des obstacles définitifs à l'appréciation de l'activité ou de l'attraction des six sites. Ceci dans la mesure où l'analyse qui est menée ici ne porte, d'une part, que sur les aires urbaines et la zone rurale et non pas sur les établissements, et d'autre part, sur l'activité globale, en médecine, chirurgie et obstétrique, et non pas sur les admissions répertoriées selon telle ou telle CMD (catégorie médicale de diagnostic).

Hospitalisation Structures et fonctionnements

L'offre dans son milieu

Tableau 6 : Répartition du nombre de lits de court séjour par zone Insee du Littoral

Zone totale	Lits de court séjour		Population %	Indice d'équipement 1988
	Nb de lits	%		
Dunkerque	934	32,49%	35,12%	21,76
Calais	428	14,89%	16,12%	14,08
Saint-Omer	337	11,72%	13,01%	13,85
Boulogne	684	23,79%	16,63%	16,90
Berck-Etaples	404	14,05%	6,81%	15,00
Rurale	88	3,06%	12,31%	10,44
Total	2875	100,00%	100,00%	13,96

Source : Drass, Sae 1997, Insee 1990, Exploitation Ors.

Les divers effets de polarisation induits par les sites urbains se retrouvent dans la répartition du nombre de lits de court séjour.

Les effets de concentration induits sur la localisation des activités de services sont directement responsables du modeste équipement de la zone rurale. Celle-ci, bien que représentant plus de 10 % de la population du bassin de vie, ne recouvre que trois établissements implantés l'un au nord à Aire-sur-la-Lys, les deux autres au sud, et dont la capacité totale n'atteint pas 90 lits²⁴. Cette capacité d'accueil fort restreinte est en grande partie proportionnelle à l'indice d'équipement²⁵ de l'aire rurale qui

est ici de 50 % inférieur à la moyenne de l'ensemble de la zone littorale.

L'aire de Saint-Omer est certes, dans une moindre mesure, exposée aux mêmes phénomènes. L'indice d'équipement est presque exactement identique à la moyenne du Littoral ; ce qui implique que cette aire urbaine n'avait pas, en 1988, des fonctions urbaines très élaborées. Celles-ci ne semblent pas aujourd'hui, *a priori*, suffisamment établies pour lui conférer une force de gravité notable lui autorisant une fonction de relais, si ce n'est de micropôle hospitalier. Ses 337 lits, répartis entre deux établissements, représentent 11,72 % des lits du bassin de vie, soit quasiment son poids démographique de 13,01 %.

²⁴ Voir les annexes.

²⁵ L'indice d'équipement est un indicateur élaboré par les services de l'Insee. Il est établi en inventoriant les équipements présents sur le territoire de chaque commune. Ces équipements sont au nombre de 49. Ainsi, l'indice maximum

imputable à une commune est la valeur 49. L'indice d'une aire urbaine, ou de toute autre zone constituée d'une collection de communes, s'obtient en calculant la somme totale des indices des communes de la zone, laquelle est divisée par le nombre total de communes présentes dans la même zone.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

De plus, l'exposition théorique de ce site, que l'on ne peut encore démontrer à ce stade de l'analyse, aux attractions cumulées de Boulogne-sur-Mer, Calais, Dunkerque et Lille, limite probablement le poids des activités hospitalières locales.

Berck - Étaples - soit 6,81 % de la population du Littoral - constitue un réel petit pôle hospitalier en disposant de 404 lits de court séjour, capacité équivalente de 14,05 % à celle du Bassin de vie. Il est certain que les héritages historiques et les effets induits par la présence de solides structures de rééducation reconnues à l'échelle nationale ont été d'une influence déterminante. Pour autant, on ne sous-estimera pas la vivacité urbaine de ce site pour lequel l'indice d'équipement dépasse non seulement la moyenne locale mais aussi celle de Saint-Omer ou Calais. Il est vrai que les fonctions et les équipements touristiques doivent, à l'évidence, contribuer à asseoir le pouvoir de commandement local de Berck—Étaples.

Avec 428 lits soit 14,89 % de ceux du Bassin de vie, Calais ne semble pas être doté d'une capacité d'accueil proportionnelle à sa masse de population qui représente 16,12 % de la population du Littoral. Très curieusement ici, l'indice d'équipement —14,08 %— est anormalement faible pour une agglomération d'une telle taille et d'un tel poids démographique, en regard de sa situation privilégiée au cœur de l'ensemble littoral qui l'expose aux flux locaux mais aussi internationaux avec le colossal trafic transmanche. Ceci étant, il convient de tenir compte des efforts accomplis et des améliorations obtenues depuis la publication des indices par les services de l'Insee. En outre, le site de la ZAC du tunnel sous la Manche est fort heureusement apparu depuis lors. Il

est évident que l'indice d'équipement réactualisé de l'aire de Calais doit s'avérer aujourd'hui bien plus élevé que celui présenté ici.

L'aire urbaine de Boulogne-sur-Mer bénéficie d'une situation incontestable de pôle hospitalier. Ses propres fonctions urbaines, notablement développées si l'on tient compte de la valeur élevée de son indice d'équipement, ont probablement contribué à construire cette position. Cependant, les 684 lits dont dispose cette zone —soit 23,79 % de ceux de l'ensemble du Bassin de vie— font de Boulogne-sur-Mer l'exemple type d'une polarisation hospitalière établie, dépassant non seulement le strict pouvoir de commandement urbain, mais aussi et surtout son propre poids démo-graphique —16,63 % de la population du Littoral—. Cette fonction avait été décrite par d'autres voies en 1995 sur les bases des données de recrutement datant de 1993.

Dunkerque, enfin, avec 934 lits de court séjour est, *a priori*, l'un des plus solides pôles hospitaliers du Bassin de vie. 32,5 % des lits de court séjour s'y trouvent rassemblés ; ce qui lui confère une capacité de prise en charge de deux fois supérieure au secteur de Calais, et de trois fois plus élevée que celle de Saint-Omer. Dunkerque dispose donc apparemment d'une "masse critique potentielle" susceptible de lui autoriser un pouvoir d'attraction considérable ainsi qu'une grande diversité de l'offre de soins. Cette forte dotation aurait dû asseoir un puissant pouvoir de commandement dont l'aire urbaine aurait pu tirer parti. La valeur maximum de l'indice d'équipement —21,76 %— dépassant de beaucoup la moyenne du Bassin de vie qui n'est que de 14, en est un signe patent. Pourtant, il semble que l'aire urbaine de Dunkerque ne dispose pas du *leadership* qu'il pouvait espérer. En

effet, il est particulièrement frappant de constater que le poids démographique relatif de ce territoire est supérieur à son poids relatif en offre hospitalière de court séjour. Certes, la position frontalière de l'aire la prive d'une *centralité* dont bénéficient les zones de Boulogne-sur-Mer et Calais. Pour autant, la zone de Berck—Étaples, périphérique elle aussi, ne montre pas les mêmes signes d'un affaiblissement hospitalier de son pouvoir de commandement. Deux hypothèses peuvent être émises si l'on entend proposer quelques motifs d'explication. Soit cette atténuation du positionnement hospitalier de Dunkerque provient de phénomènes spécifiques et internes au système de soins local (concurrence entre les établissements, relais perfectibles entre les structures hospitalières et d'autres segments du système de soins²⁶, inadéquation de l'offre aux besoins...), soit cette défaillance relative, ce sous-positionnement résulte de facteurs propres au site lui-même et ayant aujourd'hui une influence nettement restrictive. En premier lieu, la position de l'aire dunkerquoise la prive d'un contact direct avec la zone rurale laquelle, dépourvue d'une offre de soins notable devrait, *a priori*, être délaissée par ses habitants au profit d'autres zones. Dans cette hypothèse, toutes les zones — exception faite de Dunkerque— auraient dû tirer parti des « déversements de la *patientelle* rurale » lesquels déversements à leur tour, auraient mécaniquement accru *in situ*, le nombre de lits installés. Plus encore, il convient aussi de rappeler que si l'aire de Dunkerque est périphérique comme l'est celle de Berck—Étaples, il s'agit ici d'une solution de continuité internationale. Or, jusqu'à une date fort récente, les frontières entre

États correspondaient à de véritables *murs* entre systèmes nationaux de protection sociale, nous y reviendrons plus loin. Ainsi, et par bien des égards, la situation actuelle de l'aire urbaine de Dunkerque semble porter les signes d'une sous-intégration, classique et souvent constatée²⁷, du champ sanitaire —ici spécifiquement hospitalier— au développement urbain, économique et territorial local.

Les recours à l'hospitalisation

Au-delà des indicateurs statiques que sont les capacités en lits, elles-mêmes issues de processus antérieurs²⁸, il importe de faire porter l'analyse sur des phénomènes plus dynamiques, manifestations explicites des recours hospitaliers de la population locale. À cette fin, nous avons pu obtenir, grâce au soutien de l'Agence régionale de l'hospitalisation, des données d'admissions hospitalières géocodées par aire urbaine. Les données présentées ici se rapportent au troisième trimestre 1997.

Dans un premier temps seront examinées les admissions totales, puis détaillées en fonction des trois grandes familles "catégories médicales de diagnostic" —CMD— reclassées en recours pour motifs médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux. Plus loin dans cette étude seront analysés par le menu les recrutements selon les CMD que nous avons retenues.

²⁷ Lacoste O. La géopolitique de la santé en France, une problématique émergente, *Hérodote*, 1999, 92 : 19-49.

²⁸ Les capacités en lits, qui étaient jusqu'à une date récente l'outil privilégié de la planification hospitalière au travers de "la carte hospitalière", résultaient en fait de la fréquentation hospitalière précédant la définition administrative des capacités d'accueil nécessaires.

²⁶ Professions médicales, paramédicales, soins de suite, etc.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Ces données ont été exploitées suivant deux axes. Ont été décomptés d'une part les recours sur place, c'est-à-dire les hospitalisations de personnes résidant dans une aire et admises dans un des établissements de la même zone, d'autre part les recours hors zone de résidence, c'est-à-dire les hospitalisations de patients dans un établissement ne faisant pas partie de l'aire où ils résident.

Ainsi, sur le tableau 7, il apparaît que 33 190 hospitalisations ont eu

lieu "sur place" au cours de ce troisième trimestre. En revanche, le total des admissions durant la même période s'élève à 44 860. La comparaison des deux séries de données et la mise en perspective par rapport aux données décrivant le milieu permettent d'analyser le fonctionnement actuel de l'hospitalisation entre les différentes zones du Bassin de vie.

Tableau 7 : Répartition des recours hospitaliers sur place du troisième trimestre 1997, dans les zones Insee du Littoral.

Zone totale	Tous recours sur place		Interventions médicales sur place		recours chirurgicaux sur place		Recours gynéco-obstétricaux sur place	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Dunkerque	10037	30,24%	6883	32,72%	3154	25,95%	1074	30,92%
Calais	6463	19,47%	4322	20,55%	2141	17,62%	734	21,13%
Saint-Omer	4810	14,49%	3285	15,62%	1524	12,54%	485	13,96%
Boulogne	6224	18,75%	3780	17,97%	2444	20,11%	654	18,83%
Berck-Etaples	5111	15,40%	2624	12,47%	2488	20,47%	499	14,36%
Rurale	545	1,64%	142	0,68%	403	3,32%	28	0,81%
Total	33190	100,00%	21036	100,00%	12154	100,00%	3474	100,00%

Source : Arh, Pmsi, 3^{ème} trimestre 1997. Exploitation Ors.

La zone rurale ne réalise que peu d'admissions sur place. Il n'y a guère que les admissions chirurgicales dont le nombre est sensiblement proportionnel aux lits installés. Les admissions médicales et gynéco-obstétricales sont particulièrement peu élevées. Elles représentent moins de 1 % des admissions totales du bassin de vie. Il est vrai que dans la zone rurale l'offre de soins relevant de ces deux champs est particulièrement réduite.

La dépendance vis-à-vis des aires urbaines limitrophes est forte, conformément à ce qui pouvait être, *a priori*, attendu. 4 757 admissions sur un total de 5 302 ont eu lieu principalement dans des structures hospitalières situées dans les zones de Berck—Étaples (35,2 %), Boulogne (27,3 %) et hors du bassin de vie lui-même, c'est-à-dire en dehors du Littoral. L'attraction de la zone rurale est, quant à elle, négligeable.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Tableau 8 : Répartition des recours hospitaliers (sur place et hors zone de résidence) du 3^{ème} trimestre 1997, des habitants des zones Insee du Littoral

Zone totale	Tous recours				Recours médicaux			
	Nombre	%	Pertes	Gains	Nombre	%	Pertes	Gains
Dunkerque	12403	27,65%	HL 11,0%	Au 1,2%	8232	29,40%	HL 10,5%	-
Calais	7644	17,04%	HL 7,7%	Dk 6,1%	5086	18,16%	HL 7,7%	Dk 4,8%
Saint Omer	6462	14,40%	HL 16,0%	Ru 12,7%	4251	15,18%	HL 15,4%	Ru 16,5%
Boulogne	7061	15,74%	HL 5,6%	Ru 27,3%	4133	14,76%	HL 5,7%	Ru 29,5%
Berck-Et	5988	13,35%	Bo 11,1%	Ru 32,1%	3190	11,39%	Bo 13,4%	Ru 29,9%
Rurale	5302	11,82%	Be 32,1%	-	3108	11,10%	Be Bo 29%	-
Total	44860	100,00%	-	-	28001	100,00%	-	-

Zone totale	recours chirurgicaux				Recours gynéco-obstétricaux			
	Nombre	%	Pertes	Gains	Nombre	%	Pertes	Gains
Dunkerque	4171	24,74%	HL 12,1%	Au 1,3%	1195	27,24%	Ca 5,4%	Au 2,6%
Calais	2557	15,17%	HL 7,7%	Dk 8,6%	801	18,26%	Bo 4,1%	Dk 5,4%
Saint Omer	2211	13,11%	HL 17,1%	Ru 7,2%	613	13,97%	HL 10,9%	Ru 9,8%
Boulogne	2928	17,37%	Be 7,8%	Ru 24,1%	692	15,77%	Be 3,2%	Ru 27,8%
Berck-Et	2798	16,60%	Bo 8,5%	Ru 35,2%	543	12,38%	Bo 15,4%	Ru 43,65%
Rurale	2194	13,01%	Be 35,2%	-	543	12,38%	Be 43,6%	Bo 27,8%
Total	16860	100,00%	-	-	4387	100,00%	-	-

Source : Arh, Pmsi, 3^{ème} trimestre 1997. Exploitation Ors.

L'aire de Saint-Omer, pour sa part, réalise un nombre d'admissions "sur place" conforme à son poids démographique et légèrement supérieur à sa dotation en lits. L'homogénéité relative entre admissions médicales, chirurgicales et gynéco-obstétricales —Mco— y est nette. Elles oscillent entre 12,54 % pour les motifs de recours chirurgicaux et 15,62 % pour les motifs de recours médicaux. Le décalage par rapport à l'ensemble des admissions réalisées est, cette fois, plus modeste. L'aire urbaine n'a « exporté » que 26 % de ces admissions. Ces pertes, très singulièrement, ne s'orientent pas vers des aires littorales, mais aboutissent principalement —16 % des admissions totales de l'aire— en dehors du Littoral. Près d'un habitant sur cinq n'a donc pas recours aux structures locales.

Secondairement, mais dans de bien moindres proportions, Boulogne et Calais ont pris en charge une petite partie des admissions audomaroises. Il est donc évident que, contrairement à ce que l'on pouvait escompter, le secteur de Saint-Omer s'appuie peu sur les établissements de sa périphérie et très anormalement ignore presque totalement l'offre hospitalière de Dunkerque. À l'inverse, si l'on fait abstraction de la zone littorale, aucune aire urbaine ne vient alimenter l'activité des établissements situés à Longuenesse ou Saint-Omer. La complémentarité des structures hospitalières audomaroises avec l'ensemble du bassin de vie reste donc perfectible.

En réalisant 15,4 % des admissions sur place, Berck—Étaples se situe dans la fourchette prévisible

des recours aux soins. Les écarts par rapport à l'équipement en lits étant très réduits. Néanmoins, à l'inverse de Saint-Omer, son activité chirurgicale est relativement plus importante que son recrutement médical. Ses fonctions de pôle local évoquées précédemment se confirment. L'aire n'a perdu que 15 % des admissions totales. C'est essentiellement Boulogne-sur-Mer, avec 11 % des admissions berckoises, qui assure le relais de la prise en charge des soins hospitaliers. Certes, l'aire est bien plus éloignée de la métropole lilloise que ne l'est Saint-Omer. Cependant ce secteur pourrait être exposé, non pas à l'attraction de Lille, mais à celle d'Abbeville et plus encore d'Amiens. De plus, les équipements hospitaliers locaux attirent 32,1 % des admissions de la zone rurale et 4 % des admissions des habitants de la zone de Boulogne-sur-Mer. On ne peut donc pas considérer que le fonctionnement hospitalier de Berck—Étaples présente les mêmes phénomènes que ceux constatés à Saint-Omer. Les établissements locaux couvrent la plus grosse part des besoins de l'arrière-pays rural. En cela, leur fonction répond aux besoins de la majeure partie de l'arrondissement.

Les trois établissements de **Calais** prennent en charge proportionnellement plus de recours hospitaliers "sur place" —19,47 %— que ne le laisserait supposer le poids démographique de ce secteur —16,1 %— ou le nombre de lits installés —14,9 %—. Ici, les écarts entre familles de soins MCO sont minimes, même s'il se dessine un affaiblissement en chirurgie et un sur-recours relatif en gynécologie-obstétrique. Si l'on examine l'ensemble des admissions, le même phénomène se confirme. Calais est donc relativement moins attractif pour les recours médicaux. Ce secteur n'est pas non plus un pôle local dans les domaines de la

chirurgie et de la maternité. L'aire urbaine, contrairement aux deux précédentes, attire à elle des admissions provenant des quatre aires dont elle est limitrophe. Elle a prélevé 1,3 % des admissions de Boulogne-sur-Mer, 2,4 % de celles de Saint-Omer, la zone rurale lui en cède 3,2 % et, plus inattendu, Dunkerque, 6,1 %. Pour ce qui est des pertes de Calais et son agglomération, il s'avère que cette zone exporte ses patients surtout en dehors du bassin de vie et vers Boulogne-sur-Mer. Il est à noter que Dunkerque et Saint-Omer n'exercent aux dépens de cette aire que des attractions très limitées, inférieures ou égales à 1 %. D'après les informations exploitées ici, il semble bien que le pouvoir de commandement spécifiquement hospitalier de Calais dépasse celui de l'ensemble des services du site. Pour autant cette hypothèse ne pourra être validée que lorsque seront disponibles les données d'équipement réactualisées.

L'aire urbaine de **Boulogne-sur-Mer** réalise 18,7 % des hospitalisations de sa propre population résidente. Cet indicateur se situe à mi-chemin entre son poids démographique et la masse des lits installés. Les trois familles de recours MCO ne présentent pas de différences notables. En revanche, lorsque l'on quitte les seules admissions *in situ*, une toute autre organisation se dessine. Boulogne-sur-Mer a réalisé 15,7 % des recours aux soins hospitaliers du bassin de vie au cours du troisième trimestre 1997. Pourtant son taux d'attraction interne est très élevé. 22 % seulement de la population locale s'est rendue hors de l'aire urbaine. Boulogne-sur-Mer est donc le site hospitalier qui répond le plus aux besoins de la population de sa propre zone. Cette aire est avec Berck—Étaples la plus petite exportatrice de patients en dehors du bassin de vie —5,6 %—, tandis

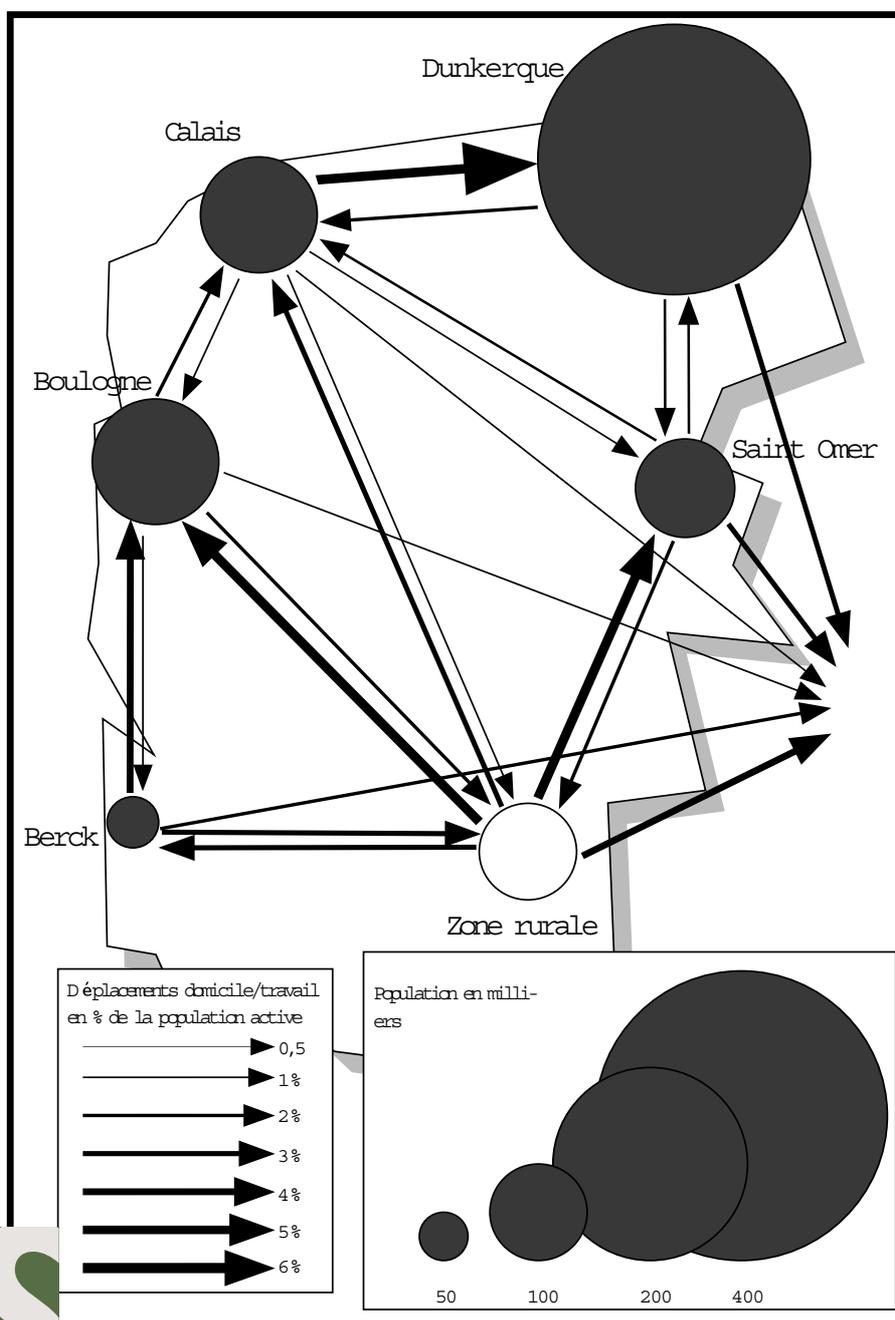
L'hospitalisation Structures et fonctionnements

que 4 % de ses propres admissions parviennent dans des structures hospitalières berckoises. Toutefois, entre sa propre zone et les territoires extra-littoraux, Boulogne-sur-Mer entre relativement bien en complémentarité avec la zone rurale —27,3 %—, (Berck—Étaples : 11,0 %, Calais : 5,5 % et Saint-Omer : 4,3 %—). En fait, l'affaiblissement de son score d'attraction globale en regard de ses attractions « sur place » résulte non seulement de son éloignement par rapport à Dunkerque, grand pourvoyeur de patients, mais aussi de la présence des structures calaisiennes qui interceptent les flux d'admissions avant qu'ils ne lui parviennent.

Dunkerque, enfin, ne semble pas tirer tous les bénéfiques que la conjonction de ses "masses critiques" en matière de population et en lits lui permettrait d'attendre. Le décalage entre sa part de population —35,1 %— et les admissions sur place —30,24 %— ou plus encore les admissions totales —27,65 %— est tout à fait explicite. Certes, il se confirme que l'hospitalisation dunkerquoise est, contrairement aux autres, privée des

recrutements potentiels de la zone rurale. Pourtant ceci ne peut expliquer la modestie de ses admissions sur place qui sont en réalité, (et abstraction faite de la zone rurale et de Saint-Omer) proportionnellement les plus faibles de tout le bassin de vie. Près de 20 % de la population ne s'est pas dirigée vers un établissement de l'aire, contre 15 % à Berck—Étaples, 15 % à Calais et 12 % à Boulogne-sur-Mer. Sur ces 20 %, 11 % ont quitté le bassin de vie et 6 % se sont adressés à Calais. Le recours aux soins dans le cadre d'hospitalisation pour motifs médicaux est le plus élevé : il atteint 29,4 % des admissions du Bassin de vie. Pourtant, en médecine, les fuites hors Littoral restent proches de la valeur de 11 % et aucun gain notable n'a été relevé en dehors de l'aire de Dunkerque. Pour ce qui est des admissions chirurgicales et gynéco-obstétriques, Dunkerque attire faiblement des patients originaires de Saint-Omer, tandis que ses pertes s'orientent hors du bassin de vie dans le premier cas — 12,1 %—, et vers Calais dans le second —5,4 %—.

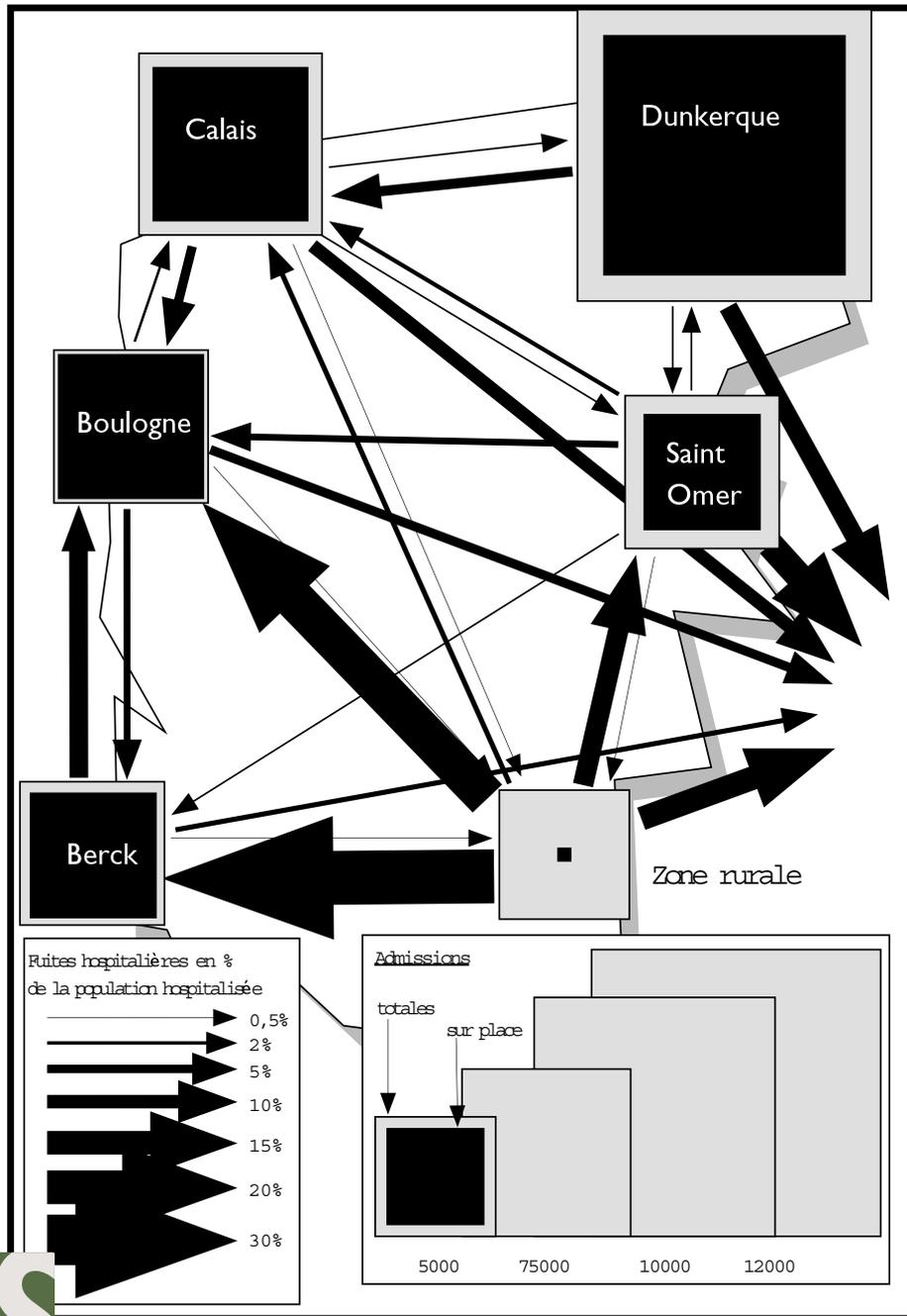
Population 1990 selon les zones
et poids relatif des déplacements domicile travail



L'hospitalisation

Structures et fonctionnements

Admissions totales et sur place selon les zones
et poids relatifs des fuites 1997



**"Bassins théoriques"
et développements potentiels
des attractions des sites**

La fréquentation hospitalière dépend de phénomènes multiples connus tels que la capacité hospitalière locale (nombre de lits...) la diversité et la spécialisation des soins dispensés, l'image de l'établissement, les réseaux informels tissés entre la structure hospitalière et les autres segments du système de soins²⁹, et bien d'autres encore.

Parmi ceux-ci, il est certain que les potentiels d'attraction propres d'un site, urbain, pour la plupart des cas³⁰, est un fait dont il convient de ne pas minimiser les conséquences. Ce type d'analyse est d'un usage courant dans le domaine des activités de services, en urbanisme comme en aménagement du territoire³¹ ; il n'a donc rien de spécifiquement sanitaire mais relève de la simple analyse territoriale.

Cependant, la planification hospitalière, l'analyse géographique des soins, décrivent pour leur part (dans la littérature nationale et internationale) des phénomènes similaires³². Dans ce cadre, bien que

les méthodes définissant la mise sur pieds de cadres spatiaux adaptés soient multiples, se dégage un relatif consensus mettant en avant l'influence déterminante de temps d'accès. Pour les auteurs ayant recours à ce mode d'analyse des potentialités des sites, l'isochrone des trente minutes recueille la grande majorité des avis³³.

L'analyse du fonctionnement actuel du réseau hospitalier littoral se prête parfaitement à cette démarche. En effet les cinq grands sites hospitaliers et urbains, (exception faite de la zone rurale bien sûr), ne disposent pas *a priori* des mêmes potentialités.

L'isochrone 30 minutes de Calais recouvre une population représentant 618 200 habitants au recensement de 1990. Elle dépasse de plus de cinq fois la population habitant dans l'aire urbaine (à savoir 101 792 personnes). Ce phénomène résulte de la conjonction d'une situation très favorable, au mitan de la ligne littorale Belgique/Picardie et de la présence d'un réseau routier étirant l'isochrone vers l'est (en direction de Dunkerque), l'ouest-sud ouest (en direction de Boulogne) et le sud-est enfin (en direction de Saint-Omer). De ce fait l'aire d'isochrone 30 minutes de Calais est la plus étendue. Elle se superpose aux espaces les plus densément peuplés. Pour tous ces motifs, le potentiel de développement du site de Calais est donc le plus fort. Bien que ceci ne puisse présager de l'exploitation future de cette faculté

²⁹ Lacoste O, Sampil M, Spinosi L, *La population et le système de soins*, Lille : ORS, 1999, 119 p.

Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O, *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*, Lille : ORS, 2000, 191 p.

³⁰ Labasse J. *L'hôpital et la ville*. Paris : Hermann, 1980, 242 p.

Picheral H, Réseau urbain et hiérarchie hospitalière. *Actes du IV^e Colloque de Géographie et socio-économie de la santé, hôpitaux et géographie des soins*, Paris janvier 1995, CREDES.

³¹ Mérenne-Schoumaker B. *La localisation des services*. Paris : Nathan, 1996, 191 p.

Pumain D, Saint-Julien T. *L'analyse spatiale. Localisations dans l'espace*. Paris : Armand Colin, 1997, 167 p.

³² Picheral H, Echelles d'analyses de la desserte en soins médicaux. *Cah. Socio.Démo. Méd.*, 30, 2 : 155-176.

Tonnellier F, Vigneron E. *Géographie de la santé en France*, Paris : Presses universitaires de France, 1999, 127 p.

³³ Goodman DC, Fischer EF, Stukel TA, Chang C, The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization : Is closer always better ? *Am J Public Health*. 1997 ; 87 : 1144-1150.

Jourdain A, de Turenne I. *100 mots-clés de la planification sanitaire*. Rennes : Editions ENSP, 1997, 142 p.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

de la part des équipements sanitaires, ce fait contribue, à notre

sens, à comprendre les flux et attractions actuelles.

1990	Population de la zone	Population potentiellement couverte par l'isochrone 30 minutes	Population potentiellement recrutée hors de la zone
Dunkerque	190904	393548	202644
Calais	101792	618196	516404
Boulogne/Mer	91250	349008	257758
Saint Omer	54655	420824	366169
Berck-Etaples	31795	238339	206544
Zone rurale	73565	100589	27024

L'étendue et les populations couvertes par les isochrones 30 minutes de Dunkerque, Boulogne-sur-Mer et Saint-Omer sont assez similaires. Cependant, il est évident que les "sites bordiers" subissent un amenuisement de leurs potentiels d'attraction contrairement à un "site central" tel que Saint-Omer. De sa "centralité" le site audomarois retire une plus-value théorique qui ne se manifeste en fait que sur ses marges ; c'est-à-dire vers la périphérie de Calais (Ardres et Coulogne), sur l'agglomération dunkerquoise (Bourbourg) ou encore vers le Bassin de vie Métropole (Cassel). Dans ce cas l'applicabilité pragmatique du gain théorique semble très faible.

A l'inverse l'isochrone 30 minutes de Boulogne-sur-Mer touche non seulement Calais et sa périphérie, mais aussi les pôles urbains secondaires d'Etaples - Le Touquet, Marquise et Desvres qui ne font pas partie de son aire urbaine. De là viennent les gains de population recrutée observés que l'on peut considérer comme étant effectifs aujourd'hui. Pour autant cette attractivité ne devrait pas s'exercer puissamment sur les sites de Berck et Rang-du-Fliers, trop

périphériquement situés dans l'aire de l'isochrone. Ceci peut donc expliquer que l'attractivité du site boulonnais soit, aujourd'hui, dans le domaine des équipements sanitaires, proche de "l'optimum possible", que le différentiel bassin théorique - bassin réel soit particulièrement peu important.

Dunkerque et Berck - Etaples, bien que se trouvant être respectivement la première et la dernière aire urbaine en fonction de la population résidente, se trouvent paradoxalement être situées dans une position identique. L'un comme l'autre sont des "sites bordiers" et non pas centraux. Dans l'un et l'autre cas les limites de régions et d'Etats s'ajoutant au semis de la population communale viennent restreindre puissamment le potentiel d'attraction théorique des sites. Le phénomène est moins patent pour Berck - Etaples puisque son attraction s'exerce sur une large part de la zone rurale. En revanche, il apparaît que la localisation du site de Dunkerque le prive *de facto* et *a priori* d'une capacité de croissance qui pourrait à l'avenir lui faire perdre une large partie du potentiel actuel. La frontière franco-belge est donc de ce fait, directement responsable

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

d'une très lourde *moins-value*, inverse à ce que peut être la rente de situation calaisienne.

Les disciplines relevant de soins de proximité

La psychiatrie

• *Les indicateurs*

La mortalité

Tableau 3 : Indicateurs comparatifs de Mortalité par suicide par Bassin de vie du Nord – Pas-de-Calais, puis par zone Insee du Littoral de 1995 à 1997 (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
133	99	134	85	133	118	115	112

	1995 1997		Hommes		Femmes	
			lcm	Significatif	lcm	Significatif
Berck—Étaples			121		142	
P Berck—Étaples			246	oui	63	
Boulogne			130		54	
P Boulogne			124		85	
Calais			111		104	
P Calais			127		83	
Dunkerque			118		112	
P Dunkerque			139	oui	137	oui
St Omer			156	oui	186	
P St Omer			139		135	oui
Rural			158	oui	159	

Source : Inserm, C.S.8, Insee Rp 90. Exploitation Ors.

Le Bassin de vie Littoral connaît une nette surmortalité par rapport à la moyenne nationale. Il est en tête des quatre Bassins de vie de la région.

Chez les hommes, la valeur est de 33 % supérieure à la moyenne française, et chez les femmes, elle est un peu moins élevée mais toujours supérieure à la moyenne nationale (+ 18 %).

Entre 1995 et 1997, les aires urbaines du Littoral indiquent une surmortalité par rapport à la moyenne française. Dans certaines d'entre elles, la surmortalité est même plus élevée que la moyenne du bassin de vie.

La zone périurbaine de Berck-Montreuil se détache largement des autres territoires. Elle connaît la mortalité masculine la plus élevée puisqu'elle est de 146 % supérieure

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

à la moyenne française. L'Indice comparatif de mortalité (Icm) est ici significatif.

L'aire urbaine de Saint-Omer subit elle-aussi cette surmortalité (la mortalité est de 56 % supérieure à la moyenne en France). L'Icm est significatif.

A l'opposé, cette même zone indique une sous-mortalité féminine, mais non significative.

L'aire périurbaine de Dunkerque connaît une surmortalité (significative). Chez les hommes, la mortalité est de 39 % supérieure à la moyenne nationale, et de 6 % supérieure à la moyenne du Littoral.

Chez les femmes, elle affiche + 37 % par rapport à la moyenne française.

Le milieu rural est touché par cette surmortalité significative ; la mortalité est de 58 % supérieure à la moyenne française. De plus, l'Icm féminin est supérieur à celui des hommes (59 % supérieur à la moyenne nationale), mais non significatif.

Quatre Icm féminins sur le Littoral sont inférieurs à la moyenne en France, mais ne sont pas significatifs.

Tableau 4 : Indicateurs comparatifs de mortalité par "autres troubles mentaux" par Bassin de vie du Nord – Pas-de-Calais, puis par zone Insee du Littoral de 1995 à 1997 (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
120	115	118	102	120	115	116	94
1995 1997		Hommes		Femmes			
		Icm	Significatif	Icm	Significatif		
Berck—Étaples		79	oui	54			
P Berck—Étaples		121		196			
Boulogne		135	oui	141	oui		
P Boulogne		93		131			
Calais		104	oui	86			
P Calais		111		28			
Dunkerque		135	oui	137	oui		
P Dunkerque		104		75			
St Omer		119	oui	113			
P St Omer		82	oui	79			
Rural		154	oui	153	oui		

Source : Inserm C.S.8, Insee Rp 90. Exploitation Ors.

Le Bassin de vie du Littoral connaît une mortalité plus élevée que la moyenne française. Il est ex æquo avec le bassin de vie de l'Artois, que ce soit pour les hommes comme pour les femmes.

La mortalité masculine est faiblement supérieure (plus 20 %) à la moyenne française. Il en va de même pour la mortalité féminine (plus 15 %).

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Dans le Bassin de vie Littoral, l'aire urbaine de Berck - Etaples et la zone périurbaine de Saint-Omer détiennent chez les hommes des valeurs inférieures à la moyenne française (respectivement Icm significatifs à 79 et à 82).

Les Icm les plus élevés (et significatifs) se situent dans la zone rurale (54 % de plus que la moyenne nationale), dans les pôles urbains de Boulogne et de Dunkerque (35 % de plus que la moyenne française)

Ces trois zones connaissent une surmortalité féminine (Icm

significatifs) plus élevée que celle des hommes (sauf en zone rurale). La valeur la plus importante chez les femmes se situe dans la périphérie de Berck - Etaples avec un Icm atteignant 196 (soit 96% de plus que la moyenne nationale), mais qui n'est pas significatif.

La "répartition territoriale" de la mortalité masculine est plus homogène que celle des femmes, où l'on constate que certaines zones sont nettement en sous-mortalité, d'autres franchement en surmortalité (avec des Icm majoritairement non significatifs).

Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

MÉTHODOLOGIE

L'enquête en population générale

L'Ors a réalisé en 1997-98 une enquête auprès de 1 385 ménages de la région Nord - Pas-de-Calais pour essayer de mieux comprendre le recours aux soins de la population. Ces ménages ont été tirés au sort dans les 4 bassins de vie. Ainsi il nous a été possible d'examiner l'échantillon habitant sur le littoral qui regroupe 273 ménages et 851 personnes.

Pour différents types de pathologies, il a été demandé au(x) responsable(s) des ménages de se mettre en situation et de dire s'ils ont (ou auraient) fait appel à un professionnel de santé ou à un établissement de santé et si oui de préciser lequel.

Les tableaux présentés montrent des différences de recours observées soit entre les différents bassins de vie afin de situer le Littoral par rapport au reste de la région, soit à l'intérieur même du bassin de vie Littoral, entre les différentes zones qui le constituent. Pour ces derniers tableaux, seules les différences entre les zones du Boulonnais, du Calaisis, du Dunkerquois et de l'Audomarois ont pu être recherchées, les effectifs des ménages des autres zones étaient insuffisants pour être analysés et comparés.

Tous les tableaux présentés montrent des différences significatives à 5%.

Devant un syndrome dépressif, les habitants du Littoral seraient plus nombreux que les autres à avoir recours aux soins (68 % contre 60 % en moyenne régionale). Cependant, comme dans les autres

Bassins de vie, c'est vers le médecin généraliste qu'ils se tourneraient dans la grande majorité des cas (58 %) et très rarement vers un spécialiste, psychiatre ou psychologue (10 %).

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Tableau 11 : Recours aux soins pour un syndrome dépressif dans les ménages du Nord – Pas-de-Calais

		Une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru à un professionnel de santé pour un syndrome dépressif ?						
		Non-recours		Recours au généraliste		Recours au spécialiste		Total
Littoral		77		138		24		239
	%		32,2		57,7		10,0	
Artois		165		217		34		416
	%		39,7		52,2		8,2	
Hainaut		109		108		11		228
	%		47,8		47,4		4,8	
Métropole		168		203		42		413
	%		40,7		49,2		10,2	
Total		519		666		111		1 296
	%		40,0		51,4		8,6	

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Dans le cas d'un syndrome dépressif, le recours aux soins varierait fortement, d'après les personnes que nous avons rencontrées, au sein même du Littoral.

En effet à Calais comme à Boulogne, les comportements s'éloignent nettement de la moyenne du Littoral. Ainsi, le recours est très fort à Calais (85 % des ménages) et faible à

Boulogne (51 % des cas). Lorsqu'il y a recours, l'appel au spécialiste est deux fois plus fréquent à Calais qu'ailleurs (18 %). Dans le Dunkerquois comme dans l'Audomarois, les comportements sont proches de la moyenne du Littoral ; intermédiaire entre Calais et Boulogne.

Tableau 5 : Recours aux soins pour un syndrome dépressif dans les ménages du Littoral

		Une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru à un professionnel de santé pour un syndrome dépressif ?						
		Non-recours		Recours au généraliste		Recours au spécialiste		Total
Boulonnais		28		25		4		57
	%		49,1		43,9		7,0	
Calaisis		9		41		11		61
	%		14,8		67,2		18,0	
Dunkerquois		16		39		5		60
	%		26,7		65,0		8,3	
Audomarois		14		24		4		42
	%		33,3		57,1		9,5	
Total		67		129		24		220
	%		30,5		58,6		10,9	

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Enquête auprès des médecins généralistes

MÉTHODOLOGIE

L'enquête auprès des médecins généralistes

Dans le cadre de la préparation du nouveau SROS qui doit tenir compte des besoins de la population, l'Agence régionale de l'hospitalisation a demandé à l'Ors de réaliser une enquête. Il s'agissait de déterminer qualitativement, par bassin de vie, l'adéquation de l'offre hospitalière aux besoins de soins hospitaliers de la population régionale. L'enquête s'est faite à l'aide de questionnaires "papier" auprès de 400 médecins généralistes libéraux de la région Nord - Pas-de-Calais. Pour chaque catégorie majeure de diagnostic (CMD), il était demandé aux médecins généralistes vers quel établissement hospitalier, public ou privé, se rendaient préférentiellement leurs patients, ainsi que leur satisfaction en termes de prise en charge. Enfin, ils étaient interrogés sur leurs souhaits en matière d'hospitalisation. Une analyse par bassin de vie a été effectuée et l'étude concernant le bassin de vie Littoral a porté sur 74 médecins.

En psychiatrie et pédopsychiatrie, les fuites hors du Bassin de vie Littoral sont, d'après l'enquête menée auprès des médecins généralistes, importantes (cf. tableau 13). Ceci est principalement lié à la sectorisation psychiatrique. En effet, le Dunkerquois dépend pour

l'hospitalisation de l'EPSM de Bailleul (Etablissement public de santé mentale) qui se situe dans le secteur de la Métropole. L'Audomarois ainsi que la zone rurale périphérique d'Hesdin dépendent quant à eux de l'EPSM de St-Venant qui se situe dans l'Artois.

Tableau 13 : Lieu de l'hospitalisation en psychiatrie et pédopsychiatrie des patients habitant le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Littoral	Artois	Hainaut	Métropole	Hors région
Pédo-psychiatrie	87,0	0	0	13,0	0
Psychiatrie	58,5	17,5	0	24,0	0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Les établissements hospitaliers concernés sont pour la plupart publics (95 % en psychiatrie et 99,5 % en pédopsychiatrie). La proportion de médecins insatisfaits est très

forte, surtout pour la pédopsychiatrie (différence significative entre les Bassins de vie à 5 %, cf. tableau 14).

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Tableau 14 : Satisfaction globale des médecins généralistes pour la psychiatrie et la pédopsychiatrie dans le Bassin de vie Littoral par rapport à l'ensemble de la région

Groupe de pathologies	Satisfaction de la prise en charge (%)					
	Littoral			Région		
	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Pédo-psychiatrie	28,0	41,5	30,5	55,5	26,5	18,0
Psychiatrie	45,5	32,0	22,5	49,5	36,5	14,0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Pour la psychiatrie, quatre motifs d'insatisfaction prédominent : la proximité (24 % de non satisfaits), les délais d'admission (18,5 %), les relations avec les psychiatres hospitaliers (18 %) et la pratique d'alternatives à l'hospitalisation (16 %). Il n'apparaît pas de différence significative entre les bassins de vie. En pratique, les plus gros problèmes semblent se poser à Dunkerque. Dans leurs suggestions, huit médecins généralistes dunkerquois réclament l'ouverture d'un service d'hospitalisation à proximité, l'augmentation du nombre de lits et la création de postes de praticiens hospitaliers. Deux médecins souhaitent voir s'améliorer les délais

d'admission et la disponibilité des psychiatres. Deux médecins de Saint-Omer critiquent la sectorisation psychiatrique. Enfin, certains praticiens regrettent le manque de suivi au long cours des patients. Pour la pédopsychiatrie, ce sont surtout les délais d'admission qui sont pointés (17,5 % de non satisfaits) et les alternatives à l'hospitalisation (16 %). Enfin, il faut souligner la forte proportion de médecins sans opinion pour trois items. Une différence significative entre les bassins de vie existe pour deux de ces items au sujet de la pédopsychiatrie. Ceci est consigné dans le tableau 15.

Tableau 15 : Proportion de médecins généralistes sans opinion pour certains items concernant la psychiatrie et la pédopsychiatrie

Groupe de pathologies	Item pour lesquels les médecins généralistes sont sans opinion concernant la prise en charge en pédo-psychiatrie et en psychiatrie (%)					
	Littoral			Région		
	relations avec les praticiens hospitaliers	plateau technique	savoir faire	relations avec les praticiens hospitaliers	plateau technique	savoir faire
Pédo-psychiatrie	19,5	42,0	38,0	19,5	28,0	23,5
Psychiatrie	18,0	24,0	26,5	18,0	24,0	26,5

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

•État de santé et prise en charge vus par les informateurs-clés

Les troubles psychiatriques secondaires aux difficultés sociales (troubles névrotiques ou de la personnalité) seraient dans le Littoral plus fréquents qu'ailleurs et rarement pris en charge. L'absence

de prise en charge des parents retentirait parfois sévèrement sur le développement des enfants.

"Il existe un mal-être à cause du chômage, et de la dégradation de la qualité de vie."

"On se demande si ce n'est pas plus l'incapacité à se représenter les problèmes que l'intensité des obstacles qui explique ces

différences. Cette attitude névrotique exprime la fuite devant les problèmes quotidiens et le refus d'entrer en conflit."

"On rencontre beaucoup d'enfants névrotiques en liaison avec leur confrontation à des adversités multiples."

Le recours aux psychiatres serait encore difficile pour une grande partie de la population.

"Aux urgences, les consultations pour motifs psychiatriques sont de plus en plus fréquentes (ivresse pathologique, conduites addictives, immaturité)."

"En général, les gens ont peur d'aller au centre hospitalier spécialisé car il a encore un étiquette "d'hôpital des fous". Quand ils y vont, ils ont tous fait une "dépression", terme englobant toute la pathologie psychiatrique."

Face à ces besoins, semble-t-il très importants en raison des difficultés socio-économiques du bassin de vie Littoral, l'offre de soin ne semble pas suffisante. Malgré la sectorisation, conçue pour répartir les moyens en fonction de la taille de la population, le Littoral se trouve très démuné, notamment par rapport à la Métropole.

Ainsi, dans certains secteurs, les praticiens ne disposent pas du minimum de moyens nécessaires et sont obligés de choisir parmi les priorités. Celles-ci n'étant pas perçues de la même façon par tous les psychiatres, on peut constater des méthodes de travail totalement différentes selon les secteurs. De ce fait, les pratiques en psychiatrie ne sont pas toujours comprises par les autres acteurs de santé.

"Les psychiatres ne sont pas tout puissants. Certaines personnes ne comprennent pas que nous ne sommes que des thérapeutes et non pas des "flics" (par exemple, des problèmes se posent depuis qu'il y a obligation des soins envers les

délinquants). Il est inefficace de vouloir imposer des soins."

Avec le travail de secteur et les centres médico-psychologiques, la psychiatrie commence pourtant à être "dédramatisée", la population redoute moins d'y recourir.

Le manque de psychiatres

Il existe une très faible densité de psychiatres en secteur public et surtout en privé (il y a 16 psychiatres privés dans tout sur le Littoral).

Le manque de psychiatres engendre des difficultés et des dysfonctionnements. Si certains psychiatres préfèrent ne prendre en charge que les patients qui demandent à être soignés, ceci n'est pas de l'avis de tous : *"c'est justement pour les malades qui refusent une thérapie qu'il faut se battre et qu'il faut convaincre."*

Le faible effectif de ces spécialistes serait un frein supplémentaire et cumulatif au recrutement.

"Il y a un effet de seuil ; il est moins difficile de trouver un psychiatre pour remplacer une personne dans une équipe complète, que d'en trouver un pour occuper un poste dans un service où il n'y a personne. Car lorsqu'il manque du personnel, il faut faire de l'abattage, c'est pour cela que les trous sont de plus en plus difficiles à combler lorsque quelqu'un part."

La prise en charge des adolescents

La prise en charge des adolescents est du ressort de deux types de professionnels : les psychiatres et les pédopsychiatres.

Les jeunes de moins de 15 ans sont vus par le pédopsychiatre tandis que ceux de plus de 15 ans sont vus par le psychiatre. Ainsi, si l'enfant a plus de 15 ans, les urgences le prennent en charge. S'il a moins de 15 ans, il est transféré dans le service de pédiatrie, soit directement, soit via les urgences.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

"Le problème est la prise en charge des 15-16 ans, que personne ne veut voir car ils ne dépendent ni de l'un, ni de l'autre."

Selon le degré de gravité du patient, il sera vu par le pédopsychiatre ou le psychiatre dans la journée ou le lendemain. En effet, il y a toujours le problème de l'indisponibilité du spécialiste au moment de l'admission du patient, de l'importance ou non de l'urgence.

Il n'existe pas de structure spécifique pour adolescents sur le Littoral, et cela manque selon plusieurs informateurs.

"Les adolescents nécessitent une prise en charge particulière (ils fument, font du bruit, etc.)."

L'Arh Nord - Pas-de-Calais a demandé à chaque centre hospitalier du Littoral de penser à la prise en charge des adolescents en crise ayant fait une tentative de suicide.

Actuellement le projet serait de créer, pour toute la région, un seul centre "d'hospitalisation de crise" destiné aux adolescents, et des unités délocalisées pour une prise en charge ambulatoire.

"On peut faire plein de choses à l'hôpital, mais si la ville ne suit pas, cela ne sert à rien."

"Un site unique pose tout de même le problème de la distance pour les familles. Est-il vraiment cohérent d'avoir demandé à tous les services de réfléchir ? Pourquoi ne pas avoir demandé à un seul, car il est maintenant difficile de choisir entre les sites et on risque de privilégier un centre hospitalier par rapport à un autre ! Il est évident que le centre hospitalier de Dunkerque est trop éloigné du centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer. Le site de Dunkerque est donc justifié. Pour le sud du littoral, un seul service est nécessaire."

La prise en charge sur le Littoral

SECTEUR DE **DUNKERQUE**

Il existe des besoins évidents en psychiatrie, en particulier un manque de psychiatres. Les CMP (Centres médico-psychologiques) pallient en partie certains besoins, mais pas les besoins aigus, qui sont pourtant ressentis.

Au CHD, le psychiatre n'est pas sur place en permanence. Il ne passe qu'1 à 2 fois par semaine. Il est donc parfois difficile pour les patients d'obtenir rapidement un rendez-vous. Ceux-ci sortent souvent avant d'avoir vu le psychiatre. Un psychiatre de ville venait au centre hospitalier comme attaché ; ce qui permettait d'améliorer la situation. Il n'existe plus que deux psychiatres libéraux. Un des médecins qui s'occupe de l'alcoologie au CHD est psychiatre. Il a cessé son activité en ville et n'a pas trouvé de successeur. La situation devient critique.

"Dunkerque dépend de Bailleul pour l'hospitalisation et c'est aberrant."

La restructuration des gros hôpitaux psychiatriques est en cours et porte sur la réduction de leur taille ainsi que sur leur délocalisation.

"On se heurte aux syndicats qui sont un gros frein sur ce projet."

Certains lits vont être transférés à Dunkerque, mais cela pose des problèmes d'organisation pour les gardes car il y aura alors deux sites de gardes. Les psychiatres seront écartelés entre Bailleul et le Littoral. Ils sont de plus, généralement domiciliés sur Lille, et cela engendre beaucoup de déplacements.

Il existe 30 lits de psychiatrie à Dunkerque. Ce service continuellement plein ne peut pas être un service de dégagement rapide de l'hôpital. 30 lits supplémentaires devraient arriver sur le site du CHD.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

"Il existe un autre projet de création de 30 lits à la Polyclinique de Grande Synthe, mais il n'avance pas, faute de financement."

"En fait, la psychiatrie, tout le monde en veut, mais tout le monde en a peur. C'est du pas trop loin, mais pas trop près quand même!"

Les psychiatres ne peuvent se déplacer systématiquement aux urgences ou à l'hôpital, en particulier pour les tentatives de suicide. Or à Dunkerque, il y a environ deux tentatives de suicides par jour admises aux urgences.

Il arrive *"qu'on envoie le patient en ambulance aux portes du CMP de Bailleul."* La prise en charge des tentatives de suicide est donc correcte sur le plan somatique mais pose problème sur le plan psychologique ; cet aspect est pourtant indispensable si l'on veut amorcer un suivi à long terme. L'hôpital pense qu'il faudrait deux équivalents temps-pleins psychiatres pour subvenir aux besoins du site hospitalier. Ainsi, un psychiatre pourrait se déplacer en permanence et une consultation médico-psychiatrique pourrait être mise en place au sein de l'hôpital.

Les médecins généralistes attendent une amélioration de la prise en charge locale.

"Il faut améliorer l'état actuel catastrophique de cette prise en charge sur Dunkerque" et permettre une meilleure accessibilité. Ceci en créant un service proche adapté, en augmentant le nombre de lits, en ouvrant des postes de praticiens hospitaliers.

"Il faut réduire les délais de prise en charge à Dunkerque et que les psychiatres soient plus disponibles".

Il serait sans doute nécessaire d'améliorer les relations et le dialogue entre les médecins généralistes et les psychiatres.

Les psychiatres eux-mêmes, sont tout à fait conscients de la demande.

"Il est certain que lorsque l'on n'est pas nombreux, c'est difficile, et les centres hospitaliers souhaiteraient que le psychiatre vienne dès qu'il y a un problème. C'est pourquoi on cherche à densifier la psychiatrie de liaison avec le centre hospitalier. On fait des consultations sur place. Par contre, il n'y a pas assez de demandes provenant de la polyclinique."

Certains souhaiteraient que se mette en place un Conseil régional de santé mentale.

"Il faut que ce soit les élus régionaux qui en discutent et non les élus locaux, les premiers pouvant avoir une vision plus globale. Pour cela il faudrait une pression du Conseil Régional, l'Arh serait a priori d'accord."

"Il faut sortir du cloisonnement de la loi de 1975 entre le médical et le social pour collaborer et arriver à une meilleure prise en charge de la population, d'où l'importance des activités à temps partiel."

On peut citer à titre d'exemple, la création d'une antenne du Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) dans une maison de retraite où des activités comme la mémoire et le théâtre sont proposées.

"Il faut toujours prendre le temps de réfléchir. Le temps ne doit pas forcément être générateur d'actes (temps de liaison, temps de réflexion...)"

SECTEUR DE CALAIS

Il y a une incontestable inadéquation de l'offre de soins en matière de psychiatrie.

Les professionnels du secteur n'arrivent pas à développer "les services" qu'ils voudraient offrir.

Cette difficulté résulte essentiellement d'un manque de moyens et surtout de personnel. Il existe toutefois semble-t-il, un projet

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

de structure d'accueil des urgences psychiatriques au Centre hospitalier. Pour 140 000 habitants, le secteur de Calais est non seulement sous-équipé, mais aussi divisé en deux secteurs psychiatriques Est et Ouest, entre lesquels la cohésion semble perfectible.

L'effectif au Centre hospitalier est actuellement de 3 psychiatres de ville, 6 psychiatres équivalents-temps-plein à l'hôpital et 2 équivalents-temps-plein en pédopsychiatrie. Ceci induit une liste d'attente explicitement problématique.

"Il serait nécessaire de renforcer la psychiatrie sur Calais soit à l'hôpital soit en libéral." "Dans les CMP, non seulement le suivi au long cours n'est pas fait, mais l'accueil en urgence, encore moins."

"Les hospitalisations à la demande d'un tiers sont souvent refusées ou bien les patients sortent deux jours après sans avoir de suivi convenable."

"Les généralistes ne sont pas suffisamment formés à la psychiatrie alors qu'un tiers de leurs patients sont déprimés."

Les généralistes quant à eux, regrettent que les psychiatres ne puissent pas toujours assurer le suivi au long cours des patients (surtout pour les pathologies chroniques), ni communiquer suffisamment leur avis aux différents partenaires de la prise en charge. Ils sont demandeurs d'une meilleure collaboration.

En définitive, l'accès aux soins est somme toute assez bien assuré pour les habitants de Calais.

"Les malades finissent par être pris en charge."

Il n'en va pas de même pour les secteurs plus ruraux (Oye-Plage, Audruicq, Marck, Ardres).

Les psychiatres ne sont pas en nombre suffisant pour rencontrer toutes les personnes nécessitant des soins. Il y avait un CMP à Audruicq,

mais il a fermé faute de médecins. Il manque donc une antenne pour une prise en charge ambulatoire et à temps partiel, car ces patients n'ont pas de moyens de transport pour venir jusqu'à Calais.

SECTEUR DE SAINT-OMER

L'Audomarois est un secteur très rural. Pour autant, la Cristallerie d'Arques est le poumon économique de ce territoire. Le chômage moyen y est plus bas, les problèmes psycho-sociaux moins fréquents.

Pourtant, le manque de psychiatres sur l'Audomarois est là aussi patent. Il y a l'équipe de l'hôpital St-Venant et seulement deux psychiatres libéraux à Saint-Omer. En général, les patients hésiteraient à aller à St-Venant qui a encore un étiquette *"d'hôpital des fous"*.

Les médecins généralistes auraient du mal à adresser leurs patients chez le psychiatre parce que la population s'effraie lorsqu'on lui parle de psychiatrie.

Au Centre hospitalier de Saint-Omer, la prise en charge des pathologies aiguës est complexe, pourtant les psychiatres y font des vacations tous les jours (les urgences accueillent 1 à 2 tentatives de suicide par jour). Le CMP pour adultes n'est pas facile d'accès. Une psychologue vient 2 fois par semaine seulement au CMP de Longuenesse.

SECTEUR DE BOULOGNE-SUR-MER

La psychiatrie serait un secteur sous-développé : *"le nombre d'infirmiers, de médecins est sous le ratio, les locaux sont vétustes. Une rénovation avait été envisagée, mais on a attendu le SROS."*

D'une façon générale, les psychiatres ne sont, une fois encore, pas assez nombreux.

"Ils ne peuvent pas tout faire, et ils sont victimes de leur sectorisation qui est un système étouffant." « Le

point noir à Boulogne est la psychiatrie pour adultes."

De plus, le mélange des pathologies graves et non graves poserait des problèmes. En effet, certains malades ne souhaitent pas cette "proximité". Ce qui explique que quelques uns d'entre eux viennent en service de médecine.

"On a dû réserver un service pour malades dépressifs, mais c'est au détriment des autres pathologies médicales. Il serait nécessaire de créer des structures plus légères pour la psychiatrie."

À Boulogne il n'y a qu'un hôpital psychiatrique et aucune maison de repos pour la psychiatrie légère (la première se trouve à Arras).

Dans le cadre du SROS a été proposée la création d'un centre prenant en charge les malades "lourds" et les séparant de cas plus bénins. Cette unité de soins chroniques intersectorielle serait créée vers Camiers qui possède déjà une expérience dans ce domaine. De plus, lorsque cela est possible, des alternatives à l'hospitalisation sont mises en œuvre (entrée en Cttp, placement familial, appartement thérapeutique).

Certains informateurs souhaiteraient une augmentation des places d'hospitalisation non seulement pour les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), mais aussi pour les hospitalisations d'office (HO).

Les urgences du centre hospitalier sont confrontées de plus en plus souvent à des consultations pour motifs psychiatriques.

"Ces pathologies sont très chronophages et les SAU ne sont pas du tout adaptés à ce type de prise en charge : il n'existe pas de psychiatre aux urgences. Cela n'intéressait pas la génération actuelle de psychiatres, mais il y a un espoir que la génération future s'y investisse."

Cependant, pour répondre à ces difficultés, deux psychiatres ont été

recrutés en mars 2000 par les services des urgences.

L'idée de créer une unité de prise en charge des adolescents en crise a été suggérée.

"Il n'y a pas de structure d'accueil adaptée pour eux, ni de pédopsychiatrie au centre hospitalier de Boulogne. Il faut aller à Camiers."

L'intervention des pédiatres dans la future cellule d'accueil psychiatrique des urgences serait acquise.

"Actuellement, cela a été accepté au sein du centre hospitalier et il reste à se mettre d'accord sur les moyens que chacun veut y consacrer."

Un autre service du Centre hospitalier souffre du manque de psychiatres. Il s'agit du service de gastro-entérologie, en particulier pour les personnes ayant une dépendance à l'alcool.

Les médecins généralistes confirment un constat qui peut malheureusement être remarqué dans de nombreux hôpitaux : il manque des psychiatres et des établissements adaptés pour les dépressifs, les toxicomanes, les malades alcooliques en cure de sevrage. Or les besoins sont grands dans ce domaine ; *"probablement car les gens sont dépistés de plus en plus tôt et demandent plus de soins qu'avant."* Il semblerait que les généralistes orientent plus qu'avant leurs patients en psychiatrie et se trouvent ainsi confrontés à la saturation des structures existantes. Ils reconnaissent ne pas être assez formés dans ce secteur, et préfèrent envoyer le patient chez un spécialiste. La psychiatrie fait encore peur et les psychiatres hospitaliers changent souvent. Les médecins généralistes auraient en conséquence moins de rapports avec les psychiatres hospitaliers qu'avec les libéraux.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

SECTEUR DE **BERCK - ETAPLES**

À Berck se dessine le projet de construction d'une nouvelle structure de psychiatrie près du CHAM (Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil), les anciens locaux n'étant plus aux normes. Les emplois de Berck seraient préservés ainsi que le budget de fonctionnement. Les appartements thérapeutiques resteraient à Berck. Ceci permettrait une bonne connexion avec l'ensemble de l'hôpital et surtout avec les urgences.

À Etaples, les besoins en soins de psychiatrie sont malheureusement un domaine en pleine expansion. Le psychiatre libéral est débordé, il est très difficile d'obtenir un rendez-vous en urgence. Il ne s'occupe plus du Ccaa. Il y a un manque de psychiatre à Etaples. La nuit, pour des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) ou des hospitalisations d'office (HO), les médecins généralistes envoient les urgences au CHAM où les patients sont vus par un psychiatre puis transférés à Berck où se trouve l'unité de psychiatrie. Il est parfois arrivé que des patients se sauvent sans avoir été examinés. L'organisation serait donc insatisfaisante.

En psychiatrie adulte, il y a eu une succession de chefs de service (en raison de plusieurs décès), d'où des conditions de travail plus difficiles aujourd'hui.

"Les psychiatres partent les uns après les autres."

Actuellement deux postes sont à pourvoir.

Les suicides auraient augmenté chez les adolescents depuis un an. Un groupe de travail a été mis en place au centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil. L'un des pédiatres rédige une conduite à tenir face aux adolescents perturbés. Il s'agirait de mettre en place un suivi par un pédiatre du CHAM, en réseau avec un référent de Camiers. Une enquête ayant pour objectif la création d'une collaboration sur le thème de la prévention des adolescents face au suicide a été menée auprès des médecins généralistes.

L'équipe de pédopsychiatrie du CMP d'Etaples prend en charge les patients. Suivi et visites sont régulièrement faits. Le pédopsychiatre est très disponible. Il n'hésite pas à venir à l'hôpital lorsqu'on le sollicite.

Un hôpital de jour existe à Campagne-lès-Hesdin ainsi qu'à Berck, et un CATTP à Etaples. C'est une structure légère qui permet aux malades psychiatriques d'exercer une activité en plus des consultations. Le CMP fonctionne bien.

Il manque cependant de nombreux foyers d'accueil pour aider ces personnes à se réinsérer.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

L'ALCOOLOGIE

• *Les indicateurs*

Mortalité

Tableau 6 : Indicateurs comparatifs de mortalité par cirrhose et psychose alcoolique par Bassin de vie du Littoral puis par zone Insee (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
193	254	169	251	156	223	163	232
1995 1997		Hommes		Femmes			
		Icm	Significatif	Icm	Significatif		
Berck—Étaples		171	oui	165			
P Berck—Étaples		141		63			
Boulogne		204	oui	244	oui		
P Boulogne		125		136			
Calais		152	oui	268	oui		
P Calais		96		255	oui		
Dunkerque		179	oui	274	oui		
P Dunkerque		105		175	oui		
St Omer		185	oui	267	oui		
P St Omer		192	oui	276	oui		
Rural		119		137			

Source : Inserm C.S.8, Insee Rp 90. Exploitation Ors

Le Bassin de vie du Littoral est moins touché par la mortalité par cirrhose et psychose alcoolique que les trois autres bassins de vie.

Ainsi, la surmortalité est présente chez les hommes (plus de 56 % par rapport à la moyenne française), et plus élevée chez les femmes (123 % de plus que la moyenne nationale). Les femmes sont donc les plus touchées sur le bassin de vie Littoral (comme dans les autres bassins de vie).

Entre 1995 et 1997, le pôle urbain de Boulogne accuse une mortalité masculine (Icm significatif) supérieure à la moyenne française (104 % de plus). C'est la plus élevée du bassin de vie du Littoral. Mais c'est chez les femmes que l'Icm

(significatif) est encore plus élevé : 144 % de plus que la moyenne nationale.

L'importance de la surmortalité féminine est à souligner, d'autant plus que la majorité des Icm dépasse la moyenne du Littoral.

Ainsi, la zone périurbaine de Saint-Omer est la plus touchée. La surmortalité féminine atteint une valeur de 276, soit 176 % de plus que la moyenne française et 53 % de plus que la moyenne du Littoral (Icm significatif).

Les zones périurbaines de Calais et celle de Berck - Etaples indiquent une sous mortalité par rapport à la France, respectivement masculine et féminine, mais les Icm ne sont pas significatifs.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Tableau 7 : Indicateurs comparatifs de mortalité par tumeur maligne des VADS* par Bassin de vie du Littoral, puis par zone Insee de 1995 à 1997 (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
168	111	168	100	184	104	155	161
		1995 1997	Hommes		Femmes		
			Icm	Significatif	Icm	Significatif	
		Berck—Étaples	177	oui	104		
		P Berck—Étaples	118		0		
		Boulogne	173	oui	197		
		P Boulogne	167	oui	205		
		Calais	211	oui	75		
		P Calais	176		329		
		Dunkerque	241	oui	76		
		P Dunkerque	159	oui	98		
		St Omer	161	oui	50		
		P St Omer	99		0		
		Rural	165	oui	86		

* Voies aérodigestives supérieures

Source : Inserm C.S.8, Insee Rp 90. Exploitation Ors.

La surmortalité par tumeur maligne des Vads est présente chez les hommes comme chez les femmes dans le Bassin de vie du Littoral. Il est tout de même plus touché que les autres bassins de vie par la surmortalité chez les hommes qui est supérieure de 84 % à la moyenne française.

A l'opposé, chez les femmes la surmortalité s'éloigne peu de la moyenne nationale.

De 1995 à 1997, on peut remarquer que la majorité des territoires du Littoral est en sur-mortalité (en particulier les pôles urbains de Calais et Dunkerque) même lorsque ceci n'est pas significatif.

Le pôle urbain de Dunkerque est le plus touché dans le bassin de vie Littoral.

La surmortalité (significative) chez les hommes, par tumeur maligne des Vads indique un Icm de 241, soit 141 % de plus que la moyenne nationale.

Le pôle urbain de Calais (Icm significatif), ainsi que sa zone périurbaine (Icm non significatif) connaissent également une surmortalité. Pour Calais, le taux atteint 111 % de plus que la moyenne en France, et le périurbain indique une augmentation de 76 % par rapport à la moyenne française.

La zone périurbaine de Saint-Omer est en sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale, mais l'Icm n'est pas significatif.

Concernant les femmes, c'est la zone périurbaine de Calais qui atteint des records puisque la mortalité serait de 229 % supérieure à la moyenne française. Toutefois, l'Icm n'est pas significatif. De plus dans les zones périurbaines de Berck - Etaples et de Saint-Omer, il n'y aurait pas de décès liés à une tumeur maligne des Vads.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Par ailleurs chez les femmes, aucun Icm n'a été enregistré comme étant significatif.

En ce qui concerne la mortalité masculine, les territoires sont à peu près au même niveau, excepté deux zones où la surmortalité est élevée. Chez les femmes la répartition est plus disparate, mais les Icm ne sont pas significatifs.

Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

Le Littoral est le Bassin de vie dans lequel le recours aux soins, devant la nécessité d'un sevrage alcoolique, serait le plus fort. Les ménages s'orienteraient davantage vers un service hospitalier ou vers une association, tandis que dans les autres bassins de vie, ils se tournent en premier lieu vers le médecin généraliste.

Tableau 18 : Recours aux soins pour un sevrage alcoolique dans les ménages du Nord – Pas-de-Calais

	Une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru à un professionnel de santé pour tenter d'arrêter ou de diminuer sa consommation d'alcool ?					
	Non recours	Recours au généraliste	Recours à un professionnel de santé spécialisé	Recours à un service hospitalier	Recours à une association	Total
Littoral %	8 4,8	21 12,5	9 5,4	72 42,9	58 34,5	168
Artois %	43 12,3	166 47,3	20 5,7	66 18,8	56 16,0	351
Hainaut %	38 22,0	77 44,5	2 1,2	39 22,5	17 9,8	173
Métropole %	37 11,0	178 53,0	14 4,2	52 15,5	55 16,4	336
Total %	126 12,3	442 43,0	45 4,4	229 22,3	186 18,1	1 028

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Au sein du Littoral, les habitants du Boulonnais et de l'Audomarois s'adresseraient en premier lieu aux associations puis aux services hospitaliers pour la prise en charge d'un sevrage alcoolique. Dans le Calaisis et dans le Dunkerquois, ils se rapprocheraient en majorité des services hospitaliers puis des associations et, plus

souvent que les autres, des professionnels spécialisés (psychiatre, psychologue, gastro-entérologue, Ccaa...). Pour un problème d'alcool, le recours au médecin généraliste serait exceptionnel dans le Calaisis. Dans l'Audomarois, le recours au professionnel spécialisé serait inexistant.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Tableau 19 : Recours aux soins pour un sevrage alcoolique dans les ménages du Littoral

	Une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru à un professionnel de santé pour tenter d'arrêter ou de diminuer sa consommation d'alcool ?					
	Non recours	Recours au généraliste	Recours à un professionnel de santé spécialisé	Recours à un service hospitalier	Recours à une association	Total
Boulonnais %	1 2,2	6 13,3	1 2,2	16 35,6	21 46,7	45
Calaisis %	0 0,0	1 2,8	5 13,9	18 50,0	12 33,3	36
Dunkerquois %	3 7,5	6 15,0	3 7,5	22 55,0	6 15,0	40
Audomarois %	1 3,1	5 15,6	0 0,0	12 37,5	14 43,8	32
Total %	5 3,3	18 11,8	9 5,9	68 44,4	53 34,6	153

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Enquête auprès des médecins généralistes

Sur le Littoral, comme dans le reste de la région, 100 % des patients sont pris en charge dans leur Bassin

de vie pour les pathologies addictives (alcoolisme, toxicomanies...), et essentiellement dans le secteur public.

Tableau 20 : Lieu de l'hospitalisation en alcoologie des patients habitant le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Littoral	Artois	Hainaut	Métropole	Hors région
Pathologies addictives	100,0	0	0	0	0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Dans cette discipline, moins de deux médecins généralistes de la région

sur trois sont globalement satisfaits (cf. tableau 21).

Tableau 21 : Satisfaction globale des médecins généralistes pour les pathologies addictives (résultats pour l'ensemble de la région)

Groupe de pathologies	Satisfaction de la prise en charge (%)		
	Oui	Non	Ne sait pas
Pathologies addictives	57,0	24,0	19,0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Autant la proximité des établissements hospitaliers semble être correcte, autant les délais d'admission concentrent l'insatisfaction (22 % de non satisfaits). Des médecins de Dunkerque insistent d'ailleurs dans leurs suggestions sur la nécessité de diminuer les délais d'admission et

d'améliorer l'accueil en urgence. D'autres souhaitent l'ouverture d'un service spécialisé au CHAM. En conclusion, le souhait de développer ce domaine, à la frontière du médico-social, semble important. Il serait pour cela nécessaire d'inciter les médecins à s'intéresser à cette pathologie.

Tableau 22 : Proportion de médecins généralistes sans opinion pour certains items relatifs aux pathologies addictives (résultats pour l'ensemble de la région)

Groupe de pathologies	Item pour lesquels les médecins généralistes sont sans opinion concernant la prise en charge en alcoologie (%)		
	relations avec les praticiens hospitaliers	plateau technique	savoir faire
Pathologies addictives	13,5	23,5	25,0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

• **État de santé et prise en charge vus par les informateurs-clés**

De loin, on perçoit que le problème de santé prioritaire est l'alcoolisme. Il est particulièrement remarqué par le corps médical qui constate les complications dues à l'abus d'alcool chez de nombreux patients.

"L'alcool est insidieux, on le retrouve dans toutes les pathologies : il y a urgence!"

Les pathologies liées à l'alcoolisme compliquent de beaucoup les hospitalisations, elles en augmentent souvent la durée et donc le coût. Elles représenteraient jusqu'à 20 % des admissions à l'hôpital.

"Aujourd'hui, 15 à 20% des entrées à l'hôpital ont quelque chose à voir avec l'alcool (contre 10% pour la population française), dont 20% de femmes."

Les taux élevés d'alcoolisme et de tabagisme semblent être en rapport

avec l'importante précarité à la fois matérielle et culturelle.

"Il faut trouver du boulot à tous ces hommes divorcés qui vivent dans des meublés."

Cependant, pour certains informateurs, même si l'alcoolisme existe bel et bien dans le Littoral, le nombre de personnes touchées n'est pas plus élevé qu'ailleurs. L'amélioration de la prise en charge expliquerait peut-être l'augmentation de la demande.

"C'est un phénomène qui existe sur le Littoral, mais pas plus que dans le reste de la région, et qui a toujours existé si l'on prend en compte que le Nord a toujours été un bastion de l'alcoolisme."

"On parle plus de l'alcool. Le déni commence à disparaître, donc on voit plus de malades, mais il n'est pas sûr qu'il existe en réalité plus d'alcoolisme."

"Le nombre d'alcooliques est globalement le même depuis

quelques années mais la population rajeunit."

Les informateurs sont particulièrement inquiets de la montée de l'alcoolisme chez les jeunes. Par contre, il aurait été observé que les adultes de plus de 30 ans boiraient moins ; et ceci grâce aux campagnes de prévention et à la répression. Quand le médecin généraliste parle de cette dépendance, le patient se sentirait souvent agressé.

"Que faire ? La prise en charge est peu crédible vu que la population n'a pas la volonté de s'y mettre."

Par ailleurs, il semblerait que l'alcoolisation féminine soit en augmentation³⁴. L'alcool est en général rarement avoué et reconnu. Mais apparemment, les femmes oseraient en parler un peu plus. *"Souvent elle vient consulter pour autre chose."*

"L'alcoolisme chez les sujets âgés est provoqué par le veuvage, l'isolement et la présence d'un conjoint infirme."

Les médecins des services d'alcoologie sont l'objet de beaucoup de sollicitations pour mettre en place des formations auprès de médecins généralistes, d'associations, d'entreprises, d'écoles d'infirmières (30 heures d'alcoologie dans leur formation de base)... À Calais, les médecins généralistes semblent également intéressés par ce thème. Une formation médicale leur a été dispensée par le gastro-entérologue-alcoologue du Centre hospitalier. 45 omnipraticiens y ont assisté.

"Il y a une urgence dans la création d'un réseau d'alcoologie. Si ce réseau ne voit pas le jour la lutte contre l'alcool n'aboutira à rien."

La prise en charge sur le Littoral

Les réunions sur le Littoral

Une fois par mois, le Groupement régional d'alcoologie organise la réunion des alcoologues du Nord - Pas-de-Calais (réseau Fort).

On note également, depuis septembre, la création d'un groupe (type groupe Balint³⁵), animé par le chef de service d'alcoologie de Dunkerque. Ce groupe rassemble tous les deux mois les professionnels des Ccaa (également ceux des Centres Alcool Nutrition ou Centres de Prévention et de Traitement des Conduites Addictives) et les chefs de service d'alcoologie et de gastro-entérologie de tous les centres hospitaliers du Littoral. Ce ne sont pas des réseaux inter-hospitaliers officiels.

DUNKERQUOIS

Le service d'alcoologie du CHD a été créé en 1985. Il existe des consultations classiques sur rendez-vous et une permanence, un après-midi par semaine, où les personnes peuvent venir sans rendez-vous. Cette permanence est saturée (8 à 12 personnes). Il existe également des consultations internes à l'hôpital. Les demandes proviennent le plus souvent des services de médecine, rarement de la chirurgie, jamais de la maternité. Ces consultations sont souvent suscitées par une infirmière qui appelle une collègue du service d'alcoologie (rarement par l'intermédiaire des médecins).

Le service travaille aussi avec les urgences. Un médecin alcoologue y prend des gardes ; ce qui permet d'inciter les malades alcooliques à prendre un rendez-vous pour une consultation plus approfondie après leur passage aux urgences.

³⁴ Le même phénomène avait été rapporté lors de l'enquête sur « L'état de la santé dans le bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais », réalisée par l'Ors en 1996.

³⁵ Dans la méthode Balint, chaque participant fait part aux autres d'une observation qui lui pose problème. Chacun exprime alors sa pensée et les réflexions qu'éveillent en lui les témoignages échangés.

Avant l'hospitalisation, les patients viennent une ou plusieurs fois en consultation afin de bien mettre au point le projet thérapeutique. La majorité des hospitalisations en alcoologie sont des sevrages, car les autres services ne les acceptent plus. S'il n'y a plus de place, il reste toujours la possibilité au malade d'aller en service de psychiatrie à Bailleul. Les sevrages durent une semaine, et la cure trois semaines. Les entrées sont programmées tous les 15 jours.

Les problèmes rencontrés sont des délais de rendez-vous qui sont beaucoup trop longs (deux mois et demi pour le chef de service). La permanence assurée par le service (une demi-journée par semaine) ne permet plus d'y pallier. Elle est elle-même aussi submergée. Le chef de service part en juin 2000, et pour l'instant, il n'a pas de remplaçant.

"L'idéal serait que son remplaçant soit psychiatre, afin de conserver le caractère multidisciplinaire du service. Au minimum, il faudrait embaucher un(e) psychologue à temps plein."

Il existe des liens entre le service d'alcoologie du CHD et celui de la polyclinique de Grande-Synthe dont le chef de service est gastro-entérologue. Dans les faits, les deux services ont des conduites à tenir très différentes. Par exemple, on fait à la polyclinique des cures de dégoût et non au CHD ; si bien que les deux services peuvent répondre à des types de publics différents et sont ainsi complémentaires. De plus, ils ne drainent pas la même population: à Grande-Synthe, c'est tout le côté ouest de Dunkerque. Une réflexion est en cours entre le Centre hospitalier et la polyclinique de Grande-Synthe pour une coopération entre les deux structures.

Le service d'alcoologie travaille avec le Ccaa qui est en ville. Il y avait quelques soucis de coopération mais ce dernier est en pleine restructuration. L'un des alcoologues du CHD va postuler pour la direction

du Ccaa qui doit désormais être médicalisé. Le Ccaa et les médecins généralistes auront ainsi davantage la possibilité de gérer des sevrages en coordination (système ambulatoire).

Il existe un important déficit d'alcoologie en ville. L'un des alcoologues du CHD est installé comme médecin généraliste à Dunkerque. Connu en tant qu'alcoologue, les personnes viennent le voir directement à son cabinet. Ces patients veulent voir quelqu'un de compétent, mais ne veulent pas toujours aller à l'hôpital dans un service étiqueté.

"Les consultations chez un médecin généraliste garantissent davantage le secret médical. Or, il existe un vrai vide pour ce type de pathologie chez les médecins généralistes. Des confrères m'envoient même des malades, ce qui est généralement assez rare entre médecins généralistes !"

Un alcoologue du CHD travaille aussi quelques heures par semaine au foyer "Renaître" ; Centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) orienté en alcoologie. *"Il est rare que des équipes médicales et sociales aient le même objectif."*

CALAISIS

Récemment, au Centre hospitalier de Calais (CHC), le nombre de lits en gastro-entérologie est passé de 10 à 15. Les 15 lits réservés au traitement de pathologies liées à l'alcool sont occupés à 99 % d'une année sur l'autre. Le CHC prend en charge 1 200 cas d'alcoolisme par an. S'il y avait plus de consultations, les médecins verraient probablement plus de cas.

Un médecin temps partiel et une infirmière s'occupent des lits d'alcoologie, ce qui est peu. Le médecin du CAN regrette de ne pas avoir de vacation au CH de Calais. Par contre, l'infirmière et la psychologue du CAN vont travailler

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

dans l'unité. Cela permet une certaine liaison et une meilleure coordination.

"Cette unité devrait permettre un travail dans chaque service de l'hôpital. Notamment un passage systématique aux urgences tous les matins permettrait d'essayer de trouver des solutions pour les personnes accueillies la nuit en état d'ivresse. Il faudrait renforcer cette structure et lui donner vraiment les moyens de travailler correctement."

"Ce n'est pas normal que les lits de sevrage de l'unité de Calais soient du court séjour. Cela devrait être du moyen séjour comme à Helfaut. Cela coûterait moins cher à la société. Il faut faire évoluer les cures : pourquoi 21 jours ? Il faut s'adapter au patient, être plus souple selon les besoins."

L'hôpital n'est pas adapté à tous ; certaines personnes ne désirent pas avoir de visites et préfèrent aller dans un endroit anonyme.

Le Centre alcool nutrition (CAN) appartient à l'hôpital. Il est donc financé par la dotation globale. Il va avoir un budget annexe différencié lui permettant d'avoir des moyens propres et une certaine autonomie. Son fonctionnement diffère de celui des Ccaa qui sont indépendants de l'hôpital et tributaires de la dotation de la DGS (Direction générale de la Santé). Il ne s'intègre pas dans la loi sur l'exclusion qui labellise les structures. Ainsi, sur le Littoral, les Ccaa de Dunkerque et de Boulogne entrent dans le cadre de cette loi, mais pas le Can de Calais, ni le Cptca d'Etaples.

"Cela pose problème quand on connaît l'ampleur de l'alcoolisme dans le Pas de Calais, qui en plus est déjà moins pourvu que d'autres départements ! De gros efforts ont été faits sur l'ensemble du littoral qu'il faut pérenniser."

"Le Can dépend du Centre hospitalier avec des crédits de l'assurance maladie. Or, dans la nouvelle répartition, l'assurance maladie

s'occupe des soins d'alcoolologie et l'Etat garde la prévention. Le CAN va donc devoir faire des soins et ne plus faire de prévention. Il est certain que faire partie de l'hôpital a des avantages, mais prévention et hôpital ne vont pas trop bien ensemble."

Actuellement, de par sa situation discrète en plein centre ville, le Can est relativement indépendant de l'hôpital. Il est gratuit d'accès. Son intégration à l'hôpital et le paiement de consultations risquent d'en modifier le fonctionnement actuel.

Le Can recevrait à peu près 10 % des personnes du Calais dépendantes de l'alcool ; à savoir 3 000 personnes. Le Can accueille une femme pour deux hommes, et plus de 50 % de personnes sans activité. Bien que l'alcoolisme touche toutes les catégories socioprofessionnelles, les personnes de classes sociales plus élevées ne viennent pas au Can. Il semble qu'elles aillent se faire soigner à Lille, là où c'est peut-être plus anonyme.

"Le Can, c'est le service public et il est fréquenté surtout par des RMistes car il est bien repéré dans ce milieu."

70 % de l'activité du Can consiste au suivi de malades, en collaboration avec la Justice (délit de conduite en état d'ivresse, prisons), les associations d'anciens buveurs ("Vie libre"). Les liens avec les médecins généralistes sont ténus.

"C'est un concurrent car il est gratuit, peut-être que certains médecins généralistes se demandent ce que l'on peut faire de plus contre l'alcoolisme que ce qu'ils font eux."

Pourtant, ils ont intégré son existence, puisqu'ils travaillent avec la diététicienne pour les régimes. Il existe donc une certaine complémentarité.

30 % de l'activité est consacrée à la prévention, à l'information dans les

collèges, les lycées, les organismes de formation, les groupes de RMistes.

"La promotion de la santé faite en classe par le professeur de biologie ne marche pas. On essaye de nouvelles méthodes comme une journée sur le thème "les plaisirs des plaisirs", où les parents sont impliqués et où il y a une pièce de théâtre, des entretiens avec les différentes personnes ressources du Calaisis, etc. Il existe une charte de travail pour travailler dans la cohérence, et donc sur du long terme. Il ne sert à rien de travailler de façon ponctuelle."

Le Can travaille avec les assistantes sociales des urgences de l'hôpital et des services de psychiatrie. Les médecins psychiatres pourraient être intégrés au Can pour maintenir une consultation de prévention, à condition de renforcer la psychiatrie sur Calais. L'ensemble du personnel du Can est malheureusement insuffisant pour assurer un suivi à domicile des patients.

Le Can ne prend pas en charge l'alcoolisme fœtal, essentiellement car il ne voit pas beaucoup de femmes enceintes et collabore peu avec le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital.

Peu d'adolescents consultent au Can. La structure ne leur est peut-être pas adaptée. La responsable du Can a mis en place, il y a quelques années de cela, un réseau local de promotion de la santé sur le Calaisis. Le but était de mettre en rapport le médical et le social et de permettre ainsi l'accès aux soins des plus démunis en créant des "points écoute santé". Les personnes y sont accueillies par une infirmière qui les fait entrer dans le système de soins. En raison de la demande, et surtout pour essayer de toucher les jeunes, une association, "la Parenthèse", avait été créée en centre ville sur des crédits "point écoute". Un éducateur et une psychologue ont été engagés. Mais les crédits n'ont pas suivi et l'association a été

dissoute en juin. ABCD a essayé de remplacer cette association, mais les jeunes qui ont des problèmes d'alcool ne font pas appel à ce genre de structure. Les toxicomanes y viennent davantage, car ils ont en plus la pression de la famille à qui la drogue fait peur.

"L'alcool ne fait peur à personne. Dans la majorité des cas, les réponses données à l'alcoolisme sont le fait de "bonnes volontés" des associations locales, mais ce n'est pas très efficace."

AUDOMAROIS

L'unité a été créée en juillet 1994. C'était une première dans le Pas-de-Calais. A l'hôpital, la demande est importante. A l'ouverture du service, il y avait 10 lits, puis 12, et 15 aujourd'hui. Les projets en cours tendent plus à développer la prise en charge intra-hospitalière, qu'à faire un Ccaa ou des consultations avancées en ville. Le service est submergé de travail. Il y a un seul alcoologue, et malgré l'aide que peut lui apporter un collègue de temps en temps, il souhaiterait en recruter un autre.

"Le manque d'intérêt des médecins pour cette spécialité ne permet pas de pourvoir le poste à temps partiel du service. On ne forme pas assez d'alcoologues. Cette maladie est peu gratifiante puisque les rechutes sont fréquentes."

L'alcoolisation fait aussi entrer en jeu une prise en charge psychologique de la part du soignant. En effet, l'alcoolisme est souvent lié à des problèmes existentiels sous-jacents (chez les femmes : viols, incestes...). Aussi des connaissances en psychologie sont-elles souhaitables dans cette profession. Au Centre hospitalier, il y a deux psychologues à temps partiel.

"Le sevrage et la cure sont une chose (seulement un traitement médical), mais le vide qui s'installe après l'arrêt de l'alcool en est une autre. Quelles sont les possibilités de vie ? A quoi servait l'alcool ? Que comblait-il chez l'individu ?"

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Un risque de dépression doit être pris en compte pour éviter les rechutes ou les tentatives de suicide 15 jours à 3 mois après le sevrage.

Le délai d'attente pour les consultations est d'environ un mois et demi, et toutes les demandes ne sont pas acceptées. Avant l'entrée en cure (souvent imposée par l'employeur, la famille, la police, le juge...), le malade doit avoir un entretien dont le but est de donner un sens à ses maux. La démarche accentue la prise de conscience, donne la parole au malade, le fait réfléchir. Des thérapies de groupe sont développées afin que le malade accepte le regard des autres. *"Lorsque les gens sortent du service, ils connaissent au moins le pourquoi de leur alcoolisation."*

Durant l'hospitalisation, les patients participent à des groupes de paroles. *"Il s'agit de leur renvoyer ce qu'ils sont actuellement, afin de provoquer une réaction de transformation."*

Les patients ont des activités diversifiées : atelier goût, sport, sophrologie, débats sur des films vidéos. Les visites avec l'entourage sont espacées pour faciliter le sevrage ou la cure. Le sevrage dure au minimum 5 jours (certains peuvent venir un week-end et reprendre leur activité professionnelle après) et la cure environ 3 semaines.

Un travail de réflexion sur divers thèmes est donné. Il prend en compte la "vitesse de croisière" de chacun.

"Il est difficile, pour les soignants qui souhaitent guérir les malades très vite, de prendre en compte cette vitesse de croisière différente pour tous. Ils doivent donc mettre leur volonté de soins en veilleuse."

Le personnel soignant a, lui-aussi, besoin d'être écouté. Ainsi, des réunions permettent à chacun de

partager son regard, ses réflexions sur le soin apporté, d'échanger ses expériences.

Un suivi d'un ou deux ans est nécessaire après une cure. Environ, 30 % des patients restent abstinents, 30 à 40 % ne reviennent plus ni dans le service ni aux urgences, et 30 % font plusieurs cures, rechutent, mais avancent. *"Enlever l'alcool ne change rien, si ce n'est que cela provoque un gouffre supplémentaire"*.

La vraie réussite est complexe. *"C'est lorsque la personne peut dire qu'elle n'est plus dépendante de l'alcool, qu'elle n'a plus besoin de militer contre l'alcool."*

La durée de ce "chemin de croix" varie selon les personnalités.

Une difficulté dans la prise en charge a enfin été soulevée. Il s'agit du non-remboursement des frais de transport dans les trois premiers mois qui suivent l'hospitalisation. En effet cela semble poser un vrai problème pour les patients de Saint-Omer qui ont déjà beaucoup de problèmes sociaux.

Au sein de l'hôpital, une des premières difficultés a été le changement de mentalités des soignants. Les infirmières sont le vecteur d'informations auprès des praticiens, car elles viennent des différents services passer quelques jours de stage dans le service d'alcoologie.

Le service d'alcoologie a de bons rapports, quasi quotidiens, avec le service des urgences dont le personnel s'est sensibilisé à l'alcoolisme. En effet, certains de leurs patients entrent, en premier lieu, par cette porte. Auparavant, les praticiens ne savaient pas toujours comment réagir face à eux. Il y a eu une formation de l'équipe des urgences. Maintenant, le personnel est capable de gérer ces situations délicates et de parler avec ces malades. Certains acceptent une

consultation au service d'alcoologie pour essayer de résoudre leur problème de dépendance. En général, les personnes admises aux urgences pour ivresse sont hospitalisées une nuit, puis leur est proposé systématiquement un entretien en alcoologie le matin avant de repartir. Plus d'une personne sur trois l'accepte. Ainsi, les patients ne repartent pas de l'hôpital sans avoir pris conscience de leur ivresse. Il n'y a pas de non-dit. L'efficacité de ce réseau liant les urgences au service d'alcoologie est importante et permet parfois de diminuer les délais de rendez-vous. Certains informateurs regrettent qu'une admission en urgence en alcoologie ne soit pas possible partout.

"Pourquoi est-ce que le réseau alcool n'est pas assez développé alors qu'il y a quelque chose à faire ?"

Il existe de bons rapports avec le service de gastro-entérologie, et avec les psychiatres qui passent une fois par semaine dans le service. Un psychiatre effectue quotidiennement une vacation aux urgences. Les relations avec le service de maternité sont inexistantes ; ce qui ne facilite pas l'action de lutte contre l'alcoolisme chez la femme et la prévention du syndrome d'alcoolisme foetal.

Mais *"on ne peut pas tout faire ! Il faudrait travailler avec tout le monde."*

Le service d'alcoologie souhaite mettre en place une unité mobile, composée d'un médecin mi-temps et d'une infirmière mi-temps qui iraient dans tous les services, à la rencontre des soignants et des patients. Ceci serait d'autant plus intéressant que le Centre hospitalier de Saint-Omer se divise en pavillons éloignés les uns des autres.

Une fois par semaine, des associations telles que "Vie libre", "la Croix d'Or" ou "Alcooliques Anonymes", viennent proposer des entretiens aux patients du pavillon d'alcoologie.

La justice et les entreprises sont également des partenaires du service. Il faut cependant savoir que si 60 % des accidents du travail sont associés à une alcoolémie positive, ils surviennent, le plus souvent, chez des buveurs occasionnels.

"Les entreprises sont de plus en plus rigoureuses vis-à-vis de l'alcoolisation des salariés, mais plus vis-à-vis des alcoolisations aiguës que chroniques."

"Les médecins du travail ne se positionnent plus en tant qu'accusateurs, mais apportent une aide à la décision de la cure. Certaines personnes viennent les voir spontanément pour souffler dans le ballon tous les 15 jours et ainsi s'auto-contrôler."

Un des problèmes rencontrés est le manque, en ville, d'une écoute multidisciplinaire que pourrait apporter un Ccaa. Le service d'alcoologie se trouve donc un peu en marge, sans relais. Mais cette absence est compensée par la relation qui existe entre le service et les médecins généralistes par le biais des réunions à l'hôpital.

Il existe à Saint-Omer deux centres de post-cure :

-Le foyer St Quentin Marat qui jouxte un CHRS : 8 à 10 lits de post-cure. Ce site récent est réservé aux hommes. La proximité du CHRS est bénéfique pour les hommes désocialisés qui trouvent ainsi un logement. Toutefois, cela reste difficile pour les personnes insérées qui côtoient les autres occupants du CHRS.

-La presqu'île de Longuenesse : 40 lits réservés aux femmes. Il dépend de l'association nationale " Croix bleue " qui lui envoie un recrutement national. Les spécificités des associations néphalistes se déterminent en fonction de l'orientation impulsée par leurs responsables. Par exemple, Vie libre a la réputation d'être plus familiale et la Croix bleue celle de travailler sur la réflexion.

Il arrive que des patients demandent un éloignement géographique, le

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

choix d'orientation se fait alors en fonction des spécificités de chaque site.

BOULONNAIS

Il existe un service d'alcoologie inclus dans le service de gastro-entérologie.

"Il faudrait un service avec de l'aigu, de l'accueil, de l'accompagnement et du suivi, mais "l'image de marque" de l'alcool est péjorative. Ce service devrait être délocalisé et renforcé en nombre de lits (15 au total). Son installation au 6ème étage a été refusée en raison du risque de défenestration, et les médecins ne veulent pas qu'il soit placé à l'hospice, afin que ces malades ne soient pas encore plus marginalisés."

L'alcoologie est un des thèmes sur lesquels travaille le Centre hospitalier. Mais il manque des moyens matériels, financiers et humains (assistante sociale, vacation médicale, psychologues ou psychiatres).

Le service d'alcoologie prend en charge les patients au niveau des urgences.

"Il serait intéressant de former le personnel des urgences chargé d'accueillir ces patients."

Le Ccaa travaille en ambulatoire et se situe à côté du centre de planification familiale, en centre ville. Il semble que la prise en charge s'y soit améliorée. Les patients sont revus deux fois.

"Il s'agit de prendre l'alcoolisme dans sa transversalité et dans sa verticalité. Il faut une prise en charge globale du patient. Cela ne doit pas se résumer au sevrage et à la post-cure. En effet, le malade évolue au fil du temps. On doit le prendre en charge à chaque étape de sa vie."

Le Ccaa travaille sur trois axes :
-traitement ambulatoire (qui évite l'hospitalisation) ;

-thérapie systémique (famille, entourage professionnel...) ;
-travail sur le syndrome de l'alcoolisme fœtal.

Au Ccaa une diététicienne tient une permanence. Les adolescents ne la consultent pas pour des problèmes d'alcool, mais pour autre chose ; en général pour des problèmes alimentaires. Il est important de leur montrer que l'alcool est exclu du régime alimentaire qu'ils veulent suivre.

Le Ccaa et le Cptca sont devenus des passages obligés pour la formation des médecins alcoologues, des infirmières, des travailleurs sociaux...

Pour mener à bien la lutte contre l'alcoolisme, le Ccaa travaille avec le milieu scolaire, mais également avec la justice.

"Lorsqu'une personne est jugée pour un problème d'alcoolémie routière, elle a obligation de passer par le Ccaa, 80 % de ces personnes reviennent."

Plusieurs réseaux informels ont été créés : ville-hôpital, Ccaa-justice, Ccaa-éducation nationale, Ccaa-syndrome fœtal, Ccaa-district pour « le pari boulonnais » (manifestation « anti-alcool » qui rassemble l'ensemble des acteurs locaux de prévention depuis 1992). La prévention est un outil essentiel. L'importance de l'éducation à la santé en milieu scolaire entre dans ce créneau.

"Il faut intervenir sur du moyen long terme (1,2,3 ans), et ne pas cibler sur un élève, mais travailler sur l'ensemble du collège ou du lycée."

BERCK - ETAPLES

Il n'y a pas de service d'alcoologie au CHAM. Cet établissement ne traite donc que l'alcoolisme aigu. Les cures de sevrage se font au Centre hospitalier de Boulogne ou à Etaples en externe. Un projet de structure existe toutefois à l'hôpital maritime de Berck.

LA GERIATRIE

• Les indicateurs

Morbidité

Les personnes âgées se trouvent en plus grande proportion en zone rurale (16 %) et dans le secteur de Berck - Etaples (14 %). Cependant, en nombre, c'est sur le Dunkerquois, secteur le plus peuplé, qu'elles sont majoritaires bien qu'elles n'y représentent que 10 % de la population totale.

Ainsi, si l'on s'appuie sur les données de l'enquête Paquid pour estimer le nombre de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, on observe que les besoins de prise en charge de cette affection sont les plus importants autour de Dunkerque.

Etaples possède un CPTCA qui manquerait de moyens. Berck concentre les cas les plus lourds de ce secteur et représente la principale provenance des urgences sociales du CHAM. L'alcoolisme, les suicides et les problèmes psychiatriques y sont patents. À Montreuil quelques cas sociaux existent, mais ces problèmes sont moins présents à l'intérieur des terres.

LES ZONES NON DESSERVIES

Il existe des poches d'alcoolisation fortes qui ne sont pas ou peu prises en compte dans le cadre de la prévention : Desvres, Marquise, Montreuil et Berck. Il n'y a là aucune structure d'accueil. À l'exception des quelques personnes de Marquise qui se rendent au Centre hospitalier de Calais, la prise en charge des malades se fait alors essentiellement au Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer.

"Ce sont des zones qui connaissent une importante misère sociale."

Tableau 23 : Taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer selon la classe d'âge

Classe d'âge	Taux de prévalence %
60-64 ans	1
65-69 ans	1
70-74 ans	4
75-79 ans	6
80-84 ans	13
85-89 ans	22
90 ans et plus	32

Source : Insee 1990, enquête Paquid, exploitation Ors.

Tableau 24 : Répartition de la population du Littoral âgée de plus de 60 ans (effectif et %) et du nombre estimé de malades Alzheimer par zone (effectif et ‰)

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

	Population totale	Population âgée de plus de 60 ans	%	Nombre estimé de malades Alzheimer	‰
Bouonnais	131 571	22 953	17,4	1 212	9,2
Calaisis	127 577	20 644	16,2	1 099	8,6
Dunkerquois	277 938	39 020	14,0	2 009	7,2
Audomarrois	102 942	15 894	15,4	830	8,1
Berck-Étaples	53 905	10 256	19,0	538	10,0
Zones rurales	97 271	21 688	22,3	1 209	12,4
Total	791 204	130 455	16,5	6 897	8,7

Source : Insee 1990, enquête Paqid, exploitation Ors.

• Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

Pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes, le Littoral se caractérise par la fréquence des ménages ne pouvant "se mettre en situation". Est-ce l'impossibilité pour eux de se projeter en raison de la gravité du problème, ou bien la méconnaissance des possibilités de

prise en charge qui sont offertes sur le Littoral ? La réponse la plus fréquemment déclarée est la prise en charge par la famille dans le Littoral, comme dans le Hainaut et l'Artois, et cela beaucoup plus souvent que pour les ménages de la Métropole. À l'inverse, le placement en établissement pour personnes âgées n'est que rarement évoqué dans les trois Bassins de vie, et beaucoup moins que dans la Métropole.

Tableau 25 : Recours aux soins pour la prise en charge d'un parent âgé et dépendant dans les ménages du Nord – Pas-de-Calais

	En cas de perte d'autonomie chez l'un de vos parents, comment est (serait)-il pris en charge ?					Total*
	Par la famille	En éabt pour personnes âgées	Aide et/ou soins à domicile	Ne sait pas		
Littoral	104	33	75	88	223	
%	46,6	14,8	33,6	39,5	134,5	
Artois	160	55	121	70	339	
%	47,2	16,2	35,7	20,7	119,8	
Hainaut	106	20	63	46	199	
%	53,3	10,1	31,7	23,1	118,1	
Métropole	109	74	128	110	311	
%	35,1	23,8	41,2	35,4	135,4	
Total	479	182	387	314	1072	
%	44,7	17,0	36,1	29,3	127,1	

*Plusieurs réponses étaient possibles - Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Les réponses données par les ménages du Littoral ne diffèrent pas selon les zones, en revanche ce sont les non-réponses qui sont significativement différentes. Ainsi, plus de la moitié des habitants interrogés dans le Calaisis et le Dunkerquois n'ont pas idée de la prise en charge pour un de leurs parents dépendants. Ils sont

seulement respectivement près d'un tiers et d'un cinquième dans l'Audomarrois et le Bouonnais.

Tableau 26 : Recours aux soins pour la prise en charge d'un parent âgé et dépendant dans les ménages du Littoral

	En cas de perte d'autonomie chez l'un de vos parents, comment est (serait)-il pris en charge ?					
	Par la famille	En état pour personnes âgées		Aide et/ou soins à domicile	Ne sait pas	Total*
Boulonnais	32 54,2	9 15,3	25 42,4	12 20,3	59 132,2	
Calaisis	26 44,8	6 10,3	13 22,4	31 53,5	58 131,0	
Dunkerquois	18 37,5	9 18,8	15 31,3	26 54,2	48 141,7	
Saint-Omer	19 40,4	7 14,9	17 36,2	17 36,2	47 127,7	
Total	95 44,8	31 14,6	70 33,0	86 40,6	212 133,0	

*Plusieurs réponses étaient possibles
Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Enquête auprès des médecins Généralistes

Le moyen et le long séjour sont pris en charge à 100 % sur le Littoral, essentiellement dans le secteur public.

Tableau 27 : Lieu de l'hospitalisation en moyen et long séjour des patients habitant le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Moyens et longs séjours	0	0	100,0	0	0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Il s'agit de disciplines pour lesquelles les médecins généralistes sont globalement moins satisfaits (cf. tableau 28). Pour certains items, leurs opinions sont significativement différentes dans le Littoral par rapport aux autres Bassins de vie.

Tableau 28 : Satisfaction globale des médecins généralistes pour le moyen et long séjour (résultats pour l'ensemble de la région)

Groupe de pathologies	Satisfaction de la prise en charge (%)		
	Oui	Non	Ne sait pas
Moyens et longs séjours	52,0	31,0	17,0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Autant la proximité des établissements hospitaliers semble être correcte, autant les délais d'admission concentrent l'insatisfaction et concernent 34 % des médecins interrogés sur le Littoral. 13 médecins réclamaient le développement de ce secteur en

augmentant le nombre de lits existants ou en créant des centres spécialisés. Cela permettrait de diminuer les délais et de développer les admissions directes du domicile (cf. tableau 29). Pour les autres items, on note une importante proportion de médecins sans opinion.

Tableau 29 : Proportion de médecins généralistes sans opinion pour certains items concernant le moyen et long séjour sur le Littoral par rapport à l'ensemble de la région

Groupe de pathologies	Item pour lesquels les médecins généralistes sont sans opinion concernant la prise en charge en moyen et long séjour (%)					
	Littoral			Région		
	relations avec les praticiens hospitaliers	plateau technique	savoir faire	relations avec les praticiens hospitaliers	plateau technique	savoir faire
Moyens et longs séjours	28,0	39,0	37,0	17,5	28,5	26,5

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

En conclusion, le souhait de développer ce domaine à la frontière du médico-social semble important et pour cela il serait nécessaire d'inciter les médecins généralistes et spécialistes à s'intéresser davantage à la prise en charge des personnes âgées.

• État de santé et prise en charge vus par les informateurs-clés

L'analyse des entretiens montre que la prise en charge n'est pas la même en milieu rural et en milieu urbain.

Il semblerait que la solidarité familiale, le voisinage ainsi que la résistance aux conditions de vie précaires soient plus fortes en milieu rural. Cela a pour conséquence une moindre demande d'aide de la part des personnes âgées.

"En zone rurale, les gens sont plus casaniers. Beaucoup de personnes âgées, ne voulant pas quitter leur conjoint, préfèrent bénéficier de soins à domicile, solution qui semble alors plus adaptée à leur demande (il existe d'ailleurs des associations qui préparent des repas à domicile)."

"Les personnes âgées consultent le moins possible et attendent souvent le dernier moment."

"Elles restent dans 95% des cas à domicile, grâce à la présence et à la solidarité du voisinage et meurent chez elles. Mais ces pratiques tendent à disparaître. Les services de soins à domicile interviennent, mais les voisins font souvent les courses, les repas ou aident à la toilette."

En milieu urbain, l'isolement semble de plus en plus fréquent.

"Or de nos jours, le voisinage est anonyme et beaucoup de familles sont éclatées."

"Les familles déstructurées et les personnes âgées dépendantes ne font pas bon ménage."

"Le problème rencontré le plus fréquemment avec les personnes âgées est celui de l'isolement. En effet, de nombreuses personnes âgées vivent soit totalement seules puisque n'ayant plus de famille, soit parce que la famille ne veut pas s'en occuper."

Il y a quelques années, les malades étaient moins dépendants. Actuellement les aides soignantes ont le sentiment que les personnes âgées sont devenues des malades lourds. Les malades en fin de vie sont également plus nombreux.

"Avant on les aidait seulement à faire leur toilette. Aujourd'hui, il faut la faire entièrement."

Il y a un déficit dans les soins de suite dans toute la région. Dans certains hôpitaux, les lits de court séjour sont encombrés de malades qui attendent des places en soins de suite.

"Il y a trop d'attente sur tout le Littoral."

"Où envoyer certains patients nécessitant de la rééducation et une convalescence ? Berck est très spécialisé. Il manque surtout des places de moyen séjour indifférencié."

À l'inverse, les services de moyen séjour *"récupèrent souvent les malades qui ont une pathologie peu intéressante pour les services de court séjour qui essayent de s'en débarrasser en moyen séjour, sans les avoir vraiment examinés. C'est intéressant, pour le moyen séjour mais ce n'est pas sa vraie vocation."*

Par contre, pour les pathologies dites "intéressantes", la convalescence se déroulera parfois dans le service de court séjour.

"On garde une méningite durant toute l'antibiothérapie en court séjour. Ce sont généralement des malades peu lourds et qui permettent d'éviter de faire une entrée."

Il existe donc des dysfonctionnements à tous les niveaux de la chaîne.

"Pas même la moitié des malades hospitalisés en court séjour ne relèvent réellement de ce service."

DUNKERQUOIS

À Zuydcoote, après l'ouverture des 30 lits supplémentaires, il y aura 70 lits de moyen séjour, répartis en 10 lits de soins palliatifs (unité de lieu), 30 lits de convalescence « adultes » (greffés, VIH, traumatologie) et 30 lits de convalescence gériatrique (au delà de 75 ans). Cette unité de moyen séjour d'aval pour les services de court séjour permettra de réduire la liste d'attente pour les prises en charge en convalescence et évitera que des personnes âgées "embolisent" les services de court séjour. Il n'existera pas une séparation précise entre les lits de convalescence adulte et gériatrique. Une unité pourra déborder sur l'autre selon les besoins.

L'unité de gériatrie inclura 10 lits d'accueil temporaire de type Cantou pour des patients atteints d'Alzheimer, afin de soulager les familles pendant deux à trois semaines. Les patients effectueront des stimulations cognitives. Ce type d'unité a pour vocation de favoriser le maintien à domicile de ce type de patients.

Un centre de la mémoire va également voir le jour. La rééducation sera faite en hôpital de jour, en hôpital de semaine ou dans une unité d'hospitalisation classique. Ces unités de moyen séjour spécialisé (sida, soins palliatifs, brûlés, Alzheimer...) ont potentiellement une vocation littorale.

Ces services de moyen séjour n'ont pas pour vocation de prendre des patients en attente de long séjour, sauf si une place en long séjour est prévue et réservée, et que cela représente au maximum 10% des lits. Mais les listes d'attentes en long séjour devraient s'améliorer car la maison de retraite va ouvrir 30 lits qui étaient "gelés". Quelques entrées directes se font avec l'accord téléphonique de la caisse, mais la majeure partie des entrées viennent des établissements hospitaliers du Dunkerquois, un peu du CHRU, un peu du Calais, un peu de Paris pour le VIH (de plus en plus rarement). Il ne recrute pas au delà de Calais. Les autres personnes se dirigent sur Berck. Il n'y a pas de relations de collaboration avec le CH de Saint-Omer. L'aire de recrutement se limite à la grande région dunkerquoise. Aucun patient ne vient de Belgique. L'inverse se produit, les français vont en Belgique pour le long séjour.

Le service de moyen séjour est victime de son activité. Par manque de place, il ne peut honorer que trois demandes sur 20 ; ce qui mécontente les personnes (il y a trois à quatre demandes par jour). Il n'y a pas de consultations de pré-admission. Le déplacement du patient est trop lourd à organiser et si le chef de service visite les malades dans les autres services, il n'est jamais dans son propre service.

Pour la sortie, le principal interlocuteur est le service de soins à domicile qui permet le retour à la maison. L'assistante sociale se charge de le contacter, mais on

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

retrouve les mêmes contraintes que les autres services : *"ils sont débordés et n'arrivent pas à prendre en charge toutes les personnes sortant de l'hôpital."*

À Dunkerque, une seule personne tient une "consultation de la mémoire". Pourtant la prise en charge précoce de malades atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées améliore considérablement le pronostic de la maladie. Les traitements actuels permettent de retarder l'institutionnalisation et de préserver une autonomie plus longtemps. Les patients ainsi que leur famille ont alors une meilleure qualité de vie. Actuellement les consultations sont faites au CHD et à Zuydcoote. Mais, un site unique où les moyens humains seraient concentrés (orthophoniste, neuro-psychologue) serait plus souhaitable. Le service travaille en collaboration avec le Centre Hospitalier Régional Universitaire pour harmoniser les prises en charge au sein du "réseau mémoire" qui regroupe Dunkerque, Calais, Béthune, Lille, Lens, Valenciennes et Maubeuge. Apparemment les médecins libéraux travaillent peu avec les hospitaliers. Pourtant, certains désirent que les bilans orthophoniques et neuro-psychologiques soient faits à l'hôpital, parce qu'il n'existe pas de cotation en ville pour ce type de bilan. Ces examens sont longs (1h à 1h30), donc peu lucratifs.

"Les médecins libéraux auront difficilement ces bilans, puisque les praticiens hospitaliers n'y ont déjà pas accès facilement."

La file active actuelle en consultation de la mémoire est de 250 personnes par an. Cependant elle commence à arriver à saturation car si elle augmente, les délais de rendez-vous en consultation vont augmenter eux-aussi.

CALAISIS

La prise en charge des personnes âgées est un point délicat à Calais. Il manque des structures de convalescence. Calais possède du moyen séjour indifférencié qui est insuffisant. La rééducation fonctionnelle est également en difficulté. Il n'y a pas de médecin rééducateur au centre hospitalier et il n'y a qu'un seul spécialiste en ville. Lorsque les patients de Calais ont besoin de rééducation, ils sont orientés vers le CH de Saint-Omer, Zuydcoote ou Berck (établissements Hélio-marin ou Fondation Franco-américaine). Ce problème va s'aggraver car la population vieillit.

Le Centre Hospitalier de Calais a des problèmes de capacité de prise en charge. Il y a 75 lits de long séjour et 180 lits de maisons de retraite. Selon la grille AGIR, il serait nécessaire d'avoir 100 lits de long séjour. 85 % des personnes de plus de 60 ans qui entrent à l'hôpital (soit 30 % de l'hospitalisation), retournent à leur domicile.

BOULONNAIS

Le service de gériatrie du centre hospitalier est composé d'un court séjour de 15 lits situés sur le site du Centre Hospitalier et dirigé par un praticien hospitalier temps plein. Cela serait plus confortable s'il disposait de deux médecins temps plein et d'un interne. Il y a un service de moyen séjour de 90 lits situé en ville. Destiné aux personnes ayant besoin de faire de la rééducation, il est géré par 2,5 équivalents temps plein. Toutefois, en janvier 2000 une assistante devait arriver. La nuit, il n'y a pas de médecin sur place mais il existe une astreinte de gériatrie. Les besoins en soins de suite à Boulogne sont importants. La clinique médico-chirurgicale de la Côte d'Opale doit adresser ses patients dans une clinique du Touquet. Le long séjour de 120 lits a été installé sur le site de l'hôpital et tourne avec un praticien hospitalier mi-temps. Enfin,

il y a 2 maisons de retraite où travaillent 2 médecins vacataires.

Lorsque le praticien hospitalier du court séjour s'absente, c'est l'un de ces collègues du moyen séjour qui le remplace. Mais ces deux services n'étant pas sur le même site, le court séjour tourne alors au ralenti.

"Il y a eu un projet de rassembler sur un même site le court et le moyen séjour, mais ce n'était pas une bonne idée car c'était mettre le court séjour en centre ville loin du plateau technique de l'hôpital. Or, cela coûte encore plus cher de faire déplacer systématiquement les patients en ambulance pour une radiologie ou un bilan."

La gériatrie a d'autres besoins. La mise à disposition de "scope" notamment améliorerait la prise en charge des patients. *"C'est indispensable quand on connaît la fréquence des problèmes cardiaques des personnes âgées."*

Il existe également une carence en kinésithérapie (ils ne sont que 2 à temps plein) et en aides-soignantes pour les toilettes, le nursing, l'accompagnement psychologique des personnes âgées. Certains praticiens souhaiteraient développer d'autres activités (type consultation), mais comme ils sont en nombre insuffisant, cela pourrait poser des problèmes de fonctionnement dans les services.

Il manque également un psychologue et un orthophoniste. *"Dès qu'on doit faire le bilan psychométrique d'une démence, on est obligé de les envoyer en consultation de neurologie."*

En revanche, le service est bien doté en assistantes sociales, car elles sont huit à l'hôpital dont une spécifiquement attachée à la pédiatrie, à 30 lits de moyen séjour et au court séjour gériatrique.

Il manque une unité spécialisée pour les personnes démentes (maladie d'Alzheimer et apparentées).

"Elles ont besoin de locaux adaptés, et d'une prise en charge spécifique."

A Boulogne, il n'y a qu'une maison de retraite et le service de soins de longue durée qui les admettent.

"L'unité spécialisée qui est en train de se créer à Zuydcoote est trop loin, les familles n'iront pas les voir là-bas."

Il y a peu de contacts avec la ville. Le chef de service de gériatrie commence à faire des formations médicales continues avec les médecins généralistes. Cela se passe bien et lui permet de développer les entrées directes dans le service sans passer par les urgences.

Les problèmes sociaux sont en accroissement et les praticiens hospitaliers ne comprennent pas pourquoi les demandes d'aides sociales (Psd : prestations spéciales dépendance), qui leur prennent beaucoup de temps, sont souvent refusées. Mais les personnes demandeuses de ces aides ne font pas la part entre les critères de dépendance (qui font qu'une personne peut prétendre à cette aide) et les critères de ressources (qui interviennent de plus en plus pour l'allocation de l'aide). Il faut souvent les orienter vers une assistante sociale qui leur indique ce à quoi elles ont droit.

Certains médecins généralistes n'oseraient pas faire les demandes de mise sous tutelle, par peur de perdre la clientèle de la famille. Dans ce cas, la personne est adressée à l'hôpital pour que la demande de tutelle y soit faite.

Les médecins hospitaliers se demandent comment certains malades peuvent être correctement pris en charge car ils en voient parfois arriver sans mutuelle voire même sans sécurité sociale.

"Certains se débrouillent avec l'aide médicale gratuite, le paiement des soins hospitaliers en plusieurs fois, l'écourtement maximum du séjour pour limiter les frais."

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

La collaboration avec les autres hôpitaux n'existe pas pour l'instant en gériatrie, sauf pour quelques patients en raison de convenances personnelles. De plus, les praticiens ne peuvent partager leur temps avec un autre site. Il y a déjà trop de travail sur place et ils ne pourraient pas effectuer un travail de qualité s'ils se dispersaient.

AUDOMAROIS

Le CH de Saint-Omer est relativement bien équipé que ce soit pour les soins de convalescence que pour ceux de rééducation fonctionnelle. Il permet de répondre aux besoins de l'Audomarois et un peu à ceux du Calais.

Au service de promotion de la santé un groupe de réflexion sur la prise en charge des personnes âgées a été mis en place. Le but étant de concevoir un réseau gérontologique. Un travail est fait sur la prévention de la dépendance en partenariat avec le médecin responsable du centre hospitalier de Saint-Omer, la Caisse régionale d'assurance maladie, le service de soins à domicile...

L'hôpital local d'Aire-sur-la-Lys a une orientation gériatrique depuis 15 ans. Il dispose d'un service de long séjour et d'un service de médecine générale dans lequel interviennent 35 médecins généralistes des environs.

52 % des patients viennent du bassin Artois. Le projet d'établissement proposerait la création d'un secteur médecine et moyen séjour avec chacun 15 lits (actuellement il y a 20 lits en médecine générale).

En long séjour, il y a essentiellement des personnes dépendantes physiquement et souvent aussi psychologiquement (démences séniles). Depuis 20 ans, la charge de travail a considérablement augmenté. En effet, une surveillance continue, la toilette, l'aide pour les repas sont de plus en plus souvent nécessaires. Pour soulager les aides-soignantes, des lève-malades sont disponibles.

Les problèmes de dépendance alcoolique chez les résidents sont rares.

"On leur donne un peu de vin le dimanche. L'important c'est qu'il n'y ait pas de problèmes de comportement."

Les problèmes de transports en commun sont un frein aux visites des familles. Mais les parents qui viennent peuvent rester déjeuner avec leur aîné.

De manière générale, le personnel reste longtemps. Il suit régulièrement des formations (formation au lève-malade, aide au mourant, informatisation...).

BERCK - ETAPLES ET LES ZONES RURALES

"Le Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil situé dans un secteur particulièrement "vieillissant", aurait dû se structurer pour une prise en charge

gériatologique d'autant qu'il a les outils pour (court et moyen séjour)."

Un projet est en cours pour 1999 : il s'agirait de créer des lits en hôpital de jour pour prendre en charge les personnes âgées qui ne vont pas bien. Cela serait une alternative à l'hospitalisation classique. Le bilan pourrait être fait en un jour. Le médecin généraliste prendrait ainsi les dispositions adéquates pour le malade. Mais ni les moyens ni le personnel ne sont réunis pour les 16 lits pourtant prévus.

vivent. Environ 60% des patients soignés à l'hôpital local sont des personnes de plus de 65 ans. Il existe ensuite 20 lits de moyen séjour et 2 foyers-logements médicalisés. Il manquerait une structure pour accueillir le long séjour.

LES URGENCES

• Les indicateurs

La mortalité

Le Bassin de vie Littoral est tout comme les autres Bassins de la région en sous-mortalité par rapport à la France. Les femmes ont un Icm par accident de la circulation inférieur à celui des hommes.

Entre 1995 et 1997, les zones de Berck - Etaples (pôle urbain et zone périurbaine), ainsi que les zones périurbaines de Dunkerque et Saint-Omer connaissent toutes une

Le moyen séjour se situe à Campagne-lès-Hesdin. Il y a 40 lits qui sont en connection directe avec l'hôpital. Les patients sont sous la responsabilité d'un cardiologue. Cette structure est remplie à 110 % chaque année. Ils sont obligés de déborder sur le long séjour. Il manque encore 10 lits. Ceux-ci éviteraient l'embolisation des services à l'hôpital. Le long séjour à Campagne-les-Hesdin fonctionne bien.

La gériatrie a un certain poids sur le secteur d'Hesdin, puisqu'un nombre important de personnes âgées y surmortalité par rapport à la moyenne française, mais les Icm ne sont pas significatifs.

A l'opposé, chez les femmes dans la zone périurbaine de Berck - Etaples, la mortalité apparaît importante (Icm significatif), puisqu'elle est de 333% supérieure à la moyenne nationale.

Les pôles urbains de Boulogne-sur-Mer et de Calais sont en sous mortalité par rapport à la région (Icm significatifs). Le pôle urbain de Dunkerque connaît une des plus faibles sous-mortalité féminine avec un Icm significatif.

Dans l'ensemble, les territoires qui composent le bassin de vie du Littoral sont répartis de deux manières. Un groupe connaît une certaine sous-mortalité, et l'autre une réelle surmortalité par rapport à la moyenne du Littoral. Cependant la majorité des Icm ne sont pas significatifs.

Tableau 1 : Indicateurs comparatifs de mortalité par accident de la circulation, par Bassin de vie du Littoral puis par zone Insee, de 1995 à 1997 (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
88	59	73	59	75	68	54	61

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

1995 1997	Hommes		Femmes	
	lcm	Significatif	lcm	Significatif
Berck—Étaples	137		40	
P Berck—Étaples	159		433	oui
Boulogne	43	oui	84	
P Boulogne	68		163	
Calais	31	oui	9	
P Calais	94		149	
Dunkerque	45		34	oui
P Dunkerque	127		66	
St Omer	99		50	
P St Omer	136		121	
Rural	78	oui	81	oui

Source : Inserm C.S.8, Insee Rp 90. Exploitation Ors

Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

Bien que, comme dans toute la région, l'hôpital public soit le lieu de prédilection pour la prise en charge des urgences pour les ménages du Littoral, ces derniers s'adressent ou

s'adresseraient dans le privé pour la prise en charge d'une fracture de membre plus souvent que ceux des autres bassins de vie. C'est également dans le Littoral que les prises en charge hors Bassin de vie d'habitation sont les moins fréquentes.

Tableau 31 : Recours aux soins pour une fracture avant 60 ans dans les ménages du Nord — Pas-de-Calais

	Dans quel établissement une personne du ménage de moins de 60 ans a-t-elle (ou aurait-elle) recouru pour une fracture de membre ?								
	Hôpital		Clinique		Hopital/clinique		Ne sait		Total
	dans le Bassin de vie d'habitation		hors Bassin de vie d'habitation		pas				
Littoral	126	51,6	92	37,7	9	3,7	17	7,0	244
Artois	242	66,7	49	13,5	59	16,3	13	3,6	363
Hainaut	122	57,6	73	34,4	8	3,8	9	4,3	212
Métropole	216	56,4	102	26,6	19	5,0	46	12,0	383
Total	706	58,7	316	26,3	95	7,9	85	7,1	1 202

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Si l'on examine les réponses des ménages du Littoral selon leur zone d'habitation, on constate que les Calaisiens vont ou irait presque toujours dans les établissements de leur propre zone d'habitation et attireraient même 15 % des Dunkerquois. Cependant, pour ces derniers, il s'agit encore d'habitants de communes de l'arrondissement de Calais, limitrophes de

l'arrondissement de Dunkerque qui ont été intégrées dans la zone dunkerquoise en raison d'un flux domicile travail plus important vers la zone urbaine de Dunkerque. On peut en conclure que malgré les flux domicile-travail, pour les urgences, comme pour la maternité, c'est la proximité de l'établissement qui l'emporte.

Tableau 32 : Recours aux soins pour une fracture avant 60 ans dans les ménages du Littoral

	Dans quel établissement une personne du ménage de moins de 60 ans a-t-elle (ou aurait-elle) recouru pour une fracture de membre ?								
	Zone d'habitation		Littoral, hors zone d'habitation		Hors Littoral		Ne sait pas		Total
Bouonnais	42		5		2		0		49
%		85,7		10,2		4,1		0	
Calaisis	65		1		1		4		71
%		91,5		1,4		1,4		5,6	
Dunkerquois	44		10		2		3		59
%		74,6		16,9		3,4		5,1	
Audomarois	35		5		4		8		52
%		67,3		9,6		7,7		15,4	
Total	186		21		9		15		231
%		80,5		9,1		3,9		6,5	

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Enquête auprès des médecins généralistes

L'enquête menée auprès des médecins généralistes ne montrait pas de différence significative quant à la prise en charge des pathologies

de l'urgence (brûlures, tentatives de suicide, accidents de la voie publique...).

Ainsi, les urgences, qui sont par définition des soins de proximité, sont prises en charge à 98,6 % dans Littoral.

Tableau 33 : Lieu de l'hospitalisation aux urgences des patients habitant le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Urgences (brûlures, TA (1), AVP (2)...))	0	0	98,5	1,5	0

(1) TA = tension artérielle (2) AVP = accident de la voie publique

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

La prise en charge des urgences, comme dans les autres Bassins de vie, suscite une satisfaction globale de la part de 77,5 % des médecins généralistes, en particulier pour ce qui est de la proximité (97 % de oui) et des délais

d'admission (87% de oui). L'appréciation des relations avec les médecins, du plateau technique et du savoir-faire est plus réservée (9 à 14 % sont insatisfaits, 12 à 16 % sont sans opinion).

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Tableau 34 : Satisfaction globale des médecins généralistes pour la prise en charge aux urgences (résultats pour l'ensemble de la région)

Groupe de pathologies	Satisfaction de la prise en charge (%)		
	Oui	Non	Ne sait pas
Urgences	77,5	13,5	9,0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes 1998.

Certains médecins généralistes de Dunkerque et de Boulogne souhaitent cependant une amélioration de l'accueil en diminuant, par exemple, l'attente liée aux "fausses urgences". À Dunkerque, ils réclament aussi plus de compétence et plus d'humanité. La quasi-totalité de ces services appartient au service public.

• La prise en charge vue par les informateurs-clés

Le problème du SMUR

La loi impose maintenant que tous les SMURS soient séniorisés. Or la majorité des services du littoral possèdent chacun une équipe non séniorisée. Le coût d'une telle mesure va être important. Va surtout se poser le problème du recrutement de médecins urgentistes pour remplir le tableau de garde, déjà difficile à remplir en période estivale. En effet, actuellement certains services font appel à des vacataires (médecins libéraux) pour assurer les gardes. Or ces médecins n'étant pas personnel hospitalier et n'étant pas fidélisés, ne sont pas dans l'obligation de combler les "trous" de la liste de garde ; ce qui revient alors aux praticiens hospitaliers. Dans certains services, ils ont déjà une à deux gardes sur place par semaine. D'autre part, si cette séniorisation se fait à effectif constant, le médecin qui sortira en SMUR sera manquant dans le service pendant ce temps-là. Il conviendrait donc, selon les personnes rencontrées, de renforcer les SMURS en personnel hospitalier stable.

L'A16 a facilité les transferts. Au centre hospitalier de Dunkerque, 150 transferts ont lieu par an dont certains vers le centre hospitalier de Boulogne. Le SMUR de Dunkerque fait du secondaire, il peut transférer un malade dans un autre hôpital, alors que celui de Saint-Omer ne fait que du primaire (il ne peut sortir que pour aller chercher un malade de son secteur et le ramener au CH de Saint-Omer). Le SMUR de Calais vient aider de temps en temps le SMUR 59, mais l'inverse ne se produit pas.

"Arras ne nous demande jamais d'intervenir dans le 62."

En effet, le SMUR de Calais travaille davantage avec Boulogne qu'avec Dunkerque, car *"Boulogne c'est le même département, donc géré par la régulation d'Arras, alors que Dunkerque est géré par la régulation de Lille."*

La médecine d'urgence

Il existe un lourd déficit de médecins urgentistes, en terme de postes offerts, mais également de postes non pourvus. Plusieurs services ont en effet des postes vacants depuis plusieurs mois. Le problème est de réussir à attirer des médecins et de les faire rester. De plus, certains assistants attendent des titularisations et des améliorations de leurs rémunérations et risquent de partir s'ils ne les obtiennent pas. *"2 assistants sont là depuis 6 ans, ils sont devenus très compétents, mais ils ne sont pas reconnus. S'ils partent, les urgences ferment"*

Les médecins généralistes sont conscients de ce problème et encouragent la création de postes à Calais et au CHAM. Certains médecins généralistes prennent aussi des gardes aux urgences. Mais il est à craindre que ces médecins s'en aillent aussi à cause des mauvaises conditions de travail et de rémunération. Les infirmières sont également surchargées de travail.

"Il faut donc mettre en place une politique active de recrutement des professionnels des urgences et pérenniser les postes. Il faut devenir des vrais professionnels et donner au personnel des perspectives intéressantes. Notre travail n'est pas assez reconnu."

"On risque sinon de recruter des médecins étrangers, qui sont très mal payés, qui ont peu de chances d'accéder au concours de praticien hospitalier et qui se retrouvent dans une situation précaire. Cette solution n'est pas souhaitable pour la qualité des soins aux urgences."

"Aujourd'hui, on ne donne pas une bonne qualité de soins."

Par exemple, pour les internes, *"on ne doit pas leur donner plus de responsabilités que leurs connaissances médicales ne peuvent satisfaire."*

"D'un côté on parle de qualité et d'accréditation, mais de l'autre on nous parle d'économies et de restrictions."

Pourtant, les urgences sont un service clé de l'hôpital, car elles en constituent une sorte de « vitrine » et représentent le premier contact des patients avec l'établissement.

"Ce service n'a pas la réputation qu'il mérite. Les médecins urgentistes travaillent dans des conditions difficiles. Ce service n'a pas été pensé en flux de patients, mais en organisation."

Certains services ne sont pas informatisés, ce qui entraîne une perte de temps lorsque les médecins doivent prendre en notes manuellement un bilan biologique annoncé par téléphone.

Pourtant, *"l'hôpital répond aux attentes des gens. Il y a de bons*

chirurgiens, de bons cardiologues, pneumologues, gastro-entérologistes, et si on accueillait mieux les patients aux urgences, l'hôpital gagnerait encore en réputation."

L'accueil est donc une préoccupation majeure des services d'urgences. Mais les conditions de travail ne leur facilitent pas la tâche.

L'engorgement est perçu comme étant permanent à l'unité-porte accueillant les patients.

"Les patients y restent plusieurs jours avant de pouvoir monter dans les services faute de places."

Cette unité sert de tampon avec l'hospitalisation classique. Le flux d'entrants aux urgences ne cesse d'augmenter, mais il n'y a pas plus de places dans l'hôpital.

"Les patients doivent attendre une place dans les lits-porte ce qui embolise cette unité qui n'est pas prévue pour ça au départ. Les gens ressortent parfois sans avoir vu le spécialiste, ce qui crée un mécontentement compréhensible."

Pour résoudre ce problème d'affluence et d'embolisation des services d'urgence, *"la seule solution que propose la direction est de rajouter des médecins de 18 à 24h. Or, le fond du problème n'est pas là mais plutôt dans des locaux trop exigus, des places d'hospitalisation trop rares dans les services de l'hôpital, des patients trop exigeants et peu responsabilisés."*

Les urgences sont devenues un lieu de consultations de médecine générale.

"Beaucoup de soins externes devraient être réglés en ville. Les urgences jouent le rôle de SOS-médecins, surtout en pédiatrie. C'est un problème d'éducation des gens."

A partir de 18h, les urgentistes font des véritables consultations de ville pour une population défavorisée venant des ZUP.

"C'est ouvert, ils ne paient pas un sou et ils sortent avec une

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

ordonnance. Certains jours, c'est ingérable !"

"La nuit, il y a toujours quelqu'un aux urgences et c'est gratuit."

La "bobologie" est en nette augmentation.

Les personnes viennent aussi consulter aux urgences car il y a trop de délai d'attente pour une consultation spécialisée en ville ou à l'hôpital (parfois 3 mois).

"Ils essaient donc de court-circuiter l'attente en passant par les urgences, où ils pensent qu'on va appeler le spécialiste systématiquement pour répondre à leur attente."

Les médecins généralistes insistent d'ailleurs sur la nécessité d'améliorer l'accueil des urgences en diminuant l'attente liée aux fausses urgences. Mais il faudrait pour cela développer une véritable politique d'éducation des patients à grande échelle. Cela permettrait probablement de laisser un peu de temps aux personnels pour rendre les urgences plus "humaines", comme le désire un médecin généraliste de Dunkerque. L'humanisation doit cependant se faire dans les deux sens. En effet, *"les familles des patients ne remercient jamais le personnel médical."*

À noter que l'afflux des personnes dans les services d'urgences ces dernières années est en rapport avec *"la désaffectation des médecins de ville, et surtout un désir de sécurisation : la réponse téléphonique ne suffit plus, la consultation du médecin de garde en ville non plus, il faut venir aux urgences."*

Le médecin est devenu un "bien de consommation".

On retrouve en zone urbaine cette volonté de sécurisation maximale : *"les gens vivent dans l'immédiat, car il n'y a pas d'avenir, il veulent tout, tout de suite", ce qui les*

amènent à consulter un médecin aux urgences, même si on leur a expliqué que leur cas n'était pas grave."

S'y ajoute ensuite une perte de confiance dans la médecine libérale.

La prise en charge des urgences chirurgicales s'est nettement améliorée ces derniers temps. Dans la majorité des hôpitaux, les chirurgiens intègrent bien les urgences dans le fonctionnement global du centre hospitalier.

A Dunkerque, *"ils voient toutes les entrées, ce qui induit une bonne qualité de prise en charge pour la montée dans les services."*

Le service de traumatologie de Calais s'investit pour former les internes et les seniors, notamment en petite chirurgie. A Saint-Omer, l'arrivée de 2 chirurgiens orthopédistes a apporté un bol d'oxygène aux urgences. *"Avant il n'y avait pas d'orthopédiste, et un patient hospitalisé pour une fracture n'était pas toujours vu par le chirurgien le jour-même. Maintenant, un des deux chirurgiens passe tous les jours aux urgences et apporte une formation continue aux urgentistes. Même après une simple entorse, le patient doit revenir pour être vu par un chirurgien. Maintenant tout est fait en temps et en heure."*

Pour remédier à certains manques, des collaborations publiques-privées ont vu le jour. Ainsi, au centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil, les chirurgiens de garde viennent de Berck. Une convention a été signée entre le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil et le groupe Hopale. Dans d'autres sites, la collaboration n'est pas encore effective.

Les urgences ophtalmologiques

Il n'y a plus d'ophtalmologue à l'hôpital de Calais et il est difficile pour les quatre ophtalmologues de ville d'organiser une garde. Pour l'instant, pendant la journée, les

urgentistes envoient les patients dans un des cabinets de ville. Le soir, ils essaient de trouver quelqu'un qui veuille bien s'occuper du patient. Sinon, ils envoient sur Dunkerque ou Boulogne. C'est pour cette raison qu'une garde commune a été créée entre Calais, Saint-Omer et Dunkerque, mais cela oblige les patients à se déplacer.

A l'hôpital de Dunkerque où il y a un praticien hospitalier temps plein et un assistant (ce qui est rare dans la région) assure des gardes effectives. Tous les cabinets de Dunkerque et de Calais renvoient les patients à l'hôpital pour les urgences. Cette situation ne pouvant durer, les ophtalmologues libéraux de la partie nord du littoral (Calais, Dunkerque, Hazebrouck, Saint-Omer) se sont réunis et ont mis au point une liste de garde qui mériterait d'être bien plus largement diffusée qu'elle ne l'est aujourd'hui.

"En fait, tout est fait pour que les gens aillent encore directement à l'hôpital de Dunkerque."

"On ne sait même pas où aller et à qui il faut s'adresser pour savoir qui est l'ophtalmologue de garde."

À Boulogne, l'ophtalmologie pose moins de problèmes, car il y a un ophtalmologue temps partiel au centre hospitalier. Les ophtalmologues de ville participent au tour de garde et ce système fonctionne bien.

"Par contre, s'il y avait deux temps pleins à l'hôpital, les gardes poseraient des problèmes."

Au CHAM, les gardes ne sont pas toujours assurées, les patients sont envoyés à Boulogne-sur-Mer ou au CHU d'Amiens.

Les urgences psychiatriques

Aux urgences, les consultations pour motifs psychiatriques sont de plus en plus fréquentes (ivresse pathologique, conduites addictives,...).

"Ces pathologies sont très chronophages et les services ne sont pas du tout adaptés à ce type de

prise en charge : il n'existe pas de psychiatre aux urgences. Cela n'intéressait pas la génération actuelle de psychiatres, mais il y a un espoir que la génération future s'y investisse."

"La prise en charge n'est donc pas bonne car il est difficile de demander aux psychiatres de se déplacer."

À Dunkerque, la situation est semble-t-il très délicate. Il n'y a pas de psychiatre sur place et contrairement aux autres services d'urgences du Littoral, *"il arrive qu'on envoie un patient en ambulance aux portes de l'hôpital psychiatrique de Bailleul."*

Pour les médecins des urgences, la solution serait de mettre en place une consultation médico-psychologique aux urgences.

"La prise en charge somatique des tentatives de suicide est correcte mais pose problème sur le plan de la prise en charge psychologique."

Comme le psychiatre ne passe qu'une à deux fois par semaine, il est parfois difficile de faire en sorte que chaque patient obtienne un rendez-vous avec le psychiatre.

L'hospitalisation a lieu à Bailleul. Il est question que certains lits soient transférés à Dunkerque, mais cela pose des problèmes d'organisation pour les gardes car il y aurait alors 2 sites de gardes. Or les psychiatres ne peuvent répondre à tout.

"Il existe donc un problème pour répondre aux urgences, prise en charge pourtant indispensable si on veut amorcer un suivi au long terme."

Il faudrait deux psychiatres équivalent - temps-plein pour subvenir aux besoins du site hospitalier, permettant ainsi qu'un psychiatre puisse se déplacer en permanence ; les psychiatres des hôpitaux psychiatriques ne se déplaçant pas.

À Calais, cela se passe plutôt bien avec les psychiatres, malgré leur faible nombre. Un infirmier psychiatrique est présent de 8h à

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

20h, ce qui permet une prise en charge relativement rapide des patients. Les psychiatres passent tous les matins voir les urgences de la nuit (surtout des TA), et le psychiatre de garde passe à 17h pour voir les entrées de la journée qui ont déjà été vues par l'infirmier psychiatrique. Les urgences en pédopsychiatrie sont également assurées dans le service de pédiatrie.

A Boulogne-sur-mer, deux psychiatres ont été recrutés par les urgences et assurent donc les gardes sur place.

Enfin, au CHAM, un psychiatre est de garde 24h / 24h. Il peut être amené à se déplacer dans la journée. Tous les matins à 8h00, un psychiatre part en visites. Pendant l'été, du fait de la fermeture d'une aile de l'hôpital psychiatrique de Berck, une infirmière psychiatrique a travaillé, à titre expérimental, au centre hospitalier. Elle pouvait "trier" les urgences psychiatriques et sociales et voir les patients avant le psychiatre. Cette expérience a été très positive.

Les urgences en milieu rural

"La population d'Hesdin sait qu'il y a toujours un médecin de garde à l'hôpital local, et/ou en ville, ainsi elle n'hésite pas à appeler."

Le médecin est généralement présent dans les 10 mn. Les estivants appellent le 15 plus facilement. Le SMUR est de toute façon appelé par les pompiers. Les médecins généralistes d'Hesdin ont de bonnes relations avec les pompiers et travaillent avec eux. Le corps de pompiers comprend des pompiers-infirmiers ; ce qui permet de pallier les soins de première urgence en attendant le SMUR. En effet, le SMUR le plus proche est à 45 minutes d'Hesdin.

"On se débrouille."

Ensuite les patients sont envoyés au CHAM. Les médecins généralistes souhaiteraient mettre en place un projet de véhicule léger médicalisé que le médecin de garde pourrait utiliser.

Par exemple, sur Licques, cinq médecins assurent des gardes en semaine. Ils sont neuf pour les week-ends. L'arrivée du SMUR n'est pas rapide (minimum 25 à 30 minutes). Les pompiers sont toutefois plus proches, mais ne disposent pas de SAV. La commune est à cheval sur plusieurs cantons et districts, et cela pose des problèmes de régulation et de délai d'intervention car ils ne sont près de personne en définitive.

"Mais globalement, il y a peu de casse."

En effet, en cas de grosse intervention, d'autres médecins viennent immédiatement en renfort en 5 minutes ainsi qu'une infirmière. La prise en charge des nourrissons devrait, semble-t-il, devoir être améliorée rapidement.

AUTRES DISCIPLINES RELEVANT DE SOINS DE PROXIMITE

• **Les indicateurs**

Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

C'est dans le Bassin de vie du Littoral que le recours au spécialiste (en l'occurrence le gynécologue) est le plus fréquent (66,9 %) et le non-recours le moins fréquent.

Tableau 35 : Recours aux soins pour une demande de contraception dans les ménages du Nord – Pas-de-Calais

	À quel professionnel de santé, vous-même ou votre conjointe, avez-vous (ou auriez-vous) recouru pour une contraception ?						
	Non-recours		Recours au généraliste		Recours au spécialiste		Total
Littoral	4	2,5	50	30,7	109	66,9	163
Artois	26	10,7	83	34,3	133	55,0	242
Hainaut	11	8,5	42	32,3	77	59,2	130
Métropole	23	9,0	73	28,6	159	62,4	255
Total	64	8,1	248	31,4	478	60,5	790

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Si l'on analyse les comportements des ménages du Littoral selon leur zone d'habitation, se sont, le plus souvent, ceux de l'Audomarois qui n'entament aucun recours pour une demande de contraception. C'est toutefois moins fréquent que dans l'ensemble de la région. Enfin il existe une différence de comportement assez nette entre les habitants du Boulonnais et du Calaisis (qui recourent très fréquemment au gynécologue : à 86,7 % et 72,1 %), et ceux du Dunkerquois et de l'Audomarois qui sont à peine plus de la moitié dans

ce cas (environ 55 %) ; bon nombre d'habitants s'adressant au généraliste (autour de 40 %).

On retrouve des différences de comportement entre les même zones du Littoral en cas de recours aux soins pour un suivi de grossesse. Ainsi le recours au gynécologue de ville est plus fréquent sur le Boulonnais et le Calaisis. Le recours au médecin généraliste ou à la maternité est en revanche plus fréquent sur Dunkerque et dans l'Audomarois.

Tableau 36 : Recours aux soins pour une demande de contraception dans les ménages du Littoral

	À quel professionnel de santé, vous-même ou votre conjointe, avez-vous (ou auriez-vous) recouru pour une contraception ?						
	Non-recours		Recours au généraliste		Recours au spécialiste		Total
Boulonnais %	1	3,3	3	10,0	26	86,7	30
Calaisis %	0	0,0	12	27,9	31	72,1	43
Dunkerquois %	1	2,3	18	40,9	25	56,8	44
Audomarois %	2	5,9	13	38,2	19	55,9	34
Total %	4	2,6	46	30,5	101	66,9	151

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Tableau 37 : Recours aux soins pour un suivi de grossesse dans les ménages du Littoral

	À quel professionnel de santé, vous-même ou votre conjointe, avez-vous (ou auriez-vous) recouru pour un suivi de grossesse ?						
	Recours au généraliste		Recours au gynécologue		Recours aux Maternité/Pmi		Total
Boulonnais %	3	12,5	15	62,5	6	25,0	24
Calaisis %	4	13,3	20	66,7	6	20,0	30
Dunkerquois %	10	28,6	10	28,6	15	42,9	35
Audomarois %	8	33,3	7	29,2	9	37,5	24
Total %	25	22,1	52	46,0	36	31,9	113

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

S'agissant du comportement des ménages pour les soins d'une acné juvénile, le non-recours est plus fréquent sur le Littoral que dans le reste de la région. Par contre le recours au spécialiste

(dermatologue) diffère peu dans les quatre bassins de vie. Il est plus fréquent sur la Métropole en raison probablement d'une offre de soins plus importante.

Tableau 38 : Recours aux soins pour des problèmes d'acné dans les ménages du Nord – Pas-de-Calais

	Une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru à un professionnel de santé pour une acné ?								
	Non-recours		Recours au généraliste		Recours au spécialiste		Autre recours		Total
Littoral	21		25		37		5		88
%		23,9		28,4		42,1		5,7	
Artois	17		66		80		17		180
%		9,4		36,7		44,4		9,4	
Hainaut	20		36		34		2		92
%		21,7		39,1		37,0		2,2	
Métropole	31		39		73		12		155
%		20,0		25,2		47,1		7,7	
Total	89		166		224		36		515
%		17,3		32,2		43,5		7,0	

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Le recours au dermatologue serait beaucoup plus fréquent dans le Boulonnais où le non-recours est tout comme dans le Calaisis, moins fréquent.

Les réponses "autre recours" correspondent dans cette mise en situation à une demande de conseil auprès du pharmacien.

Tableau 39 : Recours aux soins pour des problèmes d'acné dans les ménages du Littoral

	Une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru à un professionnel de santé pour une acné ?								
	Non-recours		Recours au généraliste		Recours au spécialiste		Autre recours		Total
Boulonnais	2		1		9		3		15
%		13,3		6,7		60,0		20,0	
Calaisis	4		11		12		0		27
%		14,8		40,7		44,4		0,0	
Dunkerquois	6		9		8		0		23
%		26,1		39,1		34,8		0,0	
Audomarois	7		4		8		1		20
%		35,0		20,0		40,0		5,0	
Total	19		25		37		4		85
%		22,4		29,4		43,5		4,7	

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Enquête auprès des médecins généralistes

La majorité des disciplines relevant de soins de proximité sont prises en charge localement selon les médecins généralistes. Cependant, des fuites vers la Métropole existent (cf. tableau 40).

Quelques médecins envoient leurs patients dans une autre région (essentiellement en Picardie), mais aucunement vers le Hainaut ou l'Artois. Cela se traduit, comme le montre le tableau suivant, par une insatisfaction globale des médecins pour la

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

dermatologie plus importante sur le Littoral qu'en moyenne régionale.

En dermatologie, une partie de l'insatisfaction peut s'expliquer par le plateau technique. De plus, le seul service spécialisé existant sur le littoral

étant à Dunkerque, 10 médecins de Boulogne et Calais souhaitent aussi la création d'un service et de postes de praticiens hospitaliers dans cette discipline.

Tableau 40 : Lieu de prise en charge en dermatologie et en chirurgie digestive des patients habitant le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Dermatologie	0	0	77	21	2
Chirurgie digestive	0	0	94	6	0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Tableau 41 : Pourcentage de médecins insatisfaits en dermatologie pour certains items lorsqu'il existe une différence significative à 5 % entre les quatre Bassins de vie

Groupe de pathologies	Item pour lesquels les médecins généralistes sont insatisfaits concernant la prise en charge en dermatologie (%)			
	Littoral		Région	
	insatisfaction globale	plateau technique insuffisant	insatisfaction globale	plateau technique insuffisant
Dermatologie	28,0	11,0	18,0	4,5

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

La prise en charge vue par les informateurs-clés

Nombreux sont les informateurs témoignant du manque de dermatologues sur le Littoral.

La chirurgie viscérale est décrite comme un secteur très concurrentiel avec comme conséquence notamment sur Dunkerque et Saint-Omer, une fuite du public vers le privé.

En pédiatrie, les problèmes évoqués concernent essentiellement les enfants de milieux défavorisés qui sont de plus en plus représentés aux urgences et dans les services de pédiatrie. Sur Berck - Etaples est fait un travail en réseau rassemblant plusieurs partenaires (pédiatres hospitaliers, pédopsychiatres, Pmi...); mais il risque de s'épuiser en raison d'une part, du faible nombre de

praticiens, et d'autre part, de la mouvance du personnel. Tous s'accordent à dire l'importance d'intervenir le plus précocement possible chez l'enfant dans les milieux en difficulté. Si le pédiatre a la chance de rencontrer les parents avant l'accouchement, il aura par la suite beaucoup plus de facilité à être accepté et à faire passer des messages.

"Au moment de la maladie de l'enfant, les parents sont souvent angoissés et moins réceptifs aux conseils, le pédiatre a plus de mal à se faire accepter."

Par ailleurs, pour éviter un retard psychomoteur, le suivi de l'enfant dès sa naissance est parfois indiqué et demande des moyens en personnel supérieurs aux moyens actuellement disponibles sur le Littoral.

Disciplines organisées par Bassin de vie

LA CANCEROLOGIE

• Les indicateurs

Mortalité

La surmortalité est acquise pour tous les bassins de vie. Le bassin de vie du Littoral est en troisième position. La mortalité est chez les hommes supérieure de 27 % à la moyenne française, et de 12 % chez les femmes. Entre 1995 et 1997, la majorité des territoires composant le Bassin de vie Littoral sont en surmortalité par rapport

à la moyenne en France, sauf la zone périurbaine de Saint-Omer qui enregistre une sous-mortalité significative.

Les pôles urbains de Boulogne, Calais et Dunkerque possèdent une surmortalité élevée par rapport à la moyenne française (Icm significatifs). Calais et Dunkerque se détachent un peu plus, avec une augmentation respectivement de 46 % et de 50 % par rapport à cette moyenne.

On observe une certaine homogénéité dans la répartition de la surmortalité masculine et féminine. Les territoires sont à peu près tous au même niveau.

Tableau 2 : Indicateurs comparatifs de Mortalité par tumeur maligne par Bassin de vie du Littoral puis par zones Insee, de 1995 à 1997 (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
130	114	127	111	127	112	118	112
1995 1997		Hommes		Femmes			
		Icm	Significatif	Icm	Significatif		
Berck—Étaples		125	oui	122	oui		
P Berck—Étaples		124		100			
Boulogne		129	oui	120	oui		
P Boulogne		125	oui	106			
Calais		146	oui	119	oui		
P Calais		128	oui	95			
Dunkerque		150	oui	115	oui		
P Dunkerque		112	oui	117	oui		
St Omer		125	oui	116			
P St Omer		84	oui	98			
Rural		113	oui	97			

Source : Inserm C.S.8, Insee Rp 90. Exploitation Ors.

Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

Dans le Littoral, plus que dans les autres bassins de vie, très nombreux sont les ménages ne sachant pas où ils seraient

pris en charge pour le traitement d'un cancer. Par ailleurs, c'est également dans le Littoral et presque de la même façon dans l'Artois, que la prise en charge dans leur propre Bassin de vie serait la plus rare.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Tableau 43 : Recours aux soins pour le traitement d'une pathologie cancéreuse dans les ménages de la région Nord – Pas-de-Calais

A un établissement de quel Bassin de vie une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru pour le traitement d'un cancer						
	Littoral	Artois	Hainaut	Métropole	Ne sait pas	Total
Littoral	33	0	0	123	117	273
%	12,1	0,0	0,0	45,1	42,9	100,0
Artois	0	54	1	213	167	435
%	0,0	12,4	0,2	49,0	38,4	100,0
Hainaut	0	0	61	87	95	243
%	0,0	0,0	25,1	35,8	39,1	100,0
Métropole	0	0	0	260	168	428
%	0,0	0,0	0,0	60,8	39,3	100,0
Total	33	54	62	683	547	1379
%	2,4	3,9	4,5	49,5	39,7	100,0

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Au sein du Littoral, les ménages du Boulonnais seraient les plus nombreux à se faire soigner dans leur propre secteur. A l'opposé, se situent les habitants de

l'Audomarois, qui quand ils ont un avis, iraient presque tous sur la Métropole. Enfin, dans le Dunkerquois, près d'un ménage sur deux ne sait pas où il serait pris en charge.

Tableau 44 : Recours aux soins pour le traitement d'une pathologie cancéreuse dans les ménages du Littoral

A un établissement de quel Bassin de vie une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru pour le traitement d'un cancer				
	Littoral	Métropole	NSP	Total
Boulonnais	15	21	24	60
%	25,0	35,0	40,0	100,0
Calaisis	7	38	33	78
%	9,0	48,7	42,3	100,0
Dunkerquois	8	26	32	66
%	12,1	39,4	48,5	100,0
Audomarois	1	33	21	55
%	1,8	60,0	38,2	100,0
Total	33	123	117	273
%	12,1	45,1	42,9	100,0

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Enquête auprès des médecins généralistes

La cancérologie est la deuxième discipline médicale, après l'hématologie, pour laquelle la prise en charge se fait fréquemment sur la Métropole.

Sur le Littoral, comme dans le reste de la région, 85 % des médecins sont globalement satisfaits de la prise en charge en cancérologie. C'est, comme on

pouvait s'y attendre, le plus souvent, la proximité que n'est pas satisfaisante (18 %). En revanche, les délais d'admission sont très rarement inacceptables (4,6 %).

Par rapport au reste de la région, les médecins interrogés sur le Littoral sont deux fois plus nombreux à ne pas avoir d'opinion quant à la qualité du plateau technique et du savoir faire en cancérologie.

Tableau 45 : Lieu de l'hospitalisation en cancérologie des patients habitant le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Cancérologie	0	0	74,0	26,0	0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Tableau 46 : Pourcentage de médecins sans opinion dans certains items lorsqu'il existe une différence significative à 5% entre les quatre Bassins de vie

Groupe de pathologies	Item pour lesquels les médecins généralistes sont sans opinion concernant la prise en charge en cancérologie (%)					
	Littoral			Région		
	satisfaction globale	plateau technique	savoir faire	satisfaction globale	plateau technique	savoir faire
Cancérologie	6,0	16,0	19,0	6,0	8,0	9,5

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes 1998.

Fuites hospitalières

Les pathologies cancéreuses sont prises en charge dans tous les services si bien qu'elles sont réparties dans la quasi-totalité des catégories majeures de diagnostic. Cependant, on peut analyser les fuites à travers la catégorie « affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis » qui regroupe essentiellement des pathologies cancéreuses.

En moyenne, 1/3 des patients sont pris en charge en dehors de littoral pour cette catégorie. La zone de Berck - Etaples se distingue car seulement 5 % des patients sont hospitalisés hors littoral, et 80 % vont dans les établissements du Boulonnais. Le Dunkerquois prend en charge 3/4 des patients. L'Audomarois, le Calaisis et le Boulonnais prennent en charge 40 à 50 % des patients de leur secteur. Pour le Boulonnais, les autres patients se

répartissent sur Berck - Etaples (27 %) et hors Littoral (21 %). Pour le Calaisis et surtout l'Audomarois, un gros part des patients est prise en charge hors Littoral (43 et 56 %). Cependant, l'arrivée d'un oncologue à Calais devrait probablement diminuer les fuites du Calaisis en cancérologie.

État de santé et prise en charge vus par les informateurs-clés

En dehors des cancérologues qui semblent débordés de travail, peu d'informateurs ont parlé de l'importance des cancers sur le Littoral, en dehors des cancers des voies aérodigestives supérieures.

"Il existe une surmortalité par cancer des VADS par rapport à la région. L'alcool est certainement un des facteurs explicatifs, mais s'y ajouterait-il des facteurs environnementaux ?"

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Aujourd'hui il y a 2 services d'oncologie sur le littoral. Ils travaillent en collaboration et qui considèrent que Lille reste le pôle de référence en cancérologie. Il manquerait au moins un autre oncologue sur le littoral, actuellement ils ne sont que deux : l'un travaille dans les CH de Calais et de Boulogne-sur-Mer, et le second exerce au CH de Dunkerque. Un poste a été créé, mais reste vacant.

"Les futurs oncologues de Lille ne sortiront pas avant 3 ou 4 ans."

DUNKERQUOIS

L'Arh a autorisé la création d'un poste d'oncologue¹ à l'hôpital de Dunkerque, un centre de radiothérapie s'est ouvert, ainsi qu'une unité de chimiothérapie depuis début 98. Une association a été mise en place depuis un an avec les radiothérapeutes privés qui ont des vacations à l'hôpital sous la responsabilité des praticiens hospitaliers. Cet ensemble pluridisciplinaire se réunit régulièrement.

"Il manque encore de moyens sur Dunkerque, un poste supplémentaire d'oncologie et d'1,5 poste infirmier sont nécessaires."

L'un des objectifs du service d'oncologie est de s'ouvrir aux autres structures (les cliniques de Flandres et Vilette et la policlinique de Grande-Synthe) avec lesquelles existerait une bonne coopération.

La clinique de Flandres souhaiterait développer de la chimiothérapie ambulatoire pour apporter une prise en charge globale au patient. Il n'existerait pas de centre de la douleur sur le Littoral alors qu'il y aurait les compétences nécessaires à la clinique des Flandres.

Par l'intermédiaire d'initiatives individuelles, des contacts avec la structure hospitalière de Saint-Omer auraient été pris. Il n'y a pour l'instant pas de collaboration dans ce domaine.

Une unité mobile de soins palliatifs devrait se mettre en place sur Dunkerque, Zuytcoote et Grande Synthe.

CALAISIS ET BOULONNAIS

Depuis janvier 1996, un médecin oncologue se partage entre le Centre hospitalier de Calais (60 % du temps) et celui de Boulogne-sur-Mer (40 %).

Le Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer souhaiterait mettre en place une structure prenant en charge toutes les chimiothérapies : le bilan initial serait fait dans le service de diagnostic, puis les patients iraient dans cette unité de soins pour leur chimiothérapie. De plus, une unité mobile de soins palliatif a été mise en place au début de l'année 2000. Elle est constituée d'un praticien hospitalier, d'un psychologue et d'une infirmière. Une demande d'autorisation d'une unité de 8 lits de soins palliatifs a été déposée.

La collaboration avec le privé se fait pour la radiothérapie. Le CH travaille donc avec les deux radiothérapeutes oncologues du Centre Joliot Curie. Les indications sont en constante augmentation et ces derniers sont débordés. Comme il n'y a pas de radiothérapie au Centre hospitalier de Calais, les malades de Calais vont à Boulogne. Cela semble logique puisque le médecin oncologue travaille sur les 2 sites.

"Le fait d'exercer sur 2 zones lui permet de voir des pathologies différentes. Cela correspond bien à l'aspect multidisciplinaire de la cancérologie. A Boulogne-sur-Mer, il voit plus de cancers en urologie et en pneumologie."

Actuellement, il n'y a pas d'extension de l'activité de cancérologie sur le CH de Saint-Omer.

Un projet de réseau pour le relais en ville serait en cours de mise en œuvre entre le CH de Boulogne-sur-Mer, la Clinique de la côte d'Opale et les médecins de ville.

AUDOMAROIS

¹ Ce poste était pourvu au moment de l'enquête, mais nous avons appris par la suite que l'oncologue de Dunkerque avait démissionné pour aller à la Clinique médico-chirurgicale de la Côte d'Opale

Il n'y a pas de réelle activité de cancérologie au Centre hospitalier de Saint-Omer, mais les patients venant de Lille peuvent recevoir leur chimiothérapie en pneumologie. Le Centre hospitalier possède une « tête » avancée du Centre Oscar Lambret de Lille qui vient consulter une fois par mois.

BERCK - ETAPLES

Le CHAM ne peut plus faire de chimiothérapie. Les patients sont envoyés à Boulogne-sur-Mer ou à Abbeville. L'hôpital de jour a été prévu pour accueillir ces malades, le personnel a été formé, mais il ne fonctionne pas faute d'oncologue. C'est un des problèmes les plus importants auquel serait confronté le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil. Un des praticiens hospitaliers prenait en charge la chimiothérapie. Mais il aurait été obligé d'arrêter cette activité.

"L'accueil dans le service d'oncologie du Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil pose problème depuis le départ du praticien hospitalier qui en était responsable. Il n'y a pas de suivi multidisciplinaire. La création d'un pôle de cancérologie est à l'étude."

"En janvier, on ouvre l'hôpital de jour et on aimerait refaire des chimiothérapies."

Un projet de partage de la cancérologie devrait avoir lieu sur Boulogne, Calais et Montreuil. Deux postes devraient être débloqués. Par ailleurs, le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil préfère travailler personnellement avec Joliot Curie (associé à la clinique de la Côte d'Opale avec qui le CHAM travaille en complémentarité dans d'autres domaines).

Réunions multisites et pluridisciplinaires

Un groupe de cancérologues-pneumologues du Littoral se réunit une fois tous les 15 jours. Les chirurgiens thoraciques (dont un du CHU de Lille), les pneumologues et les oncologues y participent. Il n'y a pas de radiothérapeutes, il n'est pas toujours facile pour eux de se déplacer sur les sites des différentes rencontres.

Une fois par mois, une autre réunion a lieu sur le littoral. Elle regroupe les CH de Calais, Saint-Omer, Dunkerque et le

CHAM. S'y retrouvent les pneumologues, les chirurgiens thoraciques de la Clinique de la Côte d'Opale, de la Louvière, les deux oncologues, les quatre radiothérapeutes, les anatomo-pathologistes et les radiologues. Ces réunions sont indépendantes du Centre Oscar Lambret .

On constate donc une bonne complémentarité entre Dunkerque, Calais et Boulogne.

Les soins palliatifs

Le domaine des soins palliatifs est peu développé, bien que la lutte contre la douleur soit devenue une priorité nationale. Peu de centres hospitaliers possèdent des lits réservés aux soins palliatifs. Peu de personnes sont formées pour cela, même s'il existe des formations de lutte contre la douleur.

Certains centres hospitaliers font *"avec les moyens du bord"*.

Actuellement, le manque de personnel se fait cruellement ressentir.

"Les lits ne sont pas individualisés. Les infirmières se retrouvent donc avec des malades de lourdeur différente. Les soins techniques sont donnés mais il y a peu de soins d'accompagnement."

Quelques sites sont en train de développer une prise en charge des soins palliatifs sur le Littoral ; dans le Dunkerquois, l'hospitalisation complète aura lieu à Zuydcoote pour gérer uniquement les moments de crises. Dans un même temps, il existera une prise en charge ambulatoire au moyen d'une équipe mobile, formée d'infirmières et de médecins travaillant à la fois au sein des structures hospitalières et au domicile du malade. Apparemment plusieurs personnes seraient intéressées.

"Pour le moment, on ne sait pas encore où elle sera basée à Dunkerque, ou à Zuydcoote ni qui y travaillera."

Cette démarche est difficile à organiser car elle demande que les médecins libéraux consacrent du temps aux soins palliatifs (le temps médical coûte cher).

"Actuellement, ils n'en ont pas les moyens financiers. Il est nécessaire de reconnaître et financer les temps de coordination en libéral et de former les

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

médecins et le personnel paramédical dans le domaine des soins palliatifs."

"Lorsque certains médecins généralistes s'engagent sur le chemin des soins palliatifs à domicile pour les personnes âgées dépendantes, il faut qu'ils acceptent de sacrifier du temps et de l'argent car le temps consacré n'est pas rémunéré."

Sur le Littoral, il existe deux associations de bénévoles pour les soins palliatifs à domicile ; l'une couvre Boulogne, Calais et Berck, l'autre, le Dunkerquois. Dans le Boulonnais, la lutte contre la douleur se développe avec deux médecins généralistes : l'un s'est spécialisé sur le VIH et l'autre dans les soins palliatifs puisqu'il est Président de l'Association pour les soins palliatifs sur le Littoral. Selon eux, la douleur continue à être mal prise en charge.

"Ceci est dû à un problème de formation des médecins généralistes et à une méconnaissance de la douleur."

Ils souhaiteraient créer une structure de prise en charge de la douleur : un "Day Center" pour les personnes en fin de vie pouvant encore se déplacer un jour par semaine.

Au CH de Boulogne, certains praticiens hospitaliers ont également suivi une formation de lutte contre la douleur.

Le CH, qui compte également quelques lits de soins palliatifs, vient de créer une unité mobile de soins palliatifs. Celle-ci visite les différents sites de l'hôpital. Il est également question de créer une structure complète pour accueillir les malades. Cette proposition aurait été indiquée dans le contrat d'objectifs et de moyens. Des consultations de lutte contre la douleur ont également été mises en place.

Actuellement, les seuls services spécialisés en soins palliatifs sont à Zuydcoote, à Frelinghien (Jean XXIII) et à Bruay la Buissière. Mais ces établissements sont éloignés de Boulogne-sur-Mer ; surtout pour des personnes en fin de vie. Un recours à l'une de ces structures n'est envisageable que pour une consultation.

"A Montreuil, une maison de retraite médicalisée a mis en place des soins palliatifs."

L'HEMODIALYSE

•Les indicateurs

Enquête auprès des médecins généralistes

La perception du mode et de la qualité de la prise en charge des affections médicales néphrologiques par les médecins généralistes ne mettait pas en évidence de différences sur le Littoral.

Pour chaque item proposé, plus de 80 % des médecins étaient satisfaits de la prise en charge. On peut cependant relever que 8 médecins du Littoral souhaitaient un service de proximité (en particulier à Calais où il n'en existe pas). Par ailleurs, le recours à des établissements privés est significativement moindre dans cette discipline, et pour cause, la part des établissements publics assurant cette prise en charge est beaucoup plus forte que dans les autres Bassins de vie (92 % contre 76 % pour l'ensemble des Bassins).

Tableau 47 : Lieu de l'hospitalisation pour affection médicale néphrologique des patients habitant le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Néphrologie médicale	0	0	92,5	7,5	0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes 1998.

Tableau 48 : Pourcentage de recours à des établissements privés pour la néphrologie médicale sur le Littoral par rapport à l'ensemble de la région

Groupe de pathologies	Part de l'hospitalisation dans les établissements privés (%)	
	Littoral	Région
Néphrologie médicale	7,5	24,0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Fuites hospitalières

Les données du Pmsi montrent une différence entre les zones du Littoral quant au lieu de prise en charge des affections médicales du rein et des voies urinaires. Ainsi, dans le Boulonnais comme dans le Dunkerquois, la grande majorité des personnes souffrant de ce type d'affection sont hospitalisées dans leur propre zone d'habitation (respectivement 97 % et 82 %). En revanche, 26 % des Calaisiens et 24 % des habitants de Berck - Etables sont pris en charge dans le Boulonnais. 18 % des habitants de l'Audomarois sont hospitalisés en dehors du Littoral, et 12 % dans d'autres secteurs du Littoral.

La prise en charge vue par les informateurs-clés

L'augmentation récente de l'obésité constatée par les informateurs aura pour conséquence, si elle est confirmée, un accroissement du nombre d'insuffisants rénaux par le biais du diabète gras (diabète de type 2).

"L'accompagnement des patients dialysés est de qualité inégale selon les différents centres d'hémodialyse. Parfois les patients ne sont séparés les uns des autres que par un simple rideau, ils n'ont aucune intimité. Pourtant le centre

AUDOMAROIS

représente un véritable lieu de vie puisqu'ils y passent plusieurs heures par jour, plusieurs fois par semaine. Parfois les patients n'osent pas se plaindre de peur de représailles. Ils sont à la merci de l'équipe qui les soigne ! "

Dunkerquois

Il existe un centre d'hémodialyse dans le service de néphrologie du Centre hospitalier de Dunkerque (les malades de ce centre ne seraient pas satisfaits de la prise en charge) et 2 centres d'auto-dialyse qui suivent des malades très lourds, *"l'un d'eux est dirigé par une infirmière, il y règne une très bonne ambiance."*

Calais

À Calais, 2 centres d'auto-dialyse ont ouvert, *"mais il manque toujours un service d'hémodialyse au Centre hospitalier de Calais."*

Le CHB aurait proposé une complémentarité public-public au CHC comme au CHAM (délocalisation d'une unité d'hémodialyse gérée par l'équipe de Boulogne). La dialyse se ferait donc sur place et l'hospitalisation, par contre, au CHB.

La clinique « Fort St Michel » s'occupe de l'hémodialyse. Les néphrologues

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

prennent des vacances au Centre hospitalier de Saint-Omer, puisqu'il n'y a pas de service de néphrologie. Il y a un poste de néofiltration. La collaboration entre les médecins serait très bonne.

BOULONNAIS

La néphrologie est un service qui fonctionne bien. Le Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer prend en charge le versant « sud » du littoral.

BERCK - ETAPLES

Au CHAM, il y a une unité délocalisée d'hémodialyse qui dépend du service de Boulogne-sur-Mer. Elle a été mise en place avec des moyens du Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil et de Boulogne sur Mer. Cette unité prend en charge 26 patients, tandis que l'ensemble du service de Boulogne-sur-Mer prend en charge 180 insuffisants rénaux chroniques.

ZONE RURALE

Pour les habitants du secteur d'Hesdin, la dialyse se fait à Beuvry.

LA NEONATOLOGIE

•Les indicateurs

Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

Sur le Littoral, comme dans le Hainaut et la Métropole, la quasi-totalité des accouchements ont eu (ou auraient) lieu dans le bassin de vie d'habitation du ménage. Pour les habitants de l'Artois, nombreux sont les ménages qui sont allés (ou iraient) sur la métropole. Cela s'explique par la proximité entre les hôpitaux de la Métropole et de nombreuses communes densément peuplées de l'Artois. Le Littoral est un bassin de vie dont la population habite en majorité loin des hôpitaux de la métropole. On comprend donc la faible attractivité de ceux-ci pour une discipline nécessitant souvent une prise en charge rapide.

Tableau 49 : Recours aux soins pour un accouchement parmi les ménages de la région Nord - Pas-de-Calais

		Dans un établissement de quel Bassin de vie, vous ou votre conjointe a (ou aurait) accouché ?				
		Littoral	Artois	Hainaut	Métropole	Total
Littoral		113	1	0	2	116
	%	97,4	0,9	0,0	1,7	100,0
Artois		3	93	2	27	125
	%	2,4	74,4	1,6	21,6	100,0
Hainaut		0	0	76	2	78
	%	0,0	0,0	97,4	2,6	100,0
Métropole		5	0	0	137	142
	%	3,5	0,0	0,0	96,5	100,0
Total		121	94	78	168	461
	%	26,2	20,4	16,9	36,4	100,0

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Pour tous les ménages du Boulonnais interrogés, l'accouchement a eu (ou aurait lieu) dans leur propre zone d'habitation. En revanche, quelques patients du Calaisis et de l'Audomarois sont allés ou iraient sur la Métropole

pour accoucher, et quelques Dunkerquois dans le Calaisis. Pour ces derniers, les ménages concernés habitent des communes de Pas-de-Calais regroupés dans la zone du Dunkerquois en raison des trajets domicile-travail plus

importants. Cependant, habitant plus près de Calais, on peut comprendre que pour un accouchement, la distance

l'emporte sur les habitudes domicile-travail.

Tableau 50 : Recours aux soins pour un accouchement parmi les ménages du Littoral

		Dans un établissement de quelle zone, vous ou votre conjointe a (ou aurait) accouché ?					
		Boulonnais	Calaisis	Dunkerquois	Audomarois	Hors littoral	Total
Boulonnais	24	0	0	0	0	0	24
%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Calaisis	0	27	0	0	3	30	
%	0,0	90,0	0,0	0,0	10,0	100,0	
Dunkerquois	0	3	28	1	1	33	
%	0,0	9,1	84,8	3,0	3,0	100,0	
Audomarois	0	0	1	21	2	24	
%	0,0	0,0	4,2	87,5	8,3	100,0	
Total	24	30	29	22	6	111	
%	21,6	27,0	26,1	19,8	5,4	100,0	

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Fuites hospitalières

Le Calaisis et le secteur de Berck - Etaples, en assurant respectivement 96 et 95 % de la prise en charge des nouveaux-nés, prématurés et affections de la période périnatale, sont plus autonomes que le Dunkerquois et l'Audomarois². A partir du Dunkerquois, le taux de fuites vers Calais est de 6,6 % et de façon moins fréquente vers la Métropole (3,6 %). Les fuites de l'Audomarois se font en majorité hors Littoral (7,4 %), sinon vers Calais (4 %).

La prise en charge vue par les informateurs-clés

Le service de néonatalogie du Centre hospitalier de Calais est reconnu comme pôle de référence sur le Littoral par tous les établissements hospitaliers du Littoral.

Problèmes soulevés par la néonatalogie de Calais

Pour le transport, Calais a des conventions avec des ambulances privées. C'est le point faible du service

car le délai d'attente du véhicule privé (10 minutes environ) est trop long. Or, certaines cliniques manquent de pédiatre réanimateur sur place. Les praticiens hospitaliers de Calais préféreraient arriver plus vite. Pour les centres hospitaliers, ces soucis sont moindres parce que l'organisation sur place est meilleure.

"Ce qui manque, c'est un véhicule médicalisé. Les ambulanciers privés seraient prêts à venir le conduire, ce qui ferait gagner du temps. Un ambulancier est souvent disponible au moment de l'appel, mais la voiture ne l'est pas."

² Les données concernant le Boulonnais n'ont pas été analysées en raison d'une erreur probable dans le recueil de données puisque 49 enfants seulement ont été enregistrés sur le Boulonnais, contre 499 sur le Calaisis, 357 sur l'Audomarois et 565 sur le Dunkerquois.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

LA CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET LA CHIRURGIE VASCULAIRE

•Les indicateurs Mortalité

Tableau 51 : Indicateurs comparatifs de mortalité par cardiopathie ischémique par Bassin de vie du Nord – Pas-de-Calais puis par zone Insee du Littoral, de 1995 à 1997 (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
130	131	131	131	131	119	126	117
1995 1997		Hommes		Femmes			
		Icm	Significatif	Icm	Significatif		
Berck—Étaples		132	oui	128			
P Berck—Étaples		163	oui	146			
Boulogne		143	oui	128		oui	
P Boulogne		126		99			
Calais		120		98			
P Calais		141	oui	60			
Dunkerque		156	oui	146		oui	
P Dunkerque		136	oui	135		oui	
St Omer		98		115			
P St Omer		98		99			
Rural		120	oui	104			

Source : Inserm C.S.8, Insee Rp 90. Exploitation Ors.

Entre 1995 et 1997, le territoire qui indique la plus forte surmortalité masculine, est la zone périurbaine de Berck - Etaples avec 63 % de plus par rapport à la moyenne nationale (Icm significatif). Le pôle urbain de Dunkerque le suit de près.

Deux territoires sont en sous-mortalité ; il s'agit du pôle urbain de Saint-Omer et

de sa zone périurbaine, mais leurs Icm ne sont pas significatifs.

La mortalité féminine est importante sur le pôle de Dunkerque, puisqu'elle est de 46 % supérieure à la moyenne française. Certaines zones indiquent une sous-mortalité par rapport à la moyenne française, mais leurs Icm ne sont pas significatifs.

Tableau 52 : Indices comparatifs de mortalité par maladie cérébrovasculaire par Bassin de vie du Nord – Pas-de-Calais puis par zone Insee du Littoral, de 1995 à 1997 (France = 100)

Artois		Hainaut		Littoral		Métropole	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
118	133	136	136	134	130	115	110

1995 1997	Hommes		Femmes	
	Icm	Significatif	Icm	Significatif
Berck—Étaples	159	oui	129	oui
P Berck—Étaples	80		283	oui
Boulogne	180	oui	139	oui
P Boulogne	143	oui	155	oui
Calais	103		96	
P Calais	117		104	
Dunkerque	122	oui	101	
P Dunkerque	137	oui	147	oui
St Omer	127		120	
P St Omer	118		142	oui
Rural	141	oui	159	oui

Source : Inserm C.S.8, Insee Rp 90. Exploitation Ors.

Les Icm recueillis dans le Bassin de vie du littoral font état d'une surmortalité masculine et féminine, par rapport à la moyenne nationale, respectivement 34 % et 30 % de plus.

Sur la période 1995-1997, cinq territoires ont une mortalité très élevée par rapport à la moyenne française (Icm significatifs). Il s'agit du pôle urbain de Boulogne-sur-Mer (80 % en plus), la zone périurbaine de Boulogne (43 % de plus), la zone rurale (41 %), la zone périurbaine de Dunkerque (37 %) et le pôle urbain de Berck - Etaples (59 % de plus).

La zone périurbaine de Berck - Etaples est en sous mortalité, mais son Icm n'est pas significatif.

Chez les femmes, les valeurs les plus élevées se situent dans la zone périurbaine de Berck - Etaples (Icm significatifs indiquant une augmentation de 183 % par rapport à la moyenne nationale), la zone rurale (59 % de plus) et la zone péri-urbaine de Boulogne-sur-

mer (55 % de plus que la moyenne nationale).

La seule zone en sous-mortalité par rapport à la moyenne française (Icm non significatif) est le pôle urbain de Calais.

On remarque qu'en ce qui concerne la surmortalité masculine, la répartition territoriale est homogène. Elle l'est un peu moins pour les femmes.

Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

Les ménages interrogés sur le Littoral sont les plus nombreux au niveau régional à ne pas savoir où ils seraient pris en charge pour une intervention chirurgicale du cœur (37,7 % contre 31,4 %) et les moins nombreux à penser qu'ils pourraient être pris en charge dans leur propre bassin de vie. Par ailleurs, dans l'éventualité d'une chirurgie cardiaque, très peu de ménages seraient pris en charge en dehors de la région.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Tableau 53 : Recours aux soins pour de la chirurgie cardiaque dans les ménages de la région Nord – Pas-de-Calais

		Dans un établissement de quel Bassin de vie une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru pour de la chirurgie cardiaque ?					
	Littoral	Artois	Hainaut	Métropole	Hors région	Ne sait pas	Total
Littoral	31	1	0	130	8	103	273
%	11,4	0,4	0,0	47,6	2,9	37,7	100,0
Artois	0	57	1	239	25	115	437
%	0,0	13,0	0,2	54,7	5,7	26,3	100,0
Hainaut	0	1	53	100	10	80	244
%	0,0	0,4	21,7	41,0	4,1	32,8	100,0
Métropole	1	0	1	281	9	136	428
%	0,2	0,0	0,2	65,7	2,1	31,8	100,0
Total	32	59	55	750	52	434	1382
%	2,3	4,3	4,0	54,3	3,8	31,4	100,0

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Les Boulonnais et les habitants de l'Audomarois se représentent mieux que les autres un lieu de prise en charge en chirurgie cardiaque (environ 30 % seulement ne savent pas contre 42 47 % ailleurs). Les ménages du Boulonnais et du Dunkerquois, par rapport à ceux du Calaisis et de l'Audomarois pensent plus

souvent qu'ils seraient pris en charge dans un établissement de leur zone d'habitation.

Enfin, les Boulonnais, qui habitent plus près de la Picardie, sont plus nombreux à citer un lieu de prise en charge hors région.

Tableau 54 : Recours aux soins pour de la chirurgie cardiaque dans les ménages du Littoral

		Dans un établissement de quel Bassin de vie une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru pour de la chirurgie cardiaque ?			
	Littoral	Métropole	Hors région	Ne sait pas	Total
Boulonnais	9	30	4	17	60
%	15,0	50,0	6,7	28,3	100,0
Calaisis	6	38	1	33	78
%	7,7	48,7	1,3	42,3	100,0
Dunkerquois	11	23	1	31	66
%	16,7	34,9	1,5	47,0	100,0
Audomarois	3	33	1	17	54
%	5,6	61,1	1,9	31,5	100,0
Total	29	124	7	98	258
%	11,2	48,1	2,7	38,0	100,0

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Enquête auprès des médecins généralistes

La chirurgie cardiovasculaire est la discipline la plus massivement dirigée vers la Métropole. Il existe quelques

fuites vers l'Artois mais aucune vers le Hainaut ; ce qui est logique sur le plan géographique. 9 médecins généralistes souhaiteraient l'ouverture d'un service de chirurgie cardiovasculaire sur le Littoral.

Tableau 55 : Lieu de prise en charge des affections cardiovasculaires, chirurgicales et médicales dans le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Chirurgie Cardiovasculaire	4,5	0	33,0	62,5	0
Cardiologie	0	0	98,5	1,5	0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Pour la chirurgie cardiovasculaire comme pour d'autres disciplines à fort taux de prise en charge hors bassin de vie, la satisfaction des médecins généralistes est moins bonne sur le Littoral que dans le reste de la région. La proximité notamment est insatisfaisante pour 31 % d'entre eux.

Les fuites hospitalières

C'est le Boulonnais qui a la meilleure autonomie en ce qui concerne la prise en charge hospitalière des affections médicales de l'appareil circulatoire en gardant plus de 90 % de ses patients. C'est ensuite le Dunkerquois avec 76 %. Leurs fuites se font principalement en dehors du Littoral. Environ un tiers des patients du Calais, de l'Audomarois et de Berck - Etaples vont soit en dehors du Littoral soit sur Boulogne.

Pour la prise en charge des affections chirurgicales cardio-vasculaires, le Boulonnais et le Calais sont les zones du Littoral qui gardent le plus leurs habitants (respectivement 84 % et 78 %). Ensuite vient le Dunkerquois qui envoie 18 % de ces patients en dehors du Littoral, et 12 % à Calais. Pour Berck - Etaples, 38 % des patients vont à Boulogne ; ce qui représente l'essentiel des fuites. Dans l'Audomarois elles se répartissent entre le hors Littoral (38 %), le Calais (11 %) et le Boulonnais (9 %).

État de santé et prise en charge vus par les informateurs-clés

Le déséquilibre alimentaire est l'un des principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Nombreux sont les professionnels de santé du Littoral qui ont évoqué l'obésité comme

un problème de santé en voie d'aggravation.

"Cela est lié à des habitudes alimentaires catastrophiques : ils mangent du lard et des frites tous les jours à midi et même le soir chez eux. Pourtant au self, il est toujours proposé un autre plat avec des légumes ou du poisson. Il est vrai que les frites, c'est ce qui coûte le mois cher, mais 2 entrées coûtent moins cher que le plat et seraient plus équilibrées."

"En fait les gens achètent ce qu'il y a de moins cher et c'est ce qu'il y a de moins équilibré. Par exemple, dans les magasins « discount », on trouve une alimentation peu diététique."

Ces habitudes seraient en fait plus d'origine économique que culturelle. L'obésité semble difficile à être reconnue comme une maladie avant la survenue de complications.

"En général, ils grossissent, grossissent, sans se prendre en charge, la glycémie et le cholestérol augmentent, jusqu'à ce qu'il arrive un problème. Il y a souvent un problème d'alcoolisation sur-ajouté."

Les médecins déplorent surtout une absence d'éducation. Les patients ne suivent pas leur régime, ne sont pas suivis par un spécialiste.

"Dans la région, il y a une carence de nutritionnistes qui pourraient aider les gens à changer leur alimentation."

L'absence d'éducation se situerait donc à deux niveaux.

Au départ, les personnes sont sans doute insuffisamment informées sur l'équilibre alimentaire, mais ensuite la difficulté pour les médecins de faire suivre leurs conseils révèle aussi une insuffisance de savoir-faire dans le domaine de l'éducation du patient.

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

Certaines maladies comme le diabète, pour lequel le respect d'un régime est primordial, sont ainsi trop souvent à l'origine de maladies cardio-vasculaires.

"La prise en charge des diabétiques est peu satisfaisante, parce qu'ils sont obèses et qu'ils suivent mal leur régime. On ne leur fait pas de prise en charge complète (ni fond de l'œil, ni bilan de leur état vasculaire) ; ce qui les inscrit sur les listes d'hémodialysés 10 ans plus tard. C'est le problème de santé n°1."

Les déséquilibres alimentaires auraient des répercussions de plus en plus précocement observées notamment en milieu défavorisé.

"En Pmi, il y a un gros travail d'éducation à faire auprès des mamans, qui ont sûrement des choses à réparer elles aussi. Beaucoup de mères vivent seules ou avec un père inexistant. Un manque de repères se crée pour les enfants et une surprotection de la mère vers sa progéniture s'installe, et fait des "petits obèses"."

"C'est une des spécificités sociales. Cette obésité est visible déjà chez le nourrisson. En pédiatrie à l'hôpital, on en voit tous les jours. Cela a commencé il y a quelques années. L'augmentation de ce nombre ne veut pas forcément dire qu'il y en a plus mais peut-être aussi que les médecins généralistes sont plus sensibilisés, et orientent les parents sur l'hôpital. Les bilans endocrinologiques sont en augmentation par rapport à 9, mais les hospitalisations restent rares. Les conseils diététiques sont difficiles à faire passer, on remet aux parents un imprimé la-dessus, mais on ne sait pas ce qu'ils en font."

DUNKERQUOIS

Une unité de soins intensifs cardiologiques a été mise en place ainsi qu'un tour de gardes sur place. Son acceptabilité chez les praticiens libéraux est perfectible.

CALAISIS

Le Centre hospitalier de Calais a une unité de soins intensifs, mais les

coronarographies se font ailleurs. La coronarographie manque beaucoup au Centre hospitalier de Calais. Les malades ayant un infarctus du myocarde doivent être transportés à Boulogne-sur-Mer (au Centre hospitalier ou à la Clinique de la Côte d'Opale), ou à Dunkerque, pour bénéficier d'une coronarographie en urgence et/ou d'une angioplastie.

AUDOMAROIS

Bien qu'il y ait des soins intensifs au Centre hospitalier de Saint-Omer, la cardiologie interventionnelle ne s'y pratique pas. Les coronarographies et les angioplasties sont prises en charge surtout à Lens ou à Arras.

La chirurgie vasculaire à Saint-Omer se fait en collaboration avec le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil.

BOULONNAIS

Il existe une unité de soins cardiologiques ainsi qu'un centre de coronarographie au Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer et à la Clinique de la Côte d'Opale.

Il serait prévu de créer une activité d'angioplastie organisée sur deux sites : le Centre hospitalier de Boulogne-sur-mer et la Clinique de la Côte d'Opale.

BERCK - ETAPLES

En chirurgie vasculaire, le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil dispose de deux praticiens hospitaliers temps pleins. Ils ne pratiquent aucune opération touchant au cœur. Le patient est envoyé sur Lille ou Amiens (qui est à 40 mn). Une fédération cardio-vasculaire et d'angioplastie a été mise en place.

ZONE RURALE

S'agissant de la cardiologie interventionnelle, les trois cardiologues libéraux d'Hesdin travaillent avec Bois-Bernard par exemple pour la stimulation cardiaque et avec Lille pour le pontage.

L'OPHTALMOLOGIE

•Les indicateurs

Enquête auprès des médecins généralistes

Sur le Littoral, 90 % des médecins précisent que le choix d'un établissement

pour la prise en charge d'une affection médicale ou chirurgicale de l'œil se fait préférentiellement dans le Bassin de vie d'habitation. Ils sont plus nombreux à orienter leurs patients dans leur propre bassin de vie dans la métropole (97 %) mais beaucoup moins dans le Hainaut et dans l'Artois (60 %).

Tableau 56 : Lieu de l'hospitalisation en ophtalmologie des patients habitant le Bassin de vie Littoral

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral [taux de fuite (%)]				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Ophtalmologie	0,0	0,0	89,3	6,8	3,5

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Les autres médecins citent des établissements de la Métropole (7 %) ou en dehors de la région (3 %). Cependant, la satisfaction globale des médecins concernant la prise en charge de l'ophtalmologie est moindre que dans l'ensemble de la région. Les médecins

insatisfaits reprochent en particulier des délais d'admission trop longs, un plateau technique et un savoir faire inadaptés. Ils souhaitent notamment que les urgences soient prises en charge 24h sur 24, en particulier le week-end.

Tableau 57 : Satisfaction globale des médecins de la prise en charge des affections chirurgicales de l'œil lorsqu'il existe une différence significative à 5% entre les quatre Bassins de vie

Groupe de pathologies	Satisfaction de la prise en charge (%)					
	Littoral			Région		
	Oui	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Ophtalmologie	75,0	12,5	12,5	81,0	1,0	9,0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Fuites hospitalières

L'analyse des données du Pmsi montre qu'environ 88 % des patients sont pris en charge dans un établissement de leur zone d'habitation, sur Berck - Etaples, le Boulonnais et le Calais. En revanche 34 % des habitants du Dunkerquois s'adressent aux établissements du Calais et 14 % hors Littoral. Les habitants de l'Audomarois sont 20 % à partir en dehors du Littoral.

Les établissements de Calais attirent nettement moins de patients du Boulonnais (2 %) et de l'Audomarois (5 %).

En moyenne dans le Littoral, 11 % des habitants sont pris en charge en dehors de leur Bassin de vie, ce qui correspond aux données précédentes issues de

l'enquête menée auprès des médecins généralistes.

La prise en charge vue par les informateurs-clés

Il y a peu d'ophtalmologues dans la région par rapport au reste de la France. Une disparité plus grande se découvre entre la métropole lilloise (où se concentrent de nombreux spécialistes) et le Littoral. Au total 34 ophtalmologues libéraux sont installés sur le Littoral soit moins d'1 pour 20 000 habitants. En règle générale, il faut un ophtalmologue pour 12 000 habitants. Par ailleurs, le CHRU de Lille ne forme que 10 ophtalmologues par an. Auparavant existait le CES d'ophtalmologie pour former les ophtalmologues de ville et

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

l'internat pour former ceux qui voulaient faire de la chirurgie ophtalmologique. Aujourd'hui, tous les étudiants souhaitant se spécialiser en ophtalmologie doivent passer par l'internat et se former en chirurgie. Cette réforme a fait chuter le nombre de "volontaires". Au total il y a moins de jeunes ophtalmologues qui s'installent que de "vieux" partant à la retraite. La plupart des nouveaux ophtalmologues formés s'installent en ville ou partent de la région. De moins en moins d'entre eux sont intéressés par une activité hospitalière.

AUTRES DISCIPLINES ORGANISEES PAR BASSIN DE VIE

•Les indicateurs

Représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins

Les ménages du Littoral, comme ceux de l'Artois, ont eu (ou auraient) plus souvent recours aux soins en cas de mal de dos que dans les autres bassins de vie. Ce recours s'est fait (ou se ferait) majoritairement vers le médecin généraliste (46,9 %). Mais sur le Littoral, les ménages se tournent plus fréquemment que dans l'Artois vers un spécialiste comme le rhumatologue (14,3 %) ou vers un autre professionnel de santé ; kinésithérapeute ou ostéopathe (12,8 %). Ainsi, bien que la Métropole soit plus riche en spécialistes que le Littoral, les ménages expriment le même besoin en spécialiste dans les deux Bassins de vie.

Tableau 58 : Recours aux soins pour un mal de dos dans les ménages du Nord – Pas-de-Calais

	Une personne du ménage a-t-elle (ou aurait-elle) recouru à un professionnel de santé pour un mal de dos ?								
	Non-recours		Recours au généraliste		Recours au spécialiste		Autre recours		Total
Littoral	71		128		39		35		273
%		26,0		46,9		14,3		12,8	
Artois	114		222		56		46		438
%		26,0		50,7		12,8		10,5	
Hainaut	96		104		21		23		244
%		39,3		42,6		8,6		9,4	
Métropole	154		155		60		59		428
%		36,0		36,2		14,0		13,8	
Total	435		609		176		163		1 383
%		31,5		44,0		12,7		11,8	

Source : Ors, enquête RHCP2S, 1998.

Enquête auprès des médecins généralistes

La majorité des disciplines relevant d'une prise en charge par bassin de vie sont prises en charge sur le Littoral selon les médecins généralistes. Cependant, des

fuites vers la Métropole existent (tableau 59). Quelques médecins envoient leurs patients dans une autre région (essentiellement en Picardie), rarement vers l'Artois, mais comme on pouvait s'y attendre, jamais vers le Hainaut.

Tableau 59 : Disciplines relevant d'une prise en charge par Bassin de vie pour lesquelles la prise en charge en dehors du Bassin de vie est de plus de 10 %

Groupe de pathologies	Lieux de prise en charge des patients habitant le Littoral (%)				
	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Hors région
Chirurgie thoracique	0	0	46,0	54,0	0
Hématologie	0	0	51,5	45,5	3
Chirurgie infantile	0	0	55,5	44,5	0
Cancérologie	0	0	74,0	26,0	0
Ophtalmologie	0	0	86,5	7,5	5
Infectieux (dont sida)	0	0	88,0	12,0	0
Rhumatologie	0	0	89,0	11,0	0

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Ceci se traduit, comme le montre le tableau suivant, par une insatisfaction relative des médecins pour trois de ces disciplines.

Tableau 60 : Pourcentage de médecins insatisfaits dans certains items lorsqu'il existe une différence significative à 5 % entre les quatre Bassins de vie

Groupe de pathologies	Item pour lesquels les médecins généralistes sont insatisfaits concernant la prise en charge en chirurgie thoracique, en hématologie et en rhumatologie (%)			
	Littoral			
	insatisfaction globale	prise en charge trop éloignée	plateau technique insuffisant	savoir faire inadapté
Chirurgie thoracique	12,0	34,0	12,5	-
Hématologie	23,5	36,5	-	-
Rhumatologie	26,5	-	12,0	16,0
	Région			
	insatisfaction globale	prise en charge trop éloignée	plateau technique insuffisant	savoir faire inadapté
	Chirurgie thoracique	7,5	25,0	8,5
Hématologie	20,5	25,5	-	-
Rhumatologie	20,5	-	5,5	5,5

Source : Arh, enquête auprès des médecins généralistes, 1998.

Le Littoral est le seul Bassin de vie dans lequel il n'existe pas de service de chirurgie infantile. Dans leurs suggestions, 13 médecins généralistes du Littoral souhaitent l'ouverture d'un service de neurochirurgie sur le littoral, 9 un service de chirurgie cardio-vasculaire, 5 un service de chirurgie thoracique, et 3 un service de chirurgie infantile.

Concernant la chirurgie thoracique, proximité et plateau technique des établissements sont sources de mécontentement. En hématologie, l'éloignement des services hospitaliers

est le principal grief des médecins. 16 médecins désirent l'ouverture d'une unité d'hématologie pour diminuer les temps de trajets à ces malades lourds, développer des consultations spécialisées et des admissions directes sans passer par les urgences. Globalement, les médecins généralistes ont de bonnes relations avec les hématologues (87% d'entre eux), mais quelques-uns déplorent le manque de compétence et d'innovation de certains de ces spécialistes.

En rhumatologie, le plateau technique et le savoir-faire semblent être des motifs

L'hospitalisation Structures et fonctionnements

d'insatisfaction. 16 médecins généralistes réclament la création d'un service de rhumatologie sur le Littoral.

Pour eux, les hôpitaux de Berck sont trop excentrés.

Le médico-social

Types de prise en charge

et principaux besoins

La petite enfance	129
Les partenaires travaillant autour de la petite enfance	129
La Protection maternelle et infantile et la santé scolaire	
La pouponnière à caractère social et sanitaire	
Les travailleuses familiales	
La Caisse d'allocations familiales	
Les parents	132
Les mères	
La place des pères	
Alcoolisme et tabagisme	
Le mode de recours aux soins	
Les enfants	135
Les données de périnatalité	
Les troubles du langage et du comportement	
La malnutrition	
Le syndrome d'alcoolisme fœtal	
La maltraitance	
Les accidents domestiques	
Les manques dans la prise en charge des enfants dans le bassin de vie du Littoral	139
Un Centre d'action médico-sociale précoce est attendu à Boulogne-sur-mer	
Le manque de psychologues et de pédopsychiatres	
Le manque de halte-garderies ou de maisons d'accueil pour enfants et parents	
Les actions existantes ou en projet	140
Les ateliers parents-enfants	
Les actions au sein des haltes-garderies	
Faciliter l'accès aux soins en milieu rural	
La prévention des sévices sexuels	
Les handicapés	142
Les jeunes handicapés	143
Le dispositif de prise en charge	143
Les Commissions départementales d'éducation spécialisée du Nord et du Pas-de-Calais	
La scolarité en milieu ordinaire	
Les classes d'intégration scolaire	
Les unités pédagogiques d'intégration	
Les sections d'enseignement général et professionnel adapté	
Le soutien scolaire à domicile	
Les structures d'éducation spécialisée	
Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile	
Les centres d'aide médico-sociale précoce	
Les centres d'éducation motrice	
Les instituts d'éducation motrice	
Les instituts médico-éducatifs	

Les instituts de rééducation psychothérapeutique	
Les instituts d'éducation sensorielle (handicaps auditifs et visuels)	
Les manques dans la prise en charge des enfants handicapés	151
Augmentation des troubles du comportement	
Les listes d'attente	
Besoin en hébergement temporaire	
Insuffisance en établissements spécialisés	
Dépistage insuffisant en milieu scolaire	
Les adultes handicapés	153
Le dispositif de prise en charge	
Les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) du Nord et du Pas-de-calais	
Les structures spécialisées	
Les manques dans la prise en charge des adultes handicapés	159
Le dispositif de prise en charge est peu lisible	
Insuffisance de places en établissements spécialisés	
Les personnes âgées	159
Le dispositif de prise en charge	160
Les structures d'hébergement pour personnes âgées	
Les services facilitant le maintien à domicile	
Les manques dans la prise en charge des personnes âgées	168
Un manque de solidarité vis-à-vis des personnes âgées	
L'insuffisance dans le suivi médico-social des personnes âgées à domicile	
Le manque de résidences d'hébergements temporaires	
Des listes d'attentes trop importantes en services de soins de longue durée.	
Les conduites addictives	170
Le dispositif de prise en charge	170
Dispositif alcool	
Dispositif toxicomanie	
Les conduites addictives constatées sur le Littoral	181
Les adultes	
Les jeunes	
Les contrôles préventifs d'alcoolémie dans le Nord – Pas-de-Calais	
Les toxicomanes ayant eu recours aux structures sanitaires et sociales	
Les manques dans la prise en charge des conduites addictives dans le Bassin de vie du Littoral	189

Introduction

Après avoir présenté l'organisation hospitalière du Bassin de vie Littoral, il était essentiel d'aborder la prise en charge médico-sociale ; part trop souvent oubliée du champ sanitaire ou tout au moins mal connue.

Le champ médico-social regroupe différents thèmes dont deux essentiels : la dépendance et le handicap. Par ailleurs, il couvre différents domaines de la prévention sanitaire : protection maternelle et infantile, centres d'accueil pour toxicomanes... Il inclut autant les personnes (enfants ou adultes handicapés, personnes âgées...), que les structures les accueillant, le personnel employé, les services apportés, les différents financements.

Le secteur médico-social est difficile à délimiter. C'est une "création" des années soixante-dix, renforcée par la loi du 30 juin 1975³. Il peut être explicité comme étant « cette partie du continuum entre le social et le sanitaire ». La partie sociale implique le soutien matériel. Les aides administratives diverses ont pour but d'améliorer la qualité de vie, le suivi éducatif (lorsqu'il y a une pathologie, une dépendance, un handicap), et le côté médicalisé (services de soins, instituts spécialisés avec personnel médical vacataire et paramédical). Au gré de la sociologie administrative, les frontières du médico-social atteignent les lisières de la psychiatrie et du handicap mental, de la maladie et de la dépendance, de l'éducation spécialisée (selon qu'elle est principalement enseignante ou largement médicalisée), du travail protégé et de l'insertion professionnelle,

de l'inadaptation et du handicap proprement dit.

"Entre le sanitaire et le médico-social, on oscille parfois entre la trop grande ressemblance (telle maison d'enfant à caractère sanitaire spécialisée est-elle si différente d'un institut médico-éducatif ?) et la dissemblance parfois contestée (à tort ou à raison) : par exemple quelle est la hauteur de la marche d'escalier que l'on doit gravir dans les alternatives à l'hospitalisation entre celles qui sont hospitalières (alternatives hospitalières à l'hospitalisation) et celles qui ne le sont pas ?"

"Les limites du secteur médico-social sont donc perméables, mais le fait qu'elles existent a permis l'édification de formes de prises en charge originales comme réponse à des problèmes qui auraient été, autrement, décentrés comme étant marginaux ou marginalisables dans les politiques de l'emploi, de la santé ou de l'éducation."⁴

La décentralisation se traduit dans la loi du 22 juillet 1983 par un transfert de compétences en matière d'aide sociale et de santé publique. Ainsi, le département se voit attribuer l'essentiel de la prise en charge en aide sociale ; à savoir l'aide sociale à l'enfance, l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide sociale aux personnes handicapées (exception faite des centres d'aide par le travail que conserve l'Etat), l'aide médicale. Il est désormais compétent dans le domaine de la santé publique en matière de protection maternelle infantile.

³ Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁴ Legrand P., 2000, le secteur médico-social, 2^{ème} édition, Berger-Levrault, 402 pages.

Actuellement, une définition nette est peu envisageable, puisque ce milieu est régulièrement en évolution (naissance de nouveaux types de prise en charge, de nouveaux soins pour une population spécifique...).

Des associations locales, des réseaux de solidarité sont en majorité à l'origine des services d'aides et de soins, pour les personnes dépendantes (quel que soit leur âge et le type de leur dépendance)⁵. Pour cette deuxième partie du rapport, l'Ors a considéré comme entrant dans ce continuum entre le social et le sanitaire, les thèmes de la petite enfance et des addictions, s'ajoutant à ceux des personnes âgées et des handicapés.

Pour chaque thème abordé, est tout d'abord présenté le dispositif de prise en charge (en détaillant les différentes structures existantes). Sont exposés dans un second temps, les manques et insuffisances ressentis par les professionnels sur le terrain.

Le secteur médico-social semble être correctement représenté dans le Bassin de vie Littoral ; notamment pour la prise en charge des personnes âgées et de la petite enfance, et plus particulièrement à proximité des zones urbanisées. Cependant, il a été constaté des insuffisances, en particulier concernant la prise en charge des handicapés.

⁵ Dans ces associations s'activent généralement des personnes concernées, de près ou de loin par la dépendance (famille, ami proche).

Le médico-social *Types de prise en charge* *et principaux besoins*

La petite enfance

LES PARTENAIRES TRAVAILLANT AUTOUR DE LA PETITE ENFANCE

La Protection Maternelle Infantile (Pmi) et la santé scolaire

Le Code de la santé publique a assigné trois missions à la Pmi :

- prendre "des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants."
- mettre en place "des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans, ainsi que de conseils aux familles pour la prise en charge de ces handicaps."
- se charger de "la surveillance et [du] contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, ainsi que des assistantes maternelles."

Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, l'agrément des assistantes maternelles et la formation de celles qui accueillent des mineurs à titre non permanent relèvent de la compétence du département. »

Le service départemental de Pmi doit organiser :

- "des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales, et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes.
- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des

enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles ; ces actions doivent permettre d'assurer la surveillance de la croissance statur pondérale, du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

-des activités de planification familiale et d'éducation familiale, dans les conditions prévues par la loi sur la régulation des naissances.

-des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés.

-le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement des ces informations.

-l'éducation et la diffusion de document se rapportant à son activité.

-des actions de formation destinées à aider dans leurs tâches éducatives les assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent."

La Pmi établit, pour le préfet, les bilans d'activité du service et l'état de la situation sanitaire du département. Le service s'attache également à produire des indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre en matière de protection maternelle et infantile tels que :

- le nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les femmes de moins de dix-huit ans ;

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

- le nombre de grossesses non ou mal suivies ;
- la mortalité maternelle ;
- le nombre d'enfants présentant un handicap ;
- le nombre de décès d'enfants de moins de six ans.

La Pmi procède à une suite d'examens de la première à la sixième année.

Durant la première année de vie, neuf examens se succèdent ; trois examens pour la deuxième année et deux examens par an pour les quatre années qui suivent.

La Pmi travaille également en lien avec le service de santé scolaire. Ainsi, elle doit envoyer au médecin de l'Education nationale, les dossiers médicaux des enfants suivis en maternelle. Ces dossiers sont établis selon un modèle pris par arrêté.

La pouponnière à caractère social et sanitaire

La Forestière, à Baincthun dans le Boulonnais, est un centre de moyen séjour et de soins de suite pédiatriques. Il y a 28 lits, dont 8 places réservées pour le secteur social (accueil d'enfants sur décisions judiciaires).

Les 20 lits du secteur sanitaire accueillent, en hébergement complet, des enfants de moins de six ans qui ne peuvent rester en famille ou ne peuvent bénéficier d'un placement familial surveillé et dont l'état de santé exige des soins que ne peut dispenser leur famille.

Les enfants pris en charge sont porteurs de pathologies telles que : hypotrophies, rachitisme, anorexie, malformations, encéphalopathie, infirmité motrice cérébrale. Ils sont parfois accueillis pour un traitement pré - ou post-opératoire, un séjour post hospitalier avant le retour dans la famille, ou encore pour des soins palliatifs.

Les pouponnières ont régulièrement la visite d'un pédiatre, agréé par le préfet et qui doit notamment, confirmer l'admission des enfants, surveiller leur santé, prescrire s'il y a lieu l'exclusion

des malades, décider après guérison de leur retour à domicile.

La Forestière est le seul établissement de ce type dans le Pas-de-Calais (il y en a deux dans le Nord). Il existe depuis 40 ans. Privé, il fait partie de l'Association Cazin-Perrochaud.

En majorité les enfants proviennent du département mais un quart viennent de l'extérieur (de la Somme notamment).

Le personnel est composé de deux pédiatres (0,28 temps plein), d'un médecin rééducateur, d'un orthophoniste (une vacation), d'un ergothérapeute (une vacation), d'un kinésithérapeute (0,60 temps plein), d'une psychomotricienne (0,60 temps plein), d'infirmières (7 temps plein). Les enfants restent en moyenne six mois voire beaucoup plus longtemps. Certains pourraient rentrer chez eux, mais la prise en charge serait trop lourde.

Des enfants viennent parfois de services hospitaliers. Des liens existent entre le Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer et la Forestière. La pharmacie est celle de l'hôpital. Les médecins sont libéraux et attachés au Centre hospitalier.

Se prépare un projet de retour de l'enfant au domicile, en famille d'accueil ou dans une structure médico-sociale. Il y a une visite à domicile, et un relais est fait avec le Camsp (Centre d'actions médico-sociales précoces) ou la Pmi.

Il y a des heures de visites pour les familles. En cas de problème de déplacement, une navette va chercher les parents.

Il y a en permanence des enfants atteints de malformations, qui viennent avant et après intervention. Mais depuis 20 ans la néonatalogie a fait des progrès et il y a moins d'enfants porteurs de cardiopathies. Il existe en revanche de plus en plus de pathologies résultant de réanimation de prématurés de 25 semaines, de syndrome d'alcoolisme fœtal (quatre par an sur 28 enfants). Les troubles du comportement tels que l'autisme ou les psychoses sont

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

également nombreux (19 %). Et il n'existe pas d'autre établissement en internat.

Les travailleuses familiales

Elles apportent une aide aux mères de famille malades ou enceintes, dans l'exécution des tâches de la vie familiale et l'éducation des enfants. Les travailleuses familiales détiennent donc beaucoup de renseignements sur la vie des familles. Certaines sont étonnées de devoir apprendre aux femmes les connaissances élémentaires d'une mère de famille.

La CAF

Les Caisses d'Allocations Familiales prennent en charge les prestations touchant à la naissance. Ainsi, elles mettent en place certaines aides spécifiques:

A la naissance ou l'arrivée d'un enfant :

-Apje : allocation pour jeune enfant, attribuée sous condition de ressources du cinquième mois de grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant.

-Aad : allocation d'adoption, sous condition de ressources, de l'arrivée au foyer jusqu'aux 21 mois de l'enfant.

-Ape : allocation parentale d'éducation. Prestation versée lorsque l'un des parents cesse (ou a cessé) son activité professionnelle pour élever au moins deux enfants dont un a moins de trois ans. Une allocation réduite peut être versée, en cas d'activité à temps partiel de l'un ou des deux parents, d'un montant différent selon que l'activité est inférieure à 50 % ou comprise entre 50 et 80 %. Le versement s'effectue jusqu'au sixième anniversaire des enfants, en cas de naissances multiples.

-Afeama : aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée. Versement d'une allocation trimestrielle et prise en charge des cotisations sociales en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée pour la garde d'un enfant de moins de six ans.

-Aged : allocation de garde d'enfant à domicile. Prise en charge de 75 % des cotisations (plafonnées à 3 029 frs mensuels) correspondant au salaire des

employés de maison, lorsque l'enfant a moins de trois ans et que les revenus mensuels 1997 de la famille n'ont pas dépassé 25 000 frs ; la prise en charge est de 50 % des cotisations avec un plafonnement à 2 139 frs, en cas de revenus supérieurs, et à 1 070 frs lorsque l'enfant est âgé de trois à six ans, ou en cas de bénéficiaire d'une allocation parentale d'éducation à taux partiel.

Pour l'entretien de l'enfant :

-Af : allocations familiales, versées à partir de deux enfants à charge, avec majorations pour les enfants de plus de dix ans et de plus de quinze ans (sauf pour l'aîné d'une famille de deux enfants). Mise sous condition de ressources de mars à décembre 1998 (25 000 frs mensuels pour deux enfants et un seul revenu).

-Cf : complément familial, versé sous condition de ressources aux familles d'au moins trois enfants de plus de trois ans.

-Ars : allocation de rentrée scolaire, versée pour les enfants de six à dix-huit ans, dont les parents disposent de faibles revenus.

Concernant la monoparentalité :

-Api : allocation parent isolé, destinée à assurer un revenu minimum (dont le montant est fonction de la taille de la famille) aux personnes qui vivent seules, soit en état de grossesse, soit avec au moins un enfant à charge. Elle est versée pendant douze mois à compter de la demande, dans la limite de 18 mois suivant l'événement ayant provoqué l'isolement ou jusqu'à ce que le plus jeune enfant ait atteint l'âge de trois ans.

-Asf : allocation de soutien familial, versée pour un enfant recueilli ou pour un enfant élevé par seulement un de ses parents, lorsque l'enfant est orphelin, non reconnu ou abandonné par son père ou (et) sa mère, (est considéré comme abandonné, l'enfant dont le parent s'est soustrait ou est hors d'état de faire face à son obligation d'entretien).

Les structures d'accueil

Les caisses d'allocations familiales sont également parties prenantes dans la création de structures d'accueil consacrées à la petite enfance.

-les crèches collectives : prises en charge par la Caf et les collectivités territoriales. Une partie des frais est assurée par les parents soit 28 % en 1993.

La crèche collective : terme qui peut regrouper différentes structures de par leur localisation ou leur mode de gestion. Le point commun reste le fait que le local puisse accueillir collectivement des enfants de moins de trois ans.

Elles peuvent recevoir une cinquantaine d'enfants, soit à proximité de leur domicile, soit sur le lieu de travail de l'un des parents. L'éveil et l'épanouissement de l'enfant y sont privilégiés.

Il existe également des mini-crèches ou des crèches parentales qui accueillent un nombre plus restreint d'enfants.

-les crèches familiales relevant des mêmes procédés de prise en charge et d'une participation identique des familles.

La crèche familiale accueille l'enfant au domicile d'une assistante maternelle agréée, sans regrouper l'ensemble des enfants dans un même local. Cette structure est supervisée et gérée comme une crèche collective. L'assistante maternelle est rémunérée par la collectivité locale, alors que l'assistante maternelle agréée libérale est rémunérée par les parents.

-les haltes garderies également subventionnées par la Caf et les collectivités locales, avec une participation des parents d'un montant de 23 %.

La halte-garderie accueille les enfants de moins de six ans, de manière discontinue au cours de la journée. Ceci permet aux parents inactifs ou travaillant à temps partiel de se libérer un moment.

LES PARENTS

Les acteurs de terrain interrogés ont indiqué une progression évidente du nombre de familles monoparentales et des conditions socio-économiques défavorisées. Il y aurait une certaine intensité et une certaine fréquence des ruptures intra-familiales.

"Beaucoup d'enfants sont conçus pour parer à quelque chose (ennui, dépression, solitude), et non dans un projet de couple."

En effet, beaucoup de jeunes mères sont seules à assumer leur rôle. Parfois le père a quitté le foyer, parfois il a été mis à l'écart par la mère, chaque situation étant spécifique. On constate souvent des grossesses rapprochées avec des partenaires différents, qui ne "jouent pas leur rôle" de père. Cela induit une multiplication des partenaires, et une instabilité dans l'environnement affectif et éducatif de l'enfant.

Les enfants ne sont pas curieux de leur histoire, de leurs origines et ne regardent pas les photos de famille. Ce sont les séries télévisées américaines, qui sont devenues les références. Cela transparaît dans les prénoms américains des enfants.

"Ici, on ressent une détresse psychologique, faute de représentations. Il existe un appauvrissement culturel. Les parents ne transmettent plus rien aux enfants. L'activité de la pêche ayant pratiquement disparu, il ne reste que des lambeaux du système de valeurs du monde de la mer."

"Il n'existe plus de valeurs communes. Le fait d'en avoir les obligerait à voir les choses en face lorsqu'il y a un conflit. Ici, ils vont directement à la rupture sans explication de leurs problèmes. Ils suppriment la cause du conflit sans essayer de la résoudre. Ils fuient pour éviter la confrontation avec la vérité, avec eux-mêmes. Ils ne font pas de projets."

"Il est intéressant de savoir que les gens de la mer évitaient de faire des

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

projets pour échapper à la vision du deuil qui pouvait les toucher. Ils vivaient dans l'instant, sans s'investir."

Une certaine partie de la population est carencée aussi bien sur le plan culturel que matériel. On remarque souvent une absence de limites posées ; ce qui a des répercussions sévères sur la petite enfance. Des parents sont dépassés par les "tout petits".

"Il existe un vide éducatif, on donne des bonbons n'importe quand et on donne une claque pour rien. Les valeurs sont pauvres et souvent absentes, il n'y a pas de raisonnement, pas de logique."

"Certains sont inconscients des responsabilités qu'ils confient à leur enfant : Une maman a envoyé son enfant de 3 ans chercher des médicaments à la pharmacie. Une autre a demandé à sa fille de 7-8 ans d'aller retirer de l'argent dans une billetterie automatique, l'enfant a distribué des billets de 100 francs à tous ses amis."

Les familles monoparentales ont parfois des relations fusionnelles avec leurs enfants pour compenser le manque affectif. Il en résulte des problèmes d'hygiène alimentaire (obésité), de troubles du sommeil. Ces parents sont souvent immatures.

De plus, des informateurs de l'ensemble du Littoral ont évoqué la problématique de l'assistantat, engendrée par diverses aides financières. Parfois, des pères sont mis à l'écart par la mère pour obtenir l'Allocation parent isolé (Api). Cette aide est versée lorsque l'un des parents est seul à assumer l'enfant. Ainsi, des enfants ne voient leur père qu'en cachette.

Il y a par ailleurs le cas de personnes qui touchent l'Allocation adulte handicapé (Aah), en raison d'un certain déficit mental. Lorsqu'elles ont des enfants, elles arrivent plus ou moins bien à les prendre en charge, parfois les deux parents sont déficients. Il n'y a pas de suivi obligatoire et les équipes se sentent démunies lorsque leur aide n'est pas acceptée.

"Certains enfants sont repêchés au bilan de santé scolaire fait à 4 ans. Le suivi par le médecin traitant est aussi difficile car ces familles ont une grande propension à en changer !"

"La seule pression possible est celle du juge pour enfants qui peut menacer les parents de non-assistance à personne en danger, mais c'est très ponctuel et de toute façon, les juges ne peuvent pas obliger les gens à se soigner. Il faut sans cesse bouger les familles."

Les enfants sont mis de plus en plus tôt à l'école, dès 2 ans. Souvent ils n'ont pas encore abordé l'angoisse de la séparation et des retrouvailles, ils n'en sont pas encore au stade d'un an de développement. Au moment de la mise à l'école, il y a confusion dans leur esprit avec l'abandon.

Les mères

Certaines mères, très jeunes, ont des carences éducatives, et des problèmes relationnels avec leurs enfants. Un certain nombre d'entre elles ont un passé psychologique difficile (inceste, viols, maltraitements...). Il y a parfois un gros travail d'éducation à faire auprès de ces mamans, qui ont des choses à "réparer" elles aussi. Le souci majeur est la non prise en charge spécialisée pour ces populations.

"Or, il faudrait aller vite, dès que le contact se fait, il serait important de savoir quelle est l'orientation la mieux adaptée à chacun des cas."

Les assistantes sociales travaillent par petites touches, mais elles reçoivent peu de demandes d'aides, ce qui complique leur travail. Elles aimeraient notamment arriver à faire passer des conseils diététiques. L'alimentation est souvent trop grasse, il n'y a pas de petit-déjeuner, pas d'entrée ni de dessert.

Il existe parfois une grande conflictualité dans les relations mère-fille. Certaines femmes rendent visite à leurs grands-mères, leurs tantes. Cela leur permet de lutter contre la dépression maternelle, de les occuper. Elles se sentent ainsi moins

seules avec le bébé, car l'enfant appartient alors à la famille.

Il existe des femmes totalement seules, qui ont un réseau d'amies. Les enfants sont alors à la communauté.

Dans le cas des très jeunes mères, un déséquilibre familial peut se créer lorsque la mère continue l'école et que la grand-mère élève l'enfant. Les relations peuvent se biaiser et cela peut poser des problèmes quand l'enfant devient adolescent et qu'il a une mère de 30 ans.

La place des pères

Parfois le père est totalement absent, il n'a pas forcément abandonné ses enfants, mais il a plutôt été mis à l'écart, du fait qu'"il ne jouait pas son rôle".

Dans certaines situations il n'y a qu'un homme pour plusieurs femmes, sans que celui-ci soit un père pour les enfants.

L'homme devient un simple géniteur. Il sert à pallier le manque d'enfant, à faire en sorte que la femme puisse obtenir un statut dans la société, être mère, à défaut d'autre chose.

Certains hommes fuient cette grossesse, parce qu'ils ne se sentent pas prêts à l'assumer (affectivement, financièrement...). D'autres seront écartés pour cause de comportement extrême à l'égard de la maman ou de l'enfant (violence conjugale, alcoolisme, toxicomanie...).

La mise à l'écart du père peut être l'aboutissement d'une stratégie permettant à la mère (et à sa famille) de percevoir une aide financière en tant que parent isolé. L'homme peut également être à l'origine de cette décision. Les causes sont multiples. C'est toutefois la situation économique qui pèse de tout son poids sur les décisions.

Alcoolisme et tabagisme

Apparemment de plus en plus de mères fument. La Pmi a fait une enquête auprès des mères de l'Audomarois. L'antécédent le plus avoué est le tabac. A l'opposé, peu d'entre elles ont déclaré être dépendantes de l'alcool.

L'alcoolisme est difficile à diagnostiquer chez les plus jeunes car les stigmates de l'alcool se repèrent moins facilement

chez une jeune femme que chez un sujet plus âgé.

Il y aurait aussi une recrudescence de la toxicomanie.

Une analyse de la cause des nombreux cas de petits poids chez les nourrissons est en cours. Cela se fait avec une puéricultrice qui suit les grossesses à domicile. La question des grossesses rapprochées reste posée comme étant l'une de ces causes (il existe encore de grandes familles).

Le mode de recours aux soins

Souvent les populations très défavorisées sont difficiles à fidéliser. Or il est certain que changer de médecin régulièrement n'arrange pas les choses. Mais pour que la personne revienne voir le médecin, il est nécessaire qu'un lien se crée, qu'une relation de confiance bilatérale s'établisse.

"Pour donner un sens à leur détresse, il faudrait se rendre compte que ces parents souffrent dans leur chair (alcoolisme = dépression masquée). Mais les médecins ne les aident pas puisqu'ils refusent de les entendre parler d'eux. Ils leur administrent des dopants."

Quelles qu'en soient les raisons, le changement fréquent de médecin est un frein dans le suivi des patients.

Par exemple, lorsqu'après une hospitalisation, un courrier doit être envoyé au médecin traitant, ce dernier peut le recevoir, mais ne jamais revoir l'enfant. Les parents peuvent avoir changé de médecin entre temps. Il n'y aura aucune transmission d'information au prochain médecin sollicité concernant les soins réalisés par l'hôpital, les soins à suivre, les éventuels examens de contrôle à pratiquer. Ce médecin n'aura les renseignements qu'à partir de l'entretien avec les parents à qui les informations n'auront pas toujours été bien transmises ou qui ne les auront pas bien comprises.

Si l'hôpital remet le courrier de sortie en mains propres aux parents, il arrive parfois que ceux-ci l'oublient lors de la visite chez le généraliste, où le perdent.

Le médico-social Types de prises en charges et principaux besoins

Le carnet de santé doit aussi servir de liaison, mais il n'est pas rempli systématiquement et la mère ne l'amène pas toujours.

Les modes de recours aux soins sont de plus en plus déroutants.

"On passe d'un extrême à l'autre pour les enfants, il n'y a pas de degré dans l'urgence. Certains désirent un accès immédiat au soin pour leur enfant, ils appellent pour un rien le médecin traitant. Puis, à partir d'un certain âge, on ne voit plus le médecin."

Les services d'urgences du Littoral accueillent régulièrement des parents amenant leur enfant pour un motif ayant débuté la veille voire trois jours avant. Ces personnes ne savent pas gérer le stress dans la durée. La situation est tout-à-coup perçue comme urgente.

Dans un contexte d'absence de père et d'instabilité affective, le moindre handicap chez un enfant pose problème. Les professionnels de santé ont des difficultés pour coordonner les différents intervenants (kinésithérapeute, orthophoniste, appareillage pour la surdité...).

L'un des problèmes rencontrés par la population vivant en milieu rural et n'ayant pas de moyen de locomotion est l'accès aux consultations pré-natales. Il a été observé par les services de Pmi que

les futures mères de milieu rural consultent plus tardivement le médecin généraliste ou le gynécologue, que celles du milieu urbain. Régulièrement les sages-femmes leur rendent visite.

LES ENFANTS

Les données de périnatalité

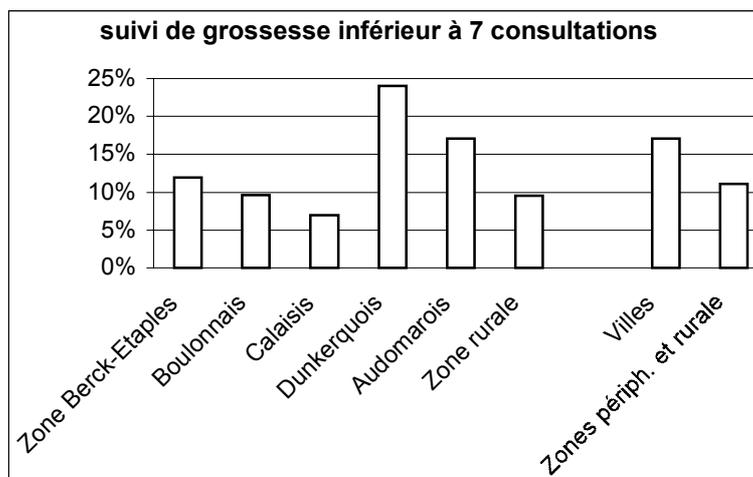
10 988 "premiers certificats de santé" (remplis au 8^e jour de vie) correspondant aux enfants du Littoral nés en 1998 ont pu être exploités par les services de Pmi du Nord et du Pas-de-Calais.

Les consultations prénatales

En moyenne, 15 % des mères des 10 988 naissances étudiées, domiciliées dans le bassin de vie Littoral, ont eu moins de 7 consultations au cours de leur grossesse. Ce taux est de 14 % dans les autres bassins de vie de la région. Ces résultats sont à interpréter avec prudence car :

- d'une part, un certain nombre de certificats ne sont pas complétés pour cet item ; par conséquent parmi les 85 % restant, il y a peut-être d'autres mères qui ont suivi moins de sept consultations prénatales,

- d'autre part, ces données sont obtenues à partir du carnet de maternité qui n'est pas rempli systématiquement par tous les médecins.



Conseils généraux du Nord et du Pas-de-calais. 1998. Exploitation Ors.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

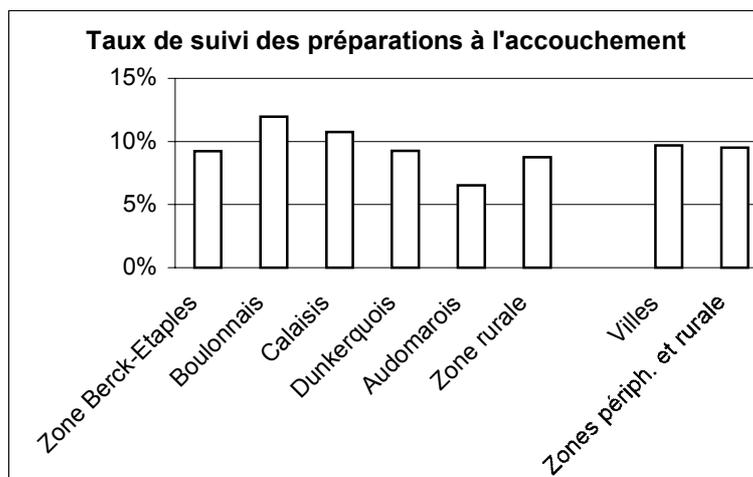
Il faut donc tenir compte de ces risques de biais, (qui ne sont pas forcément identiques dans tous les secteurs du Littoral), pour interpréter le graphique précédent qui met en évidence des différences significatives entre les différents secteurs géographiques.

Le fait marquant est le taux de "suivi de grossesse inférieur à 7 consultations" nettement plus élevé dans le Dunkerquois (24 %) et dans une moindre mesure dans l'Audomarois (17 %), et très bas dans le Calaisis (7%). Il est aussi intéressant de constater un taux plus faible en périphérie des villes et en zone rurale. Ce fait est assez paradoxal sachant que les lieux de consultation sont généralement plus concentrés en centre ville et que l'accès au soin y est facilité. Il met en évidence

que le non-recours au soin n'est pas forcément en corrélation avec la distance entre le lieu de domicile et le lieu de soin.

La préparation à l'accouchement

Avec les mêmes réserves de biais énumérées au paragraphe précédent, l'analyse des premiers certificats de santé montre que 10 % seulement des mères ont bénéficié d'une "préparation psycho prophylactique" (PPP). Ce taux est de 19 % en moyenne dans le reste de la région Nord – Pas-de-Calais. A l'intérieur du Littoral, c'est dans le Boulonnais que le taux de suivi est le plus élevé et dans l'Audomarois qu'il est le plus bas. Il n'y a pas de différence significative de suivi entre les personnes habitant en centre ville et celles venant de la périphérie ou des zones rurales.



Conseils généraux du Nord et du Pas-de-calais. 1998. Exploitation Ors.

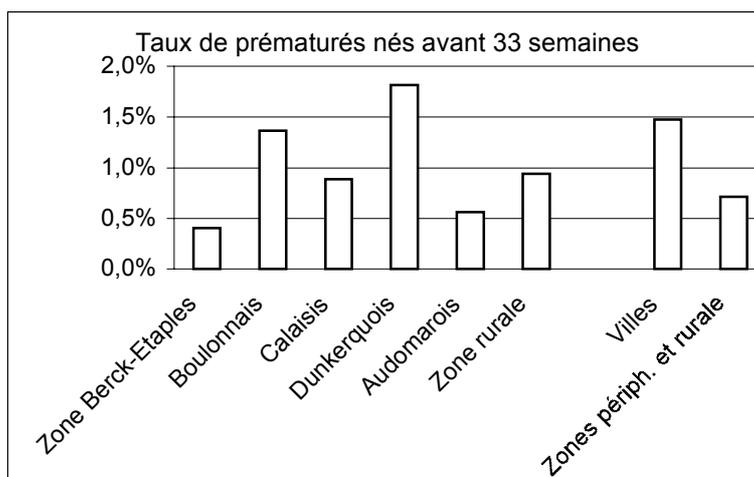
Les prématurés de moins de 33 semaines

Parmi les enfants nés en 1998, 1,21 % sont nés prématurément, avant la fin de la 33^e semaine d'aménorrhée, aussi bien dans le Littoral que dans le reste de la

région. Ce taux varie significativement selon le secteur géographique. Ainsi il est plus élevé en zone urbaine qu'en périphérie. Il est aussi plus élevé à Dunkerque et Boulogne qu'à Calais, Saint-Omer et surtout Berck - Etaples.

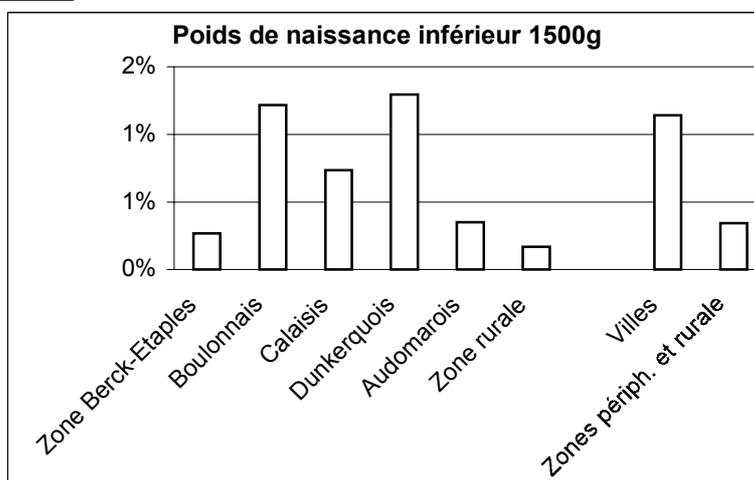
Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins



Conseils généraux du Nord et du Pas-de-calais. 1998. Exploitation Ors.

Le poids de naissance

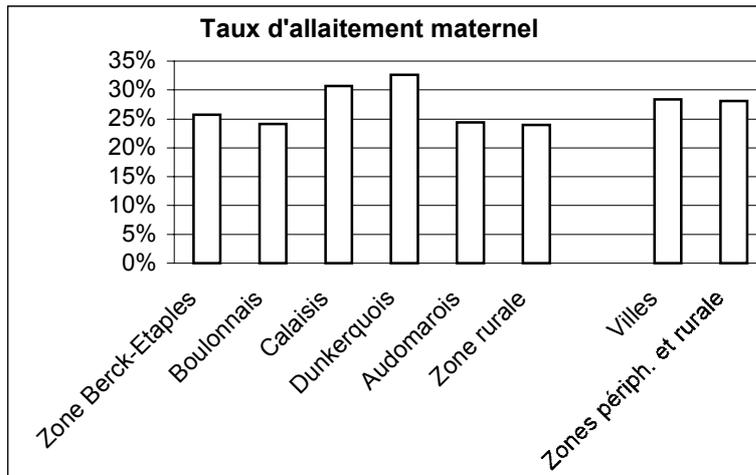


Conseils généraux du Nord et du Pas-de-calais. 1998. Exploitation Ors.

Près de 1 % des enfants du Littoral pesaient moins de 1500 g à de leur naissance, en 1998. Ce taux est identique à celui calculé dans les autres bassins de vie. En revanche, à l'intérieur du Littoral, il varie significativement entre les zones. Ainsi il est beaucoup

plus faible en zone rurale ou périurbaine qu'en zone urbaine. Il est aussi beaucoup plus élevé à Dunkerque et à Boulogne qu'ailleurs. On retrouve, de façon logique, les mêmes différences géographiques que pour la répartition des enfants nés prématurément.

L'allaitement maternel



Conseils généraux du Nord et du Pas-de-calais. 1998. Exploitation Ors.

En moyenne, 28 % des mères des enfants nés en 1998 ont allaité leur enfant dans le Bassin de vie Littoral. Ce taux est nettement inférieur au taux calculé dans les trois autres bassins de vie (39 %). A l'intérieur du Littoral, il n'y a pas de différence entre la ville et la périphérie. En revanche, le taux d'allaitement maternel est plus élevé dans le Dunkerquois et dans le Calaisis que dans les autres zones.

les troubles du langage et du comportement

Selon le service de Pmi, les troubles du langage chez l'enfant sont dans l'Audomarois, apparemment supérieurs à la moyenne du Pas-de-Calais.

Sur le Boulonnais il est constaté l'apparition d'un certain nombre d'enfants névrotiques ; probablement en liaison à leur confrontation à des adversités multiples. Il semble que ces enfants subissent la détresse de leurs parents, qui les auraient conçus pour pallier les obstacles.

Certains enfants somatisent et présentent des difficultés respiratoires 15 jours par mois, ou bien ont des problèmes Orl à répétition, sans que le lien avec un trouble psychologique soit établi, ni par les parents, ni par le médecin traitant.

"Et puis les mères sont rassurées car la somatisation fait que la représentation est faite par une tierce personne (le

docteur) et leur évite ainsi d'affronter la souffrance de leur enfant."

Dans le Boulonnais, le taux d'enfants déficients serait le moins élevé de la région et deux fois moins élevé qu'à Montreuil. Il semble pourtant que la problématique devrait faire apparaître le contraire. Il y aurait peut-être un sous-recours en raison d'une sous estimation des problèmes.

La malnutrition

On observe beaucoup de bébés malingres, (qui seront fragiles plus tard), et aussi de plus en plus d'enfants obèses. Cette obésité est essentiellement due à un excès de sucrerie, à un déséquilibre alimentaire et à une insuffisance d'apport en fibres. Les médecins essaient de promouvoir l'allaitement maternel.

L'augmentation de l'obésité ne signifie pas forcément qu'il y en a plus mais peut s'expliquer aussi par le fait que les médecins généralistes sont aussi plus sensibilisés, et orientent les parents vers l'hôpital. Les bilans endocrinologiques sont en augmentation par rapport à 1997. Mais les hospitalisations restent rares.

L'obésité à l'adolescence est fréquente également.

Le syndrome d'alcoolisme fœtal

Il serait répandu : un enfant sur 1 000 en France, 1 sur 300 dans la région, et sur le Littoral plus encore ! Les gynéco-

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

obstétriciens ne remarquent pas encore ce problème. Il existe peu de liens entre les services d'allocoologie et les maternités. Une collaboration permettrait pourtant de sensibiliser davantage les médecins. Un suivi est souhaitable ; non seulement pour l'enfant qui risque d'avoir des séquelles, mais aussi pour la mère qui nécessite des soins, pour elle et pour ses enfants à venir.

La maltraitance

Les services de Pmi ont observé une augmentation très nette des maltraitances et des "signalements" de maltraitances. De nombreux cas sont signalés par des voisins de palier. Mais est-ce toujours vrai ? En effet, il s'agit seulement parfois de querelles de voisinage.

Il est certain que si des dénonciations sont réelles, il faut encore pouvoir les vérifier par des preuves tangibles.

Selon les services de Pmi, on parle parmi les maltraitances, d'une augmentation des agressions sexuelles. Les professionnels comprennent aujourd'hui des pathologies comportementales dont ils ne trouvaient pas la cause auparavant, et qui sont désormais expliquées par le vécu de l'enfant. Il en ressort une forte déstructuration des familles autour de ces actes.

"Il existe des débauches collectives d'adultes, avec alcool et cassettes vidéos pornographiques, dans lesquelles on implique des enfants."

Les signes observés chez ces enfants victimes de sévices peuvent être une masturbation compulsive, des agressions sexuelles envers d'autres enfants, ou encore la recherche d'une trop grande proximité avec le corps des adultes.

A la pouponnière La Forestière, un enfant sur quatre est placé en signalement judiciaire. Il est constaté une augmentation des maltraitances, même sur les tout-petits.

"Il est fréquent de constater un adultère intra-familial (relations avec l'oncle, le beau-frère, la belle-sœur...). Cela implique un climat incestueux dans la famille. Mais c'est de l'inceste

communautaire, pas seulement entre parent et enfant. Et comme on n'écoute pas les parents, le problème ne se règle pas."

Les accidents domestiques

Les professionnels ont remarqué une augmentation du nombre d'accidents domestiques, depuis 5-6 ans.

Les chutes seraient plus nombreuses. Y aurait-il une carence d'investissement des parents dans l'éducation de l'enfant ? C'est sans doute la traduction d'un mal-être familial.

LES MANQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS DANS LE BASSIN DE VIE DU LITTORAL

Un Centre d'action médico-sociale précoce (Camps) est attendu à Boulogne-sur-Mer

De nombreux professionnels de santé ont indiqué que l'absence de Camps dans le Boulonnais entraînait d'une part, une surcharge de travail dans des structures, qui à l'origine, ne devaient pas accueillir de jeunes enfants, et d'autre part, une absence de soins pour un certain nombre d'enfants, dont la prise en charge est impossible en l'état actuel des choses.

Il y a quelques années, un Camps a failli voir le jour sur la commune du Portel. Ce projet avait été stoppé une première fois, puis approuvé, avant d'être à nouveau bloqué au ministère. La raison étant qu'il y aurait comparativement aux autres régions assez de Camps dans le Nord - Pas-de-Calais.

Manque de psychologues et de pédopsychiatres

Tous les secteurs du Littoral déplorent le manque de psychiatres, de pédopsychiatres et de psychologues.

Par exemple, dans l'Audomarois, il y aurait un psychologue pour trois Unités Territoriales d'Action Sociale. Celui-ci doit s'occuper des bilans psychologiques, des agréments pour les assistantes maternelles permanentes et des enquêtes pour les demandes d'adoption. Dans les milieux ruraux, d'autres antennes de Consultation médico-

psychologique seraient nécessaires car les parents se déplacent assez difficilement dans les centres situés en ville ; et ce par manque de liaisons par bus entre le bourg-centre et les villages. Une antenne serait nécessaire dans la zone qui s'étend entre Bergues et Cassel, une autre à Audruicq où il en existait un qui a fermé faute de psychiatre.

Manque de halte-garderies ou de maisons d'accueil pour enfants et parents

Les haltes-garderies sont saturées. Cette saturation exprime une véritable demande de la population. Parfois le besoin n'est pas perçu ; beaucoup de familles envoient leur enfant à l'école à partir de deux ans, alors qu'il n'est pas prêt. Une préparation à la séparation peut se faire en halte-garderie, où l'enfant peut être déposé dès les premiers mois. Cela permettrait aussi des échanges entre professionnels de la petite enfance et parents qui en ont probablement une représentation différente de celle des médecins généralistes, de la Pmi ou encore de l'école.

"Le problème de ces familles, c'est qu'elles n'utilisent pas les structures de prise en charge existantes. Comment faire pour qu'une famille confie un enfant à une halte-garderie alors qu'aucun des 2 parents travaille ? Pourtant, c'est la seule porte de salut de l'enfant. Il est nécessaire de prendre en charge ces enfants, dès la première année de vie, quotidiennement, et de leur proposer des activités d'éveil. Sinon, ils seront "perdus" : le potentiel intellectuel de l'enfant, égalitaire au départ, prendra du retard."

Dans les zones rurales, les structures d'accueil de la petite enfance font défaut. Calais serait particulièrement sous-dotée. Avec 90 000 allocataires, la Caf de Calais est la dernière des Caf de même taille pour l'équipement petite enfance et effectue moitié moins de dépenses.

LES ACTIONS EXISTANTES OU EN PROJET

Les ateliers parents – enfants

Afin améliorer l'équilibre familial, de manière affective et/ou alimentaire, des équipes de Pmi proposent diverses activités impliquant l'enfant et ses parents.

Atelier cuisine : pendant que les mamans y participent, les enfants sont pris en charge par une puéricultrice. Certaines mères ne veulent pas se séparer de leur enfant. Cet atelier se fait dans un quartier défavorisé où habitent en majorité des familles turques. Le but est d'essayer de rééquilibrer l'hygiène alimentaire. Les repas préparés concernent non seulement les enfants de 3 à 18 mois, mais également toute la famille.

Atelier lecture : l'objectif de ces activités est d'améliorer les relations autour de la lecture. Lors des consultations en Pmi, en salle d'attente des assistantes sociales (formées pour cette activité) amènent le ou les parent(s) à avoir une autre relation avec l'enfant par le jeu autour du livre. Ceci permet également de percevoir les assistantes sociales autrement ; non plus comme des « agents de la morale ». Ce travail se fait également en partenariat avec l'Adnsea (Association départementale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence).

Atelier musique : se fait avec une puéricultrice qui a suivi une formation "enfance et musique" à Paris.

L'activité "bébés dans l'eau", se déroule à Lumbres. Des parents semblent intéressés mais il y a toujours l'obstacle du transport en commun. Le transport social est trop cher pour la Pmi. Cette activité est encadrée par des puéricultrices d'Arques et de Saint-Omer. L'un des intérêts de cette action est la présence des pères. En effet, ils sont plus nombreux à apprécier l'eau que les mamans. Toutefois, les familles participantes ne sont généralement pas celles qui sont vues en consultation.

Un projet "gym maman-bébé" est en phase de réflexion. La Pmi attend la subvention pour le transport. L'activité aurait lieu à Arques et ce sont les

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

familles suivies en consultation qui participeraient.

Il faut signaler que toutes ces activités doivent être mises en place pour que les mères y trouvent un intérêt. Elles permettent à la mère et à l'enfant de se retrouver. Beaucoup de jeunes mères habitent encore chez leurs parents, et il arrive que la grand-mère s'accapare l'enfant.

Actions au sein des haltes garderies

La Maison de la Petite Enfance a été créée à Etaples, dans le quartier de la Pierre Trouée, où vit une partie de la population défavorisée.

C'est une sorte de halte-garderie où travaillent des personnes de l'intersecteur de pédopsychiatrie. Les parents peuvent y amener l'enfant tous les jours.

Pour pallier l'absence de communication parents-enfants et le manque de connaissances sur le développement de l'enfant, le Conseil Général va lancer un programme de halte-garderies dans le Dunkerquois. La famille est incluse dans cette démarche. Les parents pourront déposer l'enfant une fois par semaine, deux heures par jour. Il s'agit essentiellement de rompre les relations trop fusionnelles entre la mère et son enfant, ou de préparer l'enfant à son entrée en maternelle (sans qu'il y ait un sentiment d'abandon). De plus l'enfant se retrouvera dans un univers où il aura accès à des livres et des jouets ; choses qu'il ne trouve pas forcément chez lui. On s'occupe de la famille en même temps que de l'enfant. On tente de recréer un lieu de convivialité.

Dans le secteur de Montreuil, un projet de collaboration entre la Pmi et le Cmp se développe. Il s'agit de dépister les mères, ou futures mères qui auraient des problèmes relationnels avec leurs enfants. Un questionnaire a été mis au point dans ce but. Il faut agir dès le début de la maternité. Des réunions seraient proposées avec les parents. Un médecin avait mis en oeuvre des formations en maternologie, en partenariat avec le Cmp.

Faciliter l'accès aux soins en milieu rural

Dans le Boulonnais, du côté du canton de Marquise, deux projets sont en cours. Le premier, le « baby-bus » permettrait aux parents, rencontrant des difficultés pour se déplacer vers un grand centre urbain (Boulogne ou Calais), de consulter avec leur enfant.

Le second est un projet de consultations pré-natales avancées, en milieu rural.

Il existe déjà dans les bourgs centres, des consultations de nourrissons (0 à 6 ans). Une camionnette remorque une caravane dans laquelle se font les consultations. Elle s'arrête à deux ou trois endroits où les gens, informés du passage, se sont rassemblés.

La prévention des sévices sexuels

Un médecin de la Pmi de Calais s'occupe d'une formation de lutte contre les sévices sexuels dont les enfants sont ou pourraient être victimes. Ce médecin anime des séances de formation qui s'étendent à tout le Pas-de-Calais. Il s'agit du programme "A chacun son corps, éducation à la sexualité et prévention des agressions sexuelles". Les responsables de ce programme ont suivi leur formation à Saint Etienne. AISPAC est le groupe qui a mis en place ces enseignements (il est également implanté dans le Sud-Ouest).

Le but de ce programme est de donner à l'enfant une estime de soi, lui permettre de savoir en parler, lui apprendre à s'autoprotéger en se posant trois questions cruciales, sachant que si une des réponses est Non, il ne doit pas y aller :

- "est-ce que j'en ai envie ?"
- "un adulte de confiance sait-il où je suis ?"
- "est-ce que j'en ai besoin ?"

Le programme est constitué de séances d'une heure et demie pour les parents et les enseignants, et de sept séances d'une heure et demie pour les enfants. Un travail sur des bandes dessinées est également fait avec eux.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Le médecin de Pmi forme les animateurs de ces séances qui sont des assistantes sociales, des psychologues, des puéricultrices, des médecins de Pmi, des enseignants, des éducateurs...

Ils se rendent ensuite par groupe de deux dans les classes de CM2. La totalité des classes ne pourra pas être touchée.

Les parents sont sensibilisés à la pédophilie. Certains sont étonnés de savoir que 20% des agresseurs sont étrangers à l'entourage, mais que le reste des agressions se passe à la maison.

Une évaluation départementale est faite. Les enseignants, avant les séances, distribuent un questionnaire aux élèves, puis l'expérience est renouvelée un mois après la formation.

La population qui doit être en premier touchée est celle des enfants, mais sans un travail sur les parents, les résultats sont moins probants.

Les handicapés

LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES JEUNES HANDICAPES

Les Commissions Départementales d'Éducation Spécialisée (Cdes) du Nord et du Pas-de-Calais

La Commission départementale d'éducation spécialisée est compétente pour les personnes handicapées de moins de 20 ans (à partir de 18 ans, chaque adolescent doit subir un bilan complet) ; c'est ensuite la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel pour les adultes (Cotorep) qui prend le relais.

Il existe une Cdes par département. Elle est présidée, tous les ans, à tour de rôle, par l'Inspecteur d'académie puis le Directeur de la Direction des affaires sanitaires et sociales.

Sa mission consiste à suivre et orienter les enfants ayant un handicap mental,

moteur ou sensoriel. Elle n'a pas de compétences en ce qui concerne le sanitaire pur (les hospitalisations).

La Cdes est placée sous tutelle conjointe du ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, et du ministère du Travail et des affaires sociales. Elle est composée de membres nommés par le préfet pour trois ans renouvelables.

Au sein de cette commission, collaborent les administrations (Éducation, Santé, Travail), les organismes privés, les organismes payeurs (Cpam, Caf...), les usagers (familles, représentants de leurs associations...).

La Cdes apprécie l'ampleur du handicap et définit les mesures appropriées (définition du taux d'incapacité, attribution d'une allocation d'éducation spéciale avec ou sans complément, de la carte d'invalidité, de la carte verte, de la carte de transport scolaire en école ordinaire, du macaron Gic (grand invalide civil), de la mention tierce personne (ou accompagnateur) et de l'exonération de la vignette). Elle oriente vers un établissement médico-social ou un service médico-éducatif selon les besoins de l'enfant.

La Cdes se réunit au moins une fois par mois, examine les dossiers étudiés auparavant par les groupes de travail (par secteurs géographiques pour la Cdes du Pas-de-Calais et par handicaps pour celle du Nord) ou équipes techniques. A l'issue de la commission plénière, les décisions sont notifiées aux parents qui ont alors un droit de recours gracieux.

Lors du traitement des dossiers, les techniciens font appel à de multiples professionnels : médecins spécialistes, assistante sociale, enseignant spécialisé, éducateurs spécialisés et psychologues scolaires ou cliniciens. Ces personnes sont importantes parce qu'elles travaillent sur le terrain.

Les équipes techniques instruisent les dossiers, émettent un avis, mais la

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

Commission reste qualifiée pour arrêter les décisions, qui s'imposent à toutes les administrations concernées (Cpam, Caf ...). Toutefois, si la Cdes ne s'estime pas compétente pour décider d'une orientation, elle peut ne donner qu'un avis.

La Cdes délègue certaines compétences à des commissions locales : les Ccpe-Commissions de circonscription préélémentaires et élémentaires (qui concernent les enfants jusqu'à environ 12 ans), et les Ccsd-Commissions de circonscription du second degré (pour les enfants de 12 à 20 ans). Ce sont les commissions locales qui se chargent des enfants dont les besoins se limitent à du soutien (interne ou externe à l'école) ou à une orientation dans une structure spécialisée (Clis). La décision prise vaut pour une durée de 2 ans maximum.

Lorsque le handicap est plus grave, le dossier est transmis à la Cdes et fait l'objet d'une décision plénière (service de soins ou d'éducation à domicile, accueil en établissement spécialisé...). Ces décisions valent pour une durée de 5 ans maximum.

Les intégrations scolaires proposées selon le handicap

Schématiquement, il y a trois niveaux possibles d'intégration scolaire

- Le maintien ou le placement en milieu scolaire ordinaire (à rechercher en priorité, avec ou sans enseignement de soutien). Si l'intégration semble possible en milieu scolaire ordinaire et si une difficulté apparaît, les commissions de circonscription peuvent être saisies ; l'équipe éducative se réunit alors.

- Quand la mise en place d'un projet pédagogique spécifique est trop difficile, l'enfant peut être orienté vers une section d'éducation spéciale d'un établissement scolaire ; et ce sur décision des Ccpe ou Ccsd qui demandent parfois un avis complémentaire à la Cdes :

-en primaire, "classe d'intégration scolaire"(Clis),

-au collège, "unité pédagogique d'intégration"(UPI) pour les adolescents handicapés mentaux ou section

d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa) pour les enfants à partir de 12 ans qui présentent de grandes difficultés d'apprentissage

-Erea : établissements régionaux d'enseignement adapté.

- Quand les soins à envisager sont trop importants pour recourir aux solutions précédentes, la Cdes oriente les enfants dans le cadre d'une prise en charge par l'assurance maladie :

- vers un établissement médico-social en fonction d'un bilan très précis des besoins et du handicap :

-Ime : Instituts médico-éducatifs pour les déficiences mentales,

-Irp : Instituts de rééducation psychothérapeutique pour les troubles de la conduite et du comportement,

-Iem : Instituts d'éducation motrice

-Instituts d'éducation sensorielle.

-Etablissements pour polyhandicapés (pour les enfants présentant des handicaps complexes, à la fois mentaux et sensoriels et/ou moteurs).

- vers un Sessad-Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, avec des composantes spécialisées possibles :

-Safep (Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce) pour les déficients sensoriels jusqu'à 3 ans

-Ssefis (Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire) pour les déficients auditifs de plus de 3 ans

-Saaais (Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire) pour les déficients visuels.

Un changement de prise en charge de la population handicapée a été constaté. Aujourd'hui de plus en plus d'handicapés moteurs peuvent aller à l'école. Il y aurait cependant une augmentation du nombre d'enfants polyhandicapés, en raison probablement des progrès techniques du monde médical (enfants souffrant de pathologie néonatale ou accidentés qui autrefois ne pouvaient être réanimés et qui aujourd'hui le sont mais avec une

fréquence non négligeable de séquelles neurologiques). Il s'agit d'une nouvelle catégorie d'handicapés. A l'inverse, le dépistage prénatal, et les vaccinations ont fait chuter d'autres types de handicap (polio, trisomie 21...).

Les aides attribuées par la Cdes

Les décisions prises à partir de l'examen des dossiers de demande de prise en charge, sont basées sur l'existence d'un guide barème qui permet de fixer le taux d'incapacité. Une allocation d'éducation spéciale (Aes) n'est accordée que si le taux atteint au moins 50 %.

La Cdes délivre les cartes d'invalidité (en fonction de l'évolution du problème de l'enfant). L'Allocation d'éducation spéciale (Aes) est un financement de la Caisse d'allocations familiales (Caf) attribué selon des échéances précises (5 ans maximum).

Le handicap (qui peut être également une longue maladie) est reconnu pour une durée minimale d'un an.

La Cdes distribue des "compléments" en fonction du type de prise en charge:

- le premier complément est de 500 frs (pour l'appareillage),
- le deuxième complément atteint 1 500 frs lorsque l'un des parents a arrêté de travailler pour s'occuper de l'enfant,
- le troisième complément est de 5 700 frs lorsque l'enfant demande des soins importants (de haute technicité).

Ces compléments peuvent être continus ou discontinus selon l'appréciation médicale sur justificatifs de frais, et suivant le degré d'autonomie.

Un cumul des compléments est impossible, sauf avec l'Allocation d'éducation spéciale (Aes). En effet, l'Aes peut être majorée d'un complément : soit de première catégorie lorsque le

jeune handicapé a besoin de l'aide d'une tierce personne pour certains actes de la vie quotidienne, soit de deuxième catégorie lorsqu'il y a nécessité d'une tierce personne continuellement.

La Cdes donne son avis en matière d'attribution de carte verte, de transport scolaire en école ordinaire (décret du 19 juin 1984), de macaron Grand infirme civil (Gic), de mention tierce personne (ou droit à un accompagnateur) et d'exonération de la vignette.

Bilans statistiques des Cdes

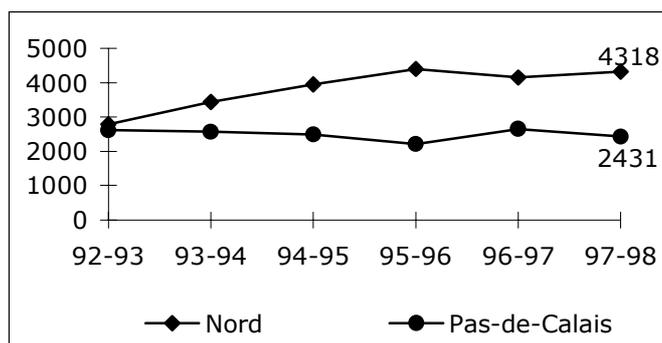
La Cdes du Nord, en 1997 et 1998 a statué sur le cas de 9 050 enfants (dont 1 324 nouveaux). Il y a eu 5 461 demandes d'orientation (dont 282 rejets), 5 295 demandes d'Aes (dont 977 rejets), 1 631 demandes de cartes d'invalidité (dont 106 rejets), 2 778 avis (non compris les avis d'orientation), dont 362 passages en Cotorep et 408 macarons Gic attribués.

La Cdes du Pas-de-Calais durant la période 1997-1998, a traité 3 416 dossiers pour orientation (dont 116 maintiens et 12 refus), 2 770 dossiers pour l'Aes (dont 339 refus) et 725 dossiers pour les cartes d'invalidité (dont 92 refus). Elle a réalisé 180 attestations-examens et attribué 182 macarons Gic.

Un récapitulatif de la Cdes du Pas-de-Calais datant de novembre 1998, indique que 110 enfants sont allés en Belgique (23 enfants de plus de 20 ans, 56 de 15 à 19 ans et 31 de moins de 14 ans) ; 262 sont partis dans le département du Nord (11 de 20 ans et plus, 88 entre 15 et 19 ans, et 163 de moins de 14 ans) ; 18 enfants se sont dirigés vers d'autres départements (deux de 20 ans et plus, 10 entre 15 et 19 ans, six de moins de 14 ans).

Le médico-social

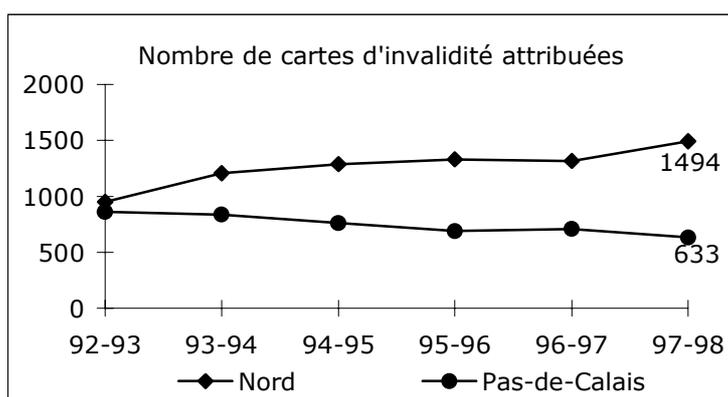
Types de prises en charges et principaux besoins



Cdes Nord - Pas-de-Calais. Exploitation Ors.

L'évolution entre les années scolaires 92-93 et 97-98, montre qu'en 92-93, le nombre d'Allocations d'éducation spéciales attribuées dans le Nord était du même ordre de grandeur que dans le Pas-de-Calais. Une régulière augmentation des demandes dans le Nord, et une stagnation dans le Pas de Calais, ont progressivement amené le

département du Nord à connaître près de deux fois plus de demandes d'Aes (4 318 contre 2 431). Rapporté à la population des moins de 20 ans dans la région, le taux d'attribution en Aes pour 1 000 jeunes est devenu équivalent dans les deux départements en 1998, alors qu'il était nettement inférieur dans le Nord en 1992.

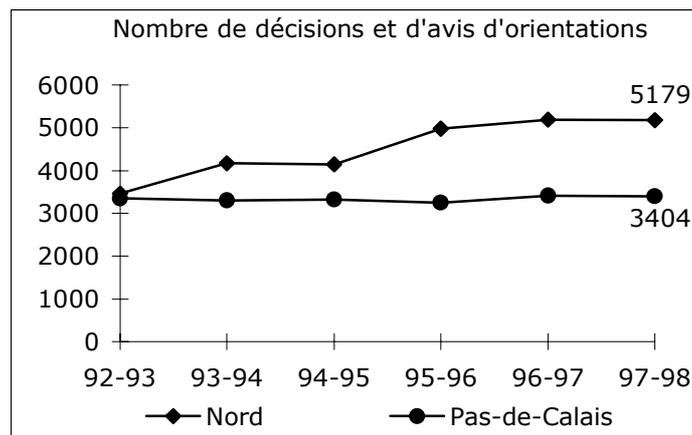


Cdes Nord - Pas-de-Calais. Exploitation Ors.

Le même type de commentaire peut se faire en ce qui concerne les attributions en cartes d'invalidité. Toutefois on observe en plus une baisse régulière des attributions dans le Pas-de-Calais parallèlement à une augmentation dans le Nord ; si bien

qu'au lieu d'un équilibre entre les deux départements, on arrive en 1998 à une sur-attribution en cartes d'invalidité dans le Nord par rapport au Pas-de-Calais (1.92 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 1.44), alors que c'était l'inverse en 1992.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives



Cdes Nord – Pas-de-Calais. Exploitation Ors.

En ce qui concerne le nombre de décisions et d'avis d'orientation, l'évolution entre 92-93 et 97-98 suit de près celle des attributions d'éducation spéciales. Cependant, l'augmentation dans le Nord est plus douce ; si bien qu'en 1998, le taux d'avis et d'orientation dans le Pas-de-Calais reste supérieur à celui du Nord (7,75 pour 1 000 jeunes de contre 6,66).

La scolarité en milieu ordinaire

Les classes d'intégration scolaire (Clis)

Elles permettent l'accueil dans une école primaire ordinaire d'un petit groupe d'enfants (12 au maximum) présentant le même type de handicap.

Il en existe quatre catégories différentes selon le type de handicap pris en charge : mental (Clis 1), auditif (Clis 2), visuel (Clis 3), moteur (Clis 4).

Les Clis accueillent des enfants dont le handicap ne permet pas d'envisager une intégration individuelle continue dans une classe ordinaire mais pouvant bénéficier, dans le cadre d'une école, d'une forme ajustée d'intégration : enseignement adapté au sein de la Clis, participation aux actions pédagogiques prévues dans le projet collectif de l'école, partage de nombreuses activités avec les autres écoliers.

De plus, chaque enfant accueilli en Clis bénéficie, selon ses possibilités, de temps d'intégration individuelle dans une classe de l'école où il pourra effectuer

des apprentissages scolaires à un rythme proche de celui des autres élèves.

L'enseignant chargé d'une Clis est un instituteur ou un professeur d'école spécialisé qui fait partie de l'équipe pédagogique de l'école et qui organise, en liaison avec les maîtres des différents cycles et les services de soins, la mise en œuvre du projet individuel de chaque élève handicapé.

Dans la plupart des écoles possédant une Clis un ou plusieurs aides-éducateurs effectuent un travail d'auxiliaire d'intégration scolaire sous la responsabilité de l'enseignant de la Clis et du directeur de l'école. Leur action, dans la classe ou en dehors, est destinée à faciliter la vie quotidienne des élèves handicapés parmi les autres, dans l'ensemble du temps scolaire.

Les unités pédagogiques d'intégration (Upi)

Il s'agit de dispositifs permettant au sein des collèges des regroupements pédagogiques d'adolescents présentant un handicap mental. Ces unités se développent progressivement depuis 1995.

Les élèves des Upi sont âgés de 11 à 16 ans. Ils présentent des difficultés qui rendent difficile leur intégration individuelle dans une classe ordinaire, sans pour autant nécessiter l'admission dans un institut médico-éducatif (Ime).

Les Upi, dont l'effectif est limité à 10 élèves, sont confiées à un enseignant

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

spécialisé qui organise les activités pédagogiques et éducatives adaptées. Comme pour les Clis dans le premier degré, chaque adolescent, selon ses capacités, peut participer régulièrement ou plus occasionnellement aux activités d'une classe du collège.

Comme dans une Clis, on peut trouver dans les collèges où fonctionne une Upi un ou plusieurs aides-éducateurs effectuant un travail d'auxiliaire d'intégration scolaire sous la responsabilité de l'enseignant de la Clis et du principal de collège.

Par convention entre le collège et un service spécialisé (Sessad), les soins et les rééducations répondant aux besoins de chaque jeune sont assurés dans le cadre de leur projet individuel d'intégration. C'est donc les Ccsd et la Cdes qui sont conjointement chargées de se prononcer sur ces orientations.

Les sections d'enseignement général et professionnel adapté (Segpa)

Ces classes existent dans certains collèges et accueillent, à partir de 12 ans, des élèves rencontrant de grandes difficultés d'apprentissage. Dans le cadre de projets individualisés, des parcours de préparation à l'accès à une qualification professionnelle leur sont offerts. L'admission dans ces structures d'enseignement est prononcée par la Ccsd.

Le soutien scolaire à domicile

Des réseaux d'aide spécialisée aux élèves malades ou handicapés se développent. Ils regroupent des instituteurs, des professeurs, des psychologues scolaires, des maîtres spécialisés en enseignement, en rééducation psychomotrice, mais aussi des bénévoles. Ils interviennent quelques heures par semaine au domicile ou en établissement sanitaire pour briser l'isolement, maintenir une communication entre la famille et l'école, assurer la continuité de l'enseignement.

Plusieurs services existent lorsque l'enfant est hospitalisé. Il peut parfois bénéficier d'un enseignant affecté à

l'établissement sanitaire qui va alors entretenir un lien avec l'établissement scolaire d'origine. Les réseaux d'aide spécialisés aux élèves en difficulté (Rased) sont placés sous la responsabilité de l'Inspecteur d'académie. Ils peuvent apporter une assistance pédagogique à domicile ou dans les établissements scolaires ordinaires. Dans certaines situations, le recours au Centre national d'éducation à distance (Cned) peut constituer un moyen de poursuivre la scolarité. Il existe enfin plusieurs associations dans la région : les enseignants au chevet, Lapedis pour les dyslexiques, le réseau de soutien pédagogique aux élèves malades (Pep 62).

Les structures d'éducation spécialisée

Les structures citées ci-après peuvent combiner plusieurs types de prise en charge (éducation générale ou professionnelle, internat ou semi-internat...) adaptées aux différents handicaps des enfants (déficiences visuelle, intellectuelle, auditive, motrice, polyhandicap...).

Dans la région Nord - Pas-de-Calais, on dénombre 210 établissements spécialisés pour jeunes handicapés, soit 11 601 places. Le bassin de vie du Littoral compte 40 structures : 14 dans le Nord (671 places), et 25 dans le Pas-de-Calais, pour un total de 1 513 places.

Les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad)

Ce sont des structures mobiles d'intervention, intermédiaires entre l'établissement spécialisé et le milieu ordinaire.

Ils comprennent une équipe médicale et paramédicale, des éducateurs et selon les besoins, un ou plusieurs enseignants spécialisés. Lorsque le service est autonome, la direction est assurée par un directeur d'établissement spécialisé.

Ils interviennent dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant (domicile, crèche, école, collège...) et travaillent en liaison étroite, selon les cas :

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

- avec les services hospitaliers, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, les services de dépistage et de diagnostic, les autres établissements ou intervenants spécialisés proche du domicile des parents.

- avec les structures de l'enseignement spécialisé, les conditions d'intervention étant alors définies par une convention passée avec l'Inspecteur d'Académie ou le chef d'établissement scolaire.

Ils agissent dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'ensemble.

La finalité des Sessad est :

- d'éviter de séparer les tout-jeunes enfants de leur famille, pour prévenir les séquelles psychologiques d'un placement trop précoce ;

- de rendre l'enfant handicapé à sa famille, c'est-à-dire, ne pas « confisquer » l'enfant et en faire l'objet des rééducations, des projets aux soignants, médecins, enseignants, mais intégrer le fait qu'il faut travailler de manière privilégiée avec les parents ;

- d'élargir la notion de domicile et parler de milieu naturel (c'est-à-dire l'immeuble, le quartier, la crèche, l'école, les copains) ;

- d'harmoniser les rééducations essentielles à l'enfant, les ordonner en priorité pour ne pas surcharger l'enfant, faire que les rééducateurs travaillent ensemble, devenir un point de rencontre avec l'instituteur, la psychologue scolaire, harmoniser pour laisser vivre l'enfant et le laisser souffler ;

- de permettre et aider l'enfant à organiser son présent, imaginer son avenir ;

- de cheminer près des parents, entendre leur souffrance, les autoriser à dire leur mal, leurs difficultés sans pour autant imposer les vues, les conseils, les conceptions idéales sur l'enfant handicapé qui est essentiellement le leur.

Sur le Littoral, il existe huit Sessad : trois dans le Pas-de-Calais (Calais, Saint-Martin-au-Lært, Samer, et 2 à Dunkerque) et cinq dans le Nord

(Coudekerque-Branche, Gravelines, Zuydcoote).

Les Centres d'action médico-sociale précoce (Camsp)

Un Camsp accueille des enfants de 0 à 6 ans. Il s'agit d'une prise en charge ambulatoire. Chaque Camsp fonctionne différemment. Cela dépend du médecin directeur. Le Camsp est un outil de travail très souple qui s'adapte aux orientations souhaitées par l'équipe responsable. Ainsi il peut être polyvalent ou spécialisé dans l'accompagnement d'enfants présentant le même handicap.

L'aide-médico-sociale précoce est destinée à faciliter le dépistage, le diagnostic et la rééducation des enfants âgés de moins de six ans. De plus, les Camsp recherchent la liaison avec les familles, les modalités d'adaptation des conditions éducatives du jeune enfant handicapé en le maintenant dans son milieu naturel. Le but est d'apporter à la famille une aide, des conseils pratiques et l'intervention de personnels spécialisés qui pourront se rendre au domicile.

Dans de nombreux cas, l'enfant suivi par l'équipe d'un Camsp pourra fréquenter l'école maternelle, à temps plein ou à temps partiel.

Comme pour les enfants plus âgés, c'est par la rédaction d'un projet d'intégration que vont être envisagées les modalités adaptées de la scolarisation : l'équipe éducative, réunie par la directrice de l'école maternelle, étudie en collaboration avec l'équipe du Camsp les conditions d'accueil du petit enfant.

Il existe 3 Camsp sur le Littoral : 1 à Dunkerque, Calais, et Longuenesse (antenne du Camsp de Calais).

Les enfants suivis par un Camsp n'ont pas obligatoirement reçu une orientation Cdes. Les enfants peuvent avoir été amenés par leurs parents, ou adressés par le centre hospitalier régional, par les centres hospitaliers locaux, par les médecins traitants, par les écoles, par

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

les paramédicaux libéraux (orthophonistes, psychologues), par les juges pour enfant ou encore par les circonscriptions d'action sociales (Pmi).

Les orientations à partir d'un Camsp sont diverses : Ime, Iem, Sessad, Cmp, pouponnière, école ordinaire (maternelle, CP normal ou Clis).

Les pathologies rencontrées chez les enfants sont multiples : troubles moteurs, troubles cognitifs, insuffisants moteurs cérébraux, pathologies génétiques, neurologiques, troubles de la personnalité, polyhandicaps, retard de parole et de langage, syndrome d'alcoolisme fœtal.

Certains enfants sont suivis au Camsp pour un retard d'apprentissage, un retard de langage, des troubles neuropsychiatriques (dysphasie, dyspraxie) avec un quotient intellectuel à la limite du normal. Il s'agit parfois d'anciens prématurés, mais depuis qu'existe la prise en charge précoce des prématurés, ces retards du développement sont minimisés.

Les enfants présentant des troubles de la personnalité sont de plus en plus nombreux.

L'équipe constituant un Camsp est pluridisciplinaire : pédiatres, médecins de rééducation, pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, éducateurs de jeunes enfants et assistants sociaux.

Le Camsp travaille en partenariat avec d'autres structures telles que :

- les écoles (quelques séances de rééducation sont parfois faites à l'école, certaines décisions sont prises d'un commun accord entre l'équipe scolaire et celle du Camsp quant au suivi de l'enfant).

- le Rased (réseau d'aide spécialisé aux élèves en difficulté) pour les synthèses lorsqu'une prise en charge doit être faite.

- divers établissements spécialisés (Iem, Ime, Sessad, Cmp).

- la Pmi.

Pour qu'une famille vienne au Camsp avec son enfant, il faut qu'elle soit motivée, puisqu'en moyenne, il faut 3 à 4 séances par semaine.

Dans certains Camsp, l'accueil des familles est facilité par la possibilité d'un ramassage en bus à domicile. Certains ont mis en place des groupes de parole pour les mamans. Elles discutent avec une psychologue et une assistante sociale. Parfois aussi elles pratiquent des activités pendant le temps de prise en charge de leur enfant qui peut durer deux heures. Ce système permet de suivre les enfants, d'ouvrir les mères à d'autres activités et de les faire sortir de chez elles.

Il existe, pour les enfants de 6 à 18 ans des centres médico-psycho-pédagogique (Cmpp) qui peuvent prendre le relais après le Camsp. Sur le Littoral, il n'existe qu'un à Dunkerque.

L'orientation vers les structures spécialisées qui suivent relève exclusivement d'une décision de la Cdes. Le coût de la prise en charge est assuré par l'assurance maladie. Les enfants sont placés sous la tutelle des Ddass et la scolarisation est assurée par des enseignants de l'Education nationale.

Les Centres d'éducation motrice (Cem) Il existe trois Centres d'éducation motrice dans le Pas-de-Calais, à Audruicq, Berck et Boulogne-sur-Mer.

Ils accueillent des enfants âgés de 3 à 18 ans qui ne possèdent pas de déficiences graves et ne nécessitent par conséquent pas de soins lourds, tout au long de l'année scolaire et également durant la moitié des vacances.

L'insuffisance en Camsp, oblige certains Cem à recevoir les enfants en bas âge (c'est le cas à Boulogne notamment). Il est rare d'y rencontrer des jeunes qui ont atteint la majorité. Nombreux sont ceux qui retournent chez eux (une certaine lassitude s'installe après plusieurs années passées dans le centre) et d'autres sont suivis par un Sessad.

La liste d'attente est faible (trois à quatre enfants) mais fluctuante. Une priorité est donnée à la prise en charge des très jeunes enfants.

Ces enfants sont tous porteurs d'une orientation Cdes. Le Cem travaille régulièrement avec la Pmi, la médecine scolaire, l'école et le Sessad.

Lors de l'entrée dans un tel centre, un projet de vie doit être réalisé pour chaque enfant avec les parents et l'éducateur. Si tel n'est pas le cas, l'enfant ne peut pas rester au centre. Chaque projet donne lieu à une discussion entre les membres du centre. Chacune de ces réunions fait l'objet d'une synthèse transmise aux parents, afin de ne pas « les déposséder de leur enfant ».

Il existe dans un Cem trois axes de prise en charge:

- l'axe médical qui implique la rééducation fonctionnelle (un médecin temps partiel, trois demi-journées par mois), un psychiatre (deux vacances par mois), un psychologue (temps partiel durant la semaine), un kinésithérapeute, un ergothérapeute, une psychomotricienne, un orthophoniste, un pédiatre, un orthoptiste, des infirmières libérales.

Concernant les enfants insuffisants moteurs cérébraux, une grande partie d'entre eux sont nés prématurément ou ont vécu une souffrance fœtale.

- l'axe paramédical : une équipe socio-éducative avec assistante sociale, éducateurs et aides médico-psychologiques.

L'assistante sociale permet d'apporter une aide aux familles. En effet, un nombre non négligeable de ces enfants fait partie de familles en difficulté. Il est donc important de compenser leurs manques socio-éducatifs.

- l'axe éducatif : une enseignante spécialisée et un instituteur permettent l'intégration scolaire. Certains enfants sont scolarisés en milieu ordinaire, à proximité des centres pour faciliter la tâche du personnel soignant. Quand il y

a un soin à donner, il peut être fait en cours de journée.

"Les liens avec la famille sont prépondérants dans l'épanouissement de l'enfant, c'est pourquoi les petites structures sont essentielles."

Des réunions régulières permettent de rencontrer les parents. C'est le cas au cours des bilans médicaux, lors de la restitution des synthèses, par l'intermédiaire de l'assistante sociale qui se rend à domicile.

Les Instituts d'éducation motrice (Iem)

Ils accueillent, comme les Cem, mais avec une possibilité d'hébergement complet, les enfants handicapés moteurs avec ou sans troubles associés. Il en existe trois dans le Littoral : deux dans le Nord (Coudekerque-Branche et Zuydcoote) et un dans le Pas-de-Calais (Rang-du-Fliers).

Ils proposent trois types de prise en charge en internat :

- un suivi médical et paramédical
- une formation professionnelle
- un accompagnement éducatif et social

Dans l'Iem de Rang-du-Fliers par exemple, la durée moyenne de séjour est de 4 ans au cours desquels, en liaison avec la famille, un projet individualisé est mis en place en fonction du potentiel, des vœux et des besoins de l'élève. L'Etablissement propose parmi ses diverses activités la possibilité de préparer le permis de conduire dans des conditions adaptées.

Chaque jeune bénéficie de l'appui de l'équipe pour rechercher une solution d'intégration sociale et professionnelle aussi rapide que possible.

Les Instituts Médico-Educatifs (Ime)

Ils regroupent les anciens Instituts médico-pédagogiques (Imp) et les anciens Instituts médico-professionnels (Impro). Ils accueillent les enfants et adolescents atteints de déficiences mentales associés ou non à des troubles

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

du comportement et de la personnalité, en internat ou en externat.

Ils sont au nombre de 21 sur le Littoral, spécialisés dans un ou plusieurs handicaps : cinq dans le Nord (Craywick, Gravelines, trois à Dunkerque) et 16 dans le Pas-de-Calais (Camiers, Fruges, Hucqueliers, Longuenesse, Outreau, Rang-du-Fliers, Saint-Omer, Samer, Wimille, Saint Léonard, 2 à Aire-sur-la-Lys, 2 à Berck, 2 à Calais).

Ces établissements disposent de moyens médicaux et techniques, de pédagogies spécialisées qui assurent l'éducation, la rééducation, l'adaptation sociale, scolaire et professionnelle, l'épanouissement de la personnalité de l'enfant.

Chaque adolescent bénéficie d'un projet personnalisé, élaboré par l'équipe pluridisciplinaire en liaison avec la famille.

Les Instituts de rééducation psychothérapeutique (Irp)

Ils concernent les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement mais il n'y en a aucun dans le Littoral.

Les instituts d'éducation sensorielle (handicaps auditifs et visuels)

Il n'y a pas non plus de structures spécialisées uniquement dans ces types de handicaps dans le Littoral.

Lorsqu'il n'y a pas, en France, de places adaptées à certains enfants (comme c'est le cas pour les enfants qui ont d'importants troubles du comportement), la Cdes du Pas-de-Calais a recours à des établissements belges.

Les manques dans la prise en charge des enfants handicapés

Augmentation des troubles du comportement

Le problème prioritaire, selon les différents intervenants travaillant dans le domaine de l'enfance handicapée, est l'augmentation des enfants ayant un

trouble du comportement, et ce de plus en plus tôt. Ces troubles ont été repérés depuis bien longtemps au collège, mais sont maintenant très fréquents à l'école primaire (1 par classe) parfois même dès la maternelle, et posent de réels problèmes de prise en charge. Ces enfants présentent généralement une intelligence normale mais sont très vite en difficulté scolaire, voire en échec. Ainsi, leurs troubles du comportement sont tels (déficit de l'attention, instabilité, hyperactivité...) qu'un suivi scolaire en milieu ordinaire est insuffisant voir néfaste car la mise en échec, ne fait qu'aggraver leurs troubles.

"Il n'y a pas assez de structures tels que les Irp, où sont accueillis les enfants possédant un problème psychologique lourd. Aucun Irp pour adolescent n'existe dans le Pas-de-Calais, à part l'Irp de St Venant pour les moins de 12 ans."

"La Ddass n'est pas d'accord pour financer de telles structures parce qu'elle considère que ces enfants ont plutôt des problèmes sociaux et scolaires que sanitaires."

"Ce sont des cas susceptibles de connaître de graves problèmes s'ils ne reçoivent de prise en charge adaptée. Ce sont en général des enfants "normaux", mais qui cumulent beaucoup de problèmes autour d'eux. Personne ne s'en occupe, ce sont des graines de sauvageon."

"Le problème des adolescents est que la pédopsychiatrie n'en veut pas, ni l'école, et la justice n'a pas de solutions..."

Les listes d'attente

Une liste d'attente est apparue, engendrée notamment par l'augmentation du nombre de jeunes connaissant des troubles psycho-comportementaux sans qu'il existe de déficience intellectuelle ; ce qui complexifie la prise en charge. Même si la Cdes peut être saisie pour des cas de délinquance pure, ceux-ci étant de plus en plus nombreux, elle doit mettre des limites.

"Un pluri-financement serait nécessaire entre Ddass, Éducation Nationale, Conseil général. Les structures pour adolescents doivent posséder une architecture réfléchie, et il faut un enseignement éducatif solide et compréhensif."

Une autre raison expliquant les listes d'attente est une des conséquences de la loi Creton qui autorise les établissements spécialisés pour enfants handicapés à les garder au delà de 20 ans s'il l'on ne trouve pas de place dans les foyers ou ateliers pour adultes. Ceci signifie que des places normalement réservées à des enfants, sont encore occupées par des plus de 20 ans. Un manque de places notamment dans les Centres d'aide par le travail (Cat) a souvent été exprimé lors des entretiens.

Enfin, contrairement à ce qui se passe sur la Métropole, il semblerait que relativement peu d'enfants soient pris en charge en Belgique.

Besoin en hébergement temporaire

Dans la majorité des familles, le handicap d'un enfant est lourd à porter au quotidien. Or bon nombre d'entre elles assurent la prise en charge de leur enfant à domicile ; les uns recevant des soins chez eux, les autres partant pour la journée en établissement spécialisé. Cela signifie que ces parents sont, tous les week-end et toutes les vacances scolaires, seuls responsables des soins à donner à leur enfant. Pour ces situations, il serait essentiel de créer un type d'internat souple, ou à la carte, pour permettre à ces familles, de se reposer, de partir en vacances.

De plus, il y aurait des difficultés pour trouver des places libres dans certaines structures réservées pour les enfants et les adolescents.

Insuffisance en établissements spécialisés

Il manquerait un Camsp à Boulogne et par ailleurs tous les Camsp sont saturés. Ils accueillent tous plus d'enfants que le nombre agréé. En effet, c'est la seule structure (en dehors des Sessad eux-mêmes aussi saturés) qui prene en charge les

enfants âgés de zéro à trois ans lorsqu'il n'y a pas de handicap moteur, mental ou sensoriel évident.

Ainsi, lorsqu'il y a un problème psychiatrique pur, comme les troubles envahissants du développement (autisme), des troubles liés à la grande prématurité, aucune autre structure n'existe.

"Le but du Camsp est de prendre en charge les enfants de façon ambulatoire. Or depuis quelques années, il est presque devenu une institution. Il devrait être un lieu de triage, mais il garde les enfants jusqu'à quatre ou cinq ans."

Le personnel des Camsp est confronté à une autre difficulté : celle des enfants qui sont adressés au Camsp à l'âge de 5 ans. Il y a deux à trois mois d'attente, et ils seront obligés de sortir à 6 ans. La période de prise en charge est donc courte et il n'existe pas de relais sur le terrain.

Plusieurs projets ont été pensés pour pallier ces insuffisances mais n'ont, pour l'instant, pas été exploités. L'un d'eux semble pourtant devoir retenir l'attention :

Mise en place d'un service expérimental d'accompagnement (Sae)⁶ :

Ce service s'adresserait à des enfants qui présentent un trouble entravant l'acquisition des apprentissages mais sans pathologie sensorielle, motrice ou de la personnalité, et dont le niveau d'intelligence se situe dans la normale. Du fait de leur bon niveau d'éveil, ces enfants ont rapidement conscience de leurs difficultés, et développent plus facilement des troubles du comportement, ou "cicatrisent dans la débilité" si aucun moyen de suppléance ne leur est donné précocement pour l'expression et la construction de leur pensée.⁷

⁶ Projet du Camsp de Longuenesse, octobre 1999

⁷ Mazeau M. Déficits visuospatiaux et dyspraxies de l'enfant atteint de lésions cérébrales précoces, Bois – Larris ; 1996

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

Ce service serait composé d'une équipe pluridisciplinaire, médicale, paramédicale travaillant en relation avec un instituteur spécialisé. Ce service prendrait en charge sur un même site, dans une école ordinaire primaire, 12 enfants âgés de 5 à 12 ans. L'âge de 5 ans correspondant au début du cycle des apprentissages, le but étant d'amener l'enfant aux acquis scolaires à un moment où ses troubles sont mobilisables. La durée de prise en charge ne devrait pas excéder 3 ans, l'enfant étant soit réintégré en milieu ordinaire, soit orienté en milieu spécialisé selon l'évolution des troubles.

"Pour les enfants avec un gros problème, on trouve une solution. Mais, pour ceux qui ont un problème « moyen », on ne fait rien : on fabrique des handicapés ! C'est différent en région PACA. Ils n'ont pas les enfants, mais les structures existent."

Dépistage insuffisant en milieu scolaire

Apparemment, il n'y aurait pas suffisamment de dépistage mis en place à l'école, alors que certains diagnostics réalisés en maternelle, et en primaire permettraient de prendre les enfants en charge plus précocement et parfois d'éviter le développement de certains troubles.

"Ils auraient dû être dépistés bien avant de venir ici."

LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES ADULTES HANDICAPES

Les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) du Nord et du Pas-de-Calais

La Cotorep prend en charge les personnes de 20 ans et plus. Mais il peut y avoir des exceptions pour les jeunes handicapés de 16 ans lorsqu'ils ne sont plus scolarisés, et qu'ils sont insérés dans le monde du travail.

Les deux Cotorep travaillent de manière identique. La Cotorep du Nord est composée de deux secteurs, Lille et Anzin coordonnés par un médecin. La Cotorep du Pas-de-Calais a centralisé toutes les demandes à Arras.

Les Cotorep s'organisent par secteurs géographiques. Pour la Cotorep du Nord, il s'agit des zones de Lille, Roubaix-Tourcoing, Armentières, Dunkerque et Douai. Quant à celle du Pas-de-Calais, il s'agit des secteurs d'Arras, Lens, Béthune, Boulogne - Calais - Saint-Omer - Berck - Montreuil.

La Cotorep peut être saisie par différents organismes (services sociaux, mairie...). Tout individu handicapé ou malade peut faire une demande de prise en charge. La Cotorep doit se méfier des demandes abusives.

Un dossier médical est à compléter afin de mieux connaître l'identité de la personne. Le médecin traitant du demandeur doit remplir un certificat médical, dans le but de connaître les déficiences entraînées par le handicap ou la maladie, ainsi que les répercussions sur la vie professionnelle.

Tous les renseignements permettront de définir le type d'aide dont bénéficiera la personne selon le degré de handicap répertorié dans le Guide Barème.

Le dossier passe par le secrétariat et l'équipe technique donne son avis. Cette équipe est composée de divers professionnels (médecin du travail, médecin de la Cnam, psychologues, éducateurs sociaux...).

Des renseignements complémentaires peuvent être demandés si le dossier n'est pas correctement rempli par le demandeur ou le médecin traitant. Les techniciens peuvent demander à ce qu'une visite médicale soit faite devant le médecin de la Cotorep ou que la personne soit reçue par la commission. Tous les avis sont présentés pour décisions à la Cotorep.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

La commission est composée de trois sections;

-la première attribue la qualité de Travailleur handicapé et prend les décisions d'orientation pour la réalisation de projets de réinsertion professionnelle. Elle se réunit au moins une fois par mois.

-la deuxième section prend des décisions concernant les demandes d'aides matérielles et sociales et l'orientation vers des établissements médico-sociaux : carte d'invalidité, attribution d'allocations, attribution du macaron Gic, orientation en établissement social (maison d'accueil spécialisée, foyer d'hébergement, foyer occupationnel...). Elle se réunit une fois par semaine.

-la troisième section est mixte, et vérifie la cohérence des décisions.

Le guide barème respecte un pourcentage de handicap. Moins de 50 % de handicap et la personne ne reçoit pas d'allocation. Entre 50 et 79 %, la décision est fonction des conséquences du handicap sur les capacités de la personne à travailler, et à partir de 80 %, une allocation est versée.

"Travailler avec le guide barème n'est pas toujours aisé. Ainsi, si une personne atteinte d'un cancer, à un moment donné, a obtenu une allocation (plus de 80 % d'handicap), et entre en phase de rémission, le pourcentage d'handicap ne sera plus de 80 %."

Concernant les aides, il existe une allocation compensatrice, allouée par la Cotorep et le Conseil général. Il faut au moins 80 % de handicap, et une dépendance demandant des soins. Elle est versée jusqu'à l'âge de 60 ans. Ensuite interviennent d'autres aides comme la Prestation Spéciale Dépendance (Psd).

Les Cotorep ne font pas de réévaluation de l'état des individus, sauf pour la carte et la demande d'allocation tierce personne.

Les partenaires des Cotorep sont l'Agence nationale pour l'emploi (Anpe), la Caisse régionale d'assurance maladie (Cram), l'Association pour la formation professionnelle des adultes (Afp), la médecine du travail.

La Cotorep du Pas-de-Calais est en lien avec des établissements spécialisés tels que la Mollière, le Centre de rééducation professionnelle pour les travailleurs handicapés, le Centre lillois de pré-orientation, ou l'Unité d'évaluation, de réentraînement et de réorientation sociale (Ueros) à Berck, pour les traumatisés crâniens.

Les Cotorep organisent des réunions d'informations collectives portant sur leurs rôles, sur les demandes de prise en charge, sur les fonctions des psychologues de l'Afp, ceux de l'Anpe. Elles mettent en place des stages de formation de 12 semaines pour aider à la pré-orientation, la remise à niveau, l'explication du travail, les stages en entreprise. Ces formations sont prises en charge par la sécurité sociale et rémunérées à 100 % si la personne a déjà travaillé (un minimum peut être versé sous certaines conditions).

Le Travailleur Handicapé peut être orienté vers un emploi en milieu ordinaire, vers une formation, vers un établissement de travail protégé, vers un accès à la Fonction Publique ou pré-orienté vers un organisme de bilans. Lorsqu'une personne sort d'un centre protégé, la Cotorep ne fait pas de suivi, mais le relais est pris par une équipe de préparation et de suite pour le reclassement professionnel.

Bilan d'activité des Cotorep

A la Cotorep du Nord à Lille, 200 dossiers sont traités par mois. En 1998, elle a reçu 3 900 premières demandes d'Allocation adulte handicapé, et 5 500 demandes de renouvellement (la durée s'étend de 1 à 10 ans, elle est illimitée pour le macaron Gic).

Il y a également eu 6 800 accords d'allocations et 2 200 refus. Toujours

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

pour cette même année, 5 500 demandes de cartes d'invalidité ont été faites, 5 000 ont été refusées.

En 1998, la Cotorep du Pas-de-Calais a reçu 36 000 demandes de prise en charge, et a rejeté 31,45 % des demandes d'Aah, 27 % des demandes d'allocation compensatrice tierce personne, 21,5 % des demandes d'allocation pour frais professionnels, 51 % des demandes d'allocation pour l'obtention de la carte d'invalidité et 4,6 % de demandes pour une allocation de prise en charge en établissements spécialisés.

Les structures spécialisées

Il existe plusieurs modèles de structures d'accueil pour adultes handicapés, adaptées aux différents types et degrés de handicap des personnes. La région Nord - Pas-de-Calais compte 348 établissements spécialisés, et un total de 14 947 places. Le littoral contient 77 structures (21 dans le département du Nord, 56 dans le Pas-de-Calais) rassemblant un total de 4 001 places.

L'atelier protégé (AP)

C'est une petite entreprise, financée par les crédits du ministère du Travail. Elle est agréée par le Préfet de région. Elle doit employer au moins 80 % de travailleurs handicapés orientés par la Cotorep. Les personnes handicapées y sont salariées. C'est un tremplin vers le milieu ordinaire du travail.

Il y a 4 ateliers protégés dans le Littoral :

1 dans le Nord à Coudekerque-Branche,
3 dans le Pas-de-Calais : à Berck, Calais et Wimille.

Leur objectif est l'intégration de personnes handicapées dans tous les lieux de vie ordinaire en cherchant à privilégier toute activité qui permet au travailleur handicapé d'entrer dans l'entreprise publique ou privée avec des contrats de prestations de services tant individuelles que collectives.

Lieu de transition entre le CAT et l'entreprise ordinaire, l'AP donne à chacun un statut de salarié avec tout ce que cela comporte en terme de droit, de devoir, mais aussi de prise de risque.

Le Centre d'aide par le travail (Cat)

C'est une structure médico-sociale, sous la tutelle de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass). La notion de travail est présente, ainsi que celle de soutien. Les travailleurs n'ont pas le statut de salarié et sont tous allocataires de l'Aah.

Dans le Littoral, 16 Cat sont répartis ainsi :

4 dans le Nord : à Coudekerque-Branche, Dunkerque, Grande-Synthe et Teteghem ;

12 dans le Pas-de-Calais : à Ambleteuse, Berck (2), Boulogne-sur-Mer, Calais (2), Etaples, Fruges, Outreau, St Martin au Laert et 1 Cat agricole à Balinghem et Parenty.

Le CAT, grâce à des structures de travail aménagées et un personnel qualifié tant sur le plan éducatif que technique permet aux travailleurs handicapés d'effectuer des travaux diversifiés, de bénéficier d'activités de soutien (soutien scolaire, aide à l'acquisition d'une meilleure autonomie, loisirs, etc.), d'être pris en considération en fonction de leurs difficultés physiques, psychiques et sociales par l'ensemble du personnel, de s'ouvrir sur la vie avec la possibilité d'effectuer des prestations en entreprise, dans des collectivités locales ou d'autres structures protégées.

La section occupationnelle

Les sections occupationnelles sont sous la direction du Conseil général. Certaines structures sont proches du Cat. Il n'y a pas de notion de rendement, leur but est plutôt d'offrir une activité pour que la personne handicapée s'occupe. Certaines sont des foyers ou des résidences type internat, d'autres sont des services d'accueil de jour.

Les sections (ou ateliers, foyers, résidences) occupationnelles sont au nombre de 19 dans le Littoral :

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

5 dans le Nord : à Grande-Synthe (2), Ghyvelde, Leffrinckoucke et Saint-Pol-sur-mer ;

14 dans le Pas-de-Calais : à Aire-sur-la-Lys, Ambleteuse, Ardres, Arques, Calais (2), Conteville-les-Boulogne, Etaples, Fruges, Fretin, Guisnes, Hesdin, Outreau et Saint Martin-au-Laert.

La Section occupationnelle doit être "un espace de vie" où chacun peut bénéficier d'une souplesse importante dans la formulation de son projet éducatif ou thérapeutique. Pour les adultes handicapés orientés en structure occupationnelle, la notion de travail n'est pas, au départ, prévalente. Cependant, elle n'est pas à négliger complètement dans la mesure où, même si les adultes, de par leur handicap, ne peuvent pas accéder à une situation professionnelle (y compris au Cat), l'activité plus ou moins "de travail" n'en reste pas moins une possibilité de valorisation et de reconnaissance. Les activités proposées sont de plusieurs types : relationnelles, manuelles, visant l'autonomie, de bricolage et de jardinage, physiques, animation d'ensemble.

Le foyer d'hébergement pour handicapés
C'est également une structure du Conseil général. Hébergement et occupation y sont proposés.

Il existe 22 foyers de vie pour adultes handicapés (mentaux ou physiques) dans le Littoral :

8 dans le Nord : à Dunkerque (6), Coudeckerque-Branche et Grande-Synthe ;

15 dans le Pas-de-Calais : à Ambleteuse, Balinghem, Berck, Boulogne-sur-mer, Calais, Conteville-les-Boulogne, Etaples, Fressin, Fruges, Outreau, Parenty, Samer et Saint Martin au laert.

L'admission est possible à partir de 16 ans, lorsque la demande a été acceptée par la Cotorep. Outre l'hébergement, les personnes handicapées peuvent bénéficier selon les foyers, d'une surveillance médicale, d'un soutien médico-psychologique, d'activités d'éveil. Parfois, logement et nourriture sont

assurés pour la semaine, les pensionnaire passant le week-end en famille. Les personnes exerçant une activité professionnelle, bénéficient généralement d'un hébergement seul dans des établissements type logement-foyer.

Certains foyers sont liés à un centre de travail pour handicapés.

Le foyer à double tarification pour adultes handicapés (Fdtah)

Le foyer à double tarification a un double financement :

Un forfait soins arrêté par le préfet (état), après avis de la Caisse régionale d'assurance maladie et du Président du conseil général. Il recouvre les soins permanents que requièrent les personnes dépendantes, les charges afférentes au personnel médical et paramédical, les dépenses imputables aux soins médicaux et paramédicaux (analyses, médicaments...), l'amortissement du matériel médical et paramédical. Mais il ne comprend pas les charges médicales complémentaires, sauf intervention occasionnelle, les soins médicaux ou paramédicaux spécialisés (par exemple les soins dentaires).

Un prix de journée pour l'hébergement arrêté par le Président du Conseil général (55% des dépenses de l'établissement). Il comprend la prise en charge des frais de fonctionnement de l'établissement et des frais de personnel éducatif ainsi que l'entretien intégral des personnes accueillies.

Les foyers à double tarification de Berck sur mer accueillent des adultes lourdement handicapés. Leur mission est de mettre à disposition des personnes un lieu de vie permanent avec suivi médical et accompagnement social.

Les locaux sont conçus en conséquence : chambres individuelles, espaces d'animation, bibliothèque...

Ces foyers sont animés par une équipe pluridisciplinaire (soins, éducation, hôtellerie) qui met en commun son savoir faire pour élaborer un projet individuel avec chaque résident.

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

Les foyers à double tarification sont au nombre de quatre dans le Littoral, tous dans le Pas-de-Calais : Berck (2), Calais et Campagne-les-Hesdin.

La maison d'accueil spécialisée (Mas) Elle est financée par la sécurité sociale. Certaines sont équipées pour la prise en charge des comas profonds. Elle prend donc en charge des polyhandicapés dont la dépendance nécessite l'aide constante d'une tierce-personne pour les actes essentiels de la vie courante.

On y trouve un encadrement pluridisciplinaire (infirmiers, aides-soignants, éducateurs...) assurant une surveillance médicale constante, les soins de nursing et de prévention d'aggravation et une animation favorable au bien-être des pensionnaires.

Il y a 3 maisons d'accueil spécialisé dans le Littoral :

1 dans le Nord

2 dans le Pas-de-Calais (Berck et Camiers).

Services d'auxiliaires de vie pour handicapés (Savh)

L'auxiliaire de vie intervient auprès des personnes handicapées dont l'état nécessite une aide dans les actes essentiels de la vie quotidienne (se déplacer, manger, faire sa toilette). Elle peut également participer aux tâches ménagères.

Il n'y a pas de service d'auxiliaires de vie spécifiques pour handicapés dans le Littoral, ainsi, les personnes handicapées du Littoral doivent faire appel aux associations d'aides à domicile non spécialisées.

Services d'accompagnement à la vie sociale (Savs)

Ce service assure le suivi et l'accompagnement éducatif et social de travailleurs handicapés, non hébergés en foyer. L'objectif est de permettre à des personnes en difficultés d'accéder ou de réaccéder à une vie dans la cité et d'acquérir un maximum d'autonomie et

d'indépendance ; de manière à alléger le plus possible le soutien.

Pour cela, le service doit s'employer à créer, autour de la personne un réseau social apte à pouvoir prendre un éventuel relais. Ceci implique donc un travail de fond et de prévention s'inscrivant dans le long terme, ainsi qu'une collaboration étroite avec les autres services sociaux et la famille.

Les accompagnements sont individualisés et réfléchis avec les accompagnés, en fonction des besoins, des demandes et des degrés d'autonomie.

L'accompagnement peut toucher tous les actes de la vie quotidienne. Il a pour but de permettre une meilleure relation de la personne avec le milieu environnant et une meilleure acceptation de celui-ci.

Il est aussi un travail de thérapie. Un soutien palliatif à la solitude par une présence éducative et une aide psychologique et thérapeutique permet d'atténuer les difficultés rencontrées par les personnes, de moduler les phénomènes de rejet du milieu et présente des garanties de maintien dans celui-ci.

Les éducateurs ont un rôle de catalyseur pour optimiser la qualité de la vie individuelle et privilégient, chaque fois qu'il est nécessaire, le "faire avec". Ils sont porteurs et garants de projets individualisés en liaison étroite avec les autres intervenants (assistante sociale, psychologue, psychiatre, infirmier) qui agissent chacun dans leur domaine respectif.

Une permanence (nuits et week-ends) est organisée toute l'année. Elle est assurée par l'encadrement éducatif au moyen d'un téléphone portable et destinée à répondre à tous les cas d'urgences qui pourraient se poser.

Ainsi, l'ensemble du dispositif permet de répondre au mieux à l'idée directrice qui a sous-tendu la création du service :

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

donner aux personnes accompagnées la possibilité d'accéder à l'autonomie la plus large possible tout en concevant l'environnement nécessaire, d'une part à leur sécurité, d'autre part aux éventuels "accidents de parcours".

Il y a 5 Savs dans le Littoral :

1 dans le Nord : à Dunkerque ;

4 dans le Pas-de-Calais : à Boulogne-sur-Mer, Calais, Etaples, et Saint Martin-au-Laert.

Equipes de préparation et de suite de reclassement (Epsr)

Les Epsr sont des équipes pluridisciplinaires (assistant social, psychologue, prospecteur placier pour travailleurs handicapés...) agréées par le ministère du Travail. Elles sont chargées d'apporter leur soutien aux adultes handicapés tout au long du processus de reclassement professionnel, en vue de faciliter leur accès à une vie professionnelle et sociale stable. Leur mission est centrée sur l'individualisation du reclassement professionnel et s'articule autour de trois actions :

la préparation : c'est l'aide et le conseil à l'élaboration d'un projet personnel adapté aux potentialités et au parcours individuel de chacun ;

le reclassement : c'est la protection et l'accompagnement de la personne handicapée dans la phase active de recherche d'emploi et de relais auprès des institutions spécialisées et entreprises d'accueil ;

le suivi : c'est la continuité dans la prise en charge globale de l'insertion professionnelle et sociale des intéressés.

Deux EPSR se trouvent dans le Littoral :

1 dans le Nord, à Dunkerque

1 dans le Pas-de-Calais : à Boulogne-sur-mer. Des conseillers professionnels rattachés à cette équipe assurent des permanences d'accueil dans les villes avoisinantes (Saint-Omer, Calais, Etaples, et Berck-sur-Mer).

Le Centre de pré-orientation et les Centres de rééducation professionnelle

Lorsque la Cotorep a reconnu la qualité de travailleur handicapé, l'orientation préconisée comporte parfois un stage dans un Centre de rééducation professionnelle qui fournit des prestations de 3 ordres :
préorientation : bilan - orientation - élaboration d'un projet professionnel
remise à niveau scolaire et/ou préparatoire à une formation
formation professionnelle dans des métiers variant selon les établissements

Les diplômes obtenus vont du CAP au Bac Pro, ou des CFPA (ministère du Travail) de niveau équivalent. Les formations sont rémunérées.

La première étape, très souvent conseillée est celle du passage par le Centre de pré-orientation.

Son but est d'aider le stagiaire à définir un projet professionnel. Le stagiaire est appelé à mettre en forme un plan d'action pour le réaliser. Celui-ci sera présenté, pour validation, à la Cotorep .

L'objectif est multiple :

Faire un bilan des aptitudes et des capacités : entretiens médicaux et psychologiques, évaluations professionnelles (banques d'essai en mécanique, menuiserie, électricité, électronique, informatique, bureautique), tests de connaissance générale.

Vérifier et approfondir les centres d'intérêts, ainsi que les aptitudes intellectuelles et physiques (logiciels d'orientation ou de raisonnement, information sur les métiers, etc. ...).

Elaborer un projet professionnel s'appuyant sur des stages d'observation en entreprises et dans des centres de formation, et sur des rencontres avec des professionnels.

A l'issue du stage, un dossier est mis en forme, comportant le plan d'action mis au point, et il est présenté à la Cotorep pour approbation.

Le médico-social

Types de prises en charges et principaux besoins

Le stage dure 8 à 12 semaines. Pour y être admis, la maîtrise de la communication orale et de la lecture en français est requise.

Dans le Littoral, on trouve un centre qui a la particularité d'être à la fois centre de préorientation et centre de rééducation professionnelle. Il est situé à Berck dans le Pas-de-Calais.

Les manques dans la prise en charge des adultes handicapés

Le dispositif de prise en charge est peu lisible

Les établissements changent parfois de catégorie, de nouveaux établissements se créent sans que cela soit répertorié de façon facilement accessible.

Les Cotorep souhaiteraient même être informées régulièrement des créations de structures pour personnes handicapées. Comme ce sont elles qui prennent en charge les orientations, il est indispensable qu'elles reçoivent une mise à jour de ce recensement

Insuffisance de places en établissements spécialisés

Le nombre de polyhandicapés serait en augmentation. Ce problème soulevé, rejoint le constat qui a été fait pour les enfants handicapés. De même que pour les enfants, il y aurait une insuffisance

de places en structures adaptées pour les adultes handicapés.

Par ailleurs, les Cotorep du Nord et du Pas-de-Calais déplorent l'insuffisance de structures de type Cat, foyer occupationnel, atelier protégé et maison d'accueil spécialisé.

Un autre type de structures manque. Il s'agit de celles qui prennent en charge les personnes ayant un trouble du comportement et qui se marginalisent par rapport à la vie professionnelle.

Les personnes âgées

Le nombre de personnes âgées augmente régulièrement dans toute la France. Le bassin de vie Littoral n'échappe pas à cette règle, même si la Région Nord - Pas-de-Calais est toujours considérée comme ayant une forte population de jeunes.

Les personnes âgées, dépendantes ou non, ont besoin de structures de prise en charge adaptées. Certaines sont hébergées en maison de retraite, d'autres en maison d'accueil, d'autres encore préfèrent rester chez elles et font appel à des services à domicile.

Part des personnes de plus de 60 ans selon le Bassin de vie du Nord - Pas-de-Calais

	Population totale	Population âgée de plus de 60 ans	%
Littoral	791664	130543	16,5
Artois	1135557	214857	18,9
Hainaut	760867	141743	18,6
Métropole	1278037	207590	16,2
Total	3174461	564190	17,8

Source : Insee, recensement 1990

Le Bassin de vie Littoral a, comme la Métropole, une population plus jeune que l'Artois et le Hainaut, on y compte

16,5 % seulement de personnes âgées de plus de 60 ans.

Représentation des personnes de plus de 60 ans selon les territoires du Littoral

	Population totale	Population âgée de plus de 60 ans	%
Boulonnais	131 571	22 953	17,4
Calaisis	127 577	20 644	16,2
Dunkerquois	277 938	39 020	14,0
Audomarrois	102 942	15 894	15,4
Berck-Étaples	53 905	10 256	19,0
Zones rurales	97 271	21 688	22,3
Total	791 204	130 455	16,5

Source : Insee, recensement 1990

A l'intérieur du Littoral, ce sont les zones rurales (22.3 %) et Berck - Étaples (avec 19 %), qui abritent le plus de personnes âgées. C'est dans le Dunkerquois que la population âgée de plus de 60 ans est la moins représentée (14 %).

LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE

Certaines personnes âgées ne peuvent rester chez elles. Elles ne vivraient pas dans les conditions de sécurité nécessaires qu'impose leur état de santé, physique ou mental, et ce en raison d'un domicile inadapté, d'un environnement insuffisant (famille, voisinage) ou d'une exigence médicale trop lourde pour le domicile.

"Les problèmes géronto-sociaux sont essentiellement dus au coût financier qu'entraîne la prise en charge en institution. Une majorité de personnes âgées désirent rester chez elles, pourtant elles sont de plus en plus nombreuses à être confrontées à des problèmes de santé nécessitant la médicalisation de leur vie quotidienne."

"Le placement en maison de retraite coûte minimum 10 000 F par mois C'est souvent le frein à un « placement » et certaines personnes continuent de vivre à domicile dans des conditions très précaires."

"Afin d'éviter un placement dans une maison de retraite coûteuse, des personnes âgées sont envoyées à

hôpital, où elles passent de services en services, puis en soins de suite et cela fait trois mois de gagné pour les enfants. Cette méthode coûte certes moins cher aux enfants mais pas à la société !"

"La famille n'aime pas payer pour ses aînés. La population vieillit et la famille n'assume plus comme avant."

Les structures d'hébergement pour personnes âgées

Il existe plusieurs catégories d'établissements d'accueil pour les personnes âgées. Les conditions d'accès et de prise en charge éventuelle, varient selon le type d'établissement et selon qu'il dépend du secteur public ou du secteur privé.

Certains établissements n'acceptent que les personnes valides.

Les maisons de retraite

C'est le type d'hébergement collectif pour personnes âgées le plus répandu. Il dépend du secteur public ou du secteur privé. Il propose un ensemble de prestations comprenant à la fois le logement, le repas, un encadrement médical et divers services spécifiques. Les maisons de retraites peuvent accueillir des personnes âgées plus ou moins dépendantes selon leur degré de médicalisation. En effet, dans les années 80, certaines maisons de retraite ont pu se doter de sections de cure médicale qui leur permettent d'accueillir des personnes âgées lorsqu'elles ont besoin d'une surveillance médicale et paramédicale, leur évitant ainsi une

Abréviations

hospitalisation. Plus récemment se sont développées les Mapad, maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes.

L'Assurance maladie verse aux établissements ayant une section de cure médicale, un forfait soins pour un certain nombre de places.

Les maisons de retraite sans section de cure médicale n'accueillent en général que des personnes valides ou semi-valides.

Il existe 57 maisons de retraite sur le Littoral, dont 4 sur le territoire de Berck - Etaples, 17 dans le Boulonnais, 4 dans le Calais, 15 dans le Dunkerquois, 4 dans l'Audomarois et 13 en milieu rural.

Les logements-foyers

Les logements-foyers sont des immeubles regroupant des studios où les personnes vivent de façon indépendante. Ils offrent dans la plupart des cas des services tels que restaurant, salle de réunion, infirmerie, service de blanchisserie, de surveillance.

Les logements-foyers sont nombreux puisqu'on en compte 41 dans le Littoral : 3 aux alentours de Berck - Etaples, 8 dans le Boulonnais, 11 dans le Calais, 11 dans le Dunkerquois, 5 dans l'Audomarois et 3 en zone rurale.

L'hébergement temporaire

Les services d'hébergement temporaire ont pour vocation d'accueillir pour une durée de séjour de 3 mois maximum, des personnes âgées en situation de précarité provoquée par la privation momentanée du soutien familial ou le besoin de quitter le domicile pour une durée limitée. Son objectif principal est en fait de permettre aux familles ayant un parent à domicile de se reposer quelques temps ou de partir en vacances. L'hébergement temporaire est généralement créé en milieu urbain.

Il n'y en a que trois dans le Littoral : deux dans le Calais et un dans l'Audomarois.

"Un des manques est le faible nombre de structures pouvant accueillir temporairement les malades. Cela permettrait de «laisser souffler» les familles, souhaitant partir en week-end

ou en vacances... Ces lieux seraient à l'interface de l'hôpital et du service de soins à domicile."

Les services de soins de longue durée

(anciennement appelés services de long séjour)

Les services de soins de longue durée sont des établissements destinés à l'hébergement de personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale constante ainsi que des traitements d'entretien. Ils sont toujours rattachés à un centre hospitalier.

La tarification est basée sur deux forfaits : le prix de journée d'hébergement supporté par le résident, sa famille et/ou l'aide sociale et le forfait soins supporté par l'assurance maladie. Il est possible de bénéficier de l'allocation logement.

Il y a 7 services de soins de longue durée dans le bassin de vie Littoral : à Dunkerque (150 lits), Calais (75 lits), Aire-sur-la-Lys (160 lits), Saint-Omer (120 lits), Boulogne (120 lits), Rang-du-Fliers (140 lits) et Hesdin (100 lits).

L'attente de place en service de long séjour semble souvent problématique ; notamment à Calais et dans le secteur rural. Il arrive souvent que des patients soient envoyés en Belgique. L'inverse ne se produit semble-t-il jamais.

D'autre part la charge de travail a nettement augmenté dans ces services avec l'allongement de la durée de vie et les besoins en nursing qui en résultent.

"Il est certain que les centres de long séjour vont se généraliser, mais ils coûtent cher et il y manque du personnel."

"En long séjour, les pathologies rencontrées sont essentiellement liées à des dépendance avec des démences séniles et une moins grande validité des personnes. Depuis 1981, la charge de travail a augmenté, une surveillance continue est nécessaire pour les maladies d'Alzheimer, et sur 40 lits, 36 à

38 toilettes sont à faire, sans compter les gens qu'il faut nourrir à la cuillère. Les problèmes de transports en commun sont un frein aux visites des familles."

Les familles d'accueil

Face au problème du coût du séjour dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les familles d'accueil constituent une alternative intéressante. L'accueil familial est la possibilité pour une personne âgée ou handicapée qui ne peut plus rester à son domicile, en raison de son handicap, sa maladie ou son âge, d'être hébergée, à titre payant, dans une famille autre que la sienne. Il existe également des placements familiaux spécialisés pour enfants.

Les conditions d'accueil sont parfaitement réglementées et doivent obéir à deux objectifs : d'une part, la protection des personnes accueillies et d'autre part l'octroi d'un véritable statut pour la famille d'accueil. La famille d'accueil se doit notamment d'accepter le contrôle des conditions d'accueil et le suivi médico-social de la personne accueillie⁸.

La personne âgée est l'employeur de la personne agréée qu'elle rémunère tant pour les services rendus que pour les frais de pensions et la chambre qu'elle lui loue. Elle bénéficie par ailleurs, de l'exonération des charges patronales de sécurité sociale à la seule condition que la famille d'accueil soit agréée par le président du Conseil général⁹.

⁸ La famille doit apporter le gîte et le couvert, maintenir les relations avec l'extérieur (club du troisième âge, rendez-vous chez le coiffeur...), maintenir les relations avec la famille naturelle, intégrer la personne âgée à la famille, suivre un cycle de formation en diététique et psychologie organisé occasionnellement par le Conseil Général du Nord. Elle doit assurer le libre accès aux pièces communes, adaptées à la personne âgée : salon, salle à manger, cuisine. Les chambres et bureau sont considérés comme des lieux privés. La salle de bain est également considérée comme lieu de vie, sauf si la personne âgée possède une pièce semblable qui lui soit réservée.

⁹ Les textes réglementaires :
Loi n° 89-475 du 10/07/1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, de personnes âgées ou handicapées adultes.

Certains de ces placements familiaux sont "sauvages". Ainsi de nombreux foyers, inconnus des services de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, logent des personnes en échange d'un certain revenu.

Certaines zones sont mieux pourvues que d'autres telles le Boulonnais où 160 familles d'accueil sont recensées.

"Les familles d'accueil se développent beaucoup chez les jeunes couples qui reviennent s'installer à la campagne. Cela donne un travail à la femme et permet au couple d'avoir deux voitures, élément essentiel dans les territoires ruraux où il n'existe pas de desserte régulière de transport en commun."

"La famille d'accueil est une solution qui devrait être développée davantage car elle coûte moins cher. Mais elle ne résout pas le problème des fortes dépendances."

Les services facilitant le maintien à domicile

Les services de soins à domicile (Ssad)

L'intervention du service de soins à domicile se justifie lorsque, du fait de son âge ou d'un manque d'environnement familial, l'état de santé d'une personne âgée entraîne pour une durée variable, une plus ou moins grande dépendance physique ou psychologique. Cette dépendance nécessite, en sus des soins infirmiers, une surveillance régulière, des soins d'hygiène, une aide adaptée, en vue de prévenir l'installation d'une dégradation progressive.

Partie intégrante du dispositif de maintien à domicile, cette prestation vise à éviter à la personne âgée des hospitalisations à durée et fréquence variables. Leur vocation est aussi de faciliter les retours au domicile à la suite d'une hospitalisation, d'éviter ou de retarder leur admission dans les services de soins de longue durée ou dans les

Décret n° 90-503 du 22/06/1990 modifiant le Code de la famille et de l'aide sociale et le Code de la sécurité sociale.

Abréviations

sections de cure médicale des établissements sociaux.

Peut bénéficier de cette prestation toute personne âgée de plus de 60 ans disposant d'une couverture sociale ou âgée de moins de 60 ans sous réserve d'une dérogation spéciale délivrée par le contrôle médical de la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) du lieu de résidence du demandeur.

Un protocole de traitement doit être rempli par le médecin traitant et transmis par le Centre communal d'action sociale (Ccas) à la Cpam pour décision.

Le malade conserve le libre choix de son médecin traitant (qui assure la direction et l'entière responsabilité du traitement), de son infirmière libérale et de son pédicure.

Les soins peuvent être prodigués au domicile de la personne âgée ou en établissement d'hébergement (maison de retraite non médicalisée, logement-foyer), mais pas chez les personnes placées en famille d'accueil.

La prestation de soins à domicile comprend tous les soins infirmiers relevant de la compétence des infirmier(e)s diplômé(e)s d'état, tous les soins d'hygiène corporelle (toilette, mobilisation, prévention des escarres, petits pansements, réfection du lit, aide à l'habillage, soins de bouche, de pédicurie) effectués par les aides soignantes employées par le Ssad.

La prise en charge des frais est assurée en totalité par la Cpam dont dépend le malade. Le service est donc sous le contrôle d'un médecin conseil, qui peut venir faire une visite au domicile du demandeur. Les soins à domicile peuvent être directement prescrits par l'hôpital.

Il arrive que la prise en charge d'un malade par un Ssad s'interrompe pour diverses raisons (décès du malade, hospitalisation, placement ou plus rarement amélioration de l'état de santé).

Il est à noter que ne sont pas inclus dans le forfait les honoraires des médecins et

spécialistes, les examens biologiques, les produits pharmaceutiques, les frais de kinésithérapie, d'orthophonie et d'appareillage qui font l'objet de remboursements à l'acte aux assurés sociaux sur production des feuilles de soins.

Les Ssad sont en général présidées par un médecin généraliste. Chaque service est prévu pour un nombre de places correspondant à la taille de l'équipe qui le compose ainsi qu'à la taille du territoire qu'il couvre (plus il est étendu, plus les temps de transports sont importants). Les infirmières sont les coordinatrices des services. Lors de la demande d'admission d'un patient, elles procèdent à une visite initiale à son domicile afin d'évaluer les besoins de la personne âgée, son degré de dépendance.

Les Ssad travaillent en partenariat avec :

- les établissements hospitaliers ;
- le service d'aide ménagère ;
- le service de garde à domicile ;
- le service de portage des repas ;
- les kinésithérapeutes ;
- les médecins généralistes ;
- d'autres services de soins à domicile.

Des réunions entre les services se déroulent régulièrement, en particulier avec les aides ménagères et les gardes à domicile. Chacun peut y exprimer les problèmes auxquels il se trouve confronté.

Le territoire du Littoral est couvert par 19 services de soins à domicile. 2 services existent sur le territoire de Berck, 1 dans le Boulonnais, 3 services dans le Calaisis, 5 dans le Dunkerquois, 1 dans l'Audomarois, et 7 en milieu rural (Desvres, Marquise, Hesdin...).

"En zone rurale, les gens sont plus casaniers. Beaucoup de personnes âgées, ne voulant pas quitter leur conjoint, préfèrent cette solution. Mais le maintien à domicile n'est possible que si la personne âgée possède un environnement familial ou de voisinage assez présent."

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

La charge de travail augmente dans tous les Ssad en raison de l'augmentation de la moyenne d'âge des personnes prises en charge (dans le Ssad d'Étaples, elle approche les 83 ans).

Il y a quelques années, les aides soignantes aidaient seulement à faire la toilette. Aujourd'hui, elles la font en général entièrement. Les malades en fin de vie sont également plus nombreux.

"Les mentalités ont évolué. Tout le monde pense que le service de soins à domicile est un droit. Les lits sont continuellement occupés."

Les familles n'ont pas de caractéristiques particulières. Elles proviennent de tous milieux socioprofessionnels. Le problème de fond est que pour garder une personne à domicile, il faut la participation active de la famille, censée prendre le relais des soignants quand ils ne sont pas au domicile de la personne. Il semblerait qu'il y ait plus de solidarité familiale ou de voisinage dans les milieux défavorisés ainsi qu'en milieu rural.

Il existe de plus en plus de personnes âgées vivant seules pour lesquelles les familles délèguent de plus en plus. Ces familles ne sont pas disponibles pour rester quotidiennement avec leurs aînés. Les petits enfants viennent aussi de plus en plus rarement rendre visite à leurs grands-parents.

Il faut également souligner que certaines personnes âgées refusent qu'un membre de la famille s'occupe d'elles, elles ne veulent pas être une charge pour leurs enfants (le renversement des rôles n'est pas toujours chose facile à admettre). Cependant, dans le cas où les enfants refusent d'aller rendre visite à leur parent, il arrive que le service de soins à domicile les incite à le faire, les responsabilisent par exemple en leur confiant la visite du dimanche soir. Les cas de maltraitance chez les personnes âgées existent mais sont très rarement constatés par les personnels des Ssad.

"Ce sont quelquefois des problèmes de couple (maltraitance d'un conjoint sur l'autre) ou des familles qui veulent faire des économies d'«électricité» par exemple en n'allumant pas le chauffage, mais c'est rare."

"La volonté politique serait plutôt d'élargir les aires de recrutement des services alors que les coordonnatrices des Ssad pensent au contraire qu'il faudrait créer de nouvelles structures."

"Notre charge de travail en est déjà à son maximum. On ne peut pas augmenter indéfiniment les trajets des aides soignant(s)."

Un autre problème perçu est celui des prescriptions des soins. Le médecin traitant doit indiquer sur une ordonnance le fait que son patient a besoin d'une aide. En général il prescrit cette assistance pour une durée d'un mois. Le renouvellement se fait de trois mois en trois mois par le service de soins. Mais il arrive que certains médecins fassent des prescriptions injustifiées. Or, une fois que le processus est enclenché, il est difficile de revenir en arrière.

"Comment retirer une telle aide à une personne âgée qui en a pris l'habitude ? Il faudrait que la famille participe un peu aux frais qu'occasionnent ces soins pour limiter les demandes."

Un autre problème évoqué est le manque d'anticipation des familles, mais aussi des médecins et parfois (mais de moins en moins) des services hospitaliers. Une prise en charge par un Ssad doit se prévoir ; il y a rarement de place disponible du jour au lendemain. Or, il semblerait que les familles appellent souvent à la dernière minute pour que le service prenne en charge leur malade. Tout à coup, la charge de travail devient pour eux insurmontable (exemple du conjoint qui tombe malade). En effet, l'état de santé de la personne âgée est parfois tel qu'il arrive que l'équilibre de la famille soit mis à

mal. De plus, la conjoncture économique fait que certaines familles connaissent de graves difficultés financières, toutes les solutions d'hébergement sont onéreuses. Les personnes restent donc au domicile le plus longtemps possible.

Il en va de même pour le recours à l'hôpital qui se passe souvent dans l'urgence alors qu'une anticipation aurait pu être faite et l'hospitalisation évitée.

Le retour au domicile après une hospitalisation, se passe plus ou moins bien.

"Souvent les hospitaliers appellent à la dernière minute sans se préoccuper de savoir s'il y a de la place. Lorsque le service de soins ne peut prendre en charge le malade, c'est une infirmière libérale qui le fait. Et si cette dernière est également surchargée, il faut en trouver une autre, cette profession para-médicale étant soumise à un quota annuel d'actes, beaucoup sont saturées."

Par ailleurs, étant donné que les personnes âgées sont de plus en plus dépendantes, les personnels des Ssad aimeraient passer plus de temps avec ces malades, mais cela diminuerait le nombre d'actes faits dans la journée.

"C'est un système qui permet de pallier à certains «soins» faits en hôpitaux, mais qui ne résout pas tout puisque certaines pathologies comme les démences peuvent difficilement être prises en charge à domicile (même avec de l'aide)."

Les services de restauration pour personnes âgées

Élément actif du dispositif global du maintien à domicile des personnes âgées, les Foyers-Restaurants favorisent la mobilisation physique et mentale des personnes âgées et luttent contre leur isolement. Ils accueillent toutes les personnes retraitées ou handicapées, quelles que soient leurs ressources. Ils proposent une nourriture saine et équilibrée et des activités de rencontres.

Le portage de repas à domicile est destiné aux personnes âgées qui sont dans l'impossibilité de confectionner leurs repas ou de se rendre au Foyer-Restaurant.

Pour favoriser le maintien à domicile, foyers-restaurants et repas à domicile sont ouverts sans condition de ressources. La participation de chacun est calculée en fonction de ses revenus.

Pour les personnes disposant de ressources inférieures au plafond fixé par le Conseil général, une faible participation est laissée à leur charge. Il convient de noter que la législation prévoit de faire appel aux obligés alimentaires, de récupérer les frais engagés par l'administration départementale sur la succession du bénéficiaire au-delà d'un seuil fixé par décision gouvernementale, et enfin, ne prévoit pas d'inscription hypothécaire.

On dénombre 20 foyers-clubs-restaurants dont 1 à Berck, 1 dans le Boulonnais, 11 dans le Calaisis, et 4 dans l'Audomarois. Il n'y en a pas dans le Dunkerquois, ni en zone rurale.

Les services de portage de repas à domicile sont au nombre de 3 sur le territoire de Berck, 5 dans le Boulonnais, 1 dans le Calaisis, 1 dans l'Audomarois, et 3 en milieu rural. Il n'en existe pas dans le Dunkerquois. Cela fait un total de 13 structures mises à disposition des personnes âgées dans le Littoral.

Les services d'aides ménagères

Destinée à favoriser le maintien à domicile dans les meilleures conditions possibles, cette prestation est accordée, après enquête sociale et administrative, aux personnes selon certains critères. Elle est réservée aux personnes de 65 ans et plus, de 60 ans en cas d'inaptitude au travail et aux titulaires de la carte d'invalidité, à condition qu'elles vivent seules ou avec une personne remplissant les mêmes conditions d'attribution.

Les services d'aides ménagères emploient des aides à domicile qui accomplissent des aides ménagères,

mais aussi aux termes de la convention collective du 11 mai 1983 «un travail matériel, moral et social contribuant à leur maintien à domicile». Leurs missions sont les suivantes :

- entretien du logement, à l'exception des gros travaux ;
- aide aux courses ;
- aide à la préparation des repas ;
- aide à l'entretien du linge (lavage et repassage) ;
- surveillance de l'état de santé général de la personne ;
- petite assistance administrative ponctuelle et relais avec l'assistante sociale.

Les aides-ménagères assurent 4 heures de prestations en moyenne par semaine, réparties en 2 ou 3 visites.

On peut distinguer trois possibilités de prise en charge en fonction des revenus des demandeurs :

- par l'aide sociale pour les personnes disposant de ressources inférieures au plafond fixé par décret, une faible participation étant laissée à leur charge. La législation prévoit une récupération des frais engagés par l'administration départementale ou sur la succession du bénéficiaire au delà d'un seuil fixé par décision gouvernementale, mais ne prévoit pas d'inscription hypothécaire, ni de faire appel aux obligés alimentaires ;
- par la caisse de retraite versant l'avantage principal, pour les personnes disposant de ressources supérieures au plafond de l'aide sociale. Une participation est laissée à la charge du bénéficiaire en fonction du barème arrêté par la caisse de retraite.
- par le bénéficiaire à taux plein selon un tarif horaire établi annuellement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Pour ce qui est des aides-ménagères, il n'y a pas de quota qui les limite en nombre. C'est la Caisse des Retraites qui les finance.

Dans le bassin de vie Littoral, il existe 92 services d'aides ménagères, 10 sur le territoire de Berck, 20 dans le Boulonnais, 9 dans le Calaisis, 15 dans le Dunkerquois, 16 dans l'Audomarois, et 22 en milieu rural.

La télé-alarme

Les personnes âgées, isolées ou handicapées peuvent être victimes de malaises, d'agressions, d'accidents dans le cadre de leur logement et n'ont pas toujours dans ce cas, la possibilité de composer un numéro sur le cadran téléphonique.

Le système de télé-alarme consiste en un appareil transmetteur placé chez le bénéficiaire et relié, par une ligne téléphonique, à une centrale d'écoute du Conseil Général.

En cas d'urgence, le personnel de la centrale alerte un proche connu ou les des Pompiers. Le dispositif permet une écoute 24h/24, et le déclenchement rapide d'une intervention adaptée des secours.

Le système consiste en un transmetteur et un médaillon qui permettent d'établir un dialogue «direct» avec la centrale d'écoute sans décrocher le téléphone.

Un simple geste «appuyer sur le médaillon» suffit à donner l'alarme dans les secondes qui suivent.

Dès réception de l'appel, la centrale d'écoute, en fonction des éléments recueillis, met en œuvre toute disposition pour secourir la personne en détresse.

La demande nécessite de délivrer un certificat médical complété par le médecin traitant. Elle fait l'objet d'une facturation qui peut être prise en charge par l'aide sociale pour les personnes ayant des revenus inférieurs au barème départemental.

La Prestation spécifique dépendance (Psd)

La prestation spécifique dépendance est une aide destinée à prendre en charge les dépenses liées à la dépendance des personnes âgées de 60 ans et plus.

C'est une prestation en nature, c'est-à-dire directement affectée au financement des dépenses d'aides et distinctes des soins. Elle est attribuée par le Département au titre de l'aide sociale.

Pour en bénéficier, il faut :

- avoir au moins 60 ans
- être de nationalité française ou pour les personnes de nationalité étrangère, avoir vécu en France de façon régulière pendant au moins 15 ans avant l'âge de 70 ans.
- avoir des ressources ne dépassant pas un plafond de 6 249,20 frs pour une personne seule, et de 10 415,28 frs pour un couple.
- présenter un certain degré de dépendance.

Le dossier de demande de Psd est à retirer auprès du Conseil général du département de résidence ou par l'intermédiaire du Centre communal d'action sociale de la mairie. L'équipe médico-sociale, composée au moins d'un médecin et d'un travailleur social se déplace au domicile ou en établissement pour apprécier les difficultés des personnes à réaliser les actes essentiels de la vie courante. L'équipe évalue la nécessité d'être aidé ou surveillé en utilisant la grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupe iso ressources) qui comporte six niveaux de dépendance. Seuls les degrés 1, 2, 3 les plus sévères autorisent l'attribution de la prestation (cf. annexe). L'équipe médico-sociale, dans un délai de 40 jours suivant la date de dépôt du dossier, propose un plan d'aide qui tient compte du degré de dépendance, du besoin d'aide et de surveillance, de l'environnement de la personne et éventuellement des aides publiques ou à titre gracieux dont le demandeur disposera. En établissement, l'équipe médico-sociale détermine le montant de la prise en charge qui sera versé directement à l'établissement.

Un plan d'aide à domicile est proposé. Il comporte un certain nombre de services par mois. Le montant de l'allocation est modulé en fonction de l'importance de ce plan d'aide.

La Psd doit être utilisée à la rémunération :

- du ou des salariés que le bénéficiaire emploie pour lui venir en aide,
- du service d'aide à domicile qui doit faire l'objet d'un agrément, ou de la personne qui assure, à titre onéreux, l'accueil du bénéficiaire âgé ou handicapé adulte à son domicile.
- d'un ou plusieurs membres de la famille effectuant réellement l'aide à domicile. Par contre, elle ne peut être versée au conjoint ou au concubin, ni à toute personne touchant un avantage vieillesse (retraîtée).

Dans un délai d'un mois à compter de la notification de l'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer au Président du Conseil général, le(s) salarié(s) ou le service d'aide à domicile à la rémunération desquels est utilisée la Psd. A défaut de cette déclaration, le paiement de la prestation est suspendu.

Seuls, 10% de l'allocation peuvent être employés à d'autres types d'aides (télé-alarme, portages de repas, aides techniques, matériel...) non pris en charge au titre d'une autre aide et après accord de l'équipe médico-sociale. Pour les personnes vivant en institution (long séjour, maison de retraite), la prestation est versée à l'établissement.

Le montant de la Psd varie avec le degré de dépendance et les ressources de l'année précédant la demande de prestation. Elle est égale au maximum à 100% du montant de la majoration tierce personne du régime général (Mtp) qui s'élève à 5 754 frs.

Si le montant des ressources est supérieur au plafond, le montant maximal est de 80% de la Mtp. De plus, on déduira du montant de la Psd accordée le montant des ressources dépassant le plafond. Si la Psd ne peut être versée en raison de ressources trop élevées, la personne peut alors faire une demande d'aide ménagère.

Si les deux membres d'un couple remplissent les conditions de dépendance et de ressources, ils peuvent tous deux prétendre au bénéfice de la prestation dépendance.

Lorsque dans un couple le bénéficiaire de la prestation réside en établissement, est déduite de ses ressources une somme de 2 000 frs maintenue à la disposition de son conjoint ou de son concubin demeurant à domicile.

La Psd est attribuée sans recherche de l'obligation alimentaire mais les sommes versées peuvent être récupérées sur la succession pour la partie de l'actif supérieure à 300 000 frs. En cas de donation au dernier survivant d'un couple, la récupération sur la succession ne se fait qu'au décès du conjoint survivant. (article 146 du code de la famille)

La Psd est attribuée pour une durée limitée. Au moins une fois par an, un des membres de l'équipe médico-sociale doit s'assurer de l'effectivité et de l'adéquation de l'aide. Dans le cas contraire, si le bénéficiaire, saisi par lettre recommandée avec accusé de réception, n'a pas fait la preuve dans le mois de l'emploi d'une personne, le service de la prestation est suspendu et rétabli lorsque l'aide est démontrée.

Les professionnels interrogés ont des difficultés pour faire comprendre à leurs partenaires (notamment les médecins généralistes) le profil type de la personne âgées relevant de la Psd. Beaucoup de personnes la demandent et leur médecin ne sait pas toujours comment les orienter, surtout quand la demande est *a priori* injustifiée. Le mieux est de les orienter vers une assistante sociale qui leur indique ce à quoi ils ont droit.

"Certains médecins ne comprennent pas pourquoi les demandes d'aides sociales (comme la Psd), qui leur prennent du temps, sont refusées. Mais les personnes demandeuses de ces aides ne font pas la part entre les critères de dépendance, qui impliquent qu'une personne peut prétendre à cette aide, et les critères de ressources, qui interviennent de plus en plus pour l'allocation de l'aide. La Prestation spéciale dépendance est réservée aux plus démunis."

Les avis des médecins généralistes rencontrés sont assez contradictoires. Certains sont satisfaits du nouveau dispositif mis en place. D'autres trouvent qu'il existe un flou administratif concernant les aides dont pourraient bénéficier les personnes âgées.

En janvier 2000, on comptait 300 dossiers de Prestation spéciale dépendance à domicile dans le Littoral pour la partie Pas-de-Calais (leur mise en place a débuté en novembre 1997). La Prestation spéciale dépendance a été précédée de l'Allocation compensatrice tierce personne (Actp). Dans ce système, l'aide était versée en nature. Mais l'argent n'était pas toujours utilisé pour ce qui était prévu (cadeaux aux petits-enfants...). Lorsque la Prestation spéciale dépendance est apparue, on s'est basé sur le nombre d'Allocations compensatrices tierce personne versées pour estimer le nombre de personnes potentiellement dépendantes. En fait, il existerait beaucoup plus de demandes de Psd que d'Actp attribuées. Il y avait donc vraisemblablement des gens qui auraient pu prétendre à cette Allocation compensatrice tierce personne et qui ne demandaient rien.

"Il semble qu'il y ait un réel besoin de cette Prestation spéciale dépendance à domicile puisque la demande va croissante. Cette aide est mieux adaptée et mieux utilisée, d'après les évaluations faites. L'information a donc été mieux diffusée."

LES MANQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGÉES

La plupart des insuffisances concernent les actions nécessaires pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. En revanche, en dehors du manque de places en services de soins de longue durée exprimés dans certains secteurs, peu d'attentes ont pu être relevées concernant l'institutionnalisation des personnes âgées.

Manque de solidarité vis-à-vis des personnes âgées

Il semble qu'en milieu rural ainsi que dans les milieux très défavorisés, la solidarité familiale ou entre voisins est maintenue. En revanche, ailleurs, les relations ont évolué vers un délaissement des personnes âgées aussi bien de la part des familles que du voisinage. De plus en plus nombreuses sont les personnes âgées qui n'ont plus que les services de soins à domicile ou l'hôpital pour les prendre en charge dès que le besoin d'une tierce personne se fait sentir. Elles essaient de se débrouiller toutes seules le plus longtemps possible, sans envisager d'autre solution de prise en charge. Il faut alors souvent en trouver une dans l'urgence. Un meilleur suivi médico-social des personnes âgées permettrait d'anticiper leurs besoins afin d'aider et de préparer la personne et son entourage au changement inéluctable de son mode de vie. Des actions d'information notamment, aideraient les familles à mieux se rendre compte de leur rôle, de leurs responsabilités, et donc à quel point leur présence, même minimale, peut permettre de maintenir leur aîné en bonne santé. Une fois que l'état de la personne âgée se dégrade, la prise de conscience, même si elle se fait, est souvent trop tardive, et un sentiment d'impuissance incitera d'autant moins la famille à s'investir.

"Notre société est devenue anonyme, le nombre élevé de familles éclatées ne facilite pas le maintien à domicile. Il nécessite que la structure de voisinage ou que la famille soient coopérantes."

"En milieu rural, elles restent pour 95% des cas à domicile, grâce à la présence et à la solidarité du voisinage et meurent chez elles."

"Mais ces pratiques tendent à disparaître, même s'il arrive, dans certains lieux, que les voisins fassent souvent les courses, les repas ou aident à la toilette. Les services de soins à domicile interviennent de plus en plus souvent."

Insuffisance dans le suivi médico-social des personnes âgées à domicile

Pour maintenir la personne âgée à domicile, d'une part un suivi régulier est nécessaire, d'autre part, il faut qu'il y ait des échanges entre les différentes personnes qui assurent ce suivi (famille, médecin traitant, infirmière, services sociaux, aide-ménagère...). Ainsi, toute modification de l'état physique ou mental peut-être analysée. Le diagnostic peut alors être posé et la prise en charge adéquate mise en place précocement. Un très bon exemple est le cas de la maladie d'Alzheimer, dont les premiers signes sont trop souvent occultés. Pourtant un environnement favorable (qui requiert une information de celui-ci sur la maladie d'Alzheimer) ainsi que la mise en route d'un traitement précoce permettent de préserver une autonomie plus longtemps et de retarder l'institutionnalisation.

Par ailleurs, en raison, d'une part de l'allongement de la durée de vie et d'autre part du désengagement des familles et/ou du voisinage vis à vis des personnes âgées, la charge de travail des aides à domicile est de plus en plus lourde et nécessiterait une réévaluation du temps passé pour les soins et l'aide ménagère. Actuellement les aides soignantes estiment ne pas pouvoir passer le temps nécessaires auprès des personnes.

Le manque de résidences d'hébergements temporaires

Toujours dans le souci de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, un développement des structures d'hébergement temporaire permettrait aux familles qui ont une personne âgée à charge de prendre des vacances. Sinon, le risque d'épuisement de l'accompagnant est quasi inévitable et l'équilibre de la prise en charge à domicile bascule avec des conséquences lourdes pour le patient (risque de dégradation), pour la famille (culpabilisation) et pour la société (hospitalisations injustifiées).

Des listes d'attente trop importantes en service de soins de longue durée

Certains services de soins de longue durée ont un nombre de places insuffisant entraînant un engorgement au niveau des services de convalescence. Ce problème a surtout été évoqué pour le secteur rural ainsi que dans le Calaisis. Par ailleurs, il a également été remarqué par le personnel des services de soins, une augmentation très nette de la charge de travail (pour les mêmes raisons que pour l'aide à domicile : augmentation de la moyenne d'âge et désengagement des familles) sans augmentation des effectifs en personnel soignant.

Les conduites addictives

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), une substance psycho-active —ou drogue— est un produit naturel ou synthétique, consommé en vue de modifier l'état de conscience du consommateur, ayant un potentiel d'usage nocif, d'abus ou de dépendance et dont l'utilisation peut être légale ou non .

L'OFDT définit ensuite trois types de comportements qu'il est important de rappeler pour comprendre que toute consommation n'est pas forcément pathologique.

Tout d'abord l'usage réglé est entendu comme une consommation qui n'entraîne pas de dommage.

Ensuite l'usage nocif (ou abus) est entendu comme une consommation qui implique, ou peut impliquer, des dommages sanitaires, sociaux ou judiciaires, à l'utilisateur lui-même ou à un tiers. A titre d'exemple : une consommation ponctuelle d'alcool peut, être nocive pour le fœtus au cours de la grossesse, entraîner un retrait de permis, faciliter le passage à l'acte suicidaire, etc.) ;

Enfin, la dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant des

caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales. Le désir compulsif de produit, la difficulté du contrôle de la consommation, la prise de produit pour éviter le syndrome de sevrage, le besoin d'augmenter les doses pour atteindre le même effet, la place centrale prise par le produit dans la vie du consommateur, sont les principaux critères qui contribuent à sa définition.

On entend par "conduites addictives", toutes les consommations de produits susceptibles d'entraîner une addiction mais ne l'entraînant pas forcément. Il s'agit en fait d'une conduite à risque d'addiction.

Ces définitions permettent d'amener tous les acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge des conduites addictives, à aborder la problématique à partir de la consommation des usagers et non des produits consommés. En effet, tous ces produits psycho-actifs ont en commun le risque de nocivité et/ou d'addiction. En revanche, les personnes qui consomment le même produit n'ont parfois que ce produit en commun, puisque certaines d'entre elles peuvent en avoir un usage réglé (sans nocivité, ni dépendance). D'autres, au contraire, n'ont pas les compétences nécessaires pour arriver à contrôler leur consommation et en ont un usage nocif et/ou en sont dépendantes.

LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE

Dispositif alcool

Les services hospitaliers spécialisés ou non

Les centres hospitaliers du bassin de vie Littoral ne possèdent pas tous un service d'alcoologie. Il existe trois unités spécialisées dans la prise en charge de patients alcoolo-dépendants dans les centres hospitaliers de Dunkerque, Calais et Saint-Omer. Actuellement, le service de gastro-entérologie du CH de Boulogne possède des lits réservés aux soins alcoologiques, mais une nouvelle unité spécialisée en alcoologie devrait voir le jour dans le Boulonnais.

L'activité de ces services est constituée, en dehors de l'hospitalisation, de consultations sur rendez-vous, de consultations internes à l'hôpital (pour les malades hospitalisés dans les autres services).

Une permanence est assurée sur certains sites pour les patients sans rendez-vous. Les délais d'attente pour les consultations sont d'un ou deux mois. Dans la majorité des cas, les personnes se font hospitaliser pour une cure de sevrage.

Avant d'entrer en cure, la personne vient une ou plusieurs fois en consultation afin de mettre au point le projet thérapeutique. Ces visites permettent aussi d'accentuer la prise de conscience, de donner la parole au malade, et de le faire réfléchir.

Les postcures spécialisées en alcoologie. Il existe cinq structures de postcure dans le bassin de vie Littoral. Ils sont répartis en deux centres de postcure dans l'Audomarois, et trois foyers d'hébergement et de réinsertion sociale dans le Dunkerquois.

Les centres de postcure ont essentiellement une visée thérapeutique orientée vers un « renouveau de soi ». Ce sont des établissements d'aide temporaire en vue d'une réinsertion pour des sujets alcoolo-dépendants, qui sortent d'établissements hospitaliers, et qui n'ont pas encore recouvré les conditions suffisantes pour reprendre la vie active¹. Cette liberté par rapport à l'alcool doit passer par une réflexion poussée sur le pourquoi de la dépendance, sur les problématiques personnelles. L'équipe est polyvalente : psychothérapeute infirmières, animatrices, médecins généralistes, psychiatre.

A leur arrivée, les patients ont un « contrat » d'environ 3 mois qui se divise en 3 temps. Pendant le premier mois a lieu le « face à face ». Le deuxième mois qui est une phase intermédiaire est un mélange d'activités. Et le troisième mois prépare à la sortie. Une coupure avec le

monde familial est obligatoire le premier mois ; c'est une sorte de déconditionnement.

Les activités telles que les groupes de paroles, les ateliers d'expression, de créativité, les activités sportives et de participation à la vie quotidienne (ménage, entretien de la maison...) sont incluses dans le programme de redécouverte des capacités et de la personnalité de chaque individu. Le but est qu'à la sortie, le patient soit capable d'optimiser ses points positifs.

A leur sortie, les patients seront suivis par le réseau existant (celui qui les a conduit à la postcure) ou un réseau créé par le centre (médecin traitant, association néphaliste...).

Deux centres de post-cure existent sur le Littoral. Ils sont tous deux installés à Longuenesse. L'un accueille les femmes, l'autre les hommes. Le bassin de recrutement de ces structures n'est pas restreint au Littoral, il est national.

Les foyers de post-cure sont en fait des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (Chrs) spécialisés dans la prise en charge de personnes ayant ou ayant eu une dépendance alcoolique. Les personnes les plus motivées sont sélectionnées sur dossier et lettre de motivation. Après le premier mois, elles ne sont plus prises en charge, et doivent organiser elles-mêmes leur journée. Le foyer les oriente vers les bons interlocuteurs, pour leur faciliter les démarches en vue d'une réinsertion professionnelle. Les pensionnaires sont difficiles à mobiliser. Ils sont tenus de participer à un groupe de parole deux fois par semaine en comité restreint (8 à 9 personnes durant 1 h 15). Certaines activités sont mises en place comme le char à voile ou la piscine. Mais le principe veut que ce soit les pensionnaires qui organisent les sorties, ce qui n'est pas simple.

Les foyers d'hébergement sont différents des centres de postcure, en ce sens qu'ils s'adressent à une population plus souvent défavorisée qui compte beaucoup d'hommes seuls, démunis de tout, nécessitant une réadaptation

¹ M. le Professeur BARRUCAND D., "Alcoologie", Riom Laboratoires, CERM, 1988.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

sociale et professionnelle de longue durée (un an et plus).

Depuis le développement du dispositif d'alcoologie, les gens sont mieux pris en charge, en partie grâce aux liens qui se sont tissés progressivement entre les différentes structures.

Les équipes éducatives des foyers font en général toutes les semaines, une synthèse lors de laquelle sont discutés les bilans des séjours, les éventuelles réorientations de pensionnaires, les rendez-vous avec les différents partenaires (organismes d'insertion, centres de prévention de santé...), les formations à envisager pour le personnel.

Au départ, les personnes sont toutes hébergées sur place et encadrées 24h/24 par au moins un membre de l'équipe. Mais au fur et à mesure qu'elles progressent en autonomie, il peut leur être proposé de vivre une période de transition en appartement de service de suite (logement pour trois personnes, loué par le foyer). Elles peuvent ensuite accéder à un logement individuel en bail glissant. Le foyer de post-cure se porte garant du locataire pendant un an. L'année suivante le bail passe au nom du locataire.

Au total, le parcours se limite à deux ans. A la fin de cette période, le pensionnaire doit avoir trouvé un autre logement et une situation professionnelle stable. Il reçoit la visite d'une personne de l'équipe deux fois par semaine et continue de participer aux groupes de paroles qui se déroulent au foyer. Ce système permet aux individus de se rapprocher de la vie ordinaire, sans être totalement autonome du jour au lendemain.

Les Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie (Ccaa) et autres établissements de suivi

Sur le Bassin de vie Littoral sont répartis trois Ccaa (à Dunkerque, Boulogne et Saint-Omer), un Cptca (Centre de prévention et de traitement des conduites d'alcoolisation) à Etaples et un

Can (Centre d'alcoologie et de nutrition) à Calais.

Selon le décret n° 98-1229 du 29 décembre 1998, paru dans le Bulletin Officiel du 30 décembre 1998, ces centres assurent le diagnostic, l'orientation, la prise en charge thérapeutique des personnes, l'accompagnement de celles-ci et de leur famille. Ils peuvent participer à des actions de prévention, de formation et de recherche en matière de lutte contre l'alcoolisme organisées par des personnes morales de droit public ou privé.

Le personnel de ces Ccaa est constitué d'une équipe médico-sociale comportant un ou plusieurs médecins (en général l'un d'eux est directeur du centre) et selon les centres de l'un ou de plusieurs des professionnels suivants : secrétaire, infirmier, psychologue, diététicienne, éducateur.... La taille de l'équipe est très variable d'un Ccaa à l'autre.

Dans certains Ccaa les infirmiers se déplacent ; ce qui permet au malade de renouer avec l'équipe thérapeutique s'il n'est pas venu à la consultation prévue.

En général, la plus grande partie de l'activité des Ccaa concerne l'accompagnement du malade alcoolique (environ 75 %). La prévention, la formation et la recherche prennent 25 % de temps.

En majorité, ce sont les médecins hospitaliers qui adressent leurs patients au Ccaa après un sevrage. D'autres patients sont orientés par la justice, les services sociaux, la médecine du travail, les médecins généralistes. Certains Ccaa pensent n'atteindre que 10 % des personnes concernées ; les adolescents en particulier se font rares. Bien que l'alcoolisme touche toutes les catégories socioprofessionnelles, les personnes ayant un niveau de vie « élevé » ne viennent pas dans les Ccaa du Littoral. Ils vont se faire soigner en dehors du bassin de vie ; ce qui leur permet de garder un certain anonymat.

Les Ccaa travaillent en partenariat avec les services hospitaliers (alcoologie,

gastro-entérologie, psychiatrie), les centres de post-cure, les associations néphalistes, les entreprises, les instituts de formation des soins infirmiers, les établissements scolaires, les centres de prévention, les Cmam et la justice.

Selon les rapports d'activité des Ccaa, environ 70% des patients suivis sont des hommes dont la moitié a entre 40 et 60ans, et dont près de 50% sont inactifs.

Les soins prodigués sont de plusieurs sortes : sevrages ambulatoires, thérapies familiales, animations de groupes de parole, entretiens, consultations.

Certains Ccaa participent dans les établissements scolaires, à des actions d'information-prévention, au cours desquelles les animateurs tentent de mettre en place de nouvelles méthodes : une journée sur le thème « les plaisirs des plaisirs », des débats théâtralisés impliquant les parents d'élèves...

Les médecins généralistes impliqués dans la lutte contre l'alcoolisme

Les médecins généralistes rencontrés au cours de cette étude, reconnaissent qu'il y a un problème d'alcoolisation d'une certaine partie de la population. Toutefois, il y aurait une baisse globale de la consommation régulière d'alcool, mais une augmentation de l'alcoolisation de fin de semaine ; notamment chez les jeunes.

Progressivement, dans chaque territoire, un petit groupe de médecins commence à s'informer et à se former sur la prise en charge des malades alcooliques, en liaison avec le service d'alcoologie ou le Ccaa.

Cependant, selon les autres professionnels interrogés, trop peu de médecins encore semblent se sentir à même de prendre en charge des patients alcooliques. Beaucoup auraient encore le sentiment qu'il s'agit d'un mal relevant d'une fatalité, contre lequel « il n'y a rien à faire ».

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette réticence ; le déni du malade est un obstacle difficile à surmonter ; il s'agit d'une maladie qui met souvent le praticien en échec ; de plus, il n'existe

pas de traitement « miracle » ; un suivi à long terme est toujours nécessaire ; cette maladie est peu gratifiante, les rechutes sont fréquentes. « Le problème est le regard des soignants sur cette maladie. L'alcool renvoie à la question de la toute puissance de la médecine. »

Les médecins généralistes délèguent-ils facilement leur compétence de "soignants" à d'autres structures adaptées aux malades alcooliques ? Y aurait-il un problème d'information ? Ces points mériteraient d'être explorés davantage.

Pour éviter le déni du malade, le médecin généraliste pourrait penser à rechercher simplement un mal de vivre. A vouloir à tout prix aborder d'emblée le problème de la dépendance à l'alcool, il risque d'être découragé face aux résistances du patient à parler de sa consommation.

"L'alcoolique renvoie parfois des choses peu confortables que le médecin n'est pas toujours prêt à entendre. Les médecins doivent apprendre à savoir parler de l'alcool."

Ceci implique l'importance de la formation initiale et continue des médecins.

"Le problème est de changer les mentalités, les modes de pensée des soignants, et c'est long..."

Les associations néphalistes².

Il s'agit des mouvements d'anciens buveurs, répartis dans toute la France. Il en existe plusieurs types. Chacun possède des caractéristiques propres ; le malade alcoolique peut ainsi choisir l'association qui lui correspond le mieux. Dans le Nord - Pas-de-Calais, trois associations sont très représentées, la Croix d'Or, Vie Libre, et les Alcooliques Anonymes.

-La Croix Bleue est le mouvement le plus ancien. Il a été créé en 1877 à Genève par un pasteur, et introduit en France en

D. Barrucand, Alcoologie, Riom Laboratoire, Cerm, 1988

1883, alors que seule existait alors la Ligue contre l'Alcoolisme. Son objectif est surtout spirituel ; voire même moral. Le mouvement cherche à rendre à l'individu sa liberté vis-à-vis de l'alcool, à l'engager dans la libération des autres. Il reste fidèle au principe de l'engagement, pris par écrit par le sujet, de façon répétée et chaque fois pour une période plus longue, de maintenir son abstinence avec l'aide de Dieu. On monte progressivement en grade, ou du moins en ancienneté:

- les personnes qui ont un minimum de neuf mois d'abstinence s'engagent à aider les autres ; la moitié sont des anciens buveurs et l'autre moitié des membres solidaires (qui n'ont théoriquement pas de problème personnel de boisson, mais qui, par exemple, sont conjoints d'un ancien buveur) ;
- celles qui font l'apprentissage de l'abstinence, c'est-à-dire qui ont une abstinence comprise entre 3 et 9 mois ;
- les personnes, enfin, qui essaient, sans engagement, d'une manière ou d'une autre, de rompre avec l'alcool.

Tous ces membres de la Croix Bleue se réunissent régulièrement (une fois par semaine, ou par quinzaine) au niveau de la structure de base ; dans l'une des 90 sections locales. Elles sont réparties dans 11 groupes régionaux, eux-mêmes reliés à un Comité National qui comporte 24 membres actifs, dont 12 anciens buveurs. A part deux salariés et deux permanents, tous les responsables régionaux, locaux et membres actifs sont bénévoles. La Croix Bleue organise des week-ends, des stages de formation, des congrès régionaux, et un congrès national tous les deux ans. Elle prône le principe de complémentarité avec les autres mouvements et, depuis quelques années, s'ouvre plus franchement vers le milieu médical. Elle a un point d'impact surtout populaire. La Croix Bleue gère enfin plusieurs centres de réinsertion, dont les plus connus sont Château-Walk (pour les hommes) et La Presqu'île à Longuenesse (pour les femmes).

-La Croix d'Or. Ce mouvement est né en France en 1910 (à partir de l'exemple de la Croix Bleue), sous l'inspiration de prêtres catholiques. En 1971, il est laïcisé et devient une fédération d'associations régionales et départementales (avec autonomie juridique). La Croix d'Or coopère notamment avec les médecins et les travailleurs sociaux. L'unité de structure est la section, qui fonctionne sous forme de permanence hebdomadaire où peut venir tout individu ayant un problème d'alcool. Le but du dialogue avec les anciens buveurs est la prise de conscience, favorisée par de multiples initiatives : groupes de discussions, films, équipes de visiteurs à domicile ou à l'hôpital, participation de la famille et de médecins, animation de groupes de jeunes, recours aux médias. L'engagement d'abstinence est proposé à ceux qui le souhaitent, pour une période de trois mois; puis d'un an, avec alors, remise de l'insigne du membre actif.

-Vie Libre : Ce mouvement est né en France en 1953, et d'emblée, s'est adressé à un milieu populaire ; « au monde des travailleurs ». Il se présente lui-même comme un mouvement laïc, de promotion familiale, professionnelle et sociale, basé sur l'abstinence. La cellule de base est l'équipe, qui comporte 5 ou 6 membres, anciens et nouveaux, dont un responsable. L'un des modes d'action est la visite au malade et à son entourage, particulièrement dans le but de préparer l'hospitalisation et d'en faire admettre la nécessité au sujet. Vie Libre insiste en effet sur la nécessaire collaboration avec le médecin car l'alcoolique est avant tout un malade. Pour l'ancien buveur, une des clés de sa réinsertion est de devenir militant. Comme la Croix d'Or, Vie Libre insiste fortement sur la prévention et la prise de conscience collective. Les adhérents, après six mois d'abstinence reçoivent leur carte rose de membre actif. Vie Libre a créé des foyers pour anciens buveurs, foyers qui sont axés sur la réinsertion socioprofessionnelle.

-Les Alcooliques Anonymes (AA): ce mouvement est apparu aux Etats-Unis vers 1935 puis a été introduit en France en 1960, et se définit lui-même ainsi : « Les AA sont une fraternité d'hommes et de femmes qui restent sobres en aidant les autres alcooliques à s'arrêter de boire ». Le recrutement se fait surtout parmi les classes moyennes et les cadres. Leur méthode se veut empirique ; fondée sur la nécessité générale d'un programme spirituel et sur la valeur particulière du témoignage pour l'aide à l'abstinence. Les témoignages constituent l'essentiel des réunions hebdomadaires des groupes tous répertoriés dans un annuaire régulièrement mis à jour. Ainsi tout AA qui s'éloigne de son domicile peut trouver et donner de l'aide. Ces réunions, qui sont à peu près la seule manifestation extérieure du mouvement, ont de particulier qu'elles sont fermées ; c'est-à-dire réservées aux seuls alcooliques. L'anonymat y est une règle d'or strictement observée. Dans les réunions, on ne s'appelle que par son prénom. De même, en public, on ne peut mettre en avant son appartenance aux AA. Enfin il n'existe théoriquement aucun leader formel du groupe. Parfois les groupes AA organisent une réunion ouverte pour que puissent participer des personnes professionnellement intéressées ; par exemple des médecins. Les AA assurent un auto-financement, refusant systématiquement toute subvention. Leur organisation matérielle est assurée par une structure administrative centrale, indépendante des groupes. Les AA ne s'occupent pas de l'aspect préventif, politique ou social. Mais les groupes ont étendu leur action à l'intérieur des prisons. Leur conception est que l'alcoolique doit se reconnaître impuissant devant l'alcool et qu'il ne peut progresser que par l'examen de conscience qui lui permettra de passer de l'état d'intempérant à celui d'alcoolique absteinent. L'alcoolisme c'est-à-dire la dépendance, étant selon eux une maladie définitive.

Dispositif toxicomanies

Les lits hospitaliers réservés aux soins pour toxicomanes

Dans les centres hospitaliers, il existe parfois des lits réservés aux soins pour toxicomanes. Ils sont généralement intégrés dans un service d'une autre spécialité. Sur le Littoral, ils se trouvent soit dans l'unité d'alcoologie, soit dans le service de psychiatrie, soit dans le service de médecine. Depuis l'instauration de la substitution, les overdoses et les cures de sevrage sont de moins en moins fréquentes.

Les centres de postcure pour toxicomanes

Ils sont inexistantes sur le Littoral.

Lorsque la solution de la postcure est envisageable, les toxicomanes demandent souvent à partir "dans le sud". Le fait de changer de département ou de région permet de quitter l'univers familial, de s'éloigner « du réseau » (il est plus difficile pour un toxicomane de trouver de la drogue quand il est sorti des réseaux, quand il change de région).

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (Csst)

Il en existe trois dans le bassin de vie Littoral. Ce sont des associations de Loi 1901, conventionnées par l'État, qui accueillent et prennent en charge les toxicomanes en ambulatoire et leur familles. Ce sont des lieux d'information pour tous, et certains d'entre eux possèdent une activité spécifique d'hébergement.

Leurs activités sont multiples :

- l'aide au sevrage hospitalier et ambulatoire ;
- l'accès au programme méthadone pour certains toxicomanes ;
- un soutien psychologique, socio-éducatif ;
- la possibilité de visites carcérales à la demande des détenus ;
- une activité d'hébergement ;
- l'organisation de réunions de prévention en milieu scolaire et autres ;
- la formation de professionnels.

L'Association Michel à Dunkerque a reçu en 1993 l'agrément de "centre de soins non médicalisé". Puis en 1996, celui

permettant de prescrire de la méthadone. La prise en charge devait à la base se limiter à 10 personnes, mais les demandes sont de plus en plus nombreuses (il y a actuellement, 22 personnes dans le programme méthadone).

Lorsque le médecin, l'infirmière et l'éducateur ne sont pas d'accord, la prise en charge peut être refusée. Dans ce cas la personne est réorientée vers d'autres adresses.

L'association accueille en moyenne 200 à 220 personnes par an.

Le personnel est composé d'un chef de service, d'un éducateur, d'un animateur, d'une secrétaire. Un médecin vacataire (travaillant également au centre hospitalier), un psychologue et une assistante sociale interviennent à temps partiel.

Une infirmière vient tous les matins pour distribuer la méthadone (lorsqu'ils sont stabilisés certains patients se la procurent en pharmacie). Le médecin consulte 2 fois par semaine.

L'objectif est de mettre en place une prise en charge globale du patient, aussi bien physiquement que psychiquement. Pour se faire les partenaires travaillent en coordination : médecins généralistes, associations, pharmaciens, centres de cure ambulatoire en alcoologie, psychiatres, service d'alcoologie et de toxicomanie du centre hospitalier...

Le Centre méthadone de Boulogne-sur-Mer est une antenne de l'association Aide bénévole contre la drogue (Abcd) située à Saint-Omer. Créé en 1997, il a reçu un agrément pour 20 personnes mais suit actuellement 32 patients. La méthadone est fournie par la pharmacie du CH de Boulogne. Le personnel est composé de la directrice, de trois infirmières détachées d'un des deux services de psychiatrie de l'hôpital, d'une secrétaire, d'un psychologue (travaillant également à l'antenne justice-toxico à Calais) et d'un psychiatre de l'hôpital.

Les toxicomanes sont reçus tous les jours de la semaine de 10 à 15 h.

La première rencontre se fait lors de l'inscription. La deuxième 15 jours plus tard avec le psychologue (qui essaie de

suivre le patient une fois tous les 15 jours). Le toxicomane choisit son médecin traitant et le médecin du centre se met en rapport avec lui. Certains font partie des réseaux de médecins généralistes constitués autour de la toxicomanie, "Généralistes et toxicomanies 59/62", et "MG et T 62".

Les patients viennent tous les jours ou tous les deux jours chercher la méthadone au centre. Quand une personne ne se présente pas avant 15h, la méthadone est alors rapportée au service de psychiatrie de l'hôpital où elle peut être retirée à toute heure.

Quatre patients sont suivis en médecine de ville, prennent leur méthadone en pharmacie et se rendent une fois par mois au centre. Cette démarche est possible lorsque la personne est stabilisée ou habite trop loin.

Les différents partenaires sont le centre hospitalier, les associations de médecins généralistes, Aide bénévole contre la drogue (Abcd), Boulogne drogue info (Bdi), les organismes de formation, de réinsertion...

L'Aide bénévole contre la drogue (Abcd) à Saint-Omer est non seulement un centre méthadone et un point-écoute pour les toxicomanes et leur entourage familial, mais elle organise également l'hébergement de certains toxicomanes en appartement thérapeutique ou en famille d'accueil. Le recrutement d'Abcd est régional voire national.

Le personnel se compose d'un directeur, d'un médecin, d'un psychiatre, de 2 psychologues, de 3 éducateurs spécialisés, d'une assistante sociale ...

La règle première est l'abstinence. Certains toxicomanes viennent dans ce centre parce qu'ils savent qu'il n'y a pas de traitement au Subutex et donc que les rechutes seront moins fréquentes. De plus, avec la méthadone, le trafic n'existe pas. Pour le traitement, le toxicomane peut prendre son médicament sur place, dans sa famille d'accueil (souvent en milieu rural), ou alors en appartement thérapeutique.

L'association reçoit des toxicomanes (dont des mineurs) faisant l'objet de mesures judiciaires. Elle procure aussi un

soutien psychologique aux toxicomanes en maison d'arrêt ; et ce afin d'engager un suivi à la sortie de prison. C'est le cas notamment au centre de détention de Longuenesse.

Par ailleurs, un projet sur les primo-consommateurs, en lien avec le Tribunal de Grande Instance de Saint-Omer, est en préparation. Ainsi, les fumeurs de cannabis ont un avertissement (en deçà de l'injonction thérapeutique) et ont obligation de se rendre à Abcd pour qu'y soit amorcé une réflexion autour de l'interdit. La loi intervient dans un cadre pédagogique. Ils rencontrent des éducateurs qui les font réfléchir sur la dépendance. Cela devrait s'étendre au tribunal de Calais et/ou de Boulogne-sur-Mer.

Il y a 6 places en famille d'accueil. Ce sont souvent des personnes originaires de la région, anciennement détenues en conditionnelle ou en détention provisoire. Un agrément est obligatoire pour devenir famille d'accueil. Elle est rétribuée 110 francs par jour et une personne doit être constamment présente au domicile. Le toxicomane doit participer aux travaux de la famille d'accueil. Parallèlement, il doit prendre part aux activités du centre Abcd. Cela lui permet de rétablir des liens avec autrui et aussi de revivre une expérience familiale. La durée de séjour de 3 mois paraît suffisante. A la fin de chaque mois, sont faits le bilan et le projet pour le prochain mois. Ces petits bilans permettent de réorienter la prise en charge. Il n'existe pas de moyenne d'âge pour intégrer une famille d'accueil. Si la personne est capable d'assumer une plus grande autonomie, elle peut ensuite bénéficier d'un appartement thérapeutique. Il y a 4 places sous conditions d'admission et d'entretiens préalables ; des ateliers « cuisine et sport » permettent à ces personnes de réapprendre à gérer leur temps. La durée du séjour est de 6 mois, renouvelable une fois. Les couples peuvent bénéficier de cette structure. Le suivi prend la forme de visites à domicile.

Enfin, l'association dispose de 3 places en appartement relais, pour des jeunes momentanément sans projet de vie (des

rencontres avec des éducateurs et un psychologue y sont organisées). Cet appartement est un lieu de transition. La durée de séjour est de 3 mois, renouvelable une fois. Le suivi se fait au centre.

Tous ces logements sont isolés les uns des autres dans la ville.

Les réseaux Ville - Hôpital

Il existe un réseau Ville - Hôpital à Dunkerque, Saint-Omer et Boulogne. Les liens des équipes hospitalières avec la ville s'établissent essentiellement par l'intermédiaire des équipes des centres de soins spécialisés aux toxicomanes. Pour se rapprocher des médecins généralistes (qui suivent de plus en plus de patients toxicomanes depuis l'autorisation de prescription des traitements de substitution en ville : Subutex), des réunions d'*intervisions* (discussions autour de cas cliniques) sont organisées par les réseaux. Ces rencontres permettent aux praticiens de travailler en cohérence avec les partenaires du dispositif de prise en charge. La formation des professionnels fait également partie des missions de ces réseaux.

Les associations de médecins généralistes

Il existe deux associations ; l'une régionale (G et T 59/62 : Généralistes et toxicomanies 59/62), et l'autre départementale (MG et T 62 : Médecins généralistes et toxicomanies 62). Leur objectif est de donner aux toxicomanes accès aux soins en milieu libéral, de permettre aux acteurs médico-sociaux de devenir partenaires et d'agir de façon concertée pour une prise en charge globale des patients toxicomanes. Leurs actions consistent, d'une part, en un suivi et un accompagnement des toxicomanes et de leur famille, et d'autre part, en une démarche préventive sous forme de séances d'information, de formations et d'écoutes téléphoniques.

Les lieux d'accueil et d'orientation.

Ce sont des associations de loi 1901 qui se chargent de l'accueil, de l'information et du soutien des toxicomanes et de leurs familles.

Les Associations Toxygène à Grande-Synthe et Pascal à Gravelines accueillent les jeunes en difficulté, les toxicomanes, l'entourage familial et les professionnels. Leur but est d'apporter une aide psychologique aux personnes en difficulté, un suivi socio-éducatif (accompagnement dans les démarches de réinsertion) et un soutien aux familles ; notamment lors des sevrages. Concernant Toxygène, un projet d'hébergement de transition de 8 places serait en programmation. L'équipe se compose actuellement d'un permanent, de 2 infirmiers psychiatriques, et d'un animateur social.

L'antenne "Justice-toxicomanie" à Calais est une antenne d'accueil émanant de l'association Abcd. Elle apporte un suivi éducatif psychothérapeutique ambulatoire aux personnes orientées par la justice ou qui sont en détention provisoire. Un volet "accompagnement des parents" en grande souffrance psychologique et sociale va être mis en place.

Le centre travaille en partenariat avec la justice et le Comité communal d'actions sociales (Ccas), la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam), la Caisse d'allocations familiales (Caf), les missions locales pour les moins de 25 ans et les Agences nationales pour l'emploi (Anpe) pour les plus de 25 ans.

Le centre Améthyste à Calais a été mis en place par Abcd pour le suivi éducatif et thérapeutique des personnes dépendantes de l'alcool, de la drogue ou de médicaments.

Les points écoute

Ce sont des associations de Loi 1901, conventionnées par l'État.

Elles accueillent et prennent en charge les toxicomanes et leur famille, informent et font de la prévention pour tous.

Boulogne drogue info (Bdi) à Boulogne-sur-Mer est un point écoute jeunes et parents. Un éducateur, un médecin et une secrétaire organisent la vie de cette association. Ils accueillent les jeunes ayant des problèmes de dépendance à la

drogue, et en discutent avec le(s) parent(s). Le but premier est d'aider la personne à en finir avec la drogue, et de mettre en œuvre un travail psychothérapeutique sur la raison de sa consommation.

Bdi accompagne le sevrage ambulatoire et hospitalier, et aide à la réinsertion. Il met en place des actions de prévention en milieu scolaire ou associatif et possède une documentation constituée de divers outils tels que vidéos, plaquettes, ouvrages... Il organise également des activités artistiques et sportives et travaille également en partenariat avec les autres structures locales du dispositif toxicomanie.

Il existe également des points écoute à Calais.

Les actions de prévention

L'une des clés de la gestion du risque addictif est la prévention. Pour les adultes, les actions sont davantage spécifiques à l'alcool et ont lieu essentiellement en milieu professionnel, ou à l'occasion de journées organisées dans des lieux publics (journée sans tabac, journée sans alcool...). Pour les jeunes, les actions sont de plus en plus souvent globales et visent tous les types d'addiction ; voire toutes les conduites déviantes. Des séances d'information, des jeux (par le théâtre, concours de dessins...) avec toutes sortes de nouveaux outils pédagogiques sont organisés en milieu scolaire : école primaire, collège, lycée. Cette diversité de matériel permet une meilleure adaptation aux demandes des établissements scolaires et des élèves.

-Théâtre interactif : à l'initiative du lycée Mariette et de la Cpam de Boulogne-sur-Mer, un projet est en cours de réalisation avec des comédiens de la troupe Arcadia. Des saynètes retraçant les problèmes auxquels certains jeunes sont confrontés (alcoolisme parental et personnel, dépendance aux drogues, fugues) sont mis en scène devant des classes. Le but est que le spectacle soit interactif. A tout moment critique de la scène, un « stop » peut être déclaré, et le débat peut commencer entre animateurs et élèves. L'objectif d'un tel

projet est de pouvoir être réalisé dans d'autres établissements.

-Programme d'échange - information avec l'équipe de santé scolaire de Boulogne-sur-mer : une ou deux heures par semaine pendant six semaines, les élèves de 4^e ont rendez-vous avec le médecin scolaire et l'infirmière pour un atelier santé. Par petits groupes de 12, ils discutent de leurs habitudes de vie.

-Le programme "Acapulco" a été conçu par le Comité départemental de prévention de l'alcoolisme du Nord (Cdpa) et le service de promotion de la santé de l'Inspection académique, en faveur des élèves. Il s'adresse à des jeunes de 13 à 16 ans ; âge où les adolescents ont des consommations épisodiques de produits psychotropes. Il comprend deux volets :

1-la formation de responsables : médecins, infirmières, animateur.

2-les interventions qui se font dans les collèges ou sur les lieux de rencontre des jeunes. Dans le Pas-de-Calais, une centaine de collèges ont déjà bénéficié de cette formation.

La prévention est envisagée au sens large, à travers trois ateliers thématiques : le goût, les pressions sociales et les habitudes. Chaque séance comporte des exercices pratiques, et un temps de réflexion.

Un premier bilan a été dressé. Il en ressort que 40 % des élèves ont changé leur regard sur eux-mêmes, sur les autres et sur les adultes. Ils renoncent notamment à leur «envie de frimer». Par ailleurs, 66 % des classes fonctionnent mieux après ces temps d'échange.

Le programme est financé par le Conseil général. L'Education nationale en est partenaire, ainsi que certaines villes comme Calais et Le Portel.

Il est développé depuis trois ans dans les établissements scolaires du Pas-de-Calais.

Cette démarche est née d'un constat : « face à la consommation d'alcool chez les jeunes, la prévention classique reste sans effet. L'important est de réfléchir avec eux sur leur mal-être, leurs difficultés de communication, pour les

aider à mieux comprendre leur façon de réagir ».

-Le programme de prévention de la toxicomanie sur Berck organisé par Abcd est une expérience pédagogique sur CD ROM. 800 jeunes de collèges et de lycées en ont bénéficié. Un questionnaire a été distribué aux élèves. Ils ont ensuite regardé un CD ROM leur rappelant les méfaits du tabac, de la drogue, de l'alcool. Puis une évaluation a été faite pour connaître ce qu'ils avaient retenu (les résultats de l'évaluation n'ont pas été communiqués).

-Le programme "Chrysalide", coordonné par Abcd, a pour objectif de rétablir ou de renforcer un processus de prise de conscience de la fonction parentale chez les jeunes. Ceci en vue d'une meilleure intégration de la loi symbolique afin d'éviter que certains ne soient tentés par des conduites telles que la violence, la toxicomanie, les tentatives de suicide. Chrysalide consiste en l'organisation de groupes de réflexions, animés par un psychologue, dans des classes de primaires (CM₁), collèges (6^e,4^e) et lycées (2^{ndes}) des secteurs publics et privés. Environ 7 à 8 rencontres sont prévues au cours de l'année scolaire (1 toutes les 3 semaines).

12 établissements et 260 jeunes de l'Audomarois et du Béthunois y ont adhéré en 1997/1998. Un psychologue est passé auparavant dans les classes pour informer les jeunes de la démarche. Ceux qui étaient d'accord pour participer en ont fait part à leur référent (Conseiller Principal d'Education). L'évaluation de ce programme a pu mettre en évidence une amélioration de l'intégration de la loi, d'abord de la loi sociale, puis de la loi parentale. Ce sont surtout les garçons, jeunes, qui seraient les plus bénéficiaires de l'intervention. 65 % des élèves ont estimé que ces rencontres leur ont été utiles.

-Le Pari Boulonnais, le Pari Desvrais sont des créations locales (le Pari Boulonnais est le plus ancien). Des acteurs du monde de la santé, de l'univers scolaire, associatif, ont mis en place avec le concours des élèves de collèges et de lycées un événement sur deux jours. Il s'agit de montrer aux gens que l'on peut éviter de boire de l'alcool durant quelques jours (chez les cafetiers

participant au programme, divers cocktails sans alcool sont proposés, une soirée sans alcool est créée pour les jeunes...).

-A l'échelle nationale, dans chaque école, collège, lycée a été installé un Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (Cesc) dans le cadre d'une politique éducative permettant aux jeunes de devenir des citoyens responsables et autonomes, et d'opérer des choix favorables pour leur santé.

Le Cesc aide à la réalisation du projet d'établissement en favorisant la communication interne et externe de l'établissement, en rassemblant les membres de la communauté éducative, en établissant avec un réseau de partenaires extérieurs des objectifs éducatifs communs à partir d'un état des lieux et d'un diagnostic partagés.

Le Cesc fédère les initiatives organisées au profit des élèves dans l'établissement et autour de lui ; aborde les problèmes rencontrés par les jeunes et organise avec leur participation des actions innovantes en matière de santé, de citoyenneté et d'amélioration du cadre de vie.

Les projets se définissent en fonction des textes nationaux, mais plus particulièrement par rapport aux priorités locales.

-Certains centres de cures ambulatoires en alcoologie sont partenaires des programmes de prévention mis en place, soit en recevant les jeunes envoyés par un organisme type mission locale, soit en participant à des actions d'information en collège ou lycée. Ce travail se fait par groupe d'élèves et en général s'installe dans la durée (renouvellement de l'action dans l'année).

-Santé et Convivialité Autrement entre dans le cadre de «Challenge», Programme régional de santé sur les cancers. Il consiste à monter des actions de santé sur le Dunkerquois et le Boulonnais dans le but de réduire les inégalités face à la prévention et de faire évoluer les mentalités par rapport aux cancers. Ces actions sont élaborées à partir d'un travail réunissant la plupart des acteurs locaux intervenant aussi bien

dans le champ sanitaire, social que pédagogique.

Les actions de formation

Dans la plupart des structures du dispositif de prise en charge des conduites addictives, en plus des actions de prévention, des actions de formation sont proposées aux acteurs locaux : médecins généralistes, infirmiers, éducateurs ...

- À Dunkerque, un groupe de médecins généralistes a commencé à se former pour la prise en charge des alcooliques. Ce groupe se tient depuis 2 ans, dans le cadre de la formation médicale continue (FMC). Ainsi, 15 médecins généralistes du Dunkerquois se retrouvent tous les vendredis après-midi pour travailler sur l'alcool. Ils vont continuer cette année sur le thème de la toxicomanie. « Cette démarche est rare mais encourageante. Dans le cursus médical, il n'y a pas assez d'heures d'alcoologie. »

- À Boulogne également un groupe de médecins généralistes a suivi une FMC assurée par l'équipe du Ccaa. Malgré une certaine réticence au départ, beaucoup ont finalement reconnu des bénéfices secondaires dans leurs pratiques professionnelles.

- Une intervention du Comité départemental de prévention de l'alcoolisme d'Arras auprès de médecins du travail de l'Audomarois est en cours de mise en place. « Ils voudraient obtenir des solutions de suite mais il est essentiel de faire en première phase un état des lieux par rapport à l'alcool, et notamment travailler sur leurs propres représentations car a priori ce n'est pas évident d'aborder le problème. » Les médecins du travail soulignent la difficulté d'organiser des actions de prévention de l'alcoolisme : « il faudrait en faire mais on ne peut pas se contenter de coller des affiches, cela demande un savoir faire. » Il y a peut-être là une demande de soutien spécialisé (service d'alcoologie, associations...).

- Réseau Emeraude. Dans son volet formation, l'association Abcd intervient auprès d'éducateurs, d'infirmières et de personnels enseignants. Toutes les

personnes formées par Abcd (environ 300) se réunissent trimestriellement (réunions décentralisées) ; ce qui permet d'entretenir un réseau de personnes relais sur le terrain.

-Sacado : Plusieurs professionnels médico-sociaux du Littoral ont été formés par le Cdes (Comité départemental d'éducation à la santé) à l'utilisation de l'outil "Sacado", qui permet de parler en groupe de la santé, au sens large, et d'aborder notamment des questions touchant au bien-être, à la relation à l'autre, à l'estime de soi, la confiance en soi, mais aussi des thèmes de santé plus spécifiques comme le sida, la toxicomanie, l'alcool... Cet outil permet à l'intervenant de répondre aux attentes d'un groupe plutôt que de lui imposer un thème de prévention.

"Sacado, c'est un outil qui donne la possibilité aux participants de concrétiser le mot santé, de créer un espace de communication et de permettre la participation. Sacado, c'est bien plus qu'un simple outil. C'est une démarche innovante qui implique les adolescents de manière différente³."

Il est à noter que cet outil, initialement conçu pour les adolescents, s'avère utilisable avec tout public.

LES CONDUITES ADDICTIVES CONSTATEES SUR LE LITTORAL

La population touchée s'étend de l'alcoolisme fœtal à celui de l'adolescent, en passant par l'alcoolisme de couple, celui causé par le chômage et celui du 3^e âge.

"Vivre aujourd'hui sans alcool, c'est plus facile qu'avant, la maladie est mieux connue et les abstinents mieux acceptés, c'est plus le mal-être, le poids des difficultés qui fait reprendre, pas l'entraînement."

Que ce soit au travers de structures hospitalières, de centres de cures ou de post-cure, de centre de réinsertion, de

suivis ambulatoires, on remarque en analysant les entretiens, que les conduites addictives sont différentes selon que sont touchés les jeunes ou les adultes

La diminution des lieux de socialisation tels que les cafés et le développement des "grandes surfaces" pourrait favoriser des conduites d'alcoolisation cachées et excessives.

"L'alcoolique est un silencieux qui garde tout pour lui. Il faut multiplier les lieux où les gens peuvent s'exprimer, et c'est pourquoi il ne faut pas fermer les bistros. C'est un lieu de rencontre, qui donne un statut au buveur. C'est encore pire de boire tout seul chez soi."

Les hangars "cash and carry", créés à l'origine pour les touristes anglais, ont probablement un effet sur la consommation de substances alcoolisées.

"C'est grave, car n'importe quel jeune sur Calais peut trouver de l'alcool partout et à un bon prix. C'est encore plus facile de s'en procurer qu'ailleurs."

LES ADULTES

Ce qui a le plus changé ces dernières années, c'est la difficulté pour un malade alcoolique de se réinsérer, de remonter la pente.

"Il y a plusieurs dizaines d'années, lors de la période des « Trente Glorieuses », lorsqu'une personne buvait, il y avait encore le travail comme bouée de sauvetage. Le malade alcoolique était généralement un homme, les couples étaient peu endettés donc pouvaient remonter la pente sans trop de problèmes. Aujourd'hui tout a changé, que ce soit dans le travail comme dans les rapports avec autrui : le chômage, les divorces sont très nombreux, l'individualisme est bien présent, même au sein des couples, des familles. Certains ont chuté, ont perdu leur logement, leurs vacances, leur niveau de vie et on ne peut plus leur faire espérer retrouver leur ancienne situation. Autrefois celui qui buvait et qui était au chômage, on l'aidait à retrouver la santé puis il trouvait du boulot."

³"Adolescences, communication et santé" - Guide pour une démarche Sacado – Martine Batuelle, Lucette Barthélémy, Yves Dario – Educa-Santé – Direps Grand Est – 82 p.

Cette alcoolisation traduit un mal-être. Certaines personnes perdent leur travail à cause de l'alcool, et d'autres connaissent le chômage puis l'alcool.

Certains informateurs remarquent qu'aujourd'hui les adultes de plus de 30 ans boivent moins, probablement grâce à la prévention et à la répression.

En revanche, il semble que l'alcoolisation féminine ainsi que l'alcoolisation d'adolescents de plus en plus jeunes soient en augmentation.

L'alcoolisme chez les femmes serait différent de celui des hommes car caché, personnel, et souvent lié à une anxiété, à des deuils, des dépressions, un divorce... L'éthique culturelle et sociale considère les boissons alcoolisées comme des breuvages virilisants et donc réservés aux hommes. La femme alcoolique est par conséquent moins bien tolérée. Elle est l'objet de réprobations qui l'amène à se réfugier dans la clandestinité et la honte⁴. Les femmes semblent en parler cependant plus facilement à leur médecin ou à quelqu'un d'autre, bien que cela soit encore très "tabou". Les médias, qui en font plus souvent état, y sont peut-être pour quelque chose.

"Avant, cela concernait seulement les femmes mal dans leur peau. Aujourd'hui, c'est comme le tabac, il y a une affirmation de soi, les femmes fument et boivent comme les hommes. La difficulté est d'amener la femme à parler de son problème, l'alcool est rarement avoué et reconnu, souvent elle vient consulter pour autre chose. Cependant, ce type d'alcoolisme est plus facilement "médicalisable" car les causes sont souvent plus claires."

Ces personnes devenues alcoolodépendantes, hommes ou femmes, ont souvent connu ou connaissent encore un alcoolisme familial, des violences sous différentes formes (verbales, physiques), des problèmes d'ordre psychologique, ou une situation professionnelle instable (chômage...). Pour certain(e)s, un passé

si lourd, complexifie la prise en charge. Il leur faut alors une réelle motivation, un important soutien moral ainsi que l'écoute attentive du personnel soignant et/ou des membres de la famille. Dans la plupart des cas, l'alcoolisation traduit un mal-être.

A l'alcool, s'ajoutent de plus en plus souvent des médicaments (anti-dépresseurs, somnifères...).

Apparemment, depuis quelques années, la consommation de diverses drogues serait en hausse. Les demandes de prises en charge dans les centres de soins spécialisés pour toxicomanes sont en augmentation. Les structures de Dunkerque, Boulogne et St Omer accueillent davantage de personnes que le nombre de places prévu à leur ouverture.

"La toxicomanie est en développement. Le fait qu'il existe des centres de soins et d'accueil fait peut-être plus prendre conscience de l'ampleur des dégâts."

Le développement de la polytoxicomanie inquiète les personnes rencontrées. Le «complément» peut prendre la forme de divers médicaments, de l'alcool, du cannabis... Les produits de substitution n'empêchent pas la prise d'une autre substance illicite (par exemple : méthadone et héroïne).

Les personnes prises en charge dans les centres de soins ou point écoute pour toxicomanes sont en général de sexe masculin (environ 3 hommes pour une femme). Certaines femmes sont enceintes.

"Au centre, les femmes enceintes sont également suivies. Elles sont mises en relation avec la PMI, Les femmes toxico ont généralement des accouchements à problèmes (prématurés...). On peut se demander quel sera l'avenir des enfants, dont les parents viennent au centre et qui sont donc déjà associés à cet univers de dépendances."

En général, l'héroïne et le mélange de substances sont les principaux produits consommés par ces toxicomanes. Lorsqu'est prescrit un traitement sous

⁴ Vabret F., Bouchard S, Rouhart I, Davy A, Psychologie de la femme enceinte alcoolique, *Alcoologie* 1999 ; 21(4) :487-491

méthadone, il peut y avoir des «rechutes» avec des injections d'héroïne, ou la prise de cannabis (en général, les toxicomanes fument beaucoup.)

La moyenne d'âge s'est stabilisée autour de 25 ans. Car même si les produits de substitution permettent de quitter le monde de la drogue plus sûrement, cela prend du temps ; allongeant ainsi la moyenne d'âge des toxicomanes.

Toutes les classes sociales sont touchées par ce phénomène, même si les personnes provenant de milieux sociaux défavorisés sont plus exposées. Les milieux dits « bourgeois » connaissent aussi des problèmes de toxicomanie mais préfèrent aller se faire soigner ailleurs, dans des structures privées à l'extérieur de la ville d'origine.

"Il ne s'agit plus de vrais marginaux comme avant. Les personnes appartenant aux catégories socioprofessionnelles (Csp) défavorisées, ainsi que les familles monoparentales sont nombreuses. Ceux des Csp plus favorisées vont se faire soigner ailleurs ou en ville. Elles sont très exigeantes et souhaiteraient régler l'affaire assez rapidement."

Les conséquences de cette dérive sont souvent identiques. La situation familiale est difficile à vivre au quotidien : divorce, famille monoparentale, violence, inceste, deuil...

"La cause de cette dépendance est souvent due à des problèmes personnels et familiaux. La drogue aide à faire disparaître les ennuis et les angoisses, mais pour un temps seulement. L'effet du « flash » est très dangereux pour ces personnes fragilisées, déséquilibrées."

En général, les patients qui entrent dans des centres de soins pour un sevrage ont déjà tenté d'arrêter ; soit en ayant pratiqué un sevrage en ambulatoire soit en cure dans les services hospitaliers, puis souvent de post-cure en post-cure. En effet, les rechutes sont fréquentes. Il ne s'agit pas seulement de se sevrer, il faut ensuite combler le vide psychologique.

"Le problème est encore plus compliqué pour la toxicomanie que pour l'alcoolisme. La toxicomanie est plus vicieuse, illégale, se fait en cachette (si un toxico craque, il ne le dira pas), alors que l'alcoolisation est « légale » et a même un rôle social. La prise de conscience de l'alcoolisme est plus longue (peut mettre des années), mais quand elle a lieu, l'arrêt est plus facile."

Le syndrome d'alcoolisme fœtal

Pour certains, il n'y aurait pas d'évolution du nombre de cas de syndrome d'alcoolisme fœtal recensés, mais le dépistage et la prise en charge seraient insuffisants, pour d'autres, le nombre de cas augmente.

"Il n'y a pas de sensibilisation, ni de prévention à ce sujet, il est vraiment peu connu."

Le Centre de cure ambulatoire en alcoologie (Ccaa) de Boulogne et le Centre de prévention et de traitement des conduites addictives (Cptca) d'Étaples travaillent en partenariat avec la CPAM de Boulogne-sur-mer sur ce thème. Des formations sont faites pour qu'un accueil puisse se créer afin de prendre en charge les femmes enceintes dépendantes de l'alcool.

Il est vrai que les jeunes sont sensibilisés aux méfaits du tabac pendant la grossesse mais pas à ceux de l'alcool. » « On donne encore de la bière dans les maternités pour favoriser les montées de lait."

À Dunkerque, il y a un groupe de travail sur ce sujet qui se réunit tous les deux mois associant des gynécologues, des sages-femmes, des puéricultrices, des pédiatres, et des alcoologues, pour aider les soignants à parler de ce problème avec les femmes. Ce groupe a donc un double objectif : former les gynécologues, et intéresser les jeunes médecins à l'alcool.

LES JEUNES

"Dans certaines de ces familles touchées par l'alcoolisme, les enfants sont mal

nourris. Les subventions de la CAF sont utilisées pour autre chose que la cantine. C'est une chose que l'on observe de plus en plus."

Les informateurs sont particulièrement inquiets de la montée de l'alcoolisme chez les jeunes. La consommation de boissons alcoolisées commencerait de plus en plus tôt dans l'adolescence.

"C'est juste par envie de goûter disent les jeunes. La grande majorité des jeunes ne sont pas particulièrement en danger. Ceux qui doivent retenir notre attention, ce sont ceux qui cumulent les symptômes de mal-être et qui représentent vraisemblablement entre 20 et 30 % de ces classes d'âge."

"Ils se défoncent à l'alcool pour se défouler. Certains peuvent consommer 24 à 48 bières en 2 heures ! Cela arrive surtout en fin de semaine. Ils peuvent devenir alors dépendants de l'alcool."

"De nouvelles boissons alcoolisées sont apparues, ce sont les "prémix" ; sodas accompagnés d'alcools forts qui ont l'apparence d'une boisson non alcoolisée. Les jeunes les appellent les "shooters"."

L'alcool semble cependant moins préoccuper les professionnels que la drogue. Pourtant, plusieurs études prouvent que la consommation de produits illicites est plus fréquente parmi les jeunes qui ont déjà eu des conduites d'alcoolisation. L'utilisation d'un produit psychoactif, quel qu'il soit favorise toujours l'usage des autres⁵.

Depuis 10 ans, la drogue serait venue tout compliquer, elle aurait accentué les dysfonctionnements et la violence.

"Auparavant on connaissait l'alcoolisation seule. Aujourd'hui, il existe l'alcoolisation et le commerce de la drogue pour survivre."

"La charge émotionnelle associée à la consommation de drogues illégales fait

généralement passer au second plan, les problèmes liés à l'alcool et au tabac chez les adolescents. Il demeure relativement rare que les parents ou enseignants alertent les médecins ou les intervenants en prévention pour des problèmes de ce type, alors que la découverte d'un morceau de haschich, ou d'un plant de cannabis suffit à déclencher de grandes manœuvres, ou de graves conciliabules, à moins qu'on doive faire appel à une ambulance pour un coma éthylique, ce qui est peut-être plus fréquent qu'une overdose de drogues, du moins chez les écoliers de 15-16 ans "

L'un des éléments expliquant le rajeunissement des consommateurs est la facilité d'accès à l'alcool. Pour les mineurs, il devrait être limité par la loi Evin (1991). Mais cette loi est difficile à appliquer, d'une part pour les responsables de débits de boissons, d'autre part parce que l'alcool dans certains commerces est en vente libre.

Les professionnels sont également inquiets quant au nombre croissant des jeunes toxicomanes de 15-16 ans (héroïne, médicaments tels que les anxiolytiques, l'ecstasy et les produits de substitution).

Plusieurs facteurs de risques comme l'environnement familial et social défavorables, les modifications physiologiques et psychologiques propres à l'adolescence, le manque d'estime de soi viennent s'ajouter pour expliquer la vulnérabilité de certains jeunes.

"La période de l'adolescence est, en règle générale, «difficile à passer», que ce soit pour les jeunes ou pour les parents. La révolte contre la société, contre le modèle parental, la volonté d'autonomisation se mêlent à l'incompréhension des parents. Les conditions de vie familiale (divorce, isolement d'un parent, violence familiale, alcoolisme, chômage...) et l'environnement social (fréquentations, scolarité...) jouent un rôle essentiel dans l'alcoolisation festive ou problématique du jeune. Il semble que l'échec et surtout l'exclusion scolaire exercent une

⁵ D. Bailly, P.J. Parquet, les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent, tome 1, rapport de psychiatrie – ed. Masson -1992

influence plus déterminante que beaucoup d'autres facteurs."

Lorsque l'entourage est trop rigide, sur-protecteur, ou encore trop laxiste, l'évolution de l'autonomie est entravée. Il arrive alors que l'adolescent cherche, non sans une certaine violence, à se réapproprier son corps et son existence à travers une rupture brutale des liens familiaux. La consommation peut alors venir combler un sentiment de vide, un manque insatiable ou la perte grave de l'estime de soi.

La consommation d'alcool ou de drogue s'impose ainsi à un certain nombre de jeunes comme un moyen de défier l'autorité parentale, de se sentir adulte, de prendre de l'importance à l'égard d'ami(e)s, d'être un autre lors de soirées... Des passages à l'acte réguliers sont souvent assez caractéristiques du mal-être.

"Les jeunes sont livrés à eux-mêmes ; ils réagissent par impulsions. Ils n'ont pas appris à prendre de la distance entre le plaisir et le déplaisir. Il est important de s'occuper des jeunes. C'est urgent. Il y a un déficit dans le suivi des 15/25 ans qui ont des troubles du comportement social et de la santé."

"Si les parents ne sont plus capables d'inculquer des repères aux enfants, qui va les leur donner ? Il faut accepter de s'occuper de ces jeunes. Il faut mettre en place une thérapie qui leur apprenne à accepter l'idée du soin, et le soin après. Il y a un sacré travail à faire : on va faire avec retard, dans des conditions précaires, ce qui aurait dû être fait depuis longtemps."

Ce qui a aussi été souligné, c'est que la perception que les jeunes ont de leur éventuelle consommation d'alcool ou de drogues n'a rien à voir avec l'image qu'ils se font des consommateurs dépendants. De même qu'un buveur adulte, même excessif, ne s'identifie pas à un alcoolique. Cela signifie que les adolescents peuvent se montrer très moralistes au sujet des drogues ou de l'alcool, condamner sans appel les alcooliques et les toxicomanes, sans

pour autant renoncer eux-mêmes à toute consommation.

Les interlocuteurs des jeunes appartenant à des professions diverses telles qu'assistante sociale en milieu scolaire, infirmière scolaire, animatrices santé des missions locales, professeur principal d'une classe, adhérents d'une association néphaliste, sont extérieurs à la cellule familiale et peuvent alors véhiculer une image de confiance. En travaillant en réseau, ils peuvent orienter le jeune demandeur vers le bon interlocuteur ou la structure appropriée. En général les jeunes ne s'adressent jamais directement à eux pour un problème d'alcool ou de drogue. C'est au professionnel de décrypter la demande en étant à l'écoute.

Les centres de soins, médicalisés ou non, et les points écoute jeunes-parents permettent aux familles de venir aborder le problème de la drogue d'un enfant avec un membre de l'association (éducateur, un psychologue...). En général, seul un parent se déplace ; en particulier les mères. Les éducateurs parlent du désarroi de nombreux parents.

"On accueille également des parents qui sont en recherche d'informations sur le cannabis, que fume leur enfant, d'autres sont dépassés par la situation ou ne veulent (et ne peuvent plus) plus le garder à la maison."

Peu d'adolescents en difficulté avec l'alcool consulteraient dans les Ccaa et dans les services hospitaliers. Ces structures ne leur sont peut-être pas adaptées. Pour cela il est important de renforcer le travail en réseau afin de mettre en rapport le médical et le social et de permettre ainsi l'accès aux soins des plus démunis et/ou exclus.

Les jeunes toxicomanes viendraient plus facilement dans les structures du dispositif de soins spécialisé, d'une part en raison d'une plus forte pression de la famille à qui la drogue fait peur, et aussi, d'autre part, du fait que souvent, des jeunes ex-toxicomanes travaillent dans ces structures, ce qui facilite peut-être l'accessibilité vis à vis d'un public marginalisé.

LES CONTROLES PREVENTIFS D'ALCOOLEMIE
DANS LE NORD - PAS-DE-CALAIS

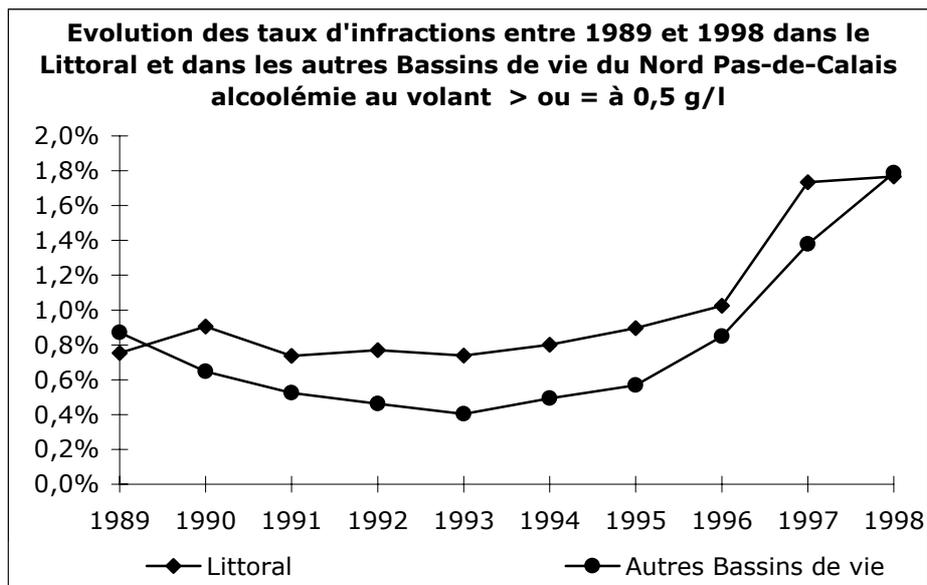
L'Association régionale de sécurité routière (Arsr) analyse régulièrement l'évolution des données issues de la cour d'appel de Douai portant sur les contrôles d'alcoolémie au volant. Les données issues des trois tribunaux de grande instance (TGI) du Littoral (Dunkerque, Saint – Omer et Boulogne) sont comparées à la moyenne régionale. En fonction du taux d'alcoolémie retrouvé au cours d'un contrôle préventif, les peines infligées sont les suivantes :

-s'il est compris entre 0,5 et 0,8 grammes par litre de sang, il est prévu une amende maximale de 5 000 francs et le retrait de 3 points de permis.

-Si le taux dépasse 0,8 g/l, il s'agit d'un délit et la personne est passible de plusieurs mesures restrictives, variables selon l'importance de ce taux et la présence ou non d'autres facteurs aggravants (comme la récidive ou le défaut de permis de conduire). Ces mesures permettent, selon l'Association régionale de sécurité routière, une adaptation précise à la gravité du comportement et à la personnalité de l'auteur. Assorties de l'exécution provisoire, elles sont exécutées très rapidement après le constat de l'infraction et ont donc vocation à dissuader la récidive. Ces mesures peuvent être un retrait de 6 points et une amende, une suspension du permis de conduire pendant une période minimale de 6 mois, l'annulation du permis pendant 1 an avec obligation de repasser les épreuves du code de la route et de la conduite, l'interdiction du permis de conduire pendant une durée de 10 ans, ou enfin une peine de prison.

En 1998, 56 496 personnes ont été contrôlées par les TGI du Littoral au cours de 4 783 contrôles (soit en moyenne 13 contrôles effectués par jour et 12 personnes contrôlées à chaque fois). 998 dépistages se sont révélés positifs, mettant en cause 1,77 usagers sur 100 dépistés. Dans le reste de la région, 221 662 personnes ont été contrôlées en 1998 au cours de 12 733 contrôles (soit plus de 20 personnes contrôlées en moyenne à chaque fois). 1.79 personnes présentaient un taux supérieur à 0.5 g/l. Au niveau national en 1997, le taux de dépistage positif était également de 1,79 % mais portait sur l'ensemble des contrôles et non seulement sur les préventifs. Il semblerait donc qu'il y ait un taux supérieur dans la région. Par ailleurs, 6 572 783 dépistages ont été réalisés en France en 1997 dont 198 400 dans la région (soit 3%) ce qui correspond à une faible part comparé au poids de la population régionale par rapport à la France (6,6%) et surtout la sévérité des indicateurs de l'alcoolisme dans la région. Il est important de rappeler que le dépistage d'une alcoolémie supérieure à 0,5 g/l et ses conséquences judiciaires peut également permettre une prise de conscience du sujet et/ou de son entourage, et l'amener ainsi à faire une démarche de soins.

L'évolution des taux d'infraction (pourcentages de personnes contrôlées avec une alcoolémie supérieure ou égale à 0,5 g/l sur le nombre total de personnes contrôlées), est dans le Littoral parallèle à celle du reste de la région. Les taux d'infraction augmentent régulièrement depuis 1993. On remarque toutefois que le taux calculé dans le Littoral est égal à celui du reste de la région en 1998 alors qu'il était plus élevé depuis 1990.



Source : ARSR, Cour d'appel de Douai, Parquet général.

LES TOXICOMANES AYANT EU RECOURS AUX STRUCTURES SANITAIRES ET SOCIALES

En novembre 1997, les ratios de toxicomanes pris en charge et domiciliés dans les arrondissements du Littoral varient de 20 à 87 pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans. Ils sont plus bas à Montreuil (27) et Saint-Omer (20), et très élevés à Calais (72), Dunkerque (87) et surtout Boulogne (97). Ce résultat montre, par rapport à ceux de 1995, une nette augmentation du nombre de toxicomanes boulonnais et calaisiens pris en charge, une plus légère

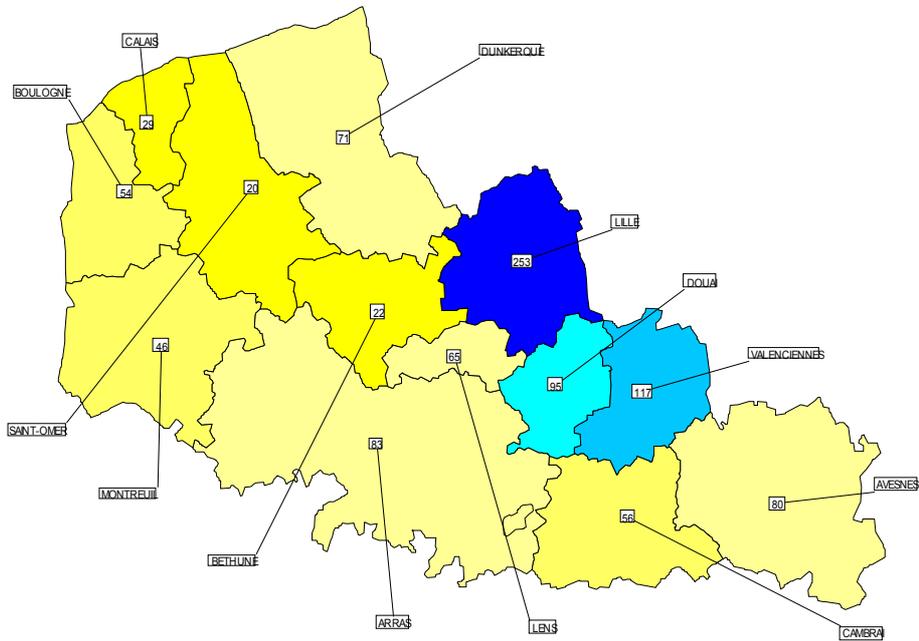
augmentation sur Dunkerque, une stagnation à Saint-Omer voire même une diminution à Montreuil (cartes page suivante).

Il est important toutefois de préciser que l'enquête n'a enregistré que les toxicomanes pris en charge dans les services sanitaires et sociaux. Elle n'est donc pas exhaustive. De plus, lorsqu'une augmentation du nombre de cas est enregistrée sur un arrondissement, cela peut aussi bien s'expliquer par une recrudescence du phénomène que par un développement de la prise en charge.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

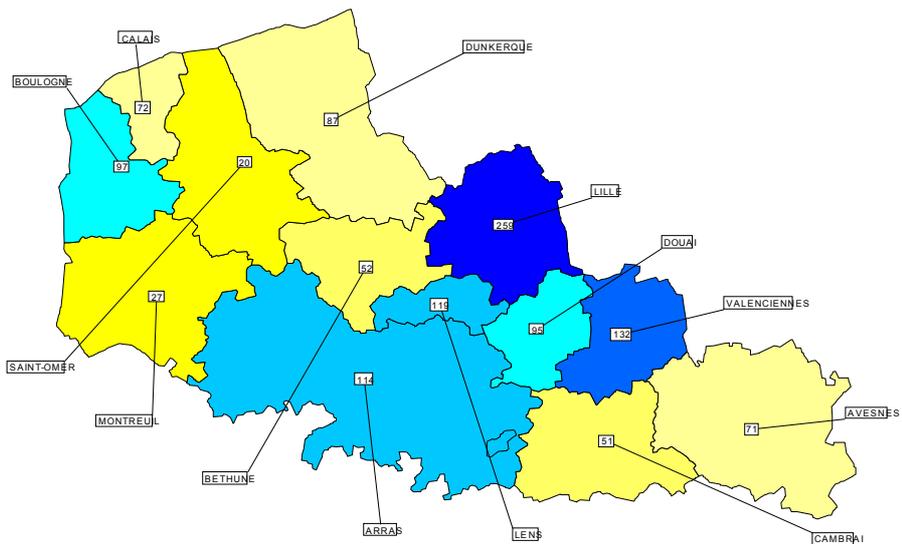
Ratios* par arrondissement du domicile des toxicomanes ayant été pris en charge par un établissement sanitaire ou social en Novembre 1995 dans la région Nord-Pas-de-Calais



(*) pour 100 000 habitants de 15/49 ans en 1990

Source : D.R.A.S.S. - Enquête Toxicomanies - Novembre 1995

Ratios* par arrondissement du domicile des toxicomanes ayant été pris en charge par un établissement sanitaire ou social en Novembre 1997 dans la région Nord-Pas-de-Calais



(*) pour 100 000 habitants de 15/49 ans en 1990

Source : D.R.A.S.S. - Enquête Toxicomanies - Novembre 1997

**LES MANQUES DANS LA PRISE EN CHARGE
DES CONDUITES ADDICTIVES DANS LE
BASSIN DE VIE DU LITTORAL**

La prise en charge des patients dépendants de l'alcool semble insuffisamment développée à tous les niveaux :

-certains médecins généralistes, également alcoologues (effectif encore très limité), affirment qu'il existe un manque important en alcoologie de ville. Il arrive régulièrement que des patients leur soient envoyés par des collègues généralistes.

-au niveau des Ccaa, les équipes sont trop restreintes pour développer davantage d'actions de prévention et de formation.

-les zones rurales ne sont pas ou peu prises en compte sur le Littoral de la Côte d'Opale en matière de prévention ; notamment au niveau des cantons de Desvres, Marquise, Montreuil et Berck où

des poches d'alcoolisation fortes sont constatées.

- Les actions de prévention sont rarement évaluées alors que les intervenants aimeraient connaître leur efficacité.

- Certains acteurs de la lutte contre la toxicomanie, pensent que les produits de substitution sont une des solutions pour quitter le monde de la drogue, mais que le trafic de Subutex, se développe ce qui signifie que certaines prises en charges ne sont pas suffisamment cadrées. En effet, les toxicomanes peuvent consulter différents médecins généralistes et se procurer plus de Subutex que nécessaire. Un cadre plus strict serait à mettre en place pour chaque patient pour éviter ces excès. Il est notamment difficile pour un médecin généraliste d'assurer seul le suivi. Il est souhaitable de s'appuyer d'une part sur l'entourage du patient (parent ou autre personne de confiance) et d'autre part sur des partenaires (travail en réseau).

CONCLUSION

Bilan et propositions

A l'issue de cette enquête, il nous semble utile d'inventorier les axes de développement ainsi que les actions susceptibles d'être bénéfiques non seulement à la population du Littoral mais aussi à l'émergence de projets adaptés, pertinents et innovants. Ceux-ci le seraient, dans la mesure où ils associeraient restructuration du système de soins et de prévention avec les diverses techniques qualifiées habituellement "d'aménagement du territoire".

En cela elles nous semblent intéresser au premier chef et *a minima*, le Conseil régional, le Syndicat mixte de la Côte d'Opale, l'Agence régionale de l'hospitalisation ou encore la DATAR.

Les acteurs locaux ne doivent pas, loin s'en faut, être ignorés. Cependant il nous est apparu lors de notre enquête qu'un certain nombre de préalables devraient être réunis avant que ceux-ci soient sollicités.

En premier lieu, nous avons remarqué lors de nos entretiens, combien l'espoir d'une régulation venue *d'en haut* ou *d'ailleurs* pouvait être intensément et communément présent parmi les acteurs du Bassin de vie. Ceux-ci, nous ont très explicitement exposé combien ils ne se sentaient pas prêts, eux-mêmes, à mettre en place les initiatives qu'ils savent, en leur for intérieur, être utiles et souvent même indispensables.

C'est pourquoi une sensibilisation conjointe à une mobilisation des acteurs institutionnels précités nous semblent devoir être le premier axe qu'il conviendrait non pas d'initier (leur présence est d'ores et déjà réelle) mais de concerter et d'étendre. A ce titre, les principes exposés par la DATAR⁶ fondés en outre sur la notion de *gouvernance* pourraient trouver une application concrète.

Dans ce contexte se situe notre second axe, celui du renforcement de la perméabilité entre territoire et santé. Bien plus encore que ce que nous avons pu observer dans le Bassin minier, le monde de la santé est, sur le Littoral, particulièrement éloigné des considérations territoriales. Les avis que nous avons recueillis auprès des acteurs de terrain ont été très pauvres en description des réalités locales et nous semblent être souvent plus empreints de considérations issues de *l'air du temps* de leurs disciplines respectives que descriptive de phénomènes concrètement observés dans le cadre de leur pratique professionnelle quotidienne.

Certes, le *sentiment d'appartenance territoriale* est sans doute dans le Littoral plus tenu et moins ancré que dans le Bassin minier. Mais il n'en demeure pas moins qu'il nous semble nécessaire que la compréhension des phénomènes et potentiels territoriaux locaux soit initiée et accompagnée. Sur ce point, le Syndicat mixte de la Côte d'Opale aurait sans doute un rôle à jouer.

Globalement, les synergies logiques qu'aménagement du territoire et aménagement sanitaire peuvent trouver sont considérables. Les soins programmés par exemple pourraient se prêter encore plus demain qu'aujourd'hui à la venue de citoyens britanniques⁷ ou belges dans des établissements hospitaliers actuellement en cours de rénovation, pourvu que ceux-ci aient bénéficié d'une procédure d'accréditation. Mais c'est plus encore dans le but de répondre aux besoins de la population littorale que la complémentarité pourrait s'avérer fructueuse. Les instances françaises locales pourraient, par exemple encore, trouver lors d'échanges transfrontaliers, le moyen de

⁶ Guigou J.L. *Aménager la France de 2020*, Paris : DATAR, 2000, 87p

⁷ Si le NHS s'oppose aujourd'hui à ce que ses bénéficiaires aient recours à des soins pratiqués en dehors du Royaume-Uni, il est certain que les compagnies d'assurances privées, couvrant le risque maladie pourraient être attirées par les coûts des soins pratiqués en France ainsi que par l'image de marque de la médecine française.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

couvrir le très lourd déficit en praticiens médicaux qui porte un préjudice évident au système hospitalier local. Il semble réaliste d'escompter pouvoir recruter ou associer quelques praticiens conservant éventuellement leurs attaches avec leurs structures nationales. Fussent-ils de langue maternelle anglaise ou flamande, ils sont susceptibles de dispenser les soins nécessaires sur le Littoral en utilisant un français acquis lors de leurs études secondaires et/ou supérieures.

On le voit cette synergie peut peut-être permettre à des habitants du Littoral de découvrir des *horizons nouveaux* au-delà des frontières comme il peut accroître la fréquentation étrangère quantitativement et qualitativement. Elle peut non seulement s'avérer être profitable au territoire lui-même, à l'affirmation de sa place européenne mais aussi à la résorption des difficultés sanitaires locales.

Enfin, un certain nombre de propositions et d'axes d'initiatives nous paraissent pouvoir être présentées ici.

La psychiatrie est la première des trois priorités que nous avons pu isoler :

-Les moyens et plus encore le nombre de psychiatres intervenant sur le Bassin de vie sont nettement insuffisants. C'est pourquoi il est impératif de pourvoir les postes aujourd'hui découverts.

-Transitoirement il pourrait être utile de pallier cette pénurie en faisant appel aux psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues lorsque leur prise en charge répond aux besoins du patient. Bien que ceux-ci soient, eux aussi, en nombre trop restreint, ils ne peuvent actuellement être sollicités que par des médecins (généralement les médecins des CASMP ou CMP).

-Il nous semble souhaitable de développer une politique de prévention à propos de la nécessité d'une prise en charge la plus précoce possible des enfants présentant des difficultés. Celle-ci pourrait s'appuyer sur les secteurs de pédopsychiatrie, les CAMSP, les maisons d'enfants, les garderies, etc.

-Voir si réellement il y a un problème de sous-recours aux soins à Boulogne-sur-Mer, et comprendre si cela vient de la population ou de l'offre de soins.

La cancérologie est notre deuxième priorité :

-En premier lieu il est urgent de retrouver des praticiens susceptibles de pallier les départs affectés ayant l'hospitalisation publique de Dunkerque, Calais et Boulogne-sur-Mer.

-Dans son ensemble l'offre de soins oncologique est très déficitaire du fait même du trop petit nombre de praticiens en exercice.

-L'oncologie pourrait se développer soit par la mise en place de consultations soit l'implantation d'équipes complètes.

-Il est nécessaire que se mette en place un pôle référent en Cancérologie qui permettrait de limiter les très anormaux déplacements de patients en direction de la Métropole. Dunkerque nous semblait être le mieux placé lors de notre enquête.

-La collaboration public/privé et entre sites urbaines devrait être très nettement renforcée si l'on espère répondre aux besoins de la population.

La prise en charge des phénomènes d'alcoolisation est notre troisième priorité :

-La prise en charge actuelle nous semble suffisante. Toutefois la saturation des services, les délais d'admission sont problématiques. Plus que la création de nouvelles structures, parfois envisagée pour la zone rurale, il nous semble préférable d'accroître les moyens et capacités des structures en place, et d'augmenter le nombre de consultations.

-Pour ce qui est de la prise en charge dans la zone rurale, il nous semble peu pertinent d'implanter une nouvelle structure dans un milieu peu dense, qui engendrera, où qu'il se trouve, de longs déplacements de patients. A l'inverse il nous semble plus judicieux d'accroître l'accessibilité des structures existantes ainsi que leur attraction en renforçant les liens entre structures d'alcoolologie et la médecine de ville ou les

Conclusion

établissements hospitaliers. Le tissage d'un réseau ville/campagne nous paraît une nécessité tout comme le sont, en ce domaine, les réseaux ville/hôpital.

-Ponctuellement il nous semble que les besoins en alcoologie sur le secteur de Berck - Etaples ne trouvent pas encore pleinement leur réponse. Un développement de l'offre s'impose sans doute

D'autres propositions plus globales ou plus transversales et ponctuelles peuvent être formulées :

-L'augmentation du nombre de places offertes dans les CAMSP et le renforcement des équipes en places devraient être examinés. Un effort particulier serait sans doute nécessaire à Boulogne-sur-Mer.

-Pour ce qui est de la prévention, il nous semble que les acteurs locaux ont d'ores et déjà fait preuve d'un dynamisme certain, qui a su trouver un écho à l'occasion des Programmes régionaux de santé. Pourtant le secteur de Berck - Etaples nous semble être nettement en retrait en ce domaine.

-La prise en charge de la maladie d'Alzheimer devrait être renforcée. Pour cela, le site de Zuydcoote représente un point d'appui très utile.

-L'organisation des gardes entre médecine de ville et établissements hospitaliers doit être revue. En outre la mise en commun des équipes et des moyens est sans doute nécessaire en anesthésie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, ophtalmologie, traumatologie et cardiologie.

-Les prémisses d'une coopération hospitalière sont très positifs, pour autant c'est à une mise en réseau des établissements qu'il conviendrait à terme de parvenir. Cette mise en réseau, c'est-à-dire sous forme de collaboration plus structurée et contractuelle ne doit pas être engagée à court terme mais à moyen terme sans doute.

-Cette mise en réseau serait le gage de la création locale d'un cadre propice à l'implantation de services hospitaliers universitaires, coûteux et exigeants. Si de tels projets devaient éclore, il conviendrait impérativement de raccourcir les délais du moyen au court terme tout en s'assurant du concours d'instances de concertation et de régulation.

1-Zones d'étude

2-Population des six aires urbaines et population atteinte par les Bassins d'attractions théoriques

3-Les isochrones 30 minutes de Calais, Saint-Omer et Berck

4-Les isochrones 30 minutes de Dunkerque, Boulogne-sur-Mer et de la zone rurale

5-Réseaux routier et autoroutier français et anglais

6-Les liaisons maritimes transmanche

7-Le trafic transmanche

8-Les sites industriels à risques

9-Les implantations hospitalières régionales et le Bassin de vie Littoral

10-Le Littoral : état des lieux, autonomie et potentiels d'ouverture

11-Structures pour enfants handicapés

12-Places pour enfants handicapés

13-Structures pour adultes handicapés

14-Places pour adultes handicapés

15-Structures pour personnes âgées

16-Structures d'"addictologie"

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Carte 1

Présentation des six zones comprenant les cinq aires urbaines délimitées par l'Insee, et la zone rurale. Pour chaque zone urbaine les "communes périurbaines (**BERCK - ETAPLES périurbain** par exemple) ont été distinguées des communes urbaines (**BERCK - ETAPLES** par exemple). Pour chaque zone a été reportée la population résidente. (Source : INSEE - IGN).

Carte 2

Mêmes aires urbaines que la carte précédente. Les graphiques permettent de comparer la part de la population résidente par rapport à la population des communes touchées par l'isochrone 30 minutes calculé à partir du centre de chaque aire. Le potentiel d'attraction de chaque zone est, par conséquent, susceptible d'être apprécié. Dans la cas de la zone rurale, le centre a été arbitrairement localisé à Hesdin. (Source : INSEE - IGN).

Cartes 3 et 4

Présentation des isochrones des aires urbaines. (Source : IGN).

Cartes 5, 6 et 7

Cartes de contexte géographique et de flux, extraites de l'Atlas Transmanche (Université de Caen, CCI de Rouen) Site internet : <http://infodoc.unicaen.fr/OhRAGE/>

Carte 8

Localisation des sites industriels classés "SEVESO" et population des communes. La zone à risque se situe dans les espaces les plus peuplés situés entre Calais et la frontière belge, et dans l'aire urbaine de Saint-Omer. Le passage du *Pas de Calais* constitue pour sa part un site à risque majeur. (Source : S3PI - INSEE).

Carte 9

La zone grisée est formée de l'accumulation des isochrones 30 minutes des différents sites hospitaliers implantés hors du Bassin de vie Littoral. La quasi totalité du Littoral et l'ensemble des établissements hospitaliers se situent en dehors de l'aire d'attraction théorique des établissements qui lui sont extérieurs. Les recours spontanés à l'hospitalisation hors du Bassin de vie sont moins dépendants qu'ailleurs des effets des forces de gravité périphériques. (Source : ARH - IGN).

Carte 10

Carte présentant les différents éléments de synthèse dans le cadre d'une prospective strictement hospitalière ou plus largement sanitaire. L'étendue de l'isochrone 30 minutes confirme la faible complémentarité du Littoral avec les autres Bassins de vie. La localisation des médecins de ville reconnus par la mutualité belge illustre la faible exploitation actuelle des liens transfrontaliers. La dimension des flèches représentant les axes de développement potentiels proposés, est proportionnelle à l'importance des dynamiques probablement accessibles. (Source : ARH - IGN - AIM).

Cartes 11 à 16

Cartes de localisation des structures et des capacités par communes reportées sur le fond de carte des six zones. Les cartes des places ont été réalisées lorsque les informations étaient disponibles. (Source : DRASS).

Extrait de l'étude : Territoires urbains et santé

L'Insee et les délimitations urbaines

La fin de l'opposition simple ville/campagne

La nomenclature ZAU

Une structure de poupée russe

Les systèmes territoriaux urbains du Nord - Pas-de-calais

Le deuxième espace français à dominante urbaine

Les pôles urbains

Les couronnes périurbaines

Les communes multipolarisées

L'espace à dominante rurale

Le système hospitalier

Nombre et activités des établissements hospitaliers

La Grille Aggir

Territoires urbains et santé
Extrait de l'étude de
M. Sampil, O. Lacoste, C. Declercq

L'INSEE ET LES DELIMITATIONS URBAINES

Il est donc aisé de comprendre qu'il est particulièrement difficile d'emprisonner le fait urbain dans un simple découpage statique et statistique. C'est pourquoi, dans le cadre de la présente étude, nous avons opté pour une approche qui ne privilégie pas des ensembles territoriaux trop immobiles et qui n'intègrent pas la dimension dynamique de l'espace, tels que la région, le département, l'arrondissement, le canton ou la commune, plus adaptés à une logique d'annuaires ou de tableaux de bord statiques.

Nous avons voulu tenir compte explicitement des relations dynamiques qu'induisent les villes dans leur environnement. C'est pourquoi encore, nous n'avons pas opté pour une approche immobile de l'urbanisation, fondée uniquement sur les effectifs des populations des communes⁸ ou des *Unités urbaines*⁹. Certes, la ville implique l'existence de fortes concentrations de population et de fortes densités de population. Mais la ville c'est aussi, par essence, des échanges et des déplacements. Or, analyser les processus urbains en se fondant sur la taille de la commune de résidence ne renseigne ni sur la densité, ni sur les liens dynamiques et le fonctionnement de chaque système urbain, c'est-à-dire sur les relations d'un centre et sa périphérie, ni sur le fonctionnement des systèmes urbains locaux entre eux.

De plus, la simple partition urbain/rural nous semble trop rapide et vectrice de globalisations abusives. Cette conception est aujourd'hui dépassée et n'a plus guère d'utilité. En effet, en raison de l'expansion habitat individuel, de l'accroissement du parc automobile, sont apparus au cours des dernières décennies de nouveaux modes de vie, adoptés par les Français. Il en résulte qu'aujourd'hui, *urbanisation* et *périurbanisation* ont accompagné l'expansion de l'influence urbaine sur la quasi-totalité du territoire national. De nombreuses études ont démontré la caducité et l'inadaptation du diptyque ville/campagne ou urbain/rural.

La fin de l'opposition simple ville/campagne

Dès les années 1960, l'Insee a mis au point un découpage plus complexe ; les **Zones de peuplement industriel et urbain**¹⁰ -*Zpiu*-, qui était susceptible de rendre compte de la péri-urbanisation particulièrement visible, à l'époque, au travers de la croissance des banlieues. Les pôles urbains alors constitués de la ville-centre et de sa banlieue connaissaient une très forte progression de leur population. En France, cet accroissement était lui-même induit principalement par le *baby-boom*, l'arrivée de population immigrée et des rapatriés d'Algérie, et aussi des ruraux venant rechercher des emplois en ville. Les échanges ont surtout lieu entre le centre-ville et sa banlieue.

Mais dès les années 1970, ce sont surtout les communes périurbaines, plus éloignées des centres-villes, qui connaissent les plus notables progressions de population. La croissance démographique gagne les périphéries, quitte les centres et les banlieues.

⁸ En France, est considérée comme ville toute commune dont la population est égale ou supérieure à 2 000 habitants, agglomérée au chef-lieu.

⁹ Une Unité urbaine est constituée d'une ou plusieurs communes sur le territoire desquelles se trouve un ensemble d'habitations qui présentent entre elles une continuité et comportent au moins 2 000 habitants.

¹⁰ Les Zpiu sont définies à l'issue de chaque recensement par l'Insee. Elles sont composées d'Unités urbaines (voir plus haut), de communes industrielles et de communes dortoirs.

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

L'espace rural perd alors beaucoup de ses emplois. Dans les années 1980, la population active est concentrée dans les ensembles constitués des centres-villes, des banlieues et de la zone périurbaine. De ce fait, les échanges induits par la ville s'accroissent encore, les déplacements domicile-travail quotidiens augmentent dans leur fréquence et dans leur distance moyennes. Ce processus aboutit lors du recensement de 1990 à un constat étonnant : chaque jour, 4,5 millions de personnes se rendent dans la ville-centre pour y travailler, et 4,5 millions se déplacent vers un autre secteur de l'aire urbaine (périphérie ou banlieue).

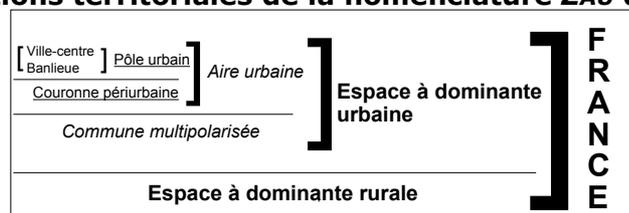
Ces évolutions résultant de processus longs et courts ont façonné une redistribution de la population dont il convient de tenir compte. Les communes périurbaines, par exemple, sont habitées, plus que les autres, d'un grand nombre de jeunes ménages actifs ayant eux-mêmes un plus grand nombre d'enfants. Toutefois, la natalité y est plus faible, car l'installation des jeunes couples a lieu alors que les premiers enfants sont déjà nés. Les jeunes ménages résident, comme les étudiants, en centre-ville, c'est pourquoi les taux de natalité y sont plus élevés. Arrivées en zone périurbaine, les jeunes familles transforment des résidences secondaires en résidences principales, ou plus souvent acquièrent une maison individuelle dans des lotissements nouvellement construits. Tout ceci s'accompagne d'effets induits lourds : dans l'ensemble de l'espace urbain, les temps de transports s'allongent, le nombre de véhicules individuels s'accroît, l'espace rural se rétrécit.

Ces phénomènes, majeurs dans la population française, ont rendu caduque l'utilisation des Zpiu. En effet, les Zpiu sont victimes aujourd'hui de leur gigantisme. S'il existait 9 000 Zpiu en 1962, on en dénombrait 29 000 en 1990. À cette date, 25 % du territoire et 4 % de la population se trouvaient hors Zpiu. Ce zonage a par conséquent perdu de son utilité puisqu'il n'est plus un critère discriminant. Trente ans après son élaboration, il convient de ne plus recourir à cet outil.

LA NOMENCLATURE ZAU

Fort de ce constat et de l'impossibilité de modifier les contours des Zpiu après le recensement de 1990, dans le cadre du débat sur l'aménagement du territoire, l'Insee a mis sur pied en 1996 une nouvelle nomenclature tenant compte de ces évolutions. Cette nomenclature présente entre autres la particularité d'intégrer explicitement l'influence exercée par les villes sur leur environnement. Il s'agit du **Zonage en aires urbaines - ZAU**¹¹.

Les agrégations territoriales de la nomenclature ZAU de l'Insee



C'est cette nouvelle nomenclature qui a été testée, non sans quelques précautions et adaptations, dans cette étude. Elle a indiscutablement la potentialité de devenir un cadre de référence non seulement commun, mais aussi adapté et à l'analyse des faits statiques, et aux évolutions territoriales dans l'ensemble de l'espace français, depuis

¹¹ Cette révision avait été précédée de la refonte de la nomenclature par *Catégories socio-professionnelles* transformées en *Professions et catégories socio-professionnelles* par l'Insee lors du recensement de 1982.

l'échelle communale jusqu'à l'échelle nationale. En cela, elle semble plus adaptée et pourvue d'un potentiel nettement supérieur à celui des cadres régionaux et départementaux conventionnels lorsqu'il s'agit de produire des indicateurs statistiques se rapportant soit à un état de santé, soit à ses déterminants.

Une structure de "poupée russe"

La nomenclature ZAU se présente comme un emboîtement d'espaces. En cela, elle ressemble à la structuration des poupées russes dont l'une contient les suivantes.

Elle se fonde tout d'abord sur l'individualisation de **pôles urbains** constitués eux-mêmes de ville-centre et de banlieue. On dénombre aujourd'hui en France, et selon l'Insee, 361 pôles urbains¹².

Autour de ce noyau de pôles urbains, l'Insee individualise des **couronnes périurbaines**. L'addition des pôles urbains et des couronnes périurbaines constitue un deuxième ensemble appelé **aire urbaine**. Il existe par conséquent en France, 361 aires urbaines formées de 361 pôles urbains et de leurs 361 couronnes périurbaines.

Mais là ne s'arrête pas l'emboîtement. À ces aires urbaines, l'Insee a adjoint à leur périphérie des **communes multipolarisées** qui se placent entre les aires urbaines. Se trouvant en position intercalaire, il ne peut donc en exister 361. La conjonction des aires urbaines et des communes multipolarisées constitue cette fois, toujours selon l'Insee, la totalité de l'espace touché par l'urbanisation. C'est pourquoi cet ensemble est nommé **espace à dominante urbaine**. Il englobe l'ensemble des systèmes urbains français avec de larges écarts de taille et de population locale ou régionale.

Enfin, le reste du territoire français non inclus dans l'espace à dominante urbaine est dénommé **espace à dominante rurale**. Le Nord - Pas-de-Calais est la seconde région française la moins rurale juste derrière l'Ile-de-France.

LES SYSTEMES TERRITORIAUX URBAINS DU NORD - PAS-DE-CALAIS

Le deuxième espace français à dominante urbaine

L'espace à dominante urbaine du Nord - Pas-de-Calais est le deuxième de France. Avec ses 3,9 millions d'habitants, il devance très nettement par le poids de sa population ses homologues du midi de la France, de Lyon -2,5 millions- ou de Provence-Sud Rhodanien -2,7 millions-. Il s'agit donc, à bien des égards, d'une colossale conurbation plus similaire à celles que l'on trouve au Benelux ou en Allemagne qu'ailleurs en France ; elle s'étend d'ailleurs bien au-delà de la frontière, vers la Belgique.

L'espace à dominante urbaine recouvre les deux-tiers du territoire Nord - Pas-de-Calais (64 % très exactement) et est habité par 91,7 % de la population. Il englobe 23 aires urbaines où habite 85,9 % de la population régionale, soit plus que la moyenne française, qui est inférieure de 13 points¹³.

¹² Thomas Le Jeannic, Une nouvelle approche territoriale de la ville, Economie et statistique, n° 294-295, 1996, 25-45.

Thomas Le Jeannic, Le zonage en aires urbaines : une nouvelle nomenclature spatiale de l'Insee, La santé de l'homme, n° 327, 1997, IX-XI.

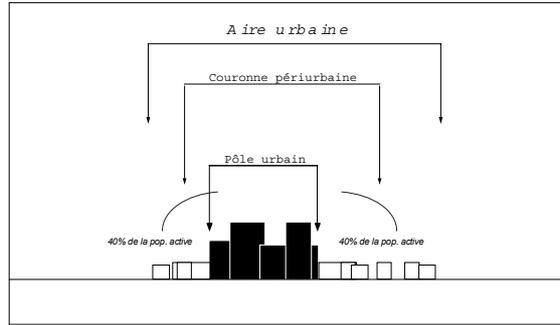
Didier Paluch, Les aires urbaines : une approche plus large de la ville, Profils, n° 11, 1996.

¹³ En France, 72,9 % de la population totale réside dans une **Aire urbaine**.

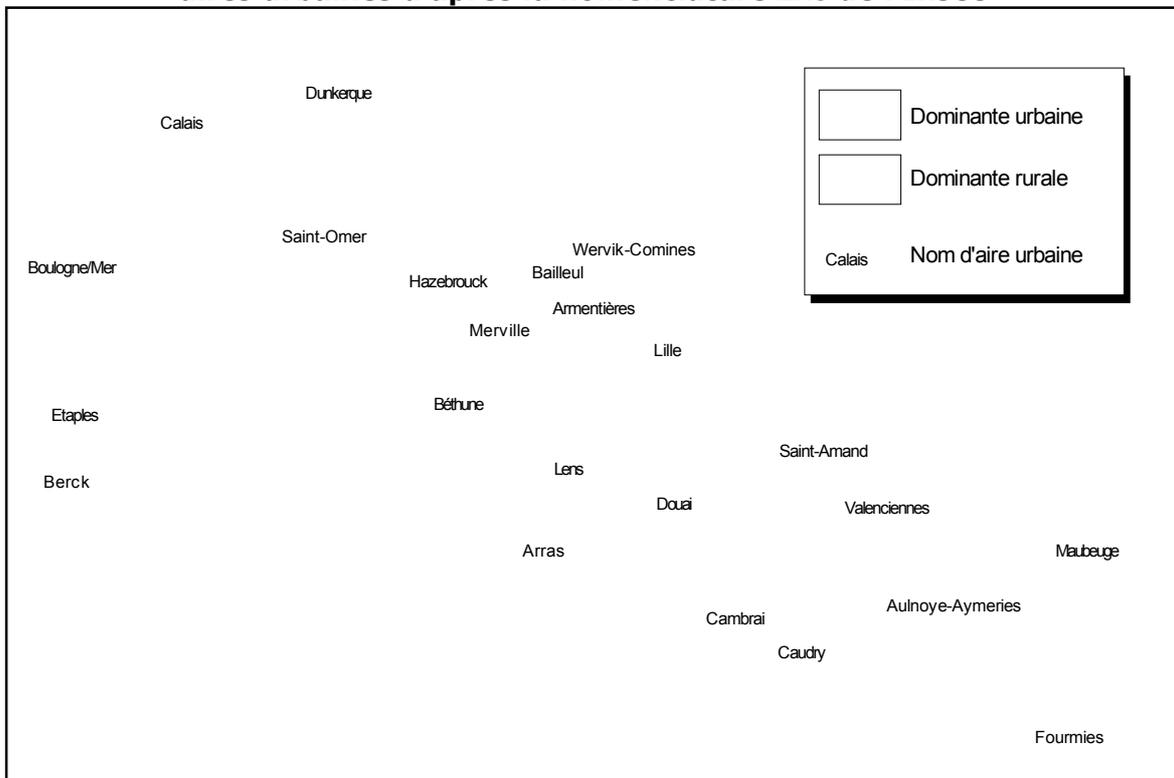
Le Littoral Nord – Pas-de-Calais

Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

La constitution des aires urbaines selon l'Insee



Les espaces à dominante urbaine et à dominante rurale et la toponymie des aires urbaines d'après la nomenclature ZAU de l'Insee



Nombre de communes selon la catégorie d'espace de la nomenclature ZAU en France

France entière	Communes	
	Nombre	%
Urbaines	361	1,1
Périurbaines	7 900	23,2
Multipolarisées	2 500	7,3
Rurales	23 300	68,4
Total	34 061	100,0

Source : Insee

Répartition de la population en 1990 suivant les catégories de communes dans les neuf premières régions françaises et en France

	Nord - Pas-de-Calais	Ile-de-France	Rhône-Alpes	Paca	Aquitaine
Urbaines	75,9%	90,6%	63,6%	80,5%	51,0%
Périurbaines	10,0%	7,6%	12,9%	4,7%	10,7%
Multipolarisées	5,8%	1,3%	3,4%	3,2%	1,4%
Rurales	8,3%	0,6%	20,1%	20,1%	36,9%
	Bretagne	Midi Pyrénées	Centre	Lorraine	FRANCE
Urbaines	38,7%	47,5%	47,6%	54,7%	60,7%
Périurbaines	18,5%	12,0%	15,2%	11,7%	12,2%
Multipolarisées	2,1%	1,2%	3,5%	10,4%	3,5%
Rurales	40,7%	39,3%	33,6%	23,2%	23,6%

Source : Insee

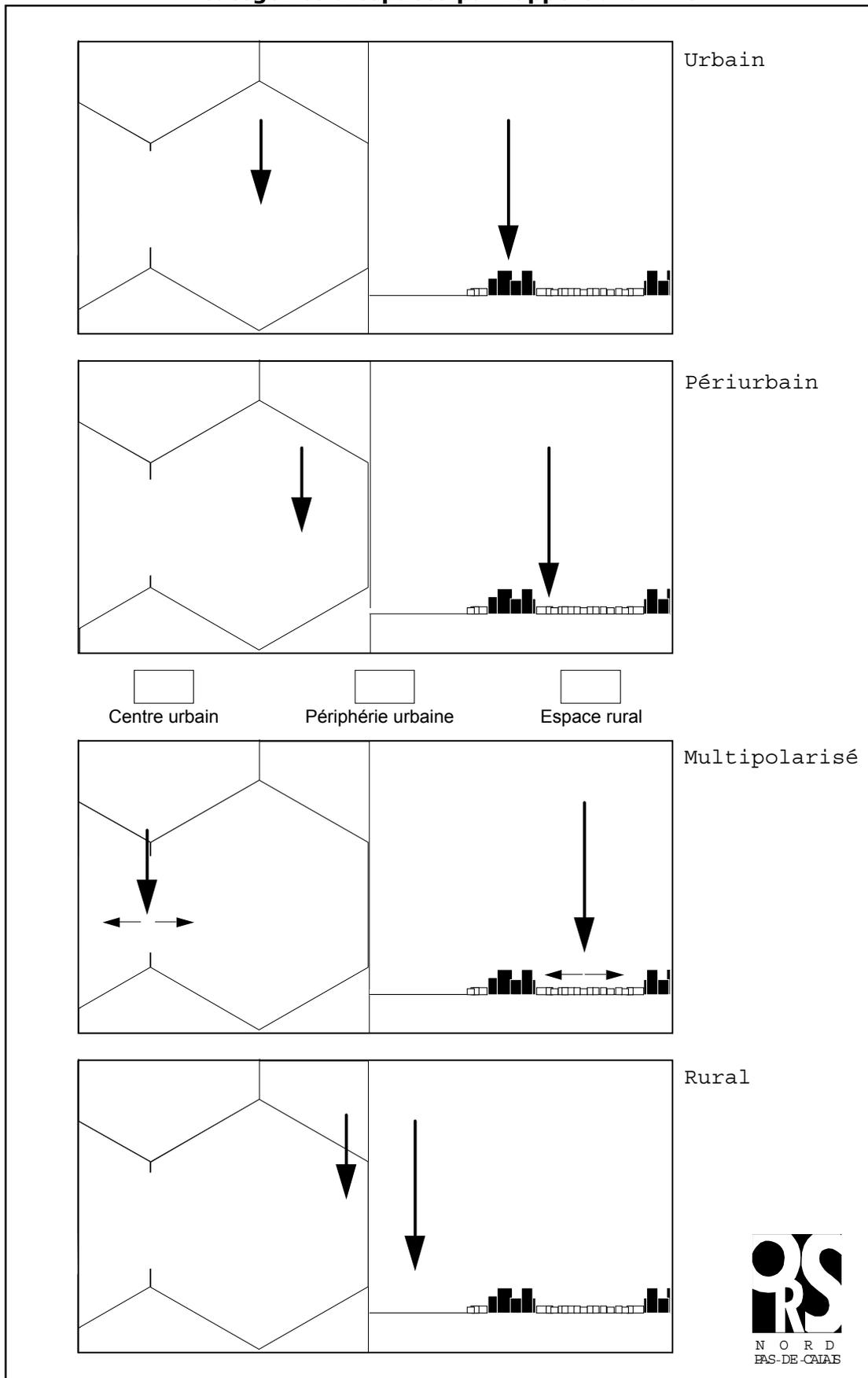
Les pôles urbains

Le Nord - Pas-de-Calais compte 23 des 361 pôles urbains. La proportion de population qui y réside -75,9 %- se situe au-dessus de la moyenne nationale -60,7 %- mais en deçà des niveaux atteints dans des régions où existe une forte attraction de la métropole, comme l'Ile-de-France et la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

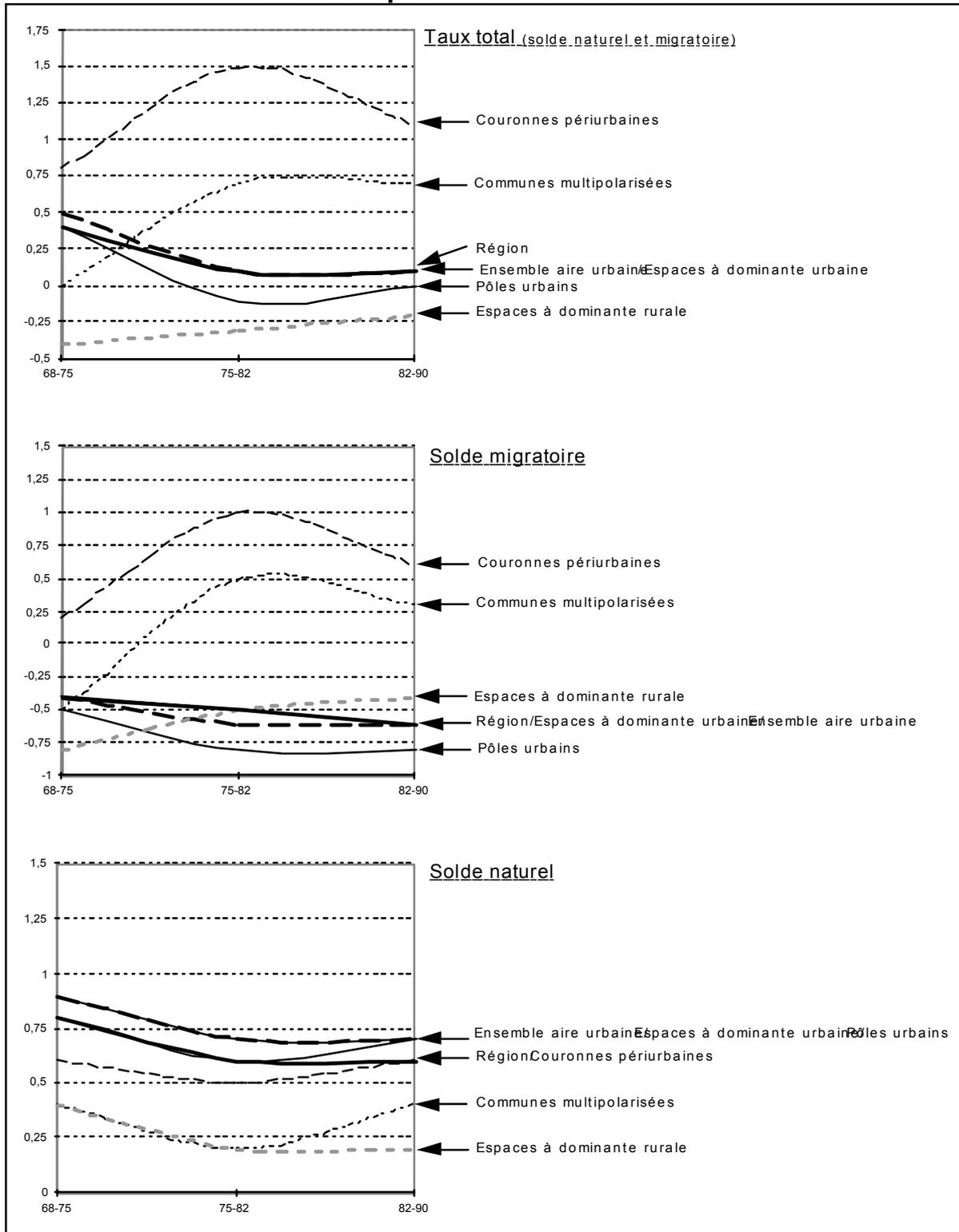
En moyenne, les populations de ces pôles urbains n'ont pas évolué entre les recensements de 1982 et de 1990. Pour autant, ceci ne signifie pas que le renouvellement des personnes et des familles qui y vivent ne soit pas réel et soutenu. Ainsi, les personnes retraitées qui quittent les pôles urbains lorsqu'elles y résidaient, sont remplacées souvent par des jeunes en formation qui, à leur tour, migreront lorsqu'ils auront leurs premiers enfants.

Pour être pôle urbain, une commune doit offrir au moins 5 000 emplois sur son propre territoire et ne pas être sous la dépendance directe d'un autre pôle urbain.

Catégories d'espaces par rapport à la ville



Évolutions des taux annuels moyens de variation de population selon les catégories de la nomenclature ZAU dans le Nord – Pas-de-Calais lors des trois dernières périodes intercensitaires



Les couronnes périurbaines

Dans le Nord - Pas-de-Calais, 303 des 7 900 communes françaises sont de ce type. La part de population qui correspond à cette catégorie place la région au-dessus de l'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, et au-dessous de la Bretagne, du Midi-Pyrénées, du Centre, de la Lorraine et, plus étonnant, de la région Rhône-Alpes.

Contrairement à celle des pôles urbains, la population des couronnes périurbaines a été multipliée par 1,5 depuis 1982. Le taux moyen annuel d'accroissement a été de + 1,5 % entre 1975 et 1982 et de + 1,1 % entre 1982 et 1990. Cette progression résulte, d'une part, de l'accroissement démographique de ces zones -accroissement lui-même induit par un solde migratoire très élevé- et d'autre part, de leur expansion géographique ; laquelle provient en partie de la facilité donnée par les transports individuels et collectifs.

Les couronnes périurbaines sont définies par le fait que 40 % au moins de leur population active résidente se rend vers le pôle urbain ou vers les communes de l'aire périurbaine dont elle fait elle-même partie.

Les communes multipolarisées

Dans le Nord - Pas-de-Calais, il y a 204 des 2 500 communes multipolarisées de France. S'agissant d'un type de commune qui ne se trouve que dans une conurbation, dans un contexte de *système urbain local conurbationnel* de type « Europe du Nord-Ouest », il est logique que ces communes se trouvent à l'échelle nationale dans la France du nord, dans le Nord - Pas-de-Calais surtout, mais aussi autour de Paris, en Haute-Normandie, en Alsace et en Lorraine.

Les communes multipolarisées assurent une fonction de lien, de pont entre aires urbaines. C'est d'elles que découlent les effets d'agglomération. Sans elles, l'espace urbain du Nord - Pas-de-Calais serait affecté de discontinuités sur le littoral surtout, mais cela serait aussi le cas pour les unités urbaines de Cambrai, Maubeuge et St-Omer. Seule l'unité urbaine de Fourmies est sans contact avec la totalité de l'ensemble urbain régional.

Elles ont connu une notable croissance démographique fondée sur une attraction exercée sur les populations qui leur étaient extérieures, en s'étendant aux dépens des espaces ruraux. Le taux d'accroissement annuel moyen a été, au cours de la dernière période intercensitaire, de + 0,7 %.

Pour être multipolarisée une commune doit envoyer 40 % de ses actifs ayant un emploi vers plusieurs autres aires urbaines, sans que pour autant ce seuil ne soit atteint avec une seule aire urbaine. Elle doit, de plus, être limitrophe, connexe aux aires urbaines qui attirent ses actifs.

L'espace à dominante rurale

On dénombre 625 communes faisant partie de l'espace à dominante rurale dans le Nord - Pas-de-Calais. Elles ne représentaient que 8,3 % de la population régionale soit beaucoup moins que la moyenne nationale ou que la moyenne des régions françaises les plus peuplées, exception faite de l'Ile-de-France.

Leur évolution démographique est nettement négative depuis 1975 bien que les fuites engendrées par les soldes migratoires négatifs tendent à se réduire de plus en plus. Toutes ne sont pas des communes rurales. En effet, certaines d'entre elles sont de petites unités urbaines qui n'ont pas été retenues dans l'espace à dominante urbaine. Cet ensemble trouve bien sa place dans cette étude consacrée aux territoires urbains puisque sa définition est la suivante : *sont classées dans l'espace à dominante rurale la totalité*

Annexes

des communes ou des petites unités urbaines n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine.

Nombre de communes selon la catégorie de la nomenclature ZAU en France

Nord Pas-de-Calais	Population		Cantons et grandes communes		Communes		Différence % cantons et grandes communes / % %
	Nombre (en milliers)	%	Nombre	%	Nombre	%	
Urbaines	2 814 254	71,0	109	64,1	417	26,9	+ 36,4
Périurbaines	505 626	12,7	17	10,1	303	19,6	- 9,4
Multipolarisées	219 517	5,6	14	8,2	204	13,2	- 4,7
Rurales	425 661	10,7	30	17,6	625	40,3	- 22,3
Total	3 965 058	100,0	170	100,0	1 549	100,0	

Source : Insee

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais
Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Le système hospitalier
Nombre et activité des établissements hospitaliers

Le Dunkerquois

Capacité en lits et activité en hospitalisation complète dans les établissements hospitaliers du Dunkerquois

Raison sociale	Services	Nombre de lits	Entrées totales	DMS ⁽¹⁾	Taux d'occupation
Clinique de Flandres	CS ⁽²⁾	74	5 112	4,3	81,2
	MS ⁽³⁾	20	270	22,6	83,7
Clinique Vilette	CS	117	8 946	4,1	85,4
Centre hospitalier de Dunkerque	CS	541	24 338	5,3	67,8
	Alcoologie	16	264	15,2	76,9
Hôpital maritime de Zuydcoote	MS	164	962	40,5	65,0
Polyclinique de Grande-Synthe	CS	202	7 915	5,0	53,8

⁽¹⁾ Durée moyenne de séjour ⁽²⁾ Court séjour ⁽³⁾ Moyen séjour

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Personnels médical et non médical employés dans les établissements hospitaliers du Dunkerquois

Raison sociale	Personnel médical	Personnel non médical			
		Personnel soignant		Personnel hors service de soins	
Clinique de Flandres	11 libéraux exclusifs	79	70,31 ETP ⁽¹⁾	25	20,12 ETP
	29 libéraux non exclusifs				
Clinique Vilette	23 libéraux exclusifs	149	119,73 ETP	28	25,78 ETP
	26 libéraux non exclusifs				
Centre hospitalier de Dunkerque	127 médecins 87,18 ETP	1 052	961,34 ETP	485	459,51 ETP
	38 internes				
Hôpital maritime de Zuydcoote	18 médecins 14 ETP	259	239,85 ETP	100	95,3 ETP
	1 interne				
Polyclinique de Grande-Synthe	34 médecins 25,94 ETP	200	167,27 ETP	117	95,94 ETP

⁽¹⁾ Équivalent temps plein

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Annexes

Équipements matériels lourds installés dans les établissements hospitaliers du Dunkerquois

Raison sociale	Type d'équipement	Nombre d'équipements installés	Nombre d'actes pratiqués
Centre hospitalier de Dunkerque	Scanner	1	6 981
	Coronarographie	1	381
	Angiographie	1	120
Centre d'imagerie médicale de Dunkerque	Scanner	1	4 647
Centre d'oncologie du Dunkerquois	Radiothérapie	1	3 564
Polyclinique de Grande-Synthe	Scanner	1	2 359
	Angiographie	1	51

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Le Calaisis

Capacité en lits et activité en hospitalisation complète dans les établissements hospitaliers du Calaisis

Raison sociale	Services	Nombre de lits	Entrées totales	DMS ⁽¹⁾	Taux d'occupation
Clinique de la Lorraine	CS ⁽²⁾	60	4 101	4,7	87,3
Clinique de la Tamise	CS	75	5 103	4,4	82,0
Centre hospitalier de Calais	CS	293	12 651	5,9	72,5
	MS ⁽³⁾	35	456	23,5	83,8
	Psychiatrie	80	963	22,6	74,6

⁽¹⁾ Durée moyenne de séjour ⁽²⁾ Court séjour ⁽³⁾ Moyen séjour

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Personnels employés dans les établissements hospitaliers du Calaisis

Raison sociale	Personnel médical	Personnel non médical	
		Personnel soignant	Personnel hors service de soins
Clinique de la Lorraine	1 médecin 0,5 ETP ⁽¹⁾		
	14 libéraux exclusifs	83	24
	91 libéraux non exclusifs	76,2 ETP	23,2 ETP
Clinique de la Tamise	11 libéraux exclusifs	82	19
	37 libéraux non exclusifs	77,27 ETP	17,94 ETP
Centre hospitalier de Calais	92 médecins 67,65 ETP 18 internes	821 767,53 ETP	318 303,9 ETP

⁽¹⁾ Équivalent temps plein

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais
Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Équipements matériels lourds installés dans les établissements hospitaliers du Calaisis

Raison sociale	Type d'équipement	Nombre d'équipements installés	Nombre d'actes pratiqués
Clinique de la Lorraine	Coronarographie	1	221
	Angiographie	1	209
Centre hospitalier de Calais	Scanner	1	6 305

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

L'Audomarois

Capacité en lits et activité en hospitalisation complète dans les établissements hospitaliers de l'Audomarois

Raison sociale	Services	Nombre de lits	Entrées totales	DMS ⁽¹⁾	Taux d'occupation
Clinique des pipiers	CS ⁽²⁾	66	5 572	3,5	81,9
Centre hospitalier de la région de Saint-Omer	CS	271	13 511	5,1	71,8
	MS ⁽³⁾	83	788	29,7	77,3
	Alcoologie	10	166	17,7	89,7
Centre de postcure "La Presqu'île"	Alcoologie	28	127	71,8	100,1
Centre de postcure "Les Bruyères"	Alcoologie	8	25	91,6	78,4

⁽¹⁾ Durée moyenne de séjour ⁽²⁾ Court séjour ⁽³⁾ Moyen séjour

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Personnels médical et non médical employés dans les établissements hospitaliers de l'Audomarois

Raison sociale	Personnel médical	Personnel non médical	
		Personnel soignant	Personnel hors service de soins
Clinique des pipiers	7 libéraux exclusifs 47 libéraux non exclusifs	76 70,7 ETP ⁽¹⁾	24 20,5 ETP
Centre hospitalier de la région de Saint-Omer	68 médecins 46,4 ETP 16 internes	618 576 ETP	259 245,95 ETP
Centre de postcure "La Presqu'île"	1 médecin 0,1 ETP 1 libéral non exclusif	2 2 ETP	18 10,5 ETP
Centre de postcure "La Bruyère"	1 médecin 0,05 ETP	2 1,1 ETP	6 2 ETP

⁽¹⁾ Équivalent temps plein

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Équipements matériels lourds installés dans les établissements hospitaliers de l'Audomarois

Raison sociale	Type d'équipement	Nombre d'équipements installés	Nombre d'actes pratiqués
Centre hospitalier de la région de Saint-Omer	Scanner	1	4 711

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Le Boulonnais

Capacité en lits et activité en hospitalisation complète dans les établissements hospitaliers du Boulonnais

Raison sociale	Services	Nombre de lits	Entrées totales	DMS ⁽¹⁾	Taux d'occupation
Centre médico-chirurgical et d'obstétrique de la Côte d'Opale	CS ⁽²⁾	209	14 203	4,7	88,0
Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer	CS	427	21 826	5,0	71,6
	MS ⁽³⁾	102	1 190	26,2	86,3
	Psychiatrie	101	1 005	34,5	94,1
	Alcoologie	6	289	6,4	84,6
Institut "Albert Calmette" de Camiers	Psychiatrie	20	10	467,6	89,9
Pouponnière "La Forestière"	MS	28	15	480,0	70,5

⁽¹⁾ Durée moyenne de séjour ⁽²⁾ Court séjour ⁽³⁾ Moyen séjour

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Personnels médical et non médical employés dans les établissements hospitaliers du Boulonnais

Raison sociale	Personnel médical	Personnel non médical			
		Personnel soignant		Personnel hors service de soins	
Centre médico-chirurgical et d'obstétrique de la Côte d'Opale	73 libéraux exclusifs 16 libéraux non exclusifs	263	231,49 ETP ⁽¹⁾	86	81,5 ETP
Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer	120 médecins 85,13 ETP 21 internes	1 181	1 098,6 ETP	477	459,04 ETP
Institut "Albert Calmette" de Camiers	12 médecins 5,95 ETP	193	185,12 ETP	100	96,81 ETP
Pouponnière "La Forestière"	2 médecins 0,18 ETP	24	19,71 ETP	9	8,1 ETP

⁽¹⁾ Équivalent temps plein

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais
Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Équipements matériels lourds installés dans les établissements hospitaliers du Boulonnais

Raison sociale	Type d'équipement	Nombre d'équipements installés	Nombre d'actes pratiqués
Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer	Caméra à scintillation	2	3 814
	Scanner	1	7 290
	IRM ⁽¹⁾	1	6 424
	Coronarographie	1	815
SCM opale scanner	Scanner	1	7 026
Centre de Radiothérapie Joliot Curie	Radiothérapie	?	?
SCM d'imagerie boulonnaise	Coronarographie	1	1 053

(1) Imagerie par résonance magnétique

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Berck-Etaples

Capacité en lits et activité en hospitalisation complète dans les établissements hospitaliers de la zone de Berck-Etaples

Raison sociale	Services	Nombre de lits	Entrées totales	DMS ⁽¹⁾	Taux d'occupation
Clinique des Acacias	CS ⁽²⁾	59	3 435	4,5	72,4
Clinique les Drags	MS ⁽³⁾	60	880	24,5	98,3
Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil	CS	185	10 742	5,0	79,1
	MS	40	367	35,0	87,9
	Psychiatrie	40	623	17,8	76,1
Institut Calot	CS	86	4 138	6,2	84,5
	MS	155	2 750	17,8	72,5
Établissement hélio-marin	CS	74	2 299	10,0	81,5
	MS	290	1 240	77,3	89,3
Fondation franco-américaine	MS	150	1 117	45,9	84,4

(1) Durée moyenne de séjour (2) Court séjour (3) Moyen séjour

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Personnels médical et non médical employés dans les établissements hospitaliers de la zone de Berck-Etaples

Raison sociale	Personnel médical	Personnel non médical			
		Personnel soignant		Personnel hors service de soins	
Clinique des Acacias	9 libéraux exclusifs 23 libéraux non exclusifs	68	57,85 ETP ⁽¹⁾	20	15,45 ETP
Clinique les Drags	16 libéraux non exclusifs	18	14,97 ETP	17	12,15 ETP
Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil	76 médecins 45,99 ETP 3 internes	562	536,4 ETP	201	193,5 ETP
Institut Calot	33 médecins 30,2 ETP 1 interne 9 libéraux non exclusifs	347	330 ETP	158	151 ETP
Établissement hélio-marin	26 médecins 25,2 ETP 1 interne 12 libéraux non exclusifs	471	454,24 ETP	158	152,38 ETP
Fondation franco-américaine	11 médecins 7,8 ETP 2 internes 9 libéraux non exclusifs	187	180,2 ETP	83	80,3 ETP

⁽¹⁾ Équivalent temps plein

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Équipements matériels lourds installés dans les établissements hospitaliers de la zone de Berck-Etaples

Raison sociale	Type d'équipement	Nombre d'équipements installés	Nombre d'actes pratiqués
Institut Calot	Caméra à scintillation	1	2 131
	IRM ⁽¹⁾	1	2 478
Établissement hélio-marin	Scanner	1	3 157

⁽¹⁾ Imagerie par résonance magnétique

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Les zones rurales

Capacité en lits et activité en hospitalisation complète dans les établissements hospitaliers de la zone de Berck-Etaples

Raison sociale	Services	Nombre de lits	Entrées totales	DMS ⁽¹⁾	Taux d'occupation
Hôpital local d'Aire-sur-la-Lys	CS ⁽²⁾	20	461	11,0	69,4
Clinique d'Hesdin	CS	43	3 360	4,6	97,7
Hôpital local d'Hesdin	CS	25	608	13,6	90,4
	MS ⁽³⁾	20	118	46,7	75,4

⁽¹⁾ Durée moyenne de séjour ⁽²⁾ Court séjour ⁽³⁾ Moyen séjour

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais
Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Personnels médical et non médical employés dans les établissements hospitaliers des zones rurales du Littoral

Raison sociale	Personnel médical	Personnel non médical	
		Personnel soignant	Personnel hors service de soins
Hôpital local d'Aire-sur-la-Lys	5 médecins 2,3 ETP ⁽¹⁾	181 157,3 ETP	46 42,4 ETP
Clinique d'Hesdin	5 libéraux exclusifs 21 libéraux non exclusifs	37 34,3 ETP	29 28,8 ETP
Hôpital local d'Hesdin	3 médecins 2 ETP	106 103,1 ETP	31 29,95 ETP

⁽¹⁾ Équivalent temps plein

Source : SAE 1997 Drass Nord - Pas-de-Calais

La Grille AGGIR

Trois réponses possibles*	<p>A : fait seul totalement</p> <p>B : fait partiellement</p> <p>C : ne fait pas</p>
<p>COHÉRENCE</p> <p>ORIENTATION</p> <p>TOILETTE (haut, bas du corps)</p> <p>HABILLAGE (haut, moyen et bas)</p> <p>ALIMENTATION</p> <p>ÉLIMINATION urinaire et fécale</p> <p>TRANSFERTS</p> <p>DÉPLACEMENTS à l'intérieur</p> <p>DÉPLACEMENTS à l'extérieur</p> <p>COMMUNICATION A DISTANCE</p>	<p>converser et/ou se comporter de façon logique et sensée</p> <p>se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux</p> <p>assurer son hygiène corporelle</p> <p>s'habiller, se déshabiller, se présenter</p> <p>se servir et manger les aliments préparés</p> <p>assurer l'hygiène et l'élimination urinaire et fécale</p> <p>se lever, se coucher, s'asseoir</p> <p>avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant</p> <p>à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport</p> <p>utiliser les moyens de communication : téléphone, alarme, sonnette...</p> <p>dans le but d'alerter</p>

*L'association des réponses, A, B, ou C permet avec un logiciel informatique simple de classer le patient dans une des 6 catégories de gravité.

Bibliographie

Bailly D, Parquet PJ, *Les conduites d'alcoolisation chez l'adolescent*, tome 1, rapport de psychiatrie – Paris : Masson, 1992

Barrucand D, *Alcoologie*, Riom Laboratoires, Cerm, 1988.

Cabanne C, Chaussade J, Corlay JP, *Géographie humaine des littoraux maritimes*, Paris : SEDES, 1998, 471 p.

Conseil régional Nord — Pas-de-Calais, *Document d'orientations régionales, Préparation du contrat de plan État-Région et du schéma d'Aménagement du Territoire*, multigr., décembre 1998.

Constandriopoulos AP, *L'hôpital stratège. Dynamiques locales de l'offre de soins*, Paris : John Libbey, 1996, 317 p.

Denieul F. *Nord de Paris Sud de Bruxelles*. Eléments pour une diplomatie régionale de proximité. Lille : Aube Nord, 1998, 171 p.

Fabriès-Verfaille, Stragiotti P, *La France des Villes*, Paris : Bréal, 336 p.

Gamblin A, *Les littoraux espaces de vie*, Paris : SEDES, 1998, 368 p.

Goodman DC, Fischer EF, Stukel TA, Chang C, The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization : Is closer always better ? *Am J Public Health*. 1997 ; 87 : 1144-1150.

Guigou JL, *Aménager la France de 2020*, Paris : DATAR, 2000, 87 p.

INRA, INSEE, *Les campagnes et leurs villes*, Paris, INSEE, 1998, 203 p.

Jourdain A, de Turenne I. *100 mots-clés de la planification sanitaire*. Rennes : Editions ENSP, 1997, 142 p.

Labasse J. *L'hôpital et la ville*. Paris : Hermann, 1980, 242 p.

Lacoste O, Spinosi L. *L'état de la santé dans le Bassin houiller du Nord - Pas-de-Calais*, Ors, 1996, 191 p.

Lacoste O, Sampil M, Spinosi L, *La population et le système de soins*, Lille : ORS, 1999, 119 p.

Lacoste O. *La géopolitique de la santé en France, une problématique émergente*, Hérodote, 1999, 92 : 19-49.

Lavoux T, Rechatin C. *L'environnement en France*. Paris : La Découverte-IFEN, 1998, 480p.

Le Jeannic T. *Le zonage en aires urbaines : une nouvelle nomenclature spatiale de l'Insee*, -XI. La santé de l'homme, n° 327, 1997, IX

Le Littoral Nord – Pas-de-Calais
Milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives

Le Jeannic T. *Une nouvelle approche territoriale de la ville*, Economie et statistique, n° 294-295, 1996, 25-45.

Mazeau M. *Déficits visuospatiaux et dyspraxies de l'enfant atteint de lésions cérébrales précoces*, Bois – Larris ; 1996

Mérenne-Schoumaker B. *La localisation des services*. Paris : Nathan, 1996, 191 p.
Paluch D, *Les aires urbaines : une approche plus large de la ville*, Profils, n° 11, 1996.

Picheral H, *Echelles d'analyses de la desserte en soins médicaux*. Cah. Socio. Démo. Méd., 30, 2 : 155-176.

Picheral H, Réseau urbain et hiérarchie hospitalière. *Actes du IVe Colloque de Géographie et socio-économie de la santé, hôpitaux et géographie des soins*, Paris janvier 1995, CREDES.

Pumain D, Saint-Julien T. *L'analyse spatiale. Localisations dans l'espace*. Paris : Armand Colin, 1997, 167 p.

Pumain D, Mattei M-F. *Données urbaines T2*, Paris, Anthropos/Insee, 1998, 139-146.

Sampil M, Lacoste O, Declercq C. *Territoires urbains et santé*. Lille : ORS, 1998, 62 p. + annexes

Smco, *Rapport diagnostic du schéma de transport collectif du Littoral*, multigr., juillet 1998.

Smco, *Rapport final du schéma de transport collectif du Littoral*, multigr, novembre 1998.

Smco, *Schéma de transport collectif du littoral*, 1998.

Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O, *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*, Lille : ORS, 2000, 191 p.

Stevens JF. *Petit guide de prospective Nord – Pas-de-Calais 2020*. Lille : Aube Nord, 2000, 125 p.

Subra P. *Les ports du Range nord-européen entre concurrence, mondialisation et luttes environnementales*, Hérodote, 1999, 93 : 106-133.

Tonnellier F, Vigneron E. *Géographie de la santé en France*, Paris : Presses universitaires de France, 1999, 127 p.

Vabret F., Bouchard S, Rouhart I, Davy A, *Psychologie de la femme enceinte alcoolique, Alcoologie* 1999 ; 21(4) :487-491

Wackermann G, *Géographie humaine des littoraux maritimes*, Paris : Ellipses, 1998, 143 p.

*Liste des principales abréviations
usitées dans cet ouvrage*

- AA** : Alcooliques anonymes
AAD : Allocation d'adoption
AAH : Allocation adulte handicapé
ABCD : Aide bénévole contre la drogue
ACTP : Allocation compensatrice tierce personne
ADNSEA : Association départementale pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence
AES : Allocation d'éducation spécialisée
AF : Allocations familiales
AFEAMA : Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée
AFPA : Association pour la formation professionnelle des adultes
AGED : Allocation de garde d'enfant à domicile
AGGIR : Autonomie, gérontologie, groupe iso ressources
AGUR : Agence d'urbanisme de la région dunkerquoise
AIM : Association internationale de la mutualité
ANPE : Agence nationale pour l'emploi
AP : Atelier protégé
APE : Allocation parentale d'éducation
API : Allocation parent isolé
APJE : Allocation pour jeune enfant
ARCAF : Association régionale des caisses d'allocations familiales
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
ARS : Allocation de rentrée scolaire
ARSR : Association régionale de sécurité routière
ASF : Allocation de soutien familial
- BDI** : Boulogne drogue info
- CAF** : Caisse d'allocations familiales
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CAN : Centre d'alcoologie et de nutrition
CAT : Centre d'aide par le travail
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAA : Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCAS : Centre communal d'actions sociales
CCI : Chambre de commerce et d'industrie
CCPE : Commission de circonscription préélémentaire et élémentaire
CCSD : Commission de circonscription du second degré
CDPA : Comité départemental de prévention de l'alcoolisme

- CDES** : Comité départemental d'éducation à la santé
CDES : Commission départementale d'éducation spécialisée
CEM : Centre d'éducation motrice
CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CF : Complément familial
CHAM : Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil
CHB : Centre hospitalier de Boulogne
CHC : Centre hospitalier de Calais
CHD : Centre hospitalier de Dunkerque
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale ?
CLIS : Classe d'intégration scolaire
CMD : Catégorie médicale de diagnostic
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMP : Centre médico-psychologique
CNED : Centre national d'éducation à distance
COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPE : Conseiller principal d'éducation
CPTCA : Centre de prévention et de traitement des conduites d'alcoolisation
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CROSS : Centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage en mer
CSP : Catégorie socio-professionnelle
CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
- DASS** : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DATAR : Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale
DGS : Direction générale de la santé
- EPSM** : Etablissement public de santé mentale
EPSR : Equipe de préparation et de suite de reclassement
EREA : Etablissement régional d'enseignement adapté
- FDTAH** : Foyer à double tarification pour adultes handicapés
FMC : Formation médicale continue
- GIC** : Grand invalide civil
GRA : Groupement régional d'alcoologie
- HDT** : Hospitalisation à la demande d'un tiers
HO : Hospitalisation d'office
- ICM** : Indice comparatif de mortalité
IEM : Institut d'éducation motrice

Abréviations

IME : Institut médico-éducatif

IMP : Institut médico-pédagogique

IMPRO : Institut médico-professionnel

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRP : Institut de rééducation psychothérapeutique

MAPAD : Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MTP : Majoration tierce personne

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

ORL : Oto-rhino-laryngologie

ORS : Observatoire régional de la santé

PSD : Prestation spéciale dépendance

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme médicalisé des systèmes d'informations

PPP : Préparation psycho-prophylactique

RASED : Réseaux d'aide spécialisés aux élèves en difficulté

RMI : Revenu minimum d'insertion

SAAAIS : Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire

SAE : Service expérimental d'accompagnement

SAF : Syndrome d'alcoolisme fœtal

SAFEP : Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce

SAVH : Service d'auxiliaires de vie pour handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SEGPA : Section d'enseignement général et professionnel adapté

SESSAD : Service d'éducation spécialisée

SIVOM : Syndicat intercommunal à vocations multiples

SMCO : Syndicat mixte de la Côte d'Opale

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

SSAD : Services de soins à domicile

SSEFIS : Service de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire

TGI : Tribunal de grande instance

UEROS : Unité d'évaluation, de réentraînement et de réorientation sociale

UPI : Unité pédagogique d'intégration

VADS : Voies aéro-digestives supérieures