

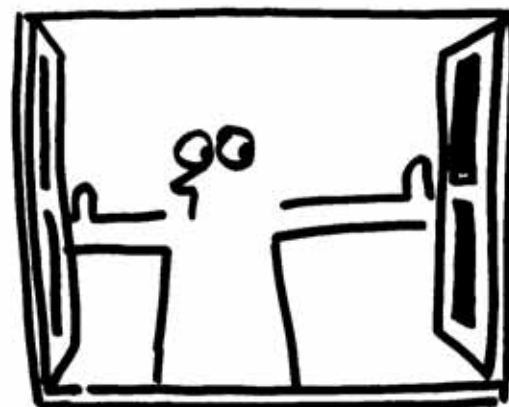
AVOIR FAIM AUJOURD'HUI



Horizon 2015

DOSSIER

La démographie médicale et paramédicale



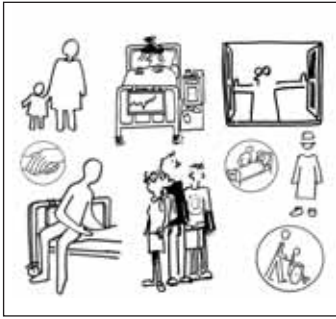


L'énergie au service de la qualité de vie

Tournés vers l'industrie, le tertiaire, l'habitat, la santé et les grands équipements collectifs, les métiers de DALKIA reposent sur le respect des valeurs fortes : l'innovation, la qualité et la protection de l'environnement.

- Réseaux de chauffage urbain
- Gestion d'installations thermiques
- Utilités et fluides industriels
- Cogénération et production décentralisée d'électricité

L'énergie est notre avenir, économisons-la !



vues
d'ensemble
UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE

n° 38 - juillet 2008

Directeur de la publication :
Thérèse Lebrun

Comité de rédaction :
Geneviève Branquart, Francis Calcoen,
Christian Cannuyer, Michèle Clavier,
Amaury de Baudus, Catherine Dervaux,
Claude Dognin, Philippe Gallois, Anne-
Christine Hladky, Arnauld Vanderersch,
Dominique Verbeken, Michel Veys.

Secrétariat :
Martine Golon

Contribution au dossier :
Pascal Roeland

Dessins :
Charles Hélin

Infographie :
Bérenger Hiltenbrand

Publicité :
Tél. 03 20 13 40 91
Fax 03 20 13 40 90

Imprimerie :
La Monsoise
5 avenue Léon Blum
59370 Mons-en-Baroeul

Dépôt légal 2^{ème} trimestre 2008
ISSN 1291-4088

Rédaction et administration :
60 boulevard Vauban - B.P. 109
59016 Lille Cedex
Tél. 03 20 13 40 89 - Fax. 03 20 13 40 90



S O M M A I R E

CHRONIQUES

2-3 Point de vue

Avoir faim aujourd'hui.

4-5 Question d'éducation

La réussite passe-t-elle par le tutorat ?

7 Question pastorale

Les pèlerinages.

9-10 Coup de cœur

- *Nature et spiritualité* de Jean-Marie Pelt.
- *Ce lien qui ne meurt jamais* de Lytta Basset.
- *Journal* d'Hélène Berr.



DOSSIER HORIZON 2015 : LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

11 Éditorial.

12 Le corps médical à l'horizon 2015.

16 Démographie médicale : questions et illustrations.

17 Etat des lieux.

19 L'hôpital : la pluridisciplinarité au service des patients.

20 La migration des soignants : un défi éthique majeur de la globalisation.

22 Zoom sur les professions libérales.

24 Mission Flajolet : des perspectives ambitieuses pour une politique de santé pour tous.

28 Témoignages.



LA VIE DE L'UNIVERSITÉ

32 Zoom sur... *Humanité* : innovation sociale et nouveau quartier de vie et de ville.

32 Pôle universitaire « Handicaps, dépendance et citoyenneté ».

33 « Ensemble, Innovons ».

34 Entrepreneuriat : nos étudiants acteurs de trois événements.

37 International.

38 La vie des établissements.

39 Les rendez-vous du trimestre.

40 Programme culturel : découvertes, émotions et passions.



Avoir faim aujourd'hui

A la une de l'actualité, les émeutes de la faim, mais aussi le sommet de la FAO à Rome en juin 2008, il est temps de s'interroger sur une véritable solidarité à l'échelle planétaire.

Le gamin, que je fus, anticipait déjà sa passion pour le journalisme en composant des revues de presse avant l'heure. Nous étions fin des années soixante. Le Biafra n'échappait pas à cette couverture des événements. L'opinion était émue devant ces enfants au ventre ballonné et aux membres décharnés. La faim dans le monde était alors mobilisatrice d'un militantisme fort, accompagné d'une analyse socio-économique percutante. Non seulement on déplorait le fait qu'au vingtième siècle des hommes meurent de faim, mais on s'évertuait à discerner les causes de ce mal : croissance démographique, divisions ethniques, cultures d'exportation exacerbées au détriment des cultures vivrières... Tout cela résonnait dans les grands forums Nord-Sud. L'injuste condition de millions d'êtres était dénoncée et décriée.

Guerre de civilisations

L'entrée dans le nouveau millénaire a, il faut le reconnaître, occulté la question de la faim dans la grande opinion. Mobilisée par les attentats du onze septembre, focalisée sur des problématiques mythiques ou avérées liées à la mondialisation, la pensée commune a, pour ainsi dire, décroché. Dans l'ingratitude, des organismes non gouvernementaux tels le Comité catholique contre la Faim et pour le développement ou la Cimade, poursuivirent leur nécessaire réflexion. Le spectre de la sous-alimentation n'avait évidemment pas disparu ! Sa médiatisation était moindre, captée qu'elle était par le caractère inédit du terrorisme et le dilemme d'une « guerre de civilisations ».

Voici que, depuis peu, la faim des hommes prend un nouveau visage. Non seulement l'opinion, anesthésiée par quantité d'autres sujets, découvre que l'hydre est loin d'être maîtrisée, mais encore et surtout, surgissent à l'écran des émeutes inattendues en des pays auto-alimentés de longue date. Le monde se réveille groggy. La foule crie désormais famine également en des contrées imprévisibles. Pour illustration, un coopérant en Indonésie me partage son écœurement devant le dilemme suivant : les biocarburants permettent peut-être une lutte contre la pollution mais sont terriblement mangeurs de terres vivrières. On croyait ces nations à tout jamais préservées de ce fléau relégué dans l'histoire.

Conjointement à ces révoltes de populations affamées, la colère grandit au Nord en de nombreuses catégories socio-professionnelles précarisées par la flambée paroxystique

de l'or noir. Des métiers entiers sont menacés. Ils représentent pourtant des domaines essentiels et d'une symbolique très forte pour une société, tels que la pêche ou le transport. Ce qui fait dire à certains observateurs que le Nord et le Sud, si tant est que ce découpage ait encore du sens, ont désormais leurs rébellions respectives, signe d'une grave fracture mondiale.

Financiarisation

Tout va se complexifiant. Les producteurs agro-alimentaires y perdent leur latin. Habités à des consignes précises reçues à l'époque des quotas, on les culpabiliserait presque aujourd'hui de ne pas produire en suffisance pour pallier ces pénuries. Ce qui n'est pas sans traumatiser ces professions dont la vocation première est d'être « nourricière de l'humanité ». L'économie se financiarise à outrance. Les transactions deviennent tellement virtuelles qu'on en oublierait parfois, en certains lieux de décision géopolitique, la matérialité concrète de l'importation vitale des denrées !...

Les pays dits « développés » connaissent quant à eux des pourcentages non négligeables de populations dont le seuil de pauvreté n'exempte pas d'avoir faim.

Dans le même temps, les pays émergents accentuent une croissance qui les singularise peut-être, mais qui n'est pas sans laisser des pans considérables de leurs peuples dans la misère. Les responsables du Programme Alimentaire Mondial (le PAM) accomplissent un travail humanitaire titanesque, mais disent à qui veut les entendre, que leurs prérogatives ne vont pas au-delà de l'aide d'urgence.

Les catastrophes naturelles mobilisent leur logistique. Les services des Nations unies ne peuvent pallier que la première nécessité. La FAO n'est pas sans féconder de précieuses analyses, mais encore faut-il que les nations veuillent consentir à les concrétiser.

Pour un développement durable

On le voit, la situation de millions d'hommes affamés et réfugiés est inédite. Aux dires de plusieurs spécialistes, elle n'a jamais connu tant d'acuité même si par ailleurs une évolution planétaire est indiscutable. La question de la faim est désormais à resituer dans le vaste champ du développement durable. Elena Lasida, experte sur ces questions, s'exprimait ainsi à la tribune des Semaines Sociales : « La destination universelle des biens ne devrait pas se limiter à un principe de redistribution fondé sur le droit de tout homme à accéder aux biens nécessaires pour vivre. Mais devrait s'élargir au droit de tout homme à devenir créateur et à participer à un projet commun ».



© DR

On sent bien, derrière cette citation, toute une volonté de revisiter la notion même de solidarité : « Nous vivons dans un monde où les catastrophes naturelles nous confrontent à l'emprise de l'imprévisible, et en même temps nous disposons plus que jamais de moyens pour nous sécuriser face à l'imprévu » note encore cette économiste.

Il est encore bien loin et idyllique ce temps où la représentation du pauvre serait transformée dans les mentalités. Les colloques sont nombreux pour souhaiter que l'on considère les « potentialités » de l'être humain plutôt que ses « manques ». Mais encore faudrait-il que l'éthique soit davantage appliquée. Ne parlait-on pas, dès 1996, du concept de « souveraineté alimentaire » ? On mettait derrière ce vocable le droit de chaque nation à déterminer librement son mode d'approvisionnement alimentaire, faisant participer ainsi son agriculture locale au développement de sa nation. Ce cap crucial supposerait, comme le redit haut et fort l'éthicien Dominique Vermersch, le démantèlement de toute une mentalité de dumping, comme « première concrétisation de bonnes intentions ».

Réveiller la conscience internationale

Que sont donc devenues les incantations du sommet mondial de l'alimentation ? Devant l'ampleur des défis macro-économiques, et la lassitude de nombreux militants, le discours du *small is beautiful* a connu sa période de succès. Beaucoup se sont empressés de réaliser des choses repérables. Les associations étudiantes ont pris en ce domaine des initiatives remarquables. Des partenariats de développement existent efficacement. Mais s'il suscite d'indiscutables générosités et de précieuses microréalisations locales, ce langage ne peut suffire à affronter en sa globalité la maîtrise des échanges alimentaires. Il ne doit surtout pas exo-

nérer les dirigeants internationaux à assumer ce qui relève de leur responsabilité.

Un médecin engagé dans l'humanitaire me décrivait récemment le processus physiologique inexorable que ressent une personne sous-alimentée. Dans les premiers stades, les réactions sont vives. Vient un moment où le manque se banalise, hélas, et où l'organisme bascule en raison de cette déficience dans des troubles plus chroniques. Puisse la conscience internationale ne pas être seulement attentive aux émeutes du journal télévisé de façon ponctuelle, en banalisant le drame de la faim.

Voici plus d'un quart de siècle, Jean Fabre, leader politique italien, avait utilisé dans le quotidien *Le Monde* cette expression percutante : « Nous décrétons une année internationale de l'enfance ? Elle devient l'année d'Hérode, celle de la mort de faim de dix-sept millions d'innocents de moins de cinq ans. Le monde est devenu un Buchenwald permanent sans que nul ne se lève pour que cesse cet holocauste !... »

On souhaiterait que ces propos terribles aient perdu de leur acuité. On désirerait qu'une mobilisation sans précédent démente ce constat. On aimerait que le verset évangélique matthéen soit vécu davantage par l'humanité d'aujourd'hui : « J'avais faim, et tu m'as donné à manger ! » ●

Père Bernard Podvin,
1^{er} vice-président de l'UCL

- Documents Episcopat, « Les chrétiens et le développement durable », 2/08.
- Dominique Vermersch, *L'éthique en friche*, Ed. Quae, Versailles, 2007, 120p., 18 euros.
- « Avoir faim », *Le Monde*, 16 octobre 1980.

QUESTION D'ÉDUCATION

La réussite passe-t-elle par le tutorat ?

Arrivés à l'Université, de plus en plus d'étudiants, débordant d'enthousiasme au début de l'année universitaire, sont très vite freinés dans leurs études par des lacunes qui les suivent depuis le collège et dont ils n'arrivent pas à se débarrasser. La difficile maîtrise de la langue française et la connaissance approximative voire l'ignorance des moyens d'expression nécessaires à la structuration de leur pensée les condamnent à court ou moyen terme à abandonner ou à prolonger les études qu'ils avaient choisies. Deux enseignants de la faculté libre des lettres et sciences humaines partagent ici leur expérience de remise à niveau des étudiants.

Chaque filière peut désormais le constater : les étudiants ont des idées mais un certain nombre d'entre eux ne savent pas les exprimer. Un pourcentage, en constante augmentation, arrive sur les bancs de la faculté sans maîtriser le français de manière satisfaisante. Ils sont démunis lorsqu'il s'agit de s'exprimer par écrit mais aussi à l'oral, de rédiger un commentaire, un résumé, d'argumenter ou encore de présenter un exposé.

En voici en exemple relevé dans une copie d'un étudiant de 1^{ère} année : « *L'aménagement du territoire français est issu d'une volonté d'aménager le territoire... Mais quand n'est-il maintenant ?* »

Pour un grand nombre cette phrase est surprenante, voire même saisissante mais pour l'enseignant, elle n'est certes pas banale mais n'a rien d'exceptionnel.

SOS langue française

La dérive de la langue française s'est singulièrement accélérée au cours de ces dernières années. Cet état des faits est devenu monnaie courante, transformant tout écrit en une accumulation de mots difficilement compréhensibles et qui n'ont rien d'universitaire ; il résulte de lacunes lourdes dans les pré-requis du collège et du lycée.

Bien entendu, il ne s'agit pas ici de fustiger ces étudiants en détresse mais de prendre en compte leurs difficultés qui ne sont pas seulement

d'ordre orthographique ou grammatical mais qui résultent plus généralement d'une grande ignorance des richesses de notre langue. Maîtriser sa langue maternelle, c'est maîtriser sa pensée. Ignorer les richesses de sa langue, c'est se condamner à demeurer muet et sourd au monde qui nous entoure.

Réussir en licence

Cette situation a amené le gouvernement à prendre des mesures. Parmi les différentes réformes que le gouvernement Fillon met en chantier, le plan « Réussite en licence », piloté par Valérie Pécresse, ministre de l'Enseignement et de la Recherche, a pour ambition de diviser par deux le taux d'échec en première année. Une des priorités de ce plan est de lutter contre l'échec des bacheliers technologiques et professionnels dans l'enseignement supérieur et à l'université en particulier.

La société change et l'Université a l'obligation de s'adapter à ces changements sous peine de perdre une grande part de son attractivité face aux autres organismes de formation. Il faut réduire les injustices et offrir à chaque étudiant les moyens de sa réussite. Il nous faut dépasser les débats stériles sur les compétences implicitement déclarées des universités : est-ce ou non la tâche de l'Université de pallier les carences imputées à l'enseignement secondaire ? La réponse est évidente. L'enseignement supérieur ne peut plus s'enfermer dans sa « tour d'ivoire » et rester indifférent chaque année devant le nombre sans cesse croissant de jeunes adultes qui nous quittent sans aucune qualification, repoussant une situation ancienne et qui continue à se détériorer. Dans l'ensemble, il n'y a pas de réticence. Des universités avaient déjà proposé des parades à l'échec de



© ISA



© FLST

ces étudiants (voir le dernier numéro de *Vues d'ensemble*), d'autres s'y préparaient. A travers le renforcement pédagogique, c'est la diversité des étudiants qui est prise en compte. Le nouvel aménagement de la licence va dans le même sens.

Renforcer les savoirs fondamentaux

Désormais, la première année sera considérée comme une année pluridisciplinaire qui doit garantir la maîtrise des savoirs fondamentaux indispensable à la réussite du parcours universitaire. En faculté des lettres et sciences humaines, l'accent sera mis sur la maîtrise de la langue française et sur l'acquisition d'une culture générale nécessaire à la compréhension des programmes que chaque faculté propose. C'est, d'une certaine manière, la résurgence de l'année propédeutique¹ que connurent les étudiants dans les années soixante.

La seconde année sera une année de consolidation des savoirs et des compétences, la troisième année prendra la forme d'une année de spécialisation conforme au projet de l'étudiant. L'Université doit accompagner ses étudiants jusqu'à la réussite en proposant des moyens pédagogiques répondant aux difficultés qui sont désormais clairement repérées par tous les acteurs de la formation universitaire. Ainsi rénovée, la licence deviendra, un diplôme qualifiant permettant à l'étudiant de poursuivre ses études vers un master ou de s'orienter vers le marché du travail.

Quelques questions en conclusion : cette réforme ou cette rénovation doit être portée par chaque faculté certes mais

avec quel profil de formateur et quelle pédagogie ? Est-ce, par ailleurs, le rôle de l'université que de pallier les lacunes accumulées depuis plusieurs années ? La réponse est positive mais elle doit s'accompagner d'une réflexion plus large portant sur l'ensemble du processus de l'enseignement en France. La qualité et l'avenir de notre université passe par cette étape indispensable dans la formation de nos jeunes. ●

Dominique Verbeken,
Arnauld Vandermersch,
FLSH

¹ La 1^{ère} année d'études s'appelait année propédeutique. Elle préparait aux licences jusqu'en 1966.

Quelques repères

- 90 000 étudiants quittent l'université sans diplôme.
- Taux de réussite à l'issue de la première année à l'université : 48 %.
- Taux de réussite au bac : 83 %.
- Sur les 90 % des bacheliers technologiques qui poursuivent leurs études après le bac, 1/3 n'obtient aucun diplôme.
- Ils représentent 50 % des étudiants n'obtenant aucun diplôme de l'enseignement supérieur.
- 25 % des bacheliers technologiques s'inscrivent en licence générale mais moins de 10 % parviennent à décrocher leur diplôme de licence en trois ans ou plus. ●



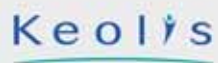
Allégez votre budget voiture,
c'est bon pour la nature !

Maintenant, l'auto se partage.

Lilas
Lille
autoportage

lilas-autoportage.com ou 03 20 740 740

1^{ER} SERVICE D'AUTOPARTAGE LILLOIS



QUESTION PASTORALE

Les pèlerinages

Été, vacances, cent-cinquantième de Lourdes, ou découverte des chemins de Compostelle : voici revenu le temps des pèlerinages. Mais pourquoi donc partir de chez soi ? Pourquoi marcher vers un lieu religieux ? Pourquoi exhumer cette pratique d'un autre âge ?

Homme, le Seigneur t'a fait savoir ce qui est bien, ce qu'il réclame de toi : rien d'autre que pratiquer la justice, aimer la miséricorde, et marcher humblement avec ton Dieu » (*Mi 6, 8*). La vie de foi authentique implique donc de *marcher*, « humblement » c'est-à-dire en veillant à la volonté du Seigneur. Marcher, avancer dans la vie : tout pèlerinage inclut ce progrès spirituel, cette marche dans la réalisation de soi.

Marcher : dignité de l'homme

Marcher : dès sa naissance, le petit d'homme en a le réflexe et en esquisse le mouvement, marquant ainsi sa dignité spécifique dans le monde animal. L'être créé à l'image et la ressemblance de Dieu (Gn 1, 26) est un « homme qui marche »¹. A l'âge d'un an à peine, c'est sa première **victoire**, liberté formidable conquise sur lui-même et son environnement... Désormais, et pour toute sa vie à moins d'un accident, elle lui permettra de vaquer à ses occupations, de découvrir le plaisir de la promenade, d'exprimer la conviction de ses idées dans les manifestations, d'aller à la rencontre des autres par des voyages, à la rencontre de Dieu dans des processions ou pèlerinages. Marcher est le propre de l'homme...

Être pèlerin : identité du chrétien

Les chrétiens ont redécouvert la pratique du *pèlerinage* à la faveur du **Jubilé** de l'An 2000. Celle-ci est pourtant très ancienne, antérieure à la Bible et commune à de nombreuses religions. Mais en judéo-christianisme, la vie elle-même est marquée par ce caractère d'itinérance, de cheminement avec Dieu et vers Dieu. La Bible mentionne de nombreux pèlerinages vers des sanctuaires (Sichem : Jos 24, 25 ; Béthel : I S 10, 3), et bientôt le sanctuaire unique de Jérusalem pour la célébration de la Pâque (2 R 23). Les *Psaumes* 120 à 134, dits « psaumes des montées », étaient sans doute chantés pendant la montée à Jérusalem, et spécialement pour les pèlerinages mentionnés en Ex 23, 14-17. Le but de ces pèlerinages est de se rendre au sanctuaire, lieu de la **rencontre** avec Dieu. En Christ, le pèlerinage acquiert une dimension eschatologique, aidant le chrétien à « prendre conscience de la dimension eschatologique de sa vie de baptisé ». Le pèlerinage chrétien revêt en effet une grande **spécificité** : « Dès lors que Jésus a pleinement accompli en sa personne le mystère du Temple et qu'il est passé de ce monde au Père, vivant en lui-même l'exode

définitif, plus aucun pèlerinage n'a de caractère obligatoire pour ses disciples : c'est leur vie entière qui est une marche vers le sanctuaire céleste, comme toute l'Eglise elle-même 'au long de son chemin sur la terre' »².

Rencontrer le Seigneur : sens de notre vie

La formule de Saint Augustin, ouvrant ses *Confessions*, est célèbre : « Tu es grand, Seigneur, et très digne de louange... Parcelle de ta création, l'homme veut te louer... C'est, quand sa louange le délecte, toi qui le pousses, car tu nous as faits pour toi et notre cœur est sans repos jusqu'à tant qu'il repose en toi » (I, 1, 1). La vie de l'homme est *pèlerinage* vers Dieu, sa condition est celle d'**homo viator**. Démarche de pénitence, temps de *méditation*, chemin de *conversion*, le pèlerinage est riche de belles significations. La *joie* doit



Marche vers l'Abbaye de Tamié (73).

habiter le pèlerin en marche, « comme le prolongement de l'allégresse ressentie par le pieux pèlerin d'Israël : 'Quelle joie quand on m'a dit : nous irons à la maison du Seigneur !' (Psaume 122, 1) »³. Le pèlerin n'est pas seul : pour le culte et la prière, il vit en *communion* avec d'autres pèlerins. Et il découvre avec eux que le pèlerinage a aussi une valeur apostolique : le pèlerinage annonce la foi, il est « véhicule d'évangélisation »⁴. Le pèlerinage est l'expression suprême du **désir**, de la quête de Dieu par l'homme, qui rejoint la quête incessante de l'homme par Dieu. Nous sommes, dit encore saint Augustin, « pèlerins par grâce » sur cette terre, habités par *l'espérance* de notre patrie céleste. Le but du pèlerinage n'est autre, en effet, que la rencontre du Seigneur. Et la difficulté de la marche ne peut faire oublier au chrétien qu'il va résolument au-devant de Sa **Joie**. ●

Michèle Clavier,
faculté de théologie

1 Reprise d'un beau titre de Christian BOBIN sur le Ressuscité...

2 Cf. n°281 : Congrégation pour le culte divin et la discipline des sacrements, *Directoire sur la piété populaire et la liturgie - Principes et orientations* (décembre 2001), Bayard Editions - Fleurus-Mame, Ed. du Cerf, Paris, 2003, « Documents d'Eglise ».

3 *Id.*, n°286.

4 Propos de l'archevêque de Saint-Jacques de Compostelle (*Lettre pastorale pour l'Année sainte compostellane 2004*, n°26), à propos du pèlerinage jacobéen.



Entre 2 cours :

*un petit creux !
une pause café...*



Autobar AXC France

240 rue des Bois Blancs 59000 Lille

Tél. 03 20 09 03 19

Fax 03 20 93 17 15

Le temps de l'été, c'est aussi le temps de lire. Vous trouverez dans ces pages des lectures riches de bon sens. Bonne lecture !



© DR

• Pour une « métaécologie »...

C'est sûr : l'écologie est à la mode, et tout est bon prétexte à faire sa BA « pour la planète ». ... Voici pourtant un livre qui en parle autrement, avec justesse et vérité, sans complaisance mais avec une infinie bienveillance pour le monde, pour la terre et tous ses habitants.

Bien connu du grand public pour ses nombreuses publications, Jean-Marie Pelt (professeur émérite de l'Université de Metz, botaniste, pharmacien, président de l'Institut européen d'écologie) est un prophète pour notre temps, dénonçant avec grande compétence « le massacre du vivant » et n'hésitant jamais à se dire, au nom de sa foi, « amoureux de la vie ». Un scientifique accompli, qui met sa connaissance au service de l'humanité. Un chrétien heureux, qui a conscience de sa responsabilité. Un homme qui « n'a jamais hésité à se dire à la fois scientifique et croyant, n'ayant jamais perçu, dans son expérience intime, la moindre contradiction » (p. 210).

Partant de la grave « menace » (écologique, géopolitique, sociétale, technologique) qui pèse sur l'homme à l'heure de la mondialisation, Jean-Marie Pelt appelle à une « nouvelle alliance avec la nature » et à la construction d'une « société conviviale, altruiste, solidaire, sur une planète amoureusement jardinée » (p. 19). Et il analyse, dans cette perspective, l'apport des différentes traditions religieuses. Sa thèse consiste à montrer comment écologie et spiritualité peuvent devenir « les deux piliers de la sagesse, et les deux piliers du futur ». Son parcours « à travers les grandes spiritualités du monde » lui permet alors de dire comment on peut trouver le bonheur « dans une authentique

sobriété » (p. 84), de souligner à quel point liturgie et nature sont liées (p. 172), ou encore de dire l'urgence de « tout repenser, et d'abord avec le cœur, cette féminité de l'être que nous avons perdue... » (p. 70).

Voilà pourquoi il propose « la promotion d'une nouvelle écologie, d'une *métaécologie* qui intégrerait la puissance spirituelle de l'homme, seule capable d'assurer la paix dans la nature et entre les hommes » (p. 284). Car, s'il doit bien reconnaître que « l'avenir est sombre », il demeure « plein d'espérance » : « La petite fille Espérance est avec nous, forte, tendre et fraîche » (p. 287). Elle nous permet de croire à « la terre nouvelle, avec un ciel nouveau » (Ap 21, 1), à accueillir avec sagesse.

Pour avoir connu Jean-Marie Pelt, pour avoir bénéficié de ses enseignements voici plus de trente ans, et à la lecture de ses livres, je ne peux qu'admirer sa sollicitude pour les humains et donner à entendre son appel : « Revisitons les sources de nos sagesse millénaires. La bible qualifie Adam de « terreux ». Il vient de la terre et y retournera. L'humain est humus. Le temps est venu, face à l'orgueil et à la démesure, de redécouvrir la richesse de l'humilité... Oui, il est temps de changer de civilisation, pour nous, pour nos enfants, pour les enfants de nos enfants. Oui, il est temps d'entrer joyeusement dans la civilisation de l'amour » (pp. 290-291, Épilogue).

Puisse Jean-Marie Pelt ne plus prêcher trop longtemps dans le désert... ●

Michèle Clavier,
professeur à la faculté de théologie

Jean-Marie Pelt, avec la collaboration de Franck Steffan
Nature et spiritualité, Fayard, Paris, 2008, 196 p., 19 euros.



© DR

• Ce lien qui ne meurt jamais

Avec mon enfant suicidé je venais d'enterrer les vestiges du fantasme de la mère parfaite... »

Cette lucidité et cette profondeur sont la marque de l'un des livres les plus intimes qui nous aient été donnés. Celui d'une mère, pasteur, qui subit de plein fouet le suicide annoncé de son fils drogué. Du fond de sa douleur, elle nous porte le témoignage de la présence de Dieu et de Marie qui, s'ils ne peuvent éviter la douleur « en amont », lui maintiennent la tête hors de l'eau. Peu à peu, la Présence la guide vers son fils, vivant, là où il est. Elle parvient même à l'entendre... Surprenant éclairage de la Communion des Saints vue par une protestante...

Rappelant que l'Autre est le seul chemin vers Dieu, l'auteur souligne l'irremplaçable intermédiation de la compassion humaine. Eclaire aussi des phrases sur lesquelles nous avons glissés : « Il est avantageux pour vous que je m'en aille »...

Auteur de nombreux ouvrages, Lytta Basset nous donne à mieux voir l'invisible et nous aide à ne pas perdre pied, même au cœur de l'atroce. Un livre à lire et à relire, qui nous conduit au divin du plus profond de l'humain. ●

Claude Dognin,
ISTC

Lytta Basset, *Ce lien qui ne meurt jamais*, coll. « Essais / documents », Albin Michel, Paris, 2007, 224 p., 16 euros.

COUP DE CŒUR



• *Le journal d'Hélène Berr*

Née à Paris en 1921, issue de la grande bourgeoisie juive de Paris, Hélène Berr commence son journal le 7 avril 1942 et le tient jusqu'au 15 février 1944 à Drancy. Hélène meurt en déportation en avril 1945. Document extraordinaire et poignant, formidable témoignage, Hélène Berr y consigne les détails de la vie d'une jeune étudiante de la Sorbonne où elle prépare une thèse puisqu'elle est interdite d'agrégation d'anglais par les lois raciales. Après-midi au soleil, journées à la bibliothèque, flirts avec les garçons forment son quotidien... jusqu'au 1^{er} juin 1942 où le port de l'étoile jaune devient obligatoire. Le 8, elle décide de la porter : « *Mon Dieu, je ne croyais pas que ce serait aussi dur. J'ai eu beaucoup de courage toute la journée. J'ai porté la tête haute, et j'ai si bien regardé les gens en face qu'ils détournaient les yeux. Mais c'est dur. D'ailleurs la majorité des gens ne regarde pas. Le*

plus pénible, c'est de rencontrer d'autres gens qui l'ont ». Petit à petit, l'étau se resserre : l'arrestation de son père, Raymond Berr, vice-président directeur général de Kuhlmann, la rafle du vélodrome d'hiver... Elle note les faits pour ne pas les oublier : « *j'ai un devoir à accomplir en écrivant, car il faut que les autres sachent (...)* Et toujours j'essaie de faire ce pénible effort de raconter. Parce que c'est un devoir, c'est peut-être le seul que je puisse remplir ». Les interrogations aussi deviennent de plus en plus vives : où vont les wagons de déportés ? Que deviennent-ils ? « *On a parlé aussi des gaz asphyxiants par lesquels on aurait passé les convois à la frontière polonaise. Il doit y avoir une origine vraie à ces bruits* ». La famille Berr est arrêtée le 7 mars 1944 : rentrés dormir chez eux, ils sont arrêtés le lendemain, puis déportés. Enfin, la mort quelques jours avant la libération du camp à Auschwitz.

Selon les vœux d'Hélène, le « journal » est transmis après la guerre à Jean Morawiecki, son fiancé, parti rejoindre les Forces Françaises Libres. La nièce d'Hélène, Mariette Job, connaissant ce texte par des extraits copiés, a retrouvé le manuscrit original et l'a légué au Mémorial de la Shoah à Paris. La publication de ce manuscrit est à saluer et montre que le sort des juifs était connu de tous.

Que ce récit puisse nous permettre de ne pas oublier... ●

Anne-Christine Hladky,
ISEN

Hélène Berr, *Journal (1942-44)* suivi de *Hélène Berr, une vie confisquée* par Mariette Job. Préface de Patrick Modiano, Editions Tallandier, Paris, 2008, 304 p., 20 euros.

OLYMPUS
Your Vision, Our Future

Prenez une
bonne résolution

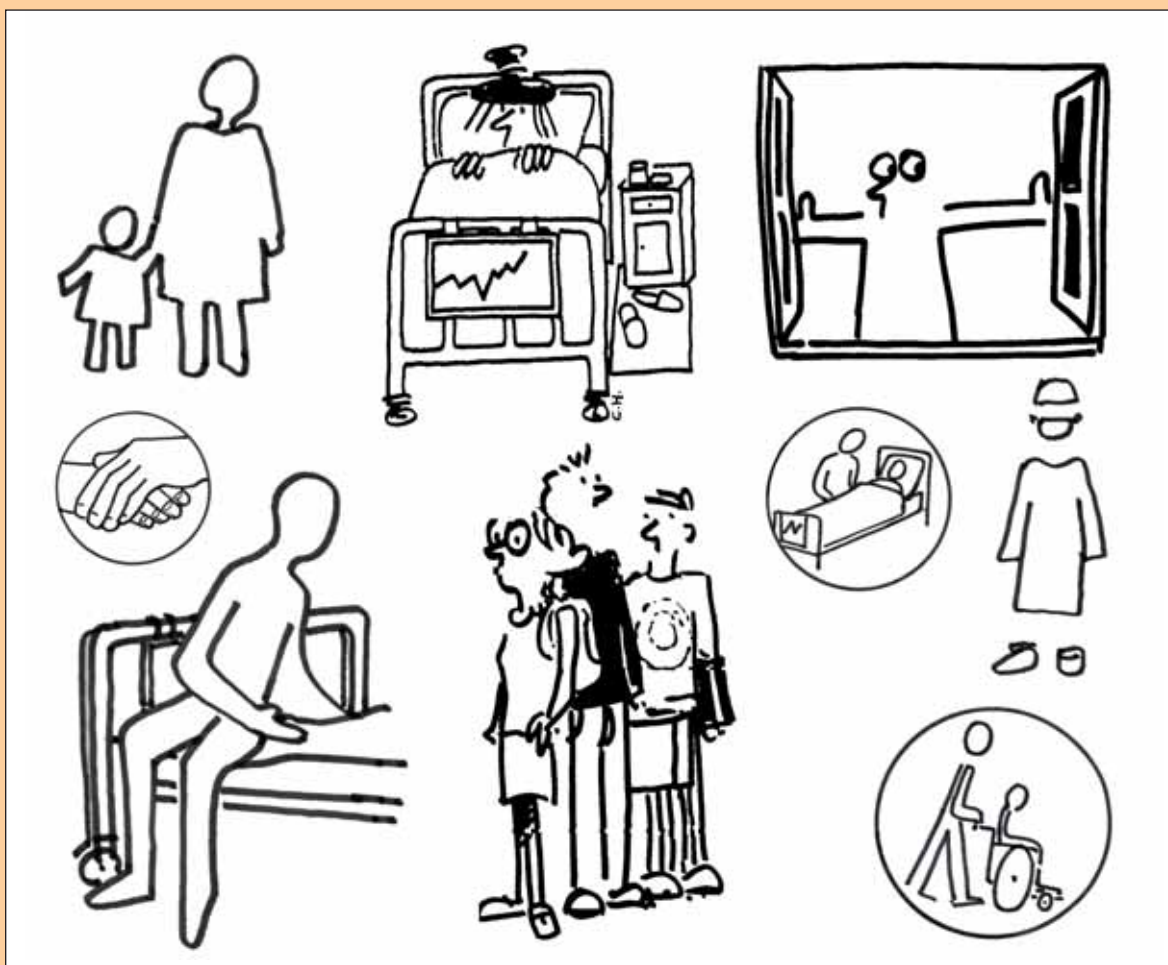
EVIS
EXERA II HDTV

OLYMPUS FRANCE
DESIGN SYSTEMES MEDICALS
Parc d'Arènes 5102 - 74, rue d'Arènes - BP 89165 - 64033 Rungis Cedex
Tél. : 31 43 92 22 27 / 84 30 - Fax : 31 43 40 28 31
www.olympus.fr

PDD
NBI
HDTV

Horizon 2015

La démographie médicale et paramédicale



© DR

La santé est au cœur des préoccupations de nos contemporains mais aussi de nos gouvernants. En un siècle, les attentes des patients se sont profondément bouleversées et complexifiées ; dans le même temps, les professions médicales et paramédicales se sont adaptées, bon an, mal an, mais n'ont pas connu de grandes réformes.

La santé est devenue une part importante du budget de la protection sociale française. À la une des journaux, on parle de coût de la santé, de déficit de la sécurité sociale, de pénurie de médecins, de fermeture d'hôpitaux... L'heure n'est plus à la palabre mais aux décisions et aux nouvelles perspectives.

Au-delà des clichés et des chiffres alarmistes, ce dossier de *Vues d'ensemble* a pour objectif d'ouvrir le débat et de poser les grandes lignes de l'avenir; tant en matière de formation des médecins et de nouveaux métiers qu'en termes de structuration de la prise en charge de la santé.

Vous pourrez lire ce dossier en trois temps :

- la première partie dresse un état des lieux précis de la situation, à partir du rapport du Pr Guy Nicolas ;

- la deuxième partie ouvre des perspectives, notamment à partir du rapport du Député André Flajolet.
- Dans la troisième partie, des acteurs éminents de la santé du Nord-Pas de Calais, apportent leurs témoignages et tracent des chemins d'avenir. « Nous sommes au début d'un changement fondamental dans l'organisation des soins, qui prend en compte les succès de la médecine et la transformation des pathologies. C'est l'occasion de passer enfin d'une médecine centrée sur le soin à une médecine qui intègre les soins dans une politique de santé », témoigne Michel Autès, Vice-président « Prévention Santé » du Conseil Régional Nord-Pas de Calais.

Une conversion fondamentale à accomplir ensemble, professionnels de la santé, politiques, citoyens et patients... ●

Thérèse Lebrun,
Président-Recteur

Le corps médical à l'horizon 2015

L'année 2015 n'a pas été choisie au hasard ; elle correspond à une époque où la médecine française se situera au centre d'une période de profonde mutation commencée en 2005, qui devrait durer une vingtaine d'années. Dans une première partie, ce rapport cherche à identifier les grandes évolutions décelées dès maintenant et dont les effets devraient modifier la médecine à l'échéance 2015. Il s'efforce ensuite de décrire les refontes et restructurations qui paraissent inéluctables.

Les grandes évolutions

En premier lieu, la démographie médicale qui rompt avec les trois décennies passées au cours desquelles les effectifs ont été globalement multipliés par 2,5 et tout particulièrement en ce qui concerne les spécialistes. On va maintenant et, jusqu'en 2015, assister à une baisse progressive du nombre des médecins, de l'ordre de 15 %, avec de grandes disparités selon les spécialités et les lieux d'exercice. Cette évolution est inexorable puisque le nombre des départs des médecins entrés dans la profession avant le *numerus clausus* est très supérieur au nombre de leurs remplaçants appartenant à la génération la plus affectée par celui-ci. Le manque de médecins est en partie comblé essentiellement dans les hôpitaux par le recrutement de médecins étrangers. Les problèmes de l'évaluation de leurs compétences professionnelles et de leur avenir dans le système hospitalier restent à régler. Il sera indispensable qu'à l'ave-

nir le chiffre du *numerus clausus* fixé chaque année anticipe les besoins à dix ans sans attendre un constat de pénurie ou de pléthore pour agir.

En contraste avec la baisse du nombre des médecins, le vieillissement de la population française se poursuivra entraînant inévitablement une augmentation de la demande de soins, notamment en ce qui concerne les soins primaires et les maladies chroniques.

Depuis 30 ans, la technicité occupe une place sans cesse croissante en médecine tant au niveau de l'élaboration du diagnostic que de la prise en charge thérapeutique. Les examens se multiplient, s'accumulent, dans un ordre qui n'est pas toujours rationnel, le malade passe de main en main, la relation médecin/malade devient de plus en plus précaire. La course à la recherche du bilan exhaustif dans un temps limité est entrée dans les habitudes et, à l'issue de ce parcours souvent pénible pour le malade, on croit le rassurer en quelques minutes en lui indiquant que son cas entre dans le cadre d'un protocole. Pour plus d'explications on lui conseille d'aller revoir son médecin traitant, oubliant que celui-ci n'a jamais été préparé à jouer ce rôle et qu'il est souvent informé des résultats avec beaucoup de retard.

HORIZON 2015

Compte tenu de ses pertinences, nous avons choisi de reproduire dans ce dossier de larges extraits du rapport de l'Académie de Médecine sur le corps médical à l'horizon 2015¹ présenté par le Professeur Guy Nicolas.

Les dépenses de santé ne cessent d'augmenter malgré l'effort des différents plans de stabilisation ; on prévoit même que dans un avenir proche elles pourraient atteindre 12 %, voire 15 % du PIB. On peut comprendre cette progression, car la demande augmente et les technologies se développent à une cadence de plus en plus rapide. On est moins sûr que cette progression soit le reflet d'une réelle amélioration de l'état de santé de la population en termes d'efficacité et il reste à en évaluer les effets.

Si l'on veut sortir de l'impasse dans laquelle se trouve actuellement le système de santé en France, il faut arrêter de distribuer des moyens dans le seul but de satisfaire des demandes qui ne sont pas toujours la bonne réponse à des besoins réels et bien identifiés. Il faut au contraire définir des objectifs correspondant à des besoins précis, clairement exprimés sur la base d'études épidémiologiques qui sont nécessaires pour définir et évaluer une politique de santé publique. Il faut ensuite choisir le ou les acteurs capables de répondre au cahier des charges et établir avec eux un contrat incluant un programme précis et des échéances. Une telle méthode n'a rien d'original ; elle est communément utilisée dans le monde économique et elle est également à la base des grands programmes



© FLM

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

de santé publique, mais elle ne correspond pas au mode de fonctionnement actuel du système de soin.

Objectifs prioritaires

Ce rapport n'a d'autre ambition que de souligner combien il est urgent de refondre en profondeur l'ensemble du système à partir d'objectifs prioritaires.

La réforme de la formation des médecins

L'exercice de la médecine est multiforme : certains médecins ont pour mission d'assurer les soins primaires, et d'autres, à l'opposé, d'être à la pointe de la recherche et/ou de constituer le recours dans un domaine très sophistiqué. Actuellement, la formation est monolithique et, au terme d'un cursus de 8 à 10 années, ni les uns ni les autres n'ont reçu l'essentiel de ce qui leur est nécessaire pour remplir le rôle que l'on attend d'eux. On demande aux premiers de se lancer dans la grande aventure de la médecine générale et d'apprendre leur vrai métier au contact des malades ; d'où leurs hésitations. On demande aux seconds d'entrer, au terme du cursus, dans la partie scientifique et technologique de la médecine de haut niveau. Quant aux années qui conduisent au doctorat, elles ont souvent fabriqué un professionnel hybride inadapté à exercer correctement une fonction quelconque et qui compense cette carence en retardant son installation. Ce jeune médecin n'est pas immédiatement apte à exercer la médecine au quotidien ; il ne l'est pas non plus à s'engager dans une carrière médicale de haute technologie.

Si l'on veut réfléchir en termes d'objectifs, on pourrait envisager un tronc commun de trois années pour acquérir les bases des connaissances essentielles que tout médecin doit acquérir pour identifier les grands syndromes en même temps qu'on lui apprend les notions essentielles d'humanisme pour que, quel que soit son exercice futur, il soit capable d'aborder le malade en tant que personne et non comme un cas. Au terme de cette première étape, l'étudiant recevra la formation complémentaire en fonction de sa future activité.

Envisager les études médicales sur un mode différencié et non plus unitaire pose immédiatement la question de la sélection à l'issue de la première année. Actuellement, les critères sont avant tout scientifiques ; ils pro-

gressent en difficulté et la sélection est équivalente à celle des grandes écoles. Après leurs sept ans d'études, la moitié des étudiants en médecine est destinée à exercer la médecine générale qui réclame autant de qualités humaines que de connaissances scientifiques. Ne l'oublions pas, si la sélection actuelle se poursuit sur le même modèle, on trouvera peu de candidats vraiment motivés pour exercer la médecine générale à l'issue du second cycle.

Sélectionner autrement, c'est d'abord ouvrir à côté de la formation actuelle une voie moins fondamentale pour permettre l'admission d'étudiants ayant un profil moins axé sur les sciences exactes ; c'est ensuite mieux informer les candidats sur le vrai métier de médecin dont on attend qu'il participe à la prise en charge du mal-être dont souffre notre société.

La médecine générale, nouvelle spécialité

On ne peut se satisfaire de la définition selon laquelle le médecin généraliste représente le médecin de premier recours devant répondre à tout appel, traiter les cas simples et orienter les autres vers l'hôpital ou le spécialiste compétent.

Présenter ses missions comme telles est méconnaître le rôle de pilier du système de santé qui a été le sien pendant les deux tiers du XX^{ème} siècle et qui s'est effrité progressivement au fur et à mesure que le nombre des spécialistes augmentait. Il doit certes répondre à toutes les demandes, mais aussi assurer le suivi des maladies chroniques, être au contact de l'entourage des malades et s'intégrer souvent à la vie communautaire. Bien qu'on ne lui demande pas de connaître toute la médecine, son rôle consiste aussi à pouvoir répondre aux questions des malades pris en charge à l'extérieur, pour expliquer, calmer l'angoisse, rassurer, enfin s'assurer de l'observance des traitements prescrits.

Au sein de son secteur d'exercice, quartier, commune, canton, le généraliste a également en charge la prévention à la fois individuelle et collective dans la communauté concernée. Ces deux missions, médicale et médico-sociale, voire d'organisation au sein d'une maison de santé, sont indissociables au quotidien.

Changer l'image du généraliste

La formation initiale du généraliste doit prendre en compte tous ces aspects, faire un

partage équitable entre l'apprentissage médical et une bonne imprégnation de la culture des sciences sociales, enfin diriger ses premiers pas au sein d'un compagnonnage bien structuré. Il faut arrêter de considérer la médecine générale comme une situation d'échec pour l'étudiant, comme le dernier choix, par défaut, pour ceux qui n'ont pu prendre la voie royale de leurs ambitions, c'est-à-dire l'accès à une spécialité.

L'image du généraliste isolé et omniprésent dans une petite commune rurale pendant toute sa carrière a vécu, et la génération en formation n'a plus l'intention d'exercer de cette façon. L'avenir à court terme est au regroupement sous la forme de maisons de santé où se trouveront réunis médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides soignants... c'est-à-dire l'ensemble des professionnels de santé capables d'accueillir en un seul lieu les malades aigus ou chroniques quelle que soit la cause de leur maladie et de participer également au suivi médico-social de la population vieillissante. De cette façon, le professionnel de santé n'est plus isolé ; il peut organiser son mode de vie et la permanence des soins est convenablement assurée.

Une organisation des soins primaires selon ce modèle s'adapte aussi bien au milieu rural que suburbain, c'est-à-dire dans les zones où le manque de généralistes va rapidement devenir problématique. C'est sur ce maillage à travers le territoire, établi à partir des données obtenues auprès des observatoires régionaux de la santé (ORS), que les pouvoirs publics et notamment les collectivités locales et territoriales, doivent porter leur attention plutôt que sur des aides ponctuelles et isolées beaucoup plus fragiles et moins attractives.

Les spécialistes : formation et répartition

Dans les trente dernières années, les spécialités se sont considérablement développées en même temps qu'elles se transformaient, alors que leur répartition dans le domaine de la formation est restée figée.

Les trois grandes disciplines d'internat : biologie, médecine, chirurgie ne correspondent plus à la réalité de l'exercice de ces professions. La chirurgie générale a disparu, les spécialités chirurgicales sont devenues plus nombreuses et plus étanches et certaines spécialités sont devenues médico-chirurgicales ou médico-biologiques. C'est ainsi que l'en-

HORIZON 2015



© FLM

doscopie interventionnelle des gastro-entérologues rejoint certains actes de chirurgie viscérale, que les cardiologues et les neuroradiologues partagent le secteur de la cardiologie interventionnelle avec les chirurgiens cardiaques ou vasculaires et que les frontières entre ces différentes activités restent mouvantes, à la merci des progrès technologiques. Une autre évidence est l'évolution chirurgicale de l'ophtalmologie avec même une hyper spécialisation selon les segments oculaires, alors que la réfraction et la surveillance de la vision revient aux orthoptistes, ce qui libère beaucoup de temps médical. Du « temps médical » doit pouvoir ainsi être libéré, du moins dans certaines spécialités. Il en est de même pour l'hématologie ou la génétique qui exigent des connaissances approfondies en biologie moléculaire. Il est urgent de prendre en compte toutes ces mutations, de prévoir les passerelles qui permettent de changer d'orientation en cours d'activité et de former les spécialistes de demain afin qu'ils puissent en toute sécurité prendre en charge les malades qui leur seront confiés.

Former des spécialistes de qualité est une nécessité mais la priorité en termes d'organisation des soins est aussi et avant tout de répondre aux besoins des populations en fixant à échéance de cinq ans le nombre de médecins nécessaires dans telle ou telle spécialité et par territoire d'exercice. L'observatoire de la démographie médicale devrait pouvoir fournir des précisions utiles sur ce point essentiel, et devenir un véritable pilote de régulation du flux des médecins.

Enfin, l'exercice des spécialités médicales ou chirurgicales est en perpétuel mouvement sous l'impulsion du développement technologique, et il n'est plus raisonnable d'envisager la carrière d'un spécialiste de façon linéaire comme cela était encore la règle il y a vingt ans. Suivant une périodicité à définir, variable d'une spécialité à l'autre, il faudra pouvoir vérifier l'aptitude du praticien à utiliser en toute sécurité la technique nouvellement apparue ou les nouvelles modalités de prise en charge d'une affection donnée. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) passe par cette exigence et les collègues de spécialistes ont un rôle important à jouer dans cette démarche.

Vers un maillage des hôpitaux

On pouvait définir l'hôpital comme un établissement public ou privé dont la mission était d'accueillir des malades ne pouvant recevoir des soins appropriés en ambulatoire ; il faut revoir cette définition.

La France se caractérise par la présence d'un nombre important d'établissements, trop dispersés et de trop petite taille pour répondre efficacement et en toute sécurité aux besoins de la population, et une réorganisation est devenue inévitable. Il faut tout d'abord établir un maillage hospitalier de premier niveau capable de prendre en charge les urgences médicales, chirurgicales et obstétricales, c'est-à-dire possédant outre un service d'urgence suffisamment équipé, des moyens d'imagerie diagnostique (scanner, IRM) un labora-

toire, des moyens de télémedecine et de transports sanitaires, y compris aériens. Le plateau technique doit également comprendre des unités de soins intensifs (USI), notamment cardiologiques et d'accueil des prématurés, et un noyau chirurgical immuable : chirurgie digestive, osseuse, vasculaire, urologique et gynécologiques, c'est-à-dire le regroupement des compétences pouvant répondre aux urgences chirurgicales. Certaines d'entre elles, hautement spécialisées comme la neurochirurgie ou la chirurgie cardiaque, seront concentrées dans quelques grands centres répartis sur le territoire.

L'implantation des hôpitaux sur le territoire doit tenir compte en priorité du temps d'accès de la population, celui-ci devant être idéalement inférieur à trois heures en utilisant le mode de transport le plus rapide. Cette exigence horaire est capitale pour les urgences chirurgicales, traumatologiques en particulier, mais également pour les urgences médicales (infarctus du myocarde, AVC...). Le deuxième niveau correspond à l'accès aux services hautement spécialisés de recours ou de référence, dans des établissements plus importants qui, en règle générale, comportent les deux niveaux, proximité et recours.

Les hôpitaux universitaires ont une responsabilité particulière en matière d'enseignement et de recherche ; celle-ci doit être reconnue, mais l'ensemble des hôpitaux, publics et privés, doit pouvoir être utilisé comme terrain de stage pour la formation pratique des étudiants en ayant le souci d'adapter le niveau du service à l'activité future choisie par le candidat et de veiller à la présence d'un encadrement effectif, validé et régulièrement évalué. La recherche, notamment clinique, est indispensable en milieu hospitalier mais elle doit être bien identifiée, à partir de projets ayant fait l'objet d'un contrat entre l'hôpital, l'université, les organismes de recherche, l'industrie, les entreprises travaillant dans le domaine de la santé... et non plus laissés à des initiatives individuelles non contrôlées. Le nouveau mode de financement des hôpitaux, dont le socle repose sur l'activité, oblige désormais à beaucoup de rigueur sur l'utilisation des moyens et la transparence des budgets. Sa mise en route se fait par paliers et une évaluation sera nécessaire en 2012.

A l'intérieur du maillage ainsi établi pour répondre dans les meilleurs délais et en toute sécurité aux situations les plus aiguës, on trouve un grand nombre d'établissements dont

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

l'activité est moins importante mais qui sont indispensables à l'équilibre du système de soins.

Ces établissements sont irremplaçables pour la médecine générale, la réadaptation, les soins de suite, extrêmement utiles également comme recours pour les centres de soins primaires, d'autant qu'ils peuvent être reliés par télé-médecine aux hôpitaux de proximité et être utilisés comme une plateforme de consultations avancées pour certaines spécialités avec un plateau technique permettant d'effectuer cette surveillance ambulatoire. Il faut donc les conserver et les aider à évoluer vers de nouvelles tâches essentielles et toutes aussi valorisantes que les précédentes.

Des écarts de conditions de vie

Le revenu des médecins connaît également de grands écarts, toujours au détriment des généralistes et de certaines spécialités qui sont dépourvues d'actes techniques ; cet aspect ne doit pas être éludé. Plutôt que de distribuer sous la pression au jour le jour un euro par ci, deux euros par là, il serait plus légitime de prendre en compte la nature de l'acte intellectuel dispensé par chaque médecin et de s'apercevoir que le généraliste est soumis de par la variété des cas rencontrés à, au moins autant de difficultés qu'un spécialiste dont l'activité est beaucoup plus homogène et plus confortable. Par ailleurs, rémunérer à l'acte l'aspect technique est nécessairement inflationniste et le sera de plus en plus avec le développement accéléré de la technologie qui rend caduque un appareil en moins de cinq ans.

Il est donc urgent de s'orienter vers une politique équilibrée des revenus du monde médical quels que soient la spécialité ou le mode d'exercice et ne pas considérer que l'activité d'un médecin soit linéaire tout au long de sa carrière. En éliminant ce type d'inégalité, en tenant compte de la vraie pénibilité de l'exercice pendant certaines périodes de la vie professionnelle, on rendra le choix des étudiants plus objectif et plus conforme à leur souhait initial.

La gestion des carrières hospitalières

Une réflexion du même type devrait être engagée à l'hôpital pour créer plus de souplesse dans la gestion des carrières. Engager un jeune praticien hospitalier de 35 ans dans un statut rigide pendant 30 ans alors que la

médecine est en mutation permanente est une hérésie qui décourage la performance et l'esprit d'initiative. La médecine moderne favorise l'hyper spécialisation et la technologie accélère le processus ce qui conduit à un apprentissage permanent pour le médecin et nécessite de sa part une faculté d'adaptation et une remise en cause constante. C'est un bel enjeu pour le jeune qui s'engage dans cette voie, mais il est impossible de tenir cette cadence pendant 30 ans.

Nous sommes conscients que le contenu de ce rapport dérange, que beaucoup des idées ont déjà été évoquées mais toujours évacuées car elles conduisaient à des changements dans des domaines sensibles voire intouchables comme la liberté d'installation ou le paiement à l'acte. Nous pensons qu'aujourd'hui

un débat sans préjugé doit être ouvert, que des décisions doivent être prises et les problèmes résolus pour que la situation actuelle soit débloquée dans les cinq prochaines années. ●

Pr Guy Nicolas,
membre de l'Académie
nationale de médecine

1 Au nom d'un groupe de travail constitué de : M.M.J.-P. Bounhoure, D. Couturier, J. Dubouset, F. Legent, M. Malefosse, G. Nicolas, J. Rouéssé, G. Vallancien, F. Wattel.

Presthome SARL
équipement hospitalier
maison de repos



Parc Eurasanté - 310 avenue Eugène Avinée - 59120 LOOS
Tél. + 33 (0)3 28 55 90 60 • Fax + 33 (0)3 28 55 90 61
[http:// www.presthome.fr](http://www.presthome.fr) •
Agence à Lens : Tél. + 33 (0)3 21 70 63 71 • Fax + 33 (0)3 21 13 62 19

Démographie médicale

Questions et illustrations

Le problème est-il surtout lié au changement des pratiques et des praticiens ? Le problème est-il surtout lié à la désertification rurale et à l'élargissement des banlieues ? Est-ce qu'il y a de nouveaux besoins insatisfaits dans la population (prise en charge des personnes âgées et vieillissement de la population...) ? Le problème est-il lié à la féminisation de la profession et un éventuel changement de pratiques associé ? Ou bien est-ce tout simplement l'ensemble des raisons évoquées ci-dessus qui oblige ou pousse à se poser cette question de la démographie des professions de santé ?

L'approche du nombre de praticiens par la densité permet une vision globale mais très imparfaite de la question. Les sources n'apportent pas toutes les mêmes chiffres. Cependant l'existence d'un gradient héliotropique ne peut être contestée comme le montrent les chiffres présentés dans le tableau suivant.

Régions	Effectif total de médecins	Densité	Généralistes		Spécialistes	
			Effectif	Densité	Effectif	Densité
Picardie	4 826	256	2 670	142	2 156	114
Poitou-Charentes	4 927	294	2 670	159	2 257	135
Rhône-Alpes	19 401	333	9 488	163	9 913	170
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 475	417	9 045	194	10 430	223
France métropolitaine	203 487	340	99 647	166	103 840	173

Effectifs et densité des médecins par région (généralistes / spécialistes) pour 100 000 habitants (2004).

Par ailleurs les médecins ne sont pas tenus de déclarer systématiquement l'activité soignante réellement exercée et le contexte dans lequel elle est pratiquée. Par exemple la

Comment compter la réalité de cette démographie ? Est-ce une question de nombre de praticiens, une question de densité de praticiens, de risque par rapport à l'évolution de la pyramide des âges ?

polyactivité et le double lieu d'exercice constituent une tendance importante et qui devrait se développer. Une étude menée dans le Nord-Pas de Calais a permis de prendre en compte, en plus de l'activité principale, des activités secondaires (vacations hospitalières, centres de santé...).

Par ailleurs du fait de la mobilité à l'installation, il ne peut y avoir de relation clairement établie entre le nombre de médecins formés dans une région et le nombre d'installations. La part des médecins exerçant dans leur région de diplôme a diminué, dès 1989, pour les spécialistes avec l'entrée en activité des promotions concernées par la réforme de l'internat et le phénomène s'est accentué progressivement. En 1980, 80 % des spécialistes diplômés depuis moins de cinq ans exerçaient encore dans leur région de diplôme contre 76 % en 1995 et 66 % en 2000.

4 - La Guyane, la Normandie et la Picardie pour les chirurgiens-dentistes.

On note par ailleurs de fortes disparités au sein d'une même région, aucune n'étant bien ou mal dotée dans toutes les composantes de l'offre de soins de premier recours. ●

Gérard Forzy,
doyen de la faculté libre de médecine

	Nombre de cantons moins bien dotés	% de cantons moins bien dotés	% de population y résidant
Généralistes	86	2,50 %	1,60 %
Infirmiers	324	9,80 %	10,20 %
Masseurs-kinésithérapeutes	579	17,70 %	5,80 %
Chirurgiens-dentistes	517	15,80 %	4,60 %

Certains cantons sont moins bien dotés en professionnels de santé que d'autres mais de façon variable selon les professions.

Les régions présentant un nombre plus élevé de zones moins bien dotées ne sont pas les mêmes pour les différents types de professionnels :

1 - Centre, Pays de la Loire et DOM pour les médecins généralistes ;

2 - Régions de l'Est et l'Île de France pour les infirmiers ;

3 - Régions du Nord et de l'Est pour les masseurs-kinésithérapeutes ;



© DF

État des lieux de la démographie médicale et paramédicale

Quelle est la situation actuelle ? Nous sommes en plein paradoxe. La France n'a jamais compté autant de médecins : généralistes ou spécialistes en ville, praticiens hospitaliers, libéraux ou salariés : leur nombre a augmenté de 90 % en trente ans. Et pourtant, les hôpitaux recrutent des médecins venant d'Afrique noire, du Maghreb ou d'Europe de l'Est pour occuper les quelques 12 % de postes hospitaliers vacants et certaines communes rurales multiplient les aides pour attirer des jeunes généralistes en remplacement de médecins surchargés qui partent en retraite. Plusieurs éléments rendent compte d'évolutions contribuant à créer une situation insatisfaisante en matière de démographie médicale.

Depuis les années 1980, on a assisté à une diminution relative du nombre de médecins généralistes : ceux-ci représentaient 60 % des médecins en 1980, ils ne sont plus que 40 % de nos jours. 20 % d'entre eux ont plus de 55 ans et les internes boudent la médecine générale : lors de la répartition des affectations du concours classant de fin d'études, 2 000 postes sont restés vacants dans cette spécialité en 2007.

On observe une certaine désaffection à l'égard de certaines spécialités, telles la chirurgie, l'obstétrique, la gynécologie ou la réanimation.

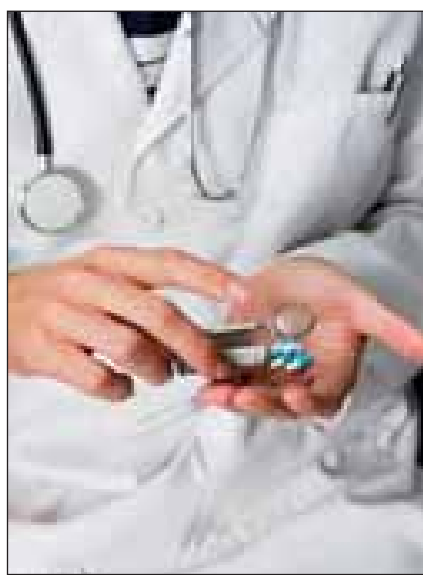
La féminisation importante de la profession (39 % des médecins en 2007 - 56 % chez les moins de 35 ans - contre 24 % en 1984)

Depuis le début des années 2000, l'attention du public est attirée sur la baisse du nombre de médecins que le système de santé va devoir affronter d'ici 2025. Alors que l'on comptait 208 000 médecins en 2007 (ce qui représente une densité de 340 médecins pour 100 000 habitants), ce chiffre devrait être ramené à 186 000 en 2025 (soit une densité de 283, analogue à celle de 1980). Comment expliquer cette évolution ? Quelles conséquences peut-on en redouter ? Comment y remédier ?

engendre un certain nombre de conséquences : volant d'activités plus faibles (70 % par rapport à l'activité des hommes), interruptions plus fréquentes d'activité, aménagement des horaires, choix privilégié de certaines filières (gynécologie, dermatologie, endocrinologie, pédiatrie, au détriment de la cardiologie, de la gastroentérologie ou de la chirurgie) ou de certains modes d'exercice (on trouve moins de femmes généralistes à la campagne ou dans des milieux urbains moins sécurisés).

Inégalités géographiques

On constate enfin une forte inégalité dans la répartition géographique des médecins, en particulier en exercice libéral car, en ce dernier domaine, il y a liberté d'installation des praticiens. Cette inégalité est déjà vérifiée pour



l'ensemble des médecins (densité de 414 en région PACA contre 256 en Picardie) ; mais elle l'est plus encore au niveau local et lorsqu'on prend en considération la spécialité médicale. C'est ainsi que la densité des omnipraticiens est deux fois plus forte dans les Pyrénées Orientales (135) qu'en Seine-Saint-Denis (74) ; la densité des médecins spécialistes est sept fois plus importante dans les milieux les mieux pourvus (246,8 à Paris) que dans les départements défavorisés (35,24

en Haute-Saône). Au plan local, les agglomérations urbaines sont mieux dotées que les zones rurales et, dans les grandes villes, le centre est beaucoup mieux desservi que les banlieues : ainsi, en région parisienne, Bobigny est dépourvue de pédiatres libéraux ou de gynécologues, spécialités dites « de premier recours ».

Des conséquences déjà inquiétantes...

On observe dès maintenant des pénuries de médecins ainsi qu'un certain nombre de dysfonctionnements dans l'organisation des soins. En médecine générale, les campagnes ont été les premières à tirer le signal d'alarme, mais la pénurie commence à menacer les banlieues : les missions régionales de santé évaluent à 4 500 les communes sous-médicalisées, qui rassemblent 2,6 millions d'habitants : les difficultés d'exercice y sont plus grandes : rythme de travail intense, isolement, problèmes de sécurité, conditions moins avantageuses pour la vie familiale, découragent l'installation des praticiens.

On a noté plus haut également des pénuries chez les spécialistes tant en milieu hospitalier qu'en exercice libéral, notamment dans certaines régions. En médecine de ville, ceci est renforcé par l'existence d'un secteur 2 où il est possible de pratiquer un dépassement d'honoraires : dans certaines zones géographiques, il n'y a plus possibilité d'accéder à un spécialiste libéral de secteur 1 (sans possibilité de dépassement de tarif), ce qui restreint fortement l'accès à ce type de soins des populations défavorisées.

Ces pénuries engendrent, en outre, des difficultés dans la permanence des soins, notamment l'organisation des gardes et des permanences le soir, la nuit et le week-end.

... qui risquent de s'aggraver

Or, on sait que le nombre des médecins va diminuer au cours des prochaines années en raison de la politique menée dans les an-

HORIZON 2015

nées antérieures en matière de *numerus clausus* (quota autorisé d'étudiants en médecine). Cette évolution prévisible est le résultat de la politique menée en matière de détermination du *numerus clausus*. Alors que ce dernier était de 8 500 entre 1971 et 1976, il a été régulièrement abaissé au cours des années 1980 et 1990 (jusqu'à atteindre un plancher de 3 600 en 1993) avant de ré-augmenter à partir de 1998 et de se situer à 7 300 en 2008. Or, on sait qu'en raison de la longueur des études de médecine (9 à 11 ans) et du temps que demande la modification d'un stock (le nombre total de médecins) par la modification d'un flux (le nombre de nouveaux médecins sortant de la faculté), il faut attendre une vingtaine d'années pour que l'évolution du *numerus clausus* ait des effets significatifs sur le nombre de médecins.

Ceci explique que l'on prévoit une diminution de 10 % du nombre de médecins d'ici 2025 et une baisse de 17 % de la densité médicale, en raison de l'élévation attendue de la population. Cette évolution de la densité (qui rapporte un nombre de médecins à un nombre d'habitants) doit être analysée au regard des paramètres qui affectent ces deux nombres. Du côté du numérateur, la diminution du potentiel de production de soins risque d'être plus que proportionnelle à la diminution des effectifs, du fait : de la féminisation de la profession, de la tendance au vieillissement des médecins (âge moyen de 50 ans en 2011 contre 48,5 ans en 2007), de la tendance à la réduction du temps de travail. Du côté du dénominateur, donc de la demande potentielle de soins, plusieurs facteurs devraient occasionner une demande ac-

crue, notamment le progrès technique qui tend à accroître le besoin de spécialistes, l'élévation des aspirations de la population, enfin le vieillissement de cette dernière et le développement corrélatif des maladies chroniques.

La pénurie de médecins : défis et opportunités

La situation actuelle du système de santé français résulte de choix qui ont été opérés concernant certains éléments essentiels :

- place donnée à la santé publique, à la prévention et à l'éducation sanitaire, que l'on s'accorde à juger trop faible,
- manque de coordination entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière, entre généralistes et spécialistes, entre hôpitaux, entre médecine salariée et médecine libérale, entre secteur sanitaire et secteur médico-social,
- action faible sur les inégalités géographiques d'offre de soins, notamment en raison de la liberté d'installation offerte aux médecins libéraux,
- moindre considération apportée à la médecine générale.

L'évolution à la baisse de la démographie médicale offre l'opportunité de mieux optimiser la ressource, désormais plus rare, que constitue le corps des médecins. Quelques orientations se dessinent d'ores et déjà visant à mieux adapter la formation des médecins, à favoriser les spécialités souffrant de pénurie, à moduler les *numerus clausus* en fonction des inégalités régionales, à instaurer des incitatifs facilitant les installations de médecins libéraux dans les zones sous-médicalisées, à organiser les transferts de certaines tâches vers d'autres professionnels de santé, à remédier aux divers manques de coordination recensés plus haut et ceci au niveau du territoire (instauration de communautés hospitalières de territoire, création de réseaux de santé...).

La baisse de la démographie médicale peut être un puissant stimulant à des évolutions positives de notre système de santé. ●

Jean-Claude Sailly



BIOMEDIQA

La confiance est notre contrat

Radiothérapie - Radiologie - Médecine nucléaire



Nos missions

- Ingénierie et Maîtrise d'oeuvre
- Audit et conseil en radioprotection
- Formation à la radioprotection des patients
- Mission de physique radiologique et médicale
- Contrôle qualité interne des dispositifs médicaux (tubes RX, scanners, gamma-cameras, accélérateurs linéaires)



Pour toute demande : info@biomediqa.com

Nous recrutons

Vous avez le goût du challenge et vous souhaitez participer au développement d'une entreprise de haute technologie, leader sur son marché. Rejoignez-nous !

Profils recherchés :

- » un commercial
- » un ingénieur conseil et formation en radioprotection

Dépôt de candidature : info@biomediqa.com

L'hôpital : la pluridisciplinarité au service des patients

En 2005, les paramédicaux représentaient au niveau national 950 000 équivalents temps plein. Quand on évoque ce secteur, d'emblée, on pense aux infirmières, aux aides-soignantes, qui sont majoritairement représentées dans les services.

Cependant, de nos jours, la population des professionnels de santé accueille de plus en plus de personnel dont la formation ou l'orientation est axée sur une prise en compte d'un problème plus spécifique. L'hôpital recrute davantage de psychomotriciens, d'orthophonistes, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de diététiciens, de psychologues..., de personnels formés à l'écoute ou à la valorisation de l'image corporelle comme les socio-esthéticiennes ou les médiateurs, pour les personnes sourdes, qui enrichissent les équipes de leur savoir-faire et apportent aux patients et à leur entourage une réponse à des difficultés qui sont d'ordre psychologique et de réinsertion dans une vie « normale en dehors des murs de l'hôpital ».

Des professionnels de la santé

Ces personnes sont amenées à travailler en pluridisciplinarité. Dès qu'il est question de prise en charge de la globalité du patient, on observe une plus value dans la qualité de cette dernière et une plus grande efficacité dans le soin.

Ces professionnels peu présents à l'hôpital, plus connus pour certains en libéral, sont de

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

Aujourd'hui, plus que jamais, l'hôpital est un lieu d'accueil et de soin des souffrances bio-psycho-sociales de l'être humain. L'hôpital peut remplir ces missions grâce à la grande famille des professionnels du soin qui y travaille, composée de deux corps de métiers principaux: les médicaux et les paramédicaux.

plus en plus intégrés dans les équipes et interagissent au bénéfice du patient. Ils interviennent souvent après les phases aiguës de la survenue d'un trouble moteur, handicap et en rééducation, ou bien durant des traitements lourds qui modifient l'image corporelle. Ils contribuent avec les soignants à l'amélioration de la qualité de la vie et de l'estime de soi mises à mal chez tout sujet qui voit son corps atteint dans son intégrité. Plus que des professionnels de soins, ces « nouveaux partenaires » sont d'avantage des « professionnels de la santé ».

Dans le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, différents services illustrent le propos.



© GHICL

Contrairement à une époque pas si lointaine, le patient n'est plus considéré de manière limitative comme un organe à réparer. Désormais, il est un sujet à part entière en souffrance somatique ou autres et peut bénéficier de ces soins : soutien psychologique auprès de psychologues, conseils diététiques avec les diététiciens, d'un accompagnement social à travers les interventions des assistants sociaux de notre établissement. Certains services, sensibles à la qualité et l'intégrité de l'image de soi des patients accueillis, proposent l'intervention d'une socio-esthéticienne, comme l'unité de soins palliatifs ou de neurologie.

Un travail d'équipe

Les différents acteurs que nous avons cités précédemment peuvent y compris se retrouver autour du patient pour une prise en

charge pluridisciplinaire organisée en un lieu commun comme en service d'oncologie où l'on retrouve les soins dits de supports.

Récemment, à l'hôpital Saint-Philibert, le service de neurologie s'est doté d'une unité ouverte aux patients ayant fait un accident neuro-vasculaire aigu. D'emblée l'équipe recrutée a été composée d'orthophoniste, de neuropsychologue, de kinésithérapeute et d'ergothérapeute. L'objectif, au-delà de réduire le temps de prise en charge du patient par une intervention médicale organisée, est d'assurer à celui-ci toutes les chances de récupérer ses facultés et ses capacités et de retrouver son autonomie par l'intervention au plus tôt de professionnels spécialisés qui travaillent en réseau et que l'on retrouve au domicile du patient.

L'organisation des services prend en compte la coordination de ces professionnels au lit du patient. Des rencontres régulières d'échange sur l'évolution de la prise en charge permettent de réajuster les traitements et le suivi. Ceci fait écho au travail mené au GHICL avec le Secteur Santé auprès des personnes âgées qui met en avant le travail en pluridisciplinarité dans le soin.

Cette conception du soin est celle qui prévaut aujourd'hui et l'enrichissement de nos hôpitaux par des professionnels spécialisés met bien la personne souffrante au cœur d'un dispositif de soin qui favorise sa réinsertion et une meilleure qualité de vie.

L'hôpital de demain verra, sans doute, cette tendance se renforcer par l'arrivée de professionnels au service du patient qui n'auront peut-être plus rien avoir avec le soin à proprement parlé. ●

Linda Way,
Direction du Service des Soins du GHICL

La migration des soignants : un défi éthique majeur de la globalisation

Quelques chiffres... Sur les 60 millions de professionnels de la santé dans le monde, un tiers sont aux États-Unis et seulement 3 % sont en Afrique, ces derniers supportant 25 % de la charge globale mondiale des maladies. L'OMS a estimé qu'il y avait environ 25 professionnels de la santé pour 1 000 habitants aux États-Unis, que cette proportion était de 9 pour 1 000 en Europe, de 4 pour 1 000 dans la région méditerranéenne orientale et en Asie du sud-est et seulement 2 pour 1 000 en Afrique subsaharienne.

A cette réalité est venu s'ajouter un phénomène de migration des soignants. Ce phénomène s'est accru de manière exponentielle ces dernières années. Il est aujourd'hui analysé et documenté par de nombreuses études. Au début des années 2000, les diplômés en médecine internationaux représentaient 23 à 28 % des médecins présents aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie. Les pays à bas revenus fournissaient 40 à 75 % de ces diplômés internationaux. La plus grande partie de migration a lieu des pays pauvres vers les pays les plus riches. Aux États-Unis, dans les années soixante, la proportion de médecins formés à l'étranger était de 10 %. En 2000, cette proportion est passée à 23 %, dont 64 % viennent de pays à bas ou moyens revenus. Au Canada, dans la province du Saskatchewan, plus de 50 % des médecins étrangers sont des immigrants dont plus ou moins 20 % ont obtenu leur premier degré en Afrique du Sud. Plus de 40 % des diplômés

L'état de santé dans le monde est sans doute un des enjeux majeurs du XXI^{ème} siècle. L'accroissement de l'écart entre la petite proportion de la population mondiale qui bénéficie des avancées médicales les plus pointues et dont l'espérance de vie ne cesse de croître et la plus grande partie de la population mondiale qui a un accès limité à des soins de santé de base et dont l'espérance de vie baisse après certains gains au XX^{ème} siècle, est un défi majeur des prochaines années.

més en médecine nigériens quittent leur pays dans les dix années qui suivent l'obtention de leur diplôme, dont 40 % travaillent aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Irlande. Presque 75 % des diplômés ghanéens émigrent dans les dix ans qui suivent la fin de leurs études.

Les exemples ne se limitent pas aux médecins. S. Benatar souligne que ce phénomène de migration concerne d'autres professionnels de la santé, en particulier, la profession d'infirmière. Ainsi le nombre d'infirmières, hors Union Européenne enregistré au Royaume-Uni, est passé de moins de 2 000 en 1994-1995 à plus de 15 000 en 2001-2002. La majorité des infirmières (presque 70 %) provient de pays à bas ou moyen revenus.



Vers une « marchandisation » de la santé...

La multiplicité des facteurs qui conduit à ce phénomène de migration des professionnels de santé explique la complexité des questions éthiques qu'elle soulève. Celle-ci s'inscrit dans un contexte de globalisation, dans un monde où la communication est devenue presque instantanée, où les déplacements sont de plus en plus rapides, où l'économie est basée sur l'usage de savoirs toujours renouvelés et de plus en plus sophistiqués. Dans ce contexte, les raisons qui suscitent cette migration sont à la fois liées aux intérêts personnels des soignants qui cherchent à améliorer leurs connaissances, leurs compétences mais aussi leurs conditions de vie financière mais aussi parfois simplement leur sécurité physique dans des pays troublés sur le plan économique ou politique. Cette migration s'explique également

par les démarches volontaristes de recrutement effectuées par les pays les plus riches qui manquent de soignants. Enfin, sur le plan international, il semble que le développement d'un marché global des services contribue également à une « marchandisation » des services de santé et pousse les professionnels de la santé à chercher à rentabiliser leur travail.

Des enjeux éthiques complexes et interconnectés

Sur le plan éthique, cette situation soulève des questions complexes nécessitant de prendre en considération plusieurs niveaux de questionnement. Tout d'abord, il faut considérer que les individus ont un droit fondamental à émigrer (article 13 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948). Ce droit d'aller et venir dans et hors de son pays consacré par les grandes déclarations peut, comme le souligne J. Dwyer, contribuer à renforcer d'autres droits comme les droits à la sécurité, à être protégé des persécutions, des traitements inhumains et dégradant, la liberté de conscience... Dans ce cadre, on peut d'ailleurs pointer plusieurs types de « migration », à savoir les migrations des zones rurales vers les zones urbaines, du secteur public vers le secteur privé, d'un pays vers un autre.

Comme tous les droits fondamentaux, on ne peut pas considérer que ce droit à la mobilité ou à l'émigration est absolu. Ses limites se définissent au regard des exigences du fonctionnement d'une société démocratique. Il s'inscrit donc dans une structure sociale qui se doit d'être attentive aux droits de chacun et donc à la promotion du bien de la société en général. Dans cette mesure, il semble logique de considérer que les citoyens ont des droits mais que, corrélativement, on peut attendre d'eux qu'ils fassent preuve d'une certaine responsabilité sociale. Dans le cas des professionnels de la santé, on peut considérer que le droit à la formation est corrélatif d'une responsabilité à l'égard de la collectivité dans et grâce à laquelle ils ont été formés. A ce titre, certains auteurs soulignent qu'il pourrait

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

être légitime que les autorités et les instances éducatives passent un contrat avec les candidats soignants prévoyant qu'ils restent au pays un minimum de temps après leur formation. Certains avancent même l'idée d'un remboursement du coût de la formation de la part de ceux qui émigreraient juste après leur formation. Ils semblent cependant que les solutions coercitives ne soient pas les meilleures, qu'il y ait un travail éducatif à réaliser mais qu'il est également nécessaire d'améliorer les conditions dans lesquelles les soignants sont amenés à travailler dans leur pays d'origine. Il semble qu'il y ait aujourd'hui une prise de conscience de la nécessité de renverser cette tendance à l'émigration.

Former des personnels de santé, pourquoi ?

Néanmoins, ces efforts peuvent sembler vains dans un contexte plus global très asymétrique dans lequel les pays les plus riches peuvent se permettre de recruter des soignants en provenance des pays pauvres. Il semble totalement contraire à l'équité pour des institutions ou des pays nantis de procéder à des recrutements massifs au préjudice de pays et de populations dont la situation sanitaire est particulièrement précaire. Aujourd'hui, un certain nombre d'initiatives ont été prises pour réguler ces recrutements par l'établissement de codes de bonnes pratiques comme c'est, notamment, le cas au niveau du Commonwealth. A cet égard, l'enjeu essentiel est évidemment la mise en œuvre effective de ces codes.

Comme le souligne S. Benatar, ces mesures risquent bien de rester lettre morte dans un contexte économique global de libre marché où les effets dommageables des échanges restent cachés, c'est ce que les économistes appellent des externalités. Il y a donc là un enjeu majeur de moralisation des échanges mondiaux. Une telle moralisation nécessite la mise en exergue de ces externalités et leur compensation. Ces compensations peuvent prendre plusieurs formes. Il s'agit sans doute d'abord pour les pays riches d'améliorer leur capacité de pourvoir à leur besoin en personnel de santé et de répartir adéquatement ce personnel en fonction des besoins de l'ensemble de leur population. En effet, on sait que les professionnels de santé étrangers sont souvent affectés à des services aux populations les moins bien loties des pays riches comme les populations des zones rurales (comme au Canada), des zones périurbaines difficiles ou

encore dans des services comme les services de santé des prisons. Cette compensation pourra également prendre la forme d'une assistance aux pays pauvres dans la formation et l'éducation professionnels locaux en vue de fournir des services adaptés aux populations locales. Cela peut également prendre la forme de programmes comme celui du Forgyat International Center des NIHs qui promeut des actions collaboratives au niveau international, notamment dans le domaine de l'éthique de la recherche, de manière à développer des capacités cliniques locales à travers la recherche.

Enfin, ces mesures de compensation n'auront une chance de se développer et d'avoir un véritable impact quant à la justice internationale en matière de santé que si elles sont

accompagnées d'une prise de conscience de l'accroissement des disparités de richesse et de santé au niveau mondial et de la mise en place d'un cadre institutionnel à travers lequel ces enjeux puissent être pris en compte et les mesures en vue d'une véritable justice internationale en matière de santé (ou d'alimentation) puissent se construire. Comme on le voit, dans un monde de plus en plus interdépendant, les questions d'éthique individuelle, sociale et internationale sont de plus en plus liées et nécessitent d'actions à la fois spécifiques et articulées. ●

Jean-Philippe Cobbaut,
directeur du Centre d'Éthique Médicale

RAS

s é c u r i t é

RAS SECURITÉ
32 place de la Gare
59000 Lille
Tél. 03 20 12 10 80
Fax 03 20 12 10 79
port : 06 85 71 99 39

Zoom sur les professions paramédicales

Le constat fait par l'Association des Cadres de Santé en Kinésithérapie du Nord-Pas de Calais est éloquent : « Tous les hôpitaux et les centres de rééducation observent depuis quelques années des difficultés à recruter du personnel. Ce phénomène s'est amplifié depuis quelques années avec la mise en place des 35 heures, des quotas du nombre d'actes pour les libéraux

et des accréditations ou certifications de nos établissements mobilisant une main d'œuvre qui n'est plus en contact avec le patient. Les postes sont créés dans nos établissements et pour certains sont vacants depuis plusieurs années. Nous n'arrivons plus à remplacer sur de courtes périodes et il nous faut parfois plusieurs mois pour retrouver un candidat à un poste ».

Les flux de personnes formées en Belgique ne permettent plus aux établissements de trouver une solution de recrutement, beaucoup s'installent hors région Nord-Pas de Calais. De ce fait, en raison de la pénurie actuelle, un certain nombre de masseurs-kinésithérapeutes espagnols ou polonais sont embauchés en France. L'activité libérale souffre aussi d'une réelle pénurie notamment dans certaines zones peu attractives.

Des solutions au niveau régional

En Nord-Pas de Calais, la « régionalisation » du recrutement des étudiants dans les deux

établissements de la métropole lilloise constitue une réelle avancée (environ 80 % des étudiants souhaitent rester dans la région). Pour fidéliser les futurs professionnels, certains hôpitaux offrent une allocation d'études assortie d'un engagement « moral » à exercer dans l'établissement.

L'augmentation des quotas dans les Instituts de Formation en Masso-Kinésithérapie de la région pourrait, en tenant compte des besoins de la population et non seulement de la démographie professionnelle, résoudre en partie la pénurie de professionnels.

Il paraît aberrant en regard du chômage actuel des jeunes de ne pouvoir assurer leur formation dans notre pays et encore plus dans notre région. ●

Michel Paparemborde,
directeur de l'IKPO

RADIOGRAPHIE DE LA PROFESSION DE PODOLOGUE

11 008 podologues sont répertoriés sur ADELI, dont 118 dans les départements d'Outremer. Parmi eux, 10.812 sont libéraux (98,22 %) et 196 sont salariés (1,88%). La profession compte 3 562 hommes (32,36 %) et 7 446 femmes (67,64 %).

En ne retenant que la métropole, 515 podologues a moins de 25 ans (4,73 %), 4 201 a moins de 35 ans (38,58%), 5 599 a moins de 40 ans (51,41 %) et 7 978 moins de 50 ans (73,26 %). Seuls 1 870 podologues ont plus de 55 ans (17,17 %). Il est à noter que les femmes podologues sont très nombreuses dans la tranche 35-54 ans 72 % de l'ensemble et parmi les moins de 25 ans (76,9 %). A l'inverse, leur proportion est moindre chez les 23-34 ans (31,23%) et les 55-64 ans (63,74 %).

Parmi les podologues exerçant en libéral, 9 370 le font en cabinet individuel (87,59 %). 1 266 en cabinets de groupe (11,83 %) et 28 seulement en société (0,26 %). La moitié des podologues exercent dans des villes de plus de

200 000 habitants 5 236 (48,94 %) dont 2 373 à Paris (22,18 %). 3 297 d'entre eux exercent dans des cités de 10 000 à 200 000 habitants (30,82 %). Ainsi près de 80 % des podologues exercent dans des villes de plus de 10 000 habitants. A noter que 1 377 professionnels travaillent à la campagne ou dans des villes de moins de 5 000 habitants (12,87 %).

Une très inégale répartition sur le territoire

L'île de France concentre 24,37 % des podologues (2 654). On en retrouve 997 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,16 %), 880 en Rhône Alpes (8,08 %), 748 en Nord-Pas de Calais (6,87 %), 695 en Aquitaine (6,38 %), 607 dans les Pays de Loire (5,57 %). Notons

585 podologues en Midi-Pyrénées, 552 en Bretagne, 472 en Languedoc-Roussillon, 389 en centre, 268 en Picardie, 260 en Poitou-Charantes, 249 en Lorraine, 231 en Bourgogne, 229 en Haute Normandie, 226 en Alsace, 224 en Basse-Normandie, 189 en Champagne-Ardenne, 154 en Auvergne, 135 en Franche-Comté, 118 dans les DOM, 95 dans le Limousin et 51 en Corse. La densité des podologues est le critère essentiel pour déterminer leur répartition plus ou moins équilibrée sur le territoire. Elle se mesure par un ratio podologue/100 000 habitants. La moyenne nationale de densité se situe à 18.

Au niveau des départements, le record inflationniste est détenu par Paris (43) suivi de la Haute-Garonne (26) et des Alpes Maritimes (25). Les départements qui comptent le moins de podologues par rapport à la population sont la Meuse (8), le Cantal (9), la Lozère (9), l'Ain (10), la Moselle (10) et les Vosges (10). ●

Daniel Venmin,
directeur de l'IFP

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

ERGOTHÉRAPIE : UNE PROFESSION MÉDICO-SOCIALE EN PLEIN ESSOR

En activité en France depuis les années 60, l'ergothérapeute a vu augmenter considérablement son activité ces dix dernières années. En effet, l'évolution de la démographie et les besoins émergents ont rendu ce professionnel incontournable dans le processus de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé, intervenant dans de multiples champs sanitaires et sociaux, et le plus souvent intégré à une équipe pluri-professionnelle (médecins, auxiliaires médicaux, travailleurs sociaux, acteurs de réseaux sanitaires, techniciens de l'habitat...).

Technique et relation humaine

Concrètement, les actions de l'ergothérapeute sont nombreuses. Il est amené à :

- Évaluer les situations de handicap au travers de l'examen des effets physiques (moteurs et sensoriels), psychiques, mentaux et cognitifs d'un accident, d'une maladie ou de l'avancée en âge. Ces effets sont pris en compte dans l'environnement (habitat, lieux de travail, de loisirs...) pour préciser concrètement les limitations d'activités qui en découlent ;
- Améliorer le confort et l'installation du patient en milieu spécialisé ou à domicile ;
- Participer au traitement des fonctions déficitaires (restauration d'un mouvement, amélioration de l'équilibre, de la force, de la coordination, diminution des troubles de la sensibilité...)
- Développer l'indépendance et l'autonomie. Conscient de l'importance de l'activité dans le quotidien d'une personne, l'ergothérapeute s'attache à proposer des solutions concrètes pour permettre : la réalisation des soins personnels ; les déplacements, la communication, les loisirs ; l'accès ou le maintien en milieu scolaire et professionnel ;
- Préparer la réinsertion sociale et familiale en conseillant le patient ou sa famille pour l'acquisition d'aides techniques et pour l'aménagement du domicile ;
- Réaliser des actions de prévention ou d'éducation de santé.

La démographie actuelle des ergothérapeutes peut se résumer ainsi : augmentation de 50 % depuis 2000 du nombre de professionnels avec, au 1^{er} janvier 2008 environ 6 600 ergothérapeutes au fichier ADELI. Ce chiffre reste globalement très inférieur à d'autres professions de santé (le rapport est environ de 1 pour 10 avec les masseurs-kinésithérapeutes et pratique-

ment de 1 pour 80 avec les infirmiers). Environ la moitié des professionnels ont moins de 35 ans. Cette profession se féminise tous les ans davantage : le taux avoisine les 86 %.

490 professionnels dans la région

Dans la région Nord-Pas de Calais, on dénombre 490 professionnels, dont 10 personnes exerçant en libéral (concentrées essentiellement

sur le département du Nord). Les salariés sont quant eux regroupés autour des métropoles de Lille, Valenciennes, Arras, et sur la côte d'Opale (Berck-sur-Mer - où il existe un institut de formation - et région dunkerquoise). De nombreux projets en cours tentent à montrer la continuité de l'essor de cette profession dans la plupart des régions de France, et dans le Nord en particulier. Gageons que ces perspectives contribueront à poursuivre une politique d'accompagnement et d'insertion, dans le respect des différences et du projet de vie de ceux qui sont trop souvent encore isolés par le handicap ou la dépendance... ●

Pascal Guillez,
vice-président de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes

KJMédical

Matériel médico-chirurgical

Instrumentation de bloc
Instrumentation de service
Diagnostic
Matériel technique
Mobilier médical...



Immeuble Hippocampe n° 4
Espace Neptune Le Bord des Eaux
62110 Hénin-Beaumont

Tél. : 03 21 76 92 74

Fax : 03 21 76 72 28

contact@kjmedical.fr

Mission Flajolet

HORIZON 2015

DES PERSPECTIVES AMBITIEUSES POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ POUR TOUS

Le Premier ministre, François Fillon, a confié à André Flajolet, député du Pas de Calais, une mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Cette mission a exploré quatre axes pour une prévention : • globale qui garantit le continuum prévention-soin et intègre : santé environnementale, au travail, scolaire ; • ciblée sur les déterminants de santé locaux des populations ou des zones défavorisées ; • fondée sur la connaissance de l'état de santé des personnes par un système d'information ; • pluridisciplinaire par un exercice en « communautés de santé », pour une mise en œuvre locale, professionnalisée et convergente, en relation avec des centres ressources notamment hospitaliers. Nous publions ici de larges extraits concernant les recommandations vis-à-vis des professionnels de la santé.

Les recommandations qui vont suivre sont pensées dans une perspective à vingt ans pour fixer l'orientation générale de la réduction des inégalités de santé par le développement de la prévention. Il s'agit de dire ce qui est bon pour la santé de la population et de fixer le cap, puis d'aider ceux qui sont en difficulté sur le chemin. Sans vouloir uniformiser et brider les spécificités locales et régionales, l'ambition est de proposer, en vue précisément de leur appropriation locale et régionale, ce qui est de nature à assainir, au sens étymologique, les usages et les traditions des populations qui composent la République.

Dans cet esprit et pour réduire les disparités de santé en France, la mission propose trois principes : fixer le cap, favoriser l'accès à la santé, concentrer les moyens.

Les « communautés de santé »

Promouvoir l'exercice pluridisciplinaire en « communauté de santé » permet de tisser des liens.

Les « communautés de santé » assureraient la régulation de proximité par un accès à la santé qui maille le territoire.

En réconciliant, par le territoire de proximité et ses acteurs, les logiques géographiques et populationnelles des disparités de santé, la « communauté de santé » permet de recréer l'accès au soin dans les zones déficitaires

autour d'un projet de santé, commun aux élus et aux acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux.

La « communauté de santé » procède des mêmes logiques que les nombreuses formes de l'exercice regroupé du premier recours¹ mais, surtout, elle les complète par l'association en son sein du social et du médico-social. Le maillage « des communautés de santé » est à créer sur l'ensemble du territoire de la République afin d'adapter l'offre aux besoins de santé des populations. Il est souhaitable de partir de l'existant, en l'organisant, en le rationalisant et en l'adaptant selon un cahier des charges souple, adaptable aux réalités locales. Chaque entité existante aurait vocation à intégrer le maillage, à fusionner ou à disparaître. Le maillage des pharmacies d'officine, notamment en milieu rural et périurbain, devrait servir d'appui aux « communautés de santé », là où n'existe pas d'autre entité de premier recours.

En outre, la « communauté de santé » est un moyen d'intégrer de jeunes professionnels de santé dans un territoire à l'occasion de stages. Dans certaines régions, il peut constituer le point de départ de missions médicales dans des postes de santé en territoire isolé. Structurer l'enseignement de la médecine générale pour faire valoir des terrains de stage attractifs qui susciteraient ensuite des vocations d'installation localement (exemple du service national à la suite duquel plusieurs médecins se sont implantés en Guyane).

Décloisonner les acteurs du sanitaire-social, de la prévention, du médico-social

Le niveau local est l'échelon opérationnel le plus pertinent pour assurer la coordination entre professionnels de santé de ville et les services de médecine préventive, la santé en milieu scolaire, la médecine du travail y sont présentes ainsi que les associations œuvrant



© F. Astier - Parents

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

dans le champ sanitaire et social. Y sont également implantés les établissements médico-sociaux, les services locaux des collectivités territoriales telles que les PMI des conseils généraux, les centres communaux d'action sociale (CCAS) des municipalités, les centres sociaux...

Œuvrant au contact effectif de la même population, ayant développé des liens par ailleurs, l'ensemble de ces acteurs serait plus facilement mobilisé autour d'un projet commun. Celui-ci devrait permettre d'assurer accessibilité et continuité des soins, d'une part, mesures préventives individuelles et collectives, de l'autre.

Le projet local de santé devrait donc être considéré comme l'outil commun d'une mise en réseau des professionnels de santé permettant de garantir le continuum prévention soins au plus proche des populations.

Utiliser les différentes professions pour recréer, chez les personnes éloignées du soin, la confiance envers les soignants.

Le premier but de la « communauté de santé » est de réinsérer dans le système de santé les personnes et les populations qui en sont aujourd'hui absentes et arriveront tardivement dans le système de soins avec de lourdes conséquences humaines, financières et économiques.

Trois voies sont possibles et devraient être empruntées simultanément. Tout d'abord, l'intégration à la « communauté de santé » de personnel d'action sociale diversifierait le profil des interlocuteurs potentiels et apporterait des compétences complémentaires,



© F. Astier - Parents

Les nouveaux métiers de la « prévention globale »

• En prévention collective :

- Éducateur médico-sportif, étudiants de la filière STAPS avec une option adaptée à cet emploi.

- Animateur territorial de santé, de niveau mastère, destiné à coordonner les actions de promotion de la santé et de prévention des diverses institutions sur le territoire du projet de santé (PTS).

• En prévention individuelle :

- Professionnel de prévention sanitaire, reconversion de soignants senior.

- Professionnel de prévention en santé mentale, par validation des acquis de l'expérience (VAE) après cinq années d'exercice soignant en établissement psychiatrique.

- Agents sanitaires de prévention, dont des assistants dentaires, chargés de promouvoir la santé ainsi que de détecter et d'orienter précocement les personnes nécessitant d'accéder aux soins, niveau Bac SMS avec formation par alternance.

- Auxiliaire de vie, BEP avec formation par alternance, handicap, gérontologie, formés au « nursing » et à la toilette. ●

notamment pour aller chercher les personnes dans les populations cibles. Ensuite, la pluridisciplinarité en santé, axée sur les besoins effectifs de la population du territoire donné, serait de nature à inciter à la fréquentation par des populations qui trouveraient enfin un service adapté à leurs maux. Enfin, la création de professions nouvelles répondrait à ce besoin de proximité indispensable pour, d'une part, faire naître la confiance et, d'autre part, pour développer des relations qui sont, par elles-mêmes, thérapie et pourraient contribuer à limiter la consommation de produits.

La « communauté de santé » par sa composition favoriserait l'approche globale de la personne qui aujourd'hui fait défaut. La con-

HORIZON 2015



© GHICL

naissance des milieux de vie est indispensable à l'interprétation des signes cliniques chez un patient, or la complexité engendrée par l'atomisation de la société en des communautés changeantes impose de repenser sa prise en charge.

Vis-à-vis des professionnels, qui y exercent leur métier, la communauté prendrait alors tout son sens. Elle serait le lieu où fusionneraient l'amélioration de leurs pratiques et l'attention aux populations proches. Ainsi, au lieu de se désintéresser du patient sortant du champ de sa compétence qui part subir la probable désorganisation d'un système réputé ingérable, le professionnel passe la main et le confie, en connaissance de cause, à une personne qu'il estime pour la côtoyer quotidiennement.

Vis-à-vis des patients elle représenterait le bien commun qui les rassurerait sur les étapes de leur vie en reculant à bon escient la nécessité du soin et en les préparant, physiquement et psychologiquement, afin de raccourcir les épisodes de recours à la médecine de deuxième intention et d'allonger les intervalles entre ces derniers.

Le continuum, actuellement souhaité entre prévention et soin, deviendrait, grâce à l'exercice en « communauté de santé », beaucoup plus large. Il engloberait la santé dans son

ensemble de l'apprentissage progressif depuis l'enfance de sa capacité à gérer sa santé, à se faire soigner au bon moment, à la réinsertion post maladie et, ultimement, jusqu'aux soins palliatifs.

Réformer les études médicales

Le système de santé devrait reposer sur les professionnels de premiers recours, point d'entrée visible de proximité. A contrario, les études de médecine, par exemple, sont focalisées sur la technique et l'hyperspécialisation dans un cadre rassurant car bien connu des étudiants. Or la médecine générale apparaît comme complexe donc difficilement accessible car, premier recours, elle exige des prises de décisions, actuellement, solitaires.

Il serait donc impératif de renforcer l'étude des sciences humaines dès la première année en vue de la sélection. Puis de familiariser, très tôt dans leur cursus, les étudiants au rôle de professionnel de premier recours et à la psychologie, sans laquelle la médecine est réductrice.

Il serait important de faire comprendre, notamment aux meilleurs éléments, tout l'intérêt de l'exercice de la médecine générale, recentrée sur la prévention globale. De surcroît, cet enseignement pourrait être poursuivi tout au long du cursus, au fur et à mesure

des acquisitions cliniques des étudiants, afin de ne jamais déconnecter l'approche technique et scientifique de la médecine, d'une réflexion sur le sens du métier de soignant dans une optique éthique et de « prévention globale ».

Ultérieurement la spécialisation en médecine générale permettra, notamment sur le terrain, d'approfondir les connaissances et de découvrir un territoire.

De même que la confiance naît entre les professionnels qui se côtoient quotidiennement au sein de la « communauté de santé », il serait bénéfique d'organiser les relations entre la médecine de premier recours et celle de deuxième recours, spécialistes ou hôpital. Tel est le sens de l'inscription du projet de santé territorial et de la communauté qui le porte dans un ensemble plus vaste.

Les nouveaux métiers nécessaires pour systématiser la « prévention globale ».

On observe un glissement injustifié de certains actes vers la médicalisation. Il conviendrait de revenir à la règle et de faire en sorte que médecin, kinésithérapeute, infirmier, secrétaire médicale, aide-soignant, auxiliaire de vie... se concentrent sur les tâches de sa compétence avec pour effets de retrouver le goût et la compétence du métier initial ; de dégager du temps médical et de créer les autres emplois nécessaires assortis de formations adaptées et courtes.

Il faut tirer parti de la baisse prévue de la démographie médicale à cinq ans pour créer de nouveaux métiers, à la formation ciblée et plus courte, qui permettraient de systématiser la « prévention globale » afin d'obtenir un effet massif sur la santé. En outre, la variété des niveaux d'études chez les professionnels de premier recours faciliterait l'entrée dans le système de santé et l'accès aux soins de personnes et de populations qui en sont aujourd'hui culturellement ou socialement éloignées.

En médecine il est capital de promouvoir l'omnipraticien humaniste et ne pas former exclusivement des techniciens productivistes. Le médecin libéral doit avoir une mission de service public et promouvoir la « prévention globale » auprès de ses patients, comme auprès des relais naturels, bénévoles ou coordonnateurs, pour faciliter le bon fonctionnement d'une communauté de santé.

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

L'investissement des territoires et des temps sous-médicalisés doit s'accompagner d'une reconnaissance et d'une valorisation pour les professionnels de santé qui s'y investissent.

De nouveaux métiers

L'animateur territorial de santé.

L'animateur territorial de santé est garant du processus auprès des élus locaux. Il ne mène pas d'actions directement mais il lui revient de développer l'ingénierie de projet, de s'assurer de son bon fonctionnement et de la qualité des mesures mises en œuvre en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs (entreprise, école, communes, communautés, associations...) et en bénéficiant de leur expertise.

Des métiers proches, voire identiques, existent d'ores et déjà : animateurs de projets locaux ou territoriaux de santé, coordonnateur de réseaux, cadres de l'administration de l'État ou des collectivités territoriales par exemple. Ces postes pourraient être redéployés vers les nouveaux dispositifs territorialisés plus structurés, au plus près du lieu des actions.

Métiers d'éducateur santé (débouché filière STAPS).

Le développement de la pratique sportive, en milieu scolaire, para ou extra scolaire, populaire, générerait des besoins en éducateurs sportifs afin de favoriser cette pratique qui aurait des répercussions sur la santé.

Métiers d'écoute, d'orientation... (Sélection sur des critères de patience, d'empathie, de fermeté ; formation brève et ciblée des bacheliers santé médico-social).

Il serait utile de réfléchir au développement de métiers d'accueil, d'écoute et d'orientation dans le système de première intention à la formation très ciblée, assortie de formation de secourisme. Ces métiers viseraient deux objectifs vis-à-vis des populations et vis-à-vis du système.

Santé mentale en ville assurée par des équipes d'infirmiers spécialisés après validation de leur pratique en hôpital psychiatrique.

Afin d'éviter les hospitalisations répétitives et de limiter la présence d'inadéquats en ins-

titution, il convient d'organiser des visites à domicile permettant de juger de l'évolution du patient.

Il s'agit d'un travail d'équipe de professionnels en santé mentale et de travailleurs sociaux. Du fait de la disparition des diplômes d'infirmier psychiatrique, une validation des acquis, de l'expérience pour les personnels ayant exercé au minimum cinq années en établissement psychiatrique permettrait d'assurer cette fonction. Il s'agit de suivre les patients de la file active des établissements psychiatriques, de prévenir les hospitalisations et de diminuer la médication, sous la responsabilité du psychiatre. ●

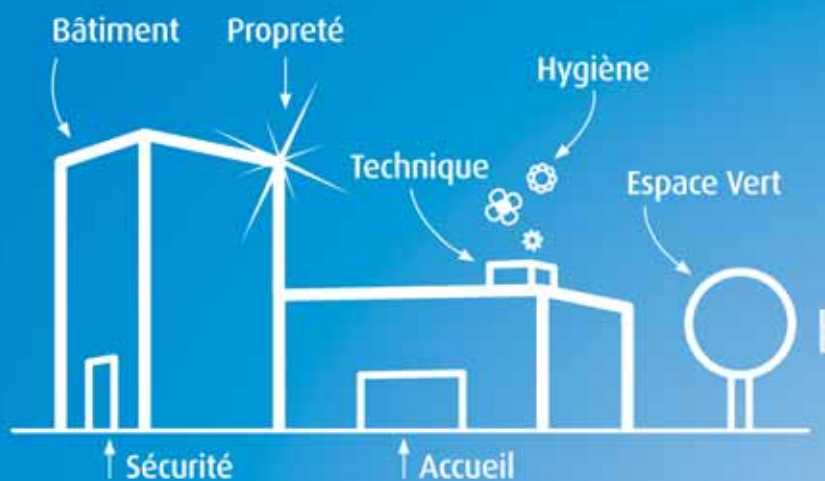
André Flajolet,
député du Pas de Calais

I « Centres de santé » de diverses institutions, « maisons de santé rurales » de la mutualité sociale agricole (MSA), « centres d'examen de santé » de l'assurance maladie, « cabinets de groupe », « maisons médicales », « maisons médicales de garde », « maisons de santé pluridisciplinaires », « pôles de santé »...

Le multimétier, c'est notre métier.

Savez-vous que,
pour vous faciliter
la vie et accroître
vos performances,

nous pouvons
gérer en
interne 85 %
de vos services
délégués ?



Le service gagnant des entreprises

www.groupe-tfn.com



Témoignages

HORIZON 2015

UNE AUTRE CONCEPTION

Michel Autès, vice-président « Prévention-Santé », présente la politique santé de la Région.

Une politique de rationalisation

En s'impliquant dans l'équipement de pointe des hôpitaux du Nord-Pas-de-Calais, le Conseil Régional fait le pari de la qualité et de l'attractivité de nos plateaux techniques. Nous pensons qu'en imagerie médicale, en télé-radiologie, des seuils qualitatifs doivent être franchis pour être au niveau des pays euro-



© CRN Nord-Pas-de-Calais

Les difficultés que va entraîner la baisse programmée de la ressource médicale doivent être l'occasion de repenser l'ensemble de l'organisation de l'offre de soins. La problématique posée n'est pas seulement quantitative, elle est surtout qualitative.

Bien sûr, notre région du Nord-Pas de Calais, déjà sous-dotée en postes hospitaliers et en médecins spécialistes, a tout à craindre des évolutions annoncées.

Le Conseil Régional du Nord-Pas de Calais s'est mobilisé sur ces questions parce que l'offre de soins, l'égalité devant les soins sont des impératifs qui s'imposent à nous.

De nombreuses réponses existent qui tardent trop à être mises en œuvre : la délégation de tâches entre professionnels de santé, le regroupement des professionnels dans des maisons de santé pluridisciplinaires, la mise en place de nouveaux métiers...

peens équivalents. Notre système, à cause de ses retards technologiques et du manque d'équipements, présente la double caractéristique de rationner les examens et d'accumuler les gestes inutiles en gaspillant les budgets de l'assurance maladie.

Notre politique n'est pas une politique de dépenses et de prestige : c'est une politique de rationalisation qui doit permettre aux professionnels d'exercer leur métier dans des condi-

tions normales de bonnes pratiques et d'offrir à chacun une qualité de soins correspondant aux standards de la médecine moderne. C'est aussi une politique qui sera à la source d'économies pour le système comme le montrent les exemples de pays voisins.

Nous nous sommes engagés également à financer la partie universitaire des postes d'assistants-chefs de clinique afin de permettre aux internes lillois de dérouler leur carrière dans la région dans des conditions optimales.

Une politique de prévention et d'éducation

Sur l'offre de soins primaire, nous pensons que les maisons de santé, loin d'être le seul regroupement de professionnels, doivent porter une autre conception du soin et de la santé, en étant ouvertes sur le champ de la santé publique (prévention, éducation à la santé...), et articulées avec le système hospitalier local et régional. Cette conception, qui rejoint les aspirations des jeunes professionnels, est nécessaire à la revalorisation du rôle de médecin généraliste.

Nous sommes au début d'un changement fondamental dans l'organisation des soins qui prend en compte les succès de la médecine et la transformation des pathologies. C'est l'occasion de passer enfin d'une médecine centrée sur le soin à une médecine qui intègre les soins dans une politique de santé. ●

Michel Autès,
vice-président « Prévention-Santé »
Conseil Régional Nord-Pas de Calais

MÉDECINE LIBÉRALE : IMAGINER D'AUTRES MODES D'EXERCICE

Le Docteur Jean-Marc Rehby, président de l'Union Régionale des Médecins du Nord et Pas-de-Calais, dessine de nouveaux modes d'exercice, en faisant appel à la négociation plus qu'à la coercition.

On entend dire partout que la France manque de médecins et pourtant jamais il n'y en a eu autant dans notre pays. Près de 250 000 médecins libéraux et

salariés exercent en France. En réalité la répartition des médecins est très inégale et certains cantons n'ont plus de médecin mais aussi d'infirmière, de kinésithérapeute. Souvent

d'ailleurs, il n'y a plus de service de l'État : gare, poste, recette des impôts...

Comment en est-on arrivé là ?

Entre le milieu des années soixante et la fin des années soixante-dix, on a très largement ouvert les vannes des facultés de médecine en raison de l'accroissement de la demande et de la consommation de soins. Devant

LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

l'augmentation du nombre de médecins et des autres professionnels de santé, une régulation par un *numerus clausus* a été instaurée, de plus en plus sévère. Au milieu des années quatre-vingt dix, la pyramide des âges des médecins montrait que si l'on n'assouplissait pas le *numerus clausus*, on se retrouverait avec une pénurie à partir de 2010-2012.

Les responsables politiques de l'époque ont fait exactement le contraire en donnant aux docteurs la possibilité de prendre une retraite anticipée à 56 ans. Dix mille médecins ont profité du système, ce qui a aggravé le problème.

La moyenne d'âge des médecins en exercice montre que de nombreuses spécialités et de nombreuses communes vont se retrouver sans professionnels dans les années qui viennent. Quarante pour cent des pédiatres et des gynécologues partiront à la retraite entre 2010 et 2015 sans être remplacés.

La féminisation de la profession (près des deux tiers des étudiants sont des étudiantes) entraîne une modification de l'exercice médical : travail à temps partiel, spécialités non

exercées, exercice salarié en dehors du système de soins et même 15 % de femmes diplômées qui n'exercent jamais. Par ailleurs, seuls 15 % des médecins inscrits à l'Ordre s'installent en médecine libérale.



© GHICL

Il faut donc imaginer d'autres modes d'exercice : collaboration libérale, maisons pluridisciplinaires, exercice en groupe, ainsi que d'autres modes de rémunération.

Collaboration libérale et maisons pluridisciplinaires sont deux réponses possibles à la mauvaise répartition des professionnels. En

effet, en permettant un travail à temps partiel avec la possibilité de ne pas habiter sur le lieu d'exercice peut permettre d'attirer des jeunes confrères rebutés par les contraintes traditionnelles de l'exercice, en campagne. La possibilité de mettre en place des vacations de spécialistes dans les maisons pluridisciplinaires permettrait aussi d'offrir des soins de proximité à une population qui ne peut pas toujours se déplacer loin de chez elle.

Pour répondre à ce défi des prochaines années, nous devons faire preuve d'imagination et d'originalité et surtout éviter les mesures coercitives qui, à coup sûr, feraient fuir les candidats à l'installation. ●

Dr Jean-Marc Rehby,
président de l'URMEL



Beckman Coulter, un des leaders mondiaux de l'industrie du diagnostic et des sciences de la vie, offre à la communauté médicale et scientifiques des systèmes complets incluant instruments et consommables qui permettent d'Innover, de Simplifier et d'Automatiser dans les laboratoires de biologie clinique, mais aussi dans les structures de recherche et développement publiques et industrielles.

Ce sont notamment des solutions d'automatisation de laboratoire intégrées incluant la gestion du pré-analytique, l'analytique avec des analyseurs de Biochimie, Hématologie, Immuno-analyse et Cytométrie, connectés au logiciel de validation REMISOL qui transmet les résultats validés au système informatique central du laboratoire.

Des tests rapides aux configurations de laboratoires les plus complètes Beckman Coulter accompagne les patients et les professionnels de santé depuis le dépistage jusqu'au suivi de la maladie en passant par les étapes de diagnostic et de surveillance thérapeutique.

Beckman Coulter France S.A.

ZA Paris Nord 2 – 33/66 rue des Vanesses – B.P. 54359 – 95942 Roissy CDG Cedex
Téléphone 01 49 90 90 00 – Télécopie 01 49 90 90 10 – e-mail : beckman_france@beckman.com

HORIZON 2015

L'ÉVOLUTION DU MÉTIER DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

« Le médecin généraliste, une espèce menacée »... L'économiste de la santé, Jean De Kervasdoué, pose ainsi clairement, dans une tribune du Monde du 7 juin 2008, les enjeux pour la médecine générale. En 2008, 1 200 généralistes vont s'installer et 5 000 vont partir à la retraite (solde négatif de 3 800). Malgré l'augmentation du *numerus clausus*, le solde va être négatif de 3 000 par an jusqu'en 2013, puis de 2 000 entre 2013 et 2020. Cette pénurie va être encore plus marquée au nord d'une ligne Le Havre-Besançon. La France avait 55 000 généralistes en 2006 ; elle en comptera 25 000 en 2020.

Aujourd'hui le généraliste « moyen » est un homme de 55 ans exerçant en ville petite ou moyenne, qui soigne environ 1 200 personnes dont 15 % de personnes âgées. En 2020, le généraliste « moyen » sera une femme de 45-50 ans, exerçant en ville, qui soignera environ 2 500 personnes, dont 25 % de personnes âgées auxquelles elle consacra plus de la moitié de son temps.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics et les représentants des médecins mettent en avant, avec plus ou moins de conviction, trois enjeux.

L'enjeu politique

La main sur le cœur, le rôle du généraliste « pivot » du système de santé est rappelé. Si l'on reprend la définition du Petit Robert qui considère le pivot comme « ce autour de quoi quelque chose se meut », force est de reconnaître que le généraliste est plus un satellite qu'un pivot, tout le système reste hospitalo-centré, construit autour des médecins de spécialités qui privilégient la médecine d'appareils et non pas une approche globale. Il faut toutefois noter les tentatives intéressantes de l'assurance maladie autour du choix d'un médecin traitant.

L'enjeu universitaire

Là aussi, les actes ont du mal à suivre les paroles. La médecine générale intéresse très peu les étudiants (plus de 500 postes d'internes en médecine générale n'ont pas été pourvus en 2005 et 2006 !). Le regard posé par les facultés sur la médecine générale reste condescendant ; l'essentiel des enseignements reste effectué par des spécialistes hospitalo-universitaires. Le rôle des professeurs associés de médecine générale reste marginal ; les généralistes volontaires pour être maîtres de stage ont des statuts précaires... et des indemnités maigrelettes versées avec un ou deux ans de retard. On notera toutefois que la faculté libre de médecine de l'Université Catholique

de Lille, unique en son genre en France, accorde une bien meilleure place à la médecine générale... ce qui ne signifie pas pour autant que les étudiants se précipitent en nombre dans cette filière.

L'enjeu économique

C'est peut-être le plus mal abordé. Bousculés par les élus locaux qui voient avec panique fermer les cabinets médicaux de leurs communes, les pouvoirs publics tentent de colmater les brèches du système par un dispositif de bonifications diverses à l'installation ou de majoration du montant des actes dans les zones sous-médicalisées. La question est-elle vraiment là ? Le médecin rural débordé qui travaille de 7 h à 22 h, 6 jours sur 7, n'a pas besoin d'argent. Son problème, c'est de pouvoir trouver du temps pour se reposer, se former, de trouver un remplaçant pour pouvoir partir en vacances, d'être soulagé de toute la paperasserie (dans un pays où tout doit être « prouvé » par certificat médical...). La vraie question économique, n'est-elle pas celle de l'évolution des modes de rémunération, et de la prise en compte de « l'autour du soin » (organisations regroupées, secrétariat suffisant). Le généraliste français bénéficie en moyenne de 0,3 ETP d'aide pour son activité, la moyenne européenne est à 1 ETP).

« Omnipraticien » et médiateur

Arrivés à ce stade du constat, devons-nous désespérer de l'avenir ? ou fuir en avant dans un système de santé qui prend l'eau, crée des files d'attente, et laisse à la charge de l'assuré une part croissante de dépenses ? Bien sûr que non, mais il faut avoir le courage d'innover et de poser les bases de nouvelles formes d'exercice, dont la médecine de groupe, dès 1960, fut la pionnière. Le médecin généraliste ne doit plus exercer seul ; l'exercice regroupé rompt l'isolement, permet une meilleure organisation, un véritable secrétariat. A côté de maisons médicales, l'utilisation des outils in-

formatiques permet le regroupement tout en exerçant sur plusieurs sites. L'assurance maladie devrait prendre en charge la présence d'auxiliaires médicaux qui peuvent réaliser certains actes (prise de tension, contrôle de la vue, rappel des règles diététiques...). Le médecin généraliste examine, demande des examens complémentaires, diagnostique, prescrit, mais de plus en plus il doit conseiller, expliquer, accompagner le patient dans son parcours de soins, l'aider à mettre en place toute une organisation de la prise en charge dans les affections graves, ou chroniques, en particulier les ALD 30. Il doit pouvoir s'appuyer sur un certain nombre de réseaux de soins (gériatrie, diabète, soins palliatifs, cancérologie, alcoologie...)

Un généraliste réellement « omnipraticien », bien entouré et aidé, exerçant de façon regroupée, jouerait pleinement ce rôle de conseiller de santé, de « médiateur » de son patient dans son parcours de soins. Deux évolutions sont cependant indispensables.

Ce mode d'exercice s'apprend (en formation initiale et en formation continue) : il est une véritable discipline médicale, peu importe qu'on le baptise « spécialité médicale », mais il faut qu'il se construise un véritable enseignement, avec de vrais enseignants en médecine générale et un véritable **compagnonnage**.

Ce mode d'exercice nécessite de **nouvelles formes de rémunération** qui ne reposent pas sur le seul paiement à l'acte et prennent en compte cette nouvelle organisation des soins. A ce prix-là, malgré une démographie catastrophique, la Médecine Générale en France pourrait dans une société vieillissante, faire vivre une médecine scientifique et fiable, relationnelle et organisée, et fondamentalement humaine.

Nos concitoyens resteraient très attachés à leur généraliste, et on leur garantirait de continuer à en trouver un ! ●

Dr Jacques Richir,
médecin généraliste

ÉVÉNEMENTS

Le 19 mai, repas des jubilaires.



© DR

Le 24 juin, inauguration de l'ISEA.



© Jérôme Coppin

Le 21 mai, présentation du projet Humanité à la presse.



© LMCU

Le 26 juin, remise du trophée de la course EDHEC à Thérèse Lebrun, Président-Recteur.



© DR



© Christophe Drugy

Le 28 mai, concert du chœur universitaire.

AU SOMMAIRE DE LA VIE DE L'UNIVERSITÉ

- | | | | |
|---|-------|--|-------|
| • Zoom sur... <i>Humanité</i> : innovation sociale et nouveau quartier de vie et de ville | p. 32 | • International | p. 37 |
| • Pôle Universitaire « Handicaps, dépendance, et citoyenneté » | p. 32 | • La Vie des établissements | p. 38 |
| • « Ensemble, Innovons » | p. 33 | • Les rendez-vous du trimestre | p. 39 |
| • Entrepreneuriat | p. 34 | • Programme culturel : découvertes, émotions et passions | p. 40 |



Innovation sociale et nouveau quartier de vie et de ville

L'Université Catholique de Lille a décidé de faire la thématique « handicaps, dépendance et citoyenneté » un des principaux axes de travail de l'ensemble universitaire. Le pôle médico-social universitaire se traduit par l'élaboration de séminaires d'études, de programmes de recherche et de cycles de formations mais aussi par la participation de l'Université à la conception et à l'aménagement d'un nouveau quartier de vie près de l'hôpital Saint-Philibert, en collaboration étroite avec les collectivités locales et territoriales : Lille Métropole Communauté Urbaine (LMCU), les communes de Lomme, Capinghem et Prèmesques.

Tous les acteurs de ce projet ont participé au lancement officiel d'*Humanicité* le 21 mai 2008 au cours d'une conférence de presse à l'Université Catholique de Lille : Thérèse Lebrun, Président-Recteur, Martine Aubry, Présidente LMCU, Maire de Lille, Yves Durand, Maire de Lomme, Dominique Verfaillie, Maire de Capinghem, Joël Turquin, Maire de Prèmesques.

Une première en France : l'Université Catholique de Lille a initié un projet global impliquant développement territorial, innovation sociale, mixité des populations, création d'activités et d'emplois nouveaux, mutualisation d'équipements (sociaux, sportifs, pédagogiques, culturels...), et ceci en collaboration

étroite et avec le soutien des collectivités locales : Lille Métropole Communauté Urbaine, Capinghem, Lomme et Prèmesques.

Ce projet qui se veut également respectueux d'une qualité architecturale et environnementale, s'inscrit dans la **contribution de l'Université au développement économique et social de son territoire et de sa région**, en cohérence avec ses trois missions de formation, de recherche et de service à la société.

Sur le terrain, il s'agit concrètement de créer un nouveau quartier de vie et de ville, à taille humaine, aux portes de l'Hôpital Saint-Philibert à Lomme, l'un des deux sites du groupe hospitalier de 700 lits de l'Université Catholique de Lille. Ce projet prend le nom d'*Humanicité*.

La zone de 110 hectares concernée par le projet accueillera de l'habitat, des services, des commerces, de l'activité économique, mais aussi des centres de formation et des établissements sanitaires et médico-sociaux.

En effet, l'évolution de notre société est marquée par le poids croissant des problématiques liées aux handicaps, au vieillissement et à la dépendance. L'Université Catholique de Lille, riche de sa pluridisciplinarité, a décidé de s'investir fortement dans ces thématiques en créant un pôle médico-social universitaire "handicaps, dépendance et citoyenneté"; cette coopération du monde médico-social

et du monde universitaire est totalement innovante en France.

Ainsi, en ce qui concerne spécifiquement les **15 hectares** détenus par l'Université, ceux-ci accueilleront des établissements de formation et de recherche, des établissements sanitaires et médico-sociaux, des résidences et de la restauration universitaires, mais aussi de l'habitat et des services, ainsi qu'une maison d'Église, lieu d'accueil, de réflexion et de recueillement.



Cinq mots-clés veulent définir ce site : **Former, Accueillir, Chercher, Entreprendre, Soigner**, autant de faces humaines ainsi entrevues.

Les premières grues sont attendues pour l'automne 2008. Ce projet, unique et ambitieux, *Humanicité*, qui se veut ouvert à tous, appelle maintenant une appropriation par tous celles et ceux, personnes, institutions et collectivités qui souhaiteront y contribuer, y travailler ou y vivre. ●

Geneviève Branquart

Pôle universitaire
"handicaps, dépendance
et citoyenneté"

Université Catholique de Lille

Le Pôle « Handicaps, Dépendance et Citoyenneté » poursuit sa progression. La sélection des actualités les plus marquantes à signaler depuis la précédente édition de Vues d'ensemble est la suivante.

En ce qui concerne l'axe « Enseignements, Formations », parallèlement aux différents modules et interventions en place, l'accréditation a été donnée au diplôme universitaire « Handicaps, Dépendance et Citoyenneté », sous-titré « être efficace auprès des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes ».

La première édition s'étendra entre janvier et décembre 2009. Tout renseignement peut être obtenu quant à ce DU auprès de Christine Bodin (Tél. 03 20 22 38 43) ou en en

demandant la plaquette de présentation à Isabelle Sauvage, Assistante de Thérèse Lebrun.

Par ailleurs, le groupe qui organise pour la seconde année la journée interdisciplinaire de janvier prochain réunissant les étudiants des filières sanitaires et sociales sur le thème « Handicaps et Dépendance : tous ensemble » a repris son travail.

En ce qui concerne l'axe « Recherche » animé par Dominique Boury, l'état d'avancement des trois ateliers de recherche qui ont

ÉVÉNEMENTS

cheminé parallèlement cette année universitaire a été présenté lors d'un séminaire de travail qui s'est tenu le 19 juin. Réunion très encourageante. Ces ateliers réunissent des acteurs de terrain des différentes pratiques professionnelles et des universitaires de nos différentes filières. Pour mémoire leurs thèmes respectifs sont : « fragilité et vulnérabilité », « autonomie et participation sociale », « évolution des pratiques professionnelles et des métiers, articulation des secteurs sanitaire et médico-social ». Les ateliers reprendront leurs travaux à la rentrée universitaire.

En ce qui concerne l'axe « Pratiques professionnelles, Services directs à la société », comme à chaque fenêtre CROSMS depuis

deux ans, le pôle a déposé un projet de création de service, en l'occurrence celui d'un service d'accueil de jour permettant la socialisation et l'activité de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, en âge de travailler, mais isolées du fait de leur handicap. Par ailleurs, le service d'hospitalisation à domicile dédié à la lutte contre le handicap auprès de personnes atteintes de maladies invalidantes devrait débiter son activité avant la fin de l'année.

En ce qui concerne le futur Institut des métiers des services aux personnes handicapées et aux personnes dépendantes, le chantier (porté par Pascal Roeland) avance bien, en lien notamment avec l'Université de Lyon 3.



Ensemble, Innovons

La présente campagne « Ensemble, Innovons », 2005-2010, a un objectif de 10 M€. A ce jour, 40 entreprises et personnalités se sont engagées pour un montant de 8 570 079 €, sur 5 ans. 47 projets ont été validés par le conseil de surveillance.

Ces projets ont été validés autour de 7 axes :

- **Sens, Ethique et Religion** (7 projets)
- **Pédagogie, Recherche** (18 projets)
- **Instituts - Pôles de compétitivité** (6 projets)
- **Santé - Social** (6 projets)
- **International - Solidarité** (2 projets)
- **Culture** (4 projets)

Les règles de financement des projets

Vis-à-vis de ses donateurs, l'Université Catholique de Lille s'est imposée des critères de sélection très exigeants. Les fonds sont affectés uniquement au développement. Les coûts de fonctionnement de l'Université Catholique de Lille ne sont pas pris en charge par la campagne. La campagne « Ensemble, In-

novons » apporte un financement à hauteur de 50 % du financement total du projet, afin d'inviter le porteur de projet à rechercher d'autres financements. Un bilan annuel est adressé auprès des mécènes, en plus des rencontres périodiques de présentation des projets.

Le 19 juin 2008, le **projet Humanicité** a été présenté autour d'un petit déjeuner, au Centre Sportif Saint-Martin, à Ennetières en Wepes, rassemblant 90 personnes, partenaires, directeurs et responsables de l'Université. L'évolution de notre société est marquée par le poids croissant des problématiques liées aux handicaps, au vieillissement et à la dépendance. L'Université Catholique de Lille, riche de sa pluridisciplinarité, s'investit dans ces thématiques, **en créant le Pôle « Handicaps, Dépendance, et Citoyenneté », confié au Dr Bruno Pollez.**

Dans le cadre de ce projet, le pôle « Handicaps, Dépendance et Citoyenneté » développe de nombreuses formations et recherches autour de ce thème. Ainsi, au niveau

de la campagne « Ensemble, Innovons » ; des fonds sont recherchés pour contribuer au développement de ces projets. Parmi les réalisations menées par le Pôle Handicaps, Dépendance et Citoyenneté, deux projets nous tiennent à cœur : l'ouverture d'une formation d'aides soignants à de jeunes sourds ; la création d'un Diplôme d'Université « Handicaps, Dépendance et Citoyenneté ». ●

Enfin, nous nous réjouissons du fait que six personnes sourdes ont réussi les épreuves d'admission à l'Institut de Formation des Aides Soignants, dont la promotion 2008-2009 a été rendue totalement accessible par interprétation en langue des signes (grâce à un financement de l'AGEFIPH). ●

Dr Bruno Pollez
Directeur du Pôle HDC

Direction du Développement et du Mécénat :
Didier Peillon - Tél. 03 20 13 40 81
didier.peillon@icl-lille.fr

Directrice de la Communication :
Geneviève Branquart - Tél. 03 20 13 40 91
genevieve.branquart@icl-lille.fr

Sabine Courouble - Tél. 03 20 13 40 88
sabine.courouble@icl-lille.fr
Aude Meunier - aude.meunier@icl-lille.fr

Dernière nouvelle : la Fondation de l'Université Catholique de Lille, sous égide de la Fondation de France, a été validée le 23 juin 2008 à Paris. Le comité exécutif s'est réuni le 9 juillet 2008.

MERCI AUX PARTENAIRES DE LA CAMPAGNE « ENSEMBLE, INNOVONS » !

ADOMOS – AFM – ACEA SA – BANQUE POPULAIRE DU NORD – BANQUE SCALBERT DUPONT – BNP PARIBAS – BUREAU CONFORT PLUS – CAISSE DES DEPOTS – CAISSE D'ÉPARGNE NORD FRANCE EUROPE – CCI GRAND LILLE – CIL 59-62 – GROUPE CMH – CREDIT AGRICOLE NORD DE FRANCE – CREDIT DU NORD – DALKIA – EIFFAGE CONSTRUCTION NORD – GROUPE GHI – INOVERT – LA FLANDRE ASSURANCES – Philippe LAMBERT – LA MONDIALE – LCL LE CREDIT LYONNAIS – Association LEROUX Développement – LESAFFRE et Cie – NORAUTO – PORTICUS – RABOT DUTILLEUL – ROQUETTE Frères – SOCIETE GENERALE – URCEF – VERSPIEREN – 10 mécènes particuliers.

Nos étudiants acteurs de trois événements



Une dynamique de découverte, d'écoute, d'initiative, de responsabilisation et de performance !

• Février 2008 : 15 étudiants et lycéens en mission au salon des entrepreneurs à Paris

Le salon des entrepreneurs : le rendez-vous idéal pour permettre à ce groupe composé d'étudiants de l'Université Catholique de Lille, pour la plupart responsables ou adhérents de clubs d'entrepreneurs étudiants (CEE), accompagnés des personnes ressources et référents, de réaliser les objectifs préalablement fixés !

Un événement de référence, particulièrement intéressant par la palette de services proposés dans des univers différents traitant de la création, la transmission et la reprise d'entreprises, où se mêlent l'effervescence et l'émulation.

Cette année, une innovation : l'Institut de l'Entrepreneuriat a traduit sa volonté d'essaimage en rapprochant deux mondes parallèles, acteurs du changement – les lycéens et les étudiants – pour tester leurs connaissances théoriques et vivre une expérience de terrain particulièrement enrichissante. Cette initiative a été partagée avec le lycée Jean-Baptiste de La Salle à Lille.

Sur ce terrain de rencontres privilégiées, les étudiants porteurs d'idées, de pré-projets ou de projets ont eu la possibilité d'assister à des conférences, participer à des ateliers, assister à des débats, échanger avec des professionnels, recueillir des témoignages et collecter des informations utiles pour la création de bases de données pour leurs CEE respectifs.

Les participants ont mis à profit le temps du

trajet pour être créatifs et cogiter sur de nouveaux projets... Sur le chemin du retour en TGV, l'Entrepreneuriat était au centre des discussions. Lycéens, étudiants et professeurs volontaires se sont engagés à communiquer dans leurs établissements respectifs auprès de leurs collègues.

De nouvelles satisfactions pour toutes et tous, à l'issue de ce déplacement à Paris :

- dès avril 2008, l'UCL a contribué à la mise en place d'une nouvelle formation de sensibilisation en entrepreneuriat pour des jeunes en sections BTS commerce - comptabilité du lycée Jean-Baptiste de La Salle, débouchant sur la gestion de projets en équipes ;

- à la rentrée de septembre 2008, les jeunes du lycée bénéficieront de la création d'un Club d'Entrepreneurs Etudiants et auront ainsi la possibilité de formaliser leur propre plan d'actions, de construire leur premier budget prévisionnel et, nous l'espérons, de se rapprocher de leurs aînés !

Un nouvel environnement porteur de sérieux, de joie, de rigueur et de satisfaction est né !

Une fois de plus, le Salon des Entrepreneurs s'est avéré être un révélateur indispensable et incontournable.

• Mars 2008 : un véritable trait d'union entre la France, la Belgique et le Québec

L'Association des clubs d'entrepreneurs étudiants (ACEE) de la francophonie, assistée de l'Office franco-québécois pour la Jeunesse, ont permis à douze étudiantes québécoises, membres de CEE et leur accompagnateur, de vivre une mission de douze jours en Belgique et en France.

Les 18 et 19 Mars, l'Institut de l'Entrepreneuriat a accueilli cette délégation représentant l'Université du Québec de Trois-Rivières et de Rimouski et des établissements d'enseignement (Collège Edouard Montpetit, le

CFP Barbeau, les Cegep Sorel-Tracy, Victorin), de Saint-Félicien et de Rimouski.

A la suite de leur visite auprès des CEE de Louvain-la-Neuve (Wallonie) et à la Maison de l'Entrepreneuriat à Lille, nos objectifs ont été d'établir des rencontres constructives avec les représentants des huit CEE de l'Université Catholique de Lille dans le but de développer le potentiel entrepreneurial de chacun, tout en découvrant et en appréciant nos différences culturelles... et nos points communs ; de prendre conscience, à travers l'histoire, des liens très forts qui nous rassemblent ; de découvrir les valeurs humaines qui animent les « Gens du Nord » ; de partager la diversité et la richesse de notre économie régionale tout au long de notre périple à Vimy et à Dunkerque.

• Le parc mémorial canadien à Vimy

Ce monument représente l'hommage le plus impressionnant que le Canada a rendu à ceux de ses citoyens qui ont combattu et donné leur vie au cours de la Première Guerre mondiale. La sculpture monumen-



tal réalisée par le canadien Seymour Allward représente onze années de travail (1925-1936). Sur les parois du monument, sont inscrits les noms de 11 285 soldats canadiens manquant à l'appel et présumés morts en France.

ENTREPRENEURIAT

• Conférence et visite du port autonome de Dunkerque

Troisième port maritime de France et développeur de zones logistiques, il occupe 17 km de rivage, en front de mer et sans estuaire. Premier grand port multi - spécialiste à proximité du Tunnel sous la Manche et la plus grande zone industrialo - portuaire d'Europe !



Les participants ont chaleureusement manifesté leur satisfaction d'avoir vécu ces journées intenses.

Ces expériences enrichissantes devraient déboucher sur la mise en place de nouveaux échanges inter culturels entre notre Université et les établissements du Québec. Nous nous sommes engagés à ce que nos étudiants français puissent également, à leur tour, découvrir les facultés entrepreneuriales du Québec et ainsi témoigner, avec réalisme, de leur vécu.

• Juin 2008 : L'entrepreneuriat et l'IESEG en compétition nationale

La cité universitaire de Paris, dans le XIV^{ème} arrondissement, héberge 5 000 étudiants,

chercheurs, artistes et stagiaires originaires de 132 pays dans un cadre exceptionnel.

C'est dans ce cadre unique de rencontres, de cohabitation et d'échanges culturels que s'est déroulée la 6^{ème} édition de la compétition nationale SIFE France.

L'organisation internationale SIFE « Students In Free Enterprise », a pour vocation d'aider les hommes et les femmes dans leur désir d'entreprendre. Au sein d'un réseau actif de 48 pays, près de 2 000 établissements d'enseignement supérieur œuvrent pour cette cause et contribuent à l'épanouissement de leurs étudiants.

Les 12 et 13 juin 2008, les douze grandes écoles et universités qualifiées par le conseil d'administration de SIFE France, ont présenté et soutenu leurs projets entrepreneuriaux.

Pour sa deuxième participation, l'équipe « IESEG- SIFE », membre de l'Université Catholique de Lille, se hisse en demi-finale et se classe troisième de la compétition « SIFE France » devant HEC Paris.

Mobilisés par les valeurs de l'entrepreneuriat et du développement durable, les 21 étudiants de l'équipe « IESEG SIFE » ont réalisé quatre projets présentés devant un jury composé de grands dirigeants d'entreprises (KPMG, l'Oréal, HSBC, Oracle, Les Échos...):

• AMIFA : création d'une entreprise de distribution de matériel médical en Côte d'Ivoire et d'une cellule d'accompagnement de l'entrepreneur sur place ;

• BURKIN'ART : Production et distribution en France (Fnac et La Catho) de 500 exemplaires d'une compilation de six groupes de musique Burkinabé ;

• ECO'LIB : forum de communication et d'échanges sur le développement durable à l'Université Catholique de Lille ;

• Le Printemps de l'Entrepreneuriat : cycle de trois tables rondes sur l'entrepreneuriat (Reprise d'entreprises, la création sur le Web, l'entrepreneuriat durable).

L'EFREI, école d'ingénieurs de Villejuif, a remporté la première place et représentera la France à la SIFE World Cup à Singapour en octobre 2008. AUDENCIA Nantes (école de management) s'est classée deuxième et se rendra à l'European Symposium à Londres en septembre prochain.

Nos encouragements vont à l'ensemble de ces jeunes entrepreneurs étudiants pour qu'ils renforcent leur fibre entrepreneuriale. ●

Patrick Bourguignon,
directeur adjoint de l'Institut
de l'Entrepreneuriat

Pour tout renseignement contacter :
Aude Meunier au 03 20 13 41 97
entreprendre@icl-lille.fr

L'agenda « Entrepreneuriat »

• Vis ma Vie de juin à octobre 2008 : 40 enseignants de l'Université Catholique de Lille et 40 chefs d'entreprises de la Région se rencontrent, en binôme, pour partager un jour de leur vie quotidienne dans l'Université d'une part, et dans l'entreprise d'autre part. En décembre, un bilan sera établi pour préciser les attentes et les résultats de cette expérience unique en France

• Du 8 au 10 septembre 2008 : participation de l'Institut de l'Entrepreneuriat au 2^{ème} salon européen CRÉER à Lille et au colloque

LIFE (Lille International Forum of Entrepreneurships).

• 8 octobre 2008 : Comité de pilotage de l'Institut de l'entrepreneuriat.

• 9 octobre 2008 : premier séminaire pédagogique organisé par l'UDESCA à Paris à destination des enseignants et enseignants-chercheurs des Universités Catholiques d'Angers, Lille, Lyon, Paris, Toulouse : « Comment former des entrepreneurs dans nos Universités ? »

• 16 octobre 2008 : première journée de rencontre des étudiants membres des clubs d'entrepreneurs étudiants de notre Université.

• 20 novembre 2008 à l'Aula maxima : Journée régionale de l'entrepreneuriat. Animations étudiantes et témoignages de créateurs d'entreprises, notamment sur le thème de l'entrepreneuriat social. ●



Organisation Audiovisuelle

Partenaire de l'Institut Catholique de Lille

Equipement de :

- Salles de cours
- Amphithéâtres
- Salles de réunion



Prestation visioconférence et sonorisation

Une parfaite maîtrise des équipements de communication :



- Etude et intégration de matériel audiovisuel
- Veille technologique sur les produits high tech
- Assistance et formation

PJD : une équipe compétente et motivée au service des collectivités et entreprises de la France Nord (Lille à Paris)



Pour nous contacter :

PJD, 230 Quai de la Somme - BP 90064 - 80081 AMIENS Cedex 2

Tél. : 03 22 66 60 00 / Fax : 03 22 66 60 03

E-mail : pjd@pjd-france.com / Site web : www.pjd-france.com

INTERNATIONAL



• Nouveau partenariat entre l'ICAM et l'Université polytechnique de Silésie

Jean-Michel Viot, directeur du Groupe ICAM, et le recteur de l'Université polytechnique de Silésie ont signé un accord de partenariat le 18 avril 2008 en Pologne. Une filière de formation d'ingénieurs polonais en trois ans, en partenariat avec la faculté d'électricité de l'Université polytechnique de Silésie et le Groupe ICAM verra le jour à la rentrée 2009. 20 % des enseignements se dérouleront à l'ICAM à Lille, Nantes ou Toulouse, le reste en Pologne. A la suite de ces trois premières années de formation, après avoir validé leur licence technique et ayant une bonne maîtrise du Français, les jeunes polonais auront la possibilité d'intégrer le cycle ingénieur à l'ICAM en France par le biais d'un système de recrutement pour les étudiants étrangers. Le recrutement pour 2009 est lancé.

Contact : 03 20 22 61 61.



• Premières journées médicales franco-camerounaises, EfoK du 29 mars au 5 avril 2008

Organisée conjointement par le Comité des Journées Médicales de la FLM et la Fondation Ad Lucem au Cameroun avec la collaboration de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé, cette rencontre a permis à une importante délégation d'enseignants et de praticiens hospitaliers de la FLM d'échanger avec des collègues camerounais sur différents thèmes et de réfléchir ensemble au « rôle du partenariat dans la viabilisation du district de santé au Cameroun ».

Ces journées ont été remarquablement organisées par le Dr. Bidjogo Atangana qui a fait sa spécialisation pédiatrique à la FLM et qui est, depuis 2005, Directeur Général de la Fondation Ad Lucem au Cameroun ; cette fondation, créée en 1936 par le Dr. Louis-Paul Aujoulat, également ancien de la FLM, et actuellement présidée par Mme Madeleine Téfaï, poursuit les objectifs du fondateur qui souhaitait que des laïcs chrétiens s'engageassent à fournir des soins de qualité aux plus démunis.

Le Comité Scientifique, présidé par le Pr. Philippe Mulliez, avait préparé un programme qui a permis, dans un premier temps, d'échan-

ger sur des thèmes d'infectiologie ; dans une deuxième session ont été envisagées les questions posées par *partenariat et santé* ; la troisième partie avait trait à des sujets médicaux et la quatrième à des communications de chirurgie, de gynécologie et d'ophtalmologie. Les sujets abordés témoignaient d'un grand éclectisme et leur intérêt était rehaussé par la qualité des intervenants.

Au cours de cette session, en présence du Secrétaire d'État à la Santé représentant le Ministre, a été inauguré solennellement le nouveau bloc opératoire « Pr. Michel Bayart » de l'Hôpital d'EfoK qui fut le premier créé par le Dr. Aujoulat et qui porte son nom. Depuis 2006 le Pr. Bayart et son épouse qui est anesthésiste, ont entrepris de remettre à niveau les installations et les prestations de l'établissement ; ils ont d'ailleurs constitué une association pour les aider dans cette entreprise généreuse (*).

La dernière partie du programme a fait découvrir aux participants quelques facettes bien différentes des paysages du Cameroun dont on dit qu'il résume à lui seul la plupart des aspects de l'Afrique ; au cours d'un assez long périple qui les a conduit de Yaoundé à Bafang en passant par Dschang, puis de Douala à Kribi, tous ont été émerveillés par la chaleur de l'accueil des Camerounais rencontrés aussi bien dans les différents établissements de la fondation visités que lors des étapes. La générosité des organisateurs qui ont tenu à offrir des cadeaux à chaque participant laissera un souvenir impérissable à tous ceux qui furent du voyage.



Le Dr. Bidjogo Atangana, directeur général de la Fondation Ad Lucem au Cameroun.

Chacun forme des vœux de pleine réussite pour la mission que le Dr. Bidjogo Atangana assume et souhaite qu'il puisse, pour la mener à bien, continuer de compter sur l'appui et l'aide de la FLM et du GHICL.

Jacques Cousin,
doyen honoraire de la FLM

(*): Les Amis de l'Hôpital d'EfoK au Cameroun (AHEC) : les dons peuvent être adressés à Didier Roman - 8 rue Poncelet - 77500 CHELLES.

Visiter le site : www.fondationadlucem.org

En France, la Fondation Raoul Follereau représente et soutient Ad Lucem.

• Université d'été 2008

Le European Summer Program (ESP), mis en place depuis 2002 et coordonné par le Service Relations Internationales de l'Université Catholique de Lille, réunit chaque année une équipe pluridisciplinaire et intergénérationnelle d'étudiants-stagiaires, de professeurs, de personnels administratifs et d'intervenants. Cette équipe s'efforce de proposer pendant quatre semaines au groupe d'étudiants internationaux inscrits, non seulement des cours approfondissant les débats actuels et leur fournissant méthodes et technologies de pointe mais aussi un riche programme culturel.



L'équipe ESP a accueilli du 4 juin au 2 juillet 2008 plus de 110 étudiants venus de huit pays : États-Unis, Mexique, Canada, Chine, Inde, Pays-Bas, Royaume-Uni, Espagne, Finlande et Turquie.

Nouveauté 2008 : avant leur arrivée, les étudiants ont spontanément créé un forum de contact et d'entraide sur Facebook, outil de socialisation très prisé sur internet. L'idée a été reprise par les stagiaires qui ont aménagé ce mini-site pour en faire une plateforme d'échanges d'informations utiles aux étudiants internationaux participant à l'ESP. Grâce à ce support virtuel, les étudiants internationaux ont pu mieux préparer leur départ et leur arrivée, ils sont arrivés à l'UCL informés et en ayant déjà le sentiment d'appartenir au groupe ESP, dont ils ont connu les membres en ligne.

Le site reste actif pendant l'université d'été car il rassemble les réponses au quiz et concours photos proposés aux étudiants ; il est d'autre part constamment alimenté par les impressions, questions et réponses des étudiants et organisateurs.

Contact : summerprogram@fuplasso.fr

LA VIE DES ÉTABLISSEMENTS



• *L'ÉSEG s'installe à la Grande Arche*

En février dernier, l'ÉSEG annonçait l'ouverture de son campus à Boulogne-Billancourt à la rentrée 2008. Cette implantation n'est que la première étape dans son développement en région parisienne. L'ÉSEG n'occupera ce site que durant une année.

Dès la rentrée 2009, l'ÉSEG installe son campus de Paris à la Grande Arche de la Défense ! 6 000 m² de locaux, sur un seul plateau, dans le socle de l'Arche de la Défense : cet espace accueillera treize amphithéâtres, dix salles de travail, trois salles multimédia, une bibliothèque de 350 m²...

Le campus de Paris est une pièce maîtresse dans la stratégie de développement de l'École. Près de la moitié des étudiants de l'ÉSEG sont originaires de Paris et de la région parisienne. En ouvrant un campus à Paris, l'ÉSEG répond à une demande des étudiants et de leurs parents.

L'ouverture d'un campus à Paris, dans un lieu aussi emblématique que la Grande Arche, permettra à l'ÉSEG d'accroître considérablement sa visibilité et sa notoriété internationales et d'accueillir un nombre croissant d'étudiants internationaux.

Cette implantation privilégiée au cœur du quartier des affaires de la capitale, qui réunit nombre de sièges sociaux de grands groupes internationaux, permettra également à l'ÉSEG de renforcer ses liens avec les entreprises.

Contact : 03 20 54 58 92.



• *Le campus international EDHEC de Lille*

A partir de septembre 2010, l'EDHEC ouvrira un nouveau campus international établi sur un parc de 8,5 hectares (à Croix-Roubaix). Le Campus International Lille Métropole sera un campus responsable, ouvert à

son environnement et acteur du développement de l'enseignement et de l'économie de la Région. Ce campus renforcera la visibilité internationale du Groupe en mettant à disposition de tous des prestations de grande qualité dans le respect de l'environnement et des différentes cultures qui s'y rencontreront : bâtiment d'enseignement, amphithéâtres, bibliothèque, résidence, piscine, salles de sport, restauration...

Le 18 juin, pose de la première pierre du campus EDHEC de Roubaix par Martine Aubry, présidente de LMCU.

Un campus à vivre, une référence en Europe.

- Un campus en pleine agglomération, bien desservi, ouvert sur la ville, sur la région à proximité du centre de Lille, au cœur d'une conurbation transfrontalière de 3 millions d'habitants.
- 8,5 hectares paysagers, des espaces verts, des équipements sportifs en symbiose avec l'environnement par un aménagement exemplaire, préservant la qualité du site.
- Une plateforme pédagogique ouverte pour les étudiants, les entreprises, les lycéens...

Son enjeu : exprimer la stratégie du Groupe EDHEC.

- Un campus international au cœur de l'Europe du nord-ouest qui met en synergie toutes ses activités.
- Des innovations pédagogiques (alternance, apprentissage, e-learning, incubateur) et des méthodes de gestion nouvelles (guichet unique...).
- Des centres de recherche en interaction avec les entreprises et les Pôles de compétitivité
- Une école ouverte et engagée pour une plus grande diversité des profils des jeunes en formation (partenariat avec les lycées, l'École de la deuxième chance).
- Des associations étudiantes toujours plus dynamiques et intégrées dans le tissu local

Un équipement structurant pour Lille Métropole avec des infrastructures exemplaires.

Calibré pour 3 000 étudiants en 2010 dont un tiers d'étrangers ; 1 500 cadres en formation continue. Dans le respect et la valorisation d'un environnement exceptionnel.

Un campus à vivre, une référence en Europe.

- 26 000 m² de surfaces bâties sur 8,5 ha : 13 000 m² en reconversion du bâtiment existant, mis aux normes ERP ; 13 000 m² de construction neuve pour accueillir un amphi

de 750 places, 20 de 100 places, une bibliothèque, des espaces de travail en groupe.

- 2 400 m² en salles de sport et équipements extérieurs, piscine, salle de spectacle.
- 500 places de parking.
- Des équipements de vie (résidence universitaire de 350 studios, commerces, restauration, foyer).
- Des équipements pédagogiques novateurs qui associent Formation, Recherche et Innovation.

Les grandes phases du chantier.

- Juillet 2008 : début des travaux Bâtiments Enseignement et Sports (11 mois de travaux)
- Juin 2009, l'ensemble des bâtiments seront à clos couvert.
- Fin des travaux prévue en avril 2010.

Un campus responsable au cœur de la métropole lilloise.

Le Groupe EDHEC inscrit son nouveau Campus dans une démarche de développement durable HQE (Haute Qualité Environnementale) : certification HQE du bâtiment enseignement ; certification pilote HQE du bâtiment sport ; chantier à faible nuisance.

Un chantier à faibles nuisances.

Les entreprises prestataires s'engagent par une charte « Chantier à faibles nuisances » dans le respect de l'environnement à limiter les consommations (eau, énergie) ; les nuisances ; les risques pour la santé des ouvriers du chantier (bruit, solvants...) ; les pollutions de proximité en cours de chantier (sol, eau, air) ; à réduire les déchets de chantier et en assurer une gestion différenciée.

Contact :

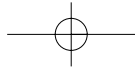
marianne.boulanger@edhec.edu



• *Accueil du nouveau directeur délégué du programme ESPEME*

- Dans le cadre du développement du Groupe EDHEC, Olivier Oger, directeur général, accueille Mario Casado au poste de directeur délégué du programme ESPEME, renforçant ainsi son comité exécutif.

Mario Casado est tout particulièrement chargé de conduire le développement du programme ESPEME, son internationalisation et son évolution dans le cadre du processus de Bologne.



LA VIE DES ÉTABLISSEMENTS

Pour mener à bien ces missions, il bénéficie de l'appui opérationnel de Christine Coisne, directrice déléguée ESPEME campus de Lille et Caroline Brugneaux, directrice déléguée ESPEME campus de Nice.

La richesse de son parcours professionnel allée à une très bonne connaissance de l'environnement international des Business School permettra à Mario CASADO d'accompagner la forte ambition que le Groupe EDHEC porte pour ce programme post-bac en quatre ans, qui connaît un développement continu et intense ces dernières années.

Contact :
marie-blanche.bourgeois@edhec.edu



• IFSI d'IFSanté de l'Université Catholique de Lille

Les étudiants de troisième année de l'IFSI d'ifsanté ont participé au concours national proposé par la MNH (Mutuelle Nationale des Hospitaliers) sur le thème « l'adolescent : conduites addictives, suicide... » C'est dans le cadre du module de santé publique et du module de 3 de psychiatrie que

les formateurs leur ont proposé ce concours. Cette perspective les a motivés et ils ont réalisé une démarche de santé publique sur sept approches différentes. Deux étudiantes de l'ISCT en master I de communication ont accompagné certains groupes sur la réalisation des supports afin d'optimiser l'outil de communication.

L'un des projets portait sur la question suivante : « Comment aider l'adolescent à définir ses propres limites face aux conduites addictives et aux dangers éventuels ? »

Ils ont formulé l'hypothèse suivante : « les adolescents connaissent les risques liés aux addictions mais ne les mobilisent pas pour fixer leurs propres limites ».

L'étude menée a abouti à la conception et la réalisation d'un jeu qui par son aspect ludique et attractif sollicite la participation active des adolescents. Animé par l'infirmier(ière) ce jeu permet aux jeunes de s'exprimer librement, de donner leurs opinions et de réfléchir sur leurs comportements ; le professionnel de santé s'inscrit aussi dans un rôle de médiateur.

Ce jeu a reçu le troisième prix doté d'un chèque de 1 600 euros remis le 23 mai lors des 63^{èmes} journées nationales du CEFIEC (Comité d'Entente des Formations et Cadres).



• Mission au Japon

Jean-Charles Cailliez, doyen de la FLST, a participé au mois de mars 2008 à une mission scientifique d'un mois au Japon en compagnie de chercheurs universitaires et d'ingénieurs. L'objet de cette mission était de comprendre les relations entre la recherche académique (universités et centre de recherche) et la recherche plus appliquée (recherche et développement) en entreprise. Les autres membres de l'équipe étaient Franck Dumeignil, professeur de chimie à l'Université de Lille 1, Ioana Bilegan, professeur de mathématiques appliquées à l'Université de Valenciennes, Nicolas Toussaint, ingénieur à la Chambre de Commerce et d'Industries des Ardennes et Rémy Babinet, ancien banquier et membre du conseil d'administration d'HEI. Plus de 200 contacts ont été pris pendant ce séjour, avec la visite d'une vingtaine d'entreprises et laboratoires de recherche, essentiellement à Tokyo et Tsukuba. Un cycle de conférences va être monté dès la rentrée 2008 qui présentera le regard occidental de cette équipe de chercheurs sur la recherche scientifique au Japon.

Contact : lucie.proeschel@icd-lille.fr
Lucie Proeschel / 03 28 38 48 30 ●

Rendez-vous du trimestre

Août 2008

- Du 5 au 29 août, dans le cadre de « Planète terre Lille 2008 », colloque international « Climats, paysages et biodiversité du passé au présent ».
- Du 27 au 29 août à la faculté de théologie, colloque ATEM (Association de Théologiens pour l'Étude de la Morale) sur le thème « La vie handicapée : quelle parole pour le théologien ? »

Septembre 2008

- Du 8 au 10 septembre 2008 à Lille Grand Palais : Salon européen CRÉER.
- Les 15 et 16 septembre, colloque sur « Henri Bouillard (1908 - 1981) un théologien dans un siècle de mutation culturelle » organisé par la faculté de théologie.
- Le 19 septembre : vernissage de l'exposi-

tion « Présentation de fac-similés et d'Évangéliques du IX^{ème} au XII^{ème} siècle ».

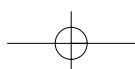
- Le 19 septembre à 18h, salle des Actes : conférence inaugurale « L'art européen autour de l'an mil : le Merveilleux Moyen Age » par le Pr Franz J. Ronig, Université de Trèves.
- Le 20 septembre : rencontre « Thomas More, Érasme et leurs amis humanistes à Lille, au cœur de l'Europe ».
- Du 20 septembre au 12 octobre : exposition « Présentation de fac-similés et d'Évangéliques du IX^{ème} au XII^{ème} siècle ».
- Les 20 septembre et 21 septembre : Journées du patrimoine sur le thème « Patrimoine et création ».
- Le 23 septembre : Forum culturel.
- Le 24 septembre : Messe de rentrée.
- Le 25 septembre de 11h à 15h : Forum solidaire.

Octobre 2008

- Du 9 au 11 octobre à la FLSH: colloque international sur « Parole et Lumière autour de l'an Mil ».
- 15 octobre : conférence solennelle de rentrée.
- Le 16 octobre : première journée de rencontre et de développement des jeunes membres des clubs d'entrepreneurs étudiants des différents établissements de l'UCL.

Novembre 2008

- Le 5 novembre : Messe des Défunts.
- Le 20 novembre à l'Aula maxima : Journée régionale de l'entrepreneuriat.
- Le 23 novembre : repas SDF à l'aumônerie. ●



Programme culturel : Découvertes, émotions et passions

La saison culturelle 2007-2008 a remporté un franc succès avec plus de 5 200 entrées aux conférences du Centre Culturel Vauban ; près de 3 500 visiteurs aux huit expositions ; trois concerts, deux représentations théâtrales... La programmation variée a séduit un large public composé d'étudiants, de personnels de l'Université et de personnes extérieures. La tonalité « culture et lien social » se poursuivra en 2008-2009 avec le souci de développer de nouvelles propositions en phase avec l'actualité et les questions du temps.

• Centre Culturel Vauban

Les conférences proposées s'inscrivent dans une dynamique d'actualités avec le souci d'interroger et de prendre du recul par rapport à la marche du monde et à l'interrogation du sens. Les grandes thématiques s'articulent autour de l'art, la géographie, la littérature, l'histoire, la philosophie, l'interculturalité et les sciences. À noter tout particulièrement un cycle sur les architectes contemporains, un

cycle sur Simone Weil, un cycle sur « regards croisés laïques et interreligieux ». Le livret du Centre Culturel sera disponible fin août.

• Participation à Lille 3000

Partenaire de son environnement, l'Université Catholique de Lille s'inscrit pleinement dans la dynamique de Lille 3000. La seconde édition qui se déroulera du 14 mars au 12 juillet 2009 sera consacrée à l'Europe de l'Est XXL.

Le chœur de l'Université, plus de 150 choristes, participera à la fête de l'ouverture de Lille 3000, dans le cadre des mille voix.

Des concerts, des expositions, un forum du livre seront organisés en lien avec les midi-midi, notamment sur la Pologne et la Tchéquie.

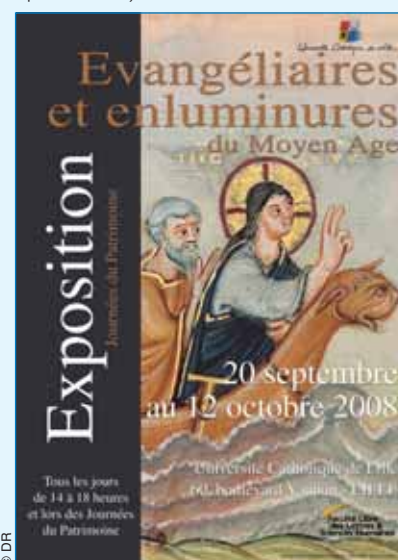
• Expositions

La salle d'exposition de l'Université n'est ni une galerie de peintures, ni un musée. Elle pro-

pose tout au long de l'année la découverte d'univers artistiques singuliers autour du patrimoine, de l'histoire, des sciences et aussi d'artistes contemporains. Elle participe ainsi à l'ouverture sociale de l'Université ; elle contribue à la formation pédagogique et artistique des étudiants et permet au public d'entrer en dialogue avec des expressions culturelles diverses. ●

Une exposition d'exception

L'année culturelle s'ouvrira par les Journées du Patrimoine, les 19, 20 et 21 septembre, avec le 19 septembre le vernissage d'une **exposition d'exception consacrée aux Évangélistes du Moyen Âge**, une exposition qui permettra de découvrir les Évangélistes d'Egbert (Université de Trèves en Allemagne) et de Saint-Mihiel (Université Catholique de Lille).



Vernissage le 19 septembre :

- 17h : Conférence inaugurale « L'art européen autour de l'an mil : le Merveilleux Moyen Âge » par le Pr Franz J. Ronig, Université de Trèves.
- 18h : Vernissage de l'exposition.

Exposition ouverte de 14h à 18h. ●

• Au programme 2008-2009

- Du 20 septembre au 12 octobre 2008 : « Évangélistes et enluminures du Moyen Âge ».
- Le 19 septembre : à 18h vernissage de l'exposition inaugurale ; à 17h salle des Actes conférence inaugurale « L'art européen autour de l'an mil : le Merveilleux Moyen Âge » par le Pr Franz J. Ronig, Université de Trèves.
- Novembre 2008 : Exposition 14-18 « Traces de guerre ».
- Décembre 2008 : « La culture en milieu pénitentiaire : regards sur le Nord-Pas de Calais ».
- Janvier 2009 : Exposition MAM « Papillons Blancs ». Architecture : de la tradition à la modernité.
- Février-mars 2009 : « Ces animaux qui font peur » (fonds patrimonial de la faculté libre des sciences et technologies).
- Avril 2009 : « Chimères, à tort et à travers » (fonds patrimonial de la faculté libre de médecine).

- Mai 2009 : Lille 3000, Paul Brazda, artiste contemporain tchèque.
- Juin 2009 : Exposition des travaux étudiants.

• Dates à retenir

- Les 20 septembre et 21 septembre 2008 : Journées du patrimoine sur le thème « Patrimoine et création ».
- Le 23 septembre 2008 : Forum culturel.
- Le 22 janvier 2009 : Concert de l'ONL.
- Les 21 et 22 mai 2009 : Concerts du chœur universitaire.
- Du 14 mars au 12 juillet 2009 : Europe XXL Expositions, métamorphoses, installations, midi-midi, jardins sauvages, design, architecture, cinéma, drive in, performances, théâtre, danse, concerts, cubbing, littérature, bande dessinée, rencontres, débats, cuisine...

Contact : 03 20 13 40 91 /
culture@icl-lille.fr ●

La Mutuelle des Cadres Vauban, la Mutuelle Familiale Vauban et Smiso Mutuelle sont soumises aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

**RETRAITE SANTÉ PRÉVOYANCE
ÉPARGNE ACTION SOCIALE**

Pour que vos frais de santé ne vous rendent pas malade !

Les Mutuelles Vauban Humanis
vous proposent une offre complète
de couverture santé, adaptée à
tous vos besoins.

*Mutuelle des Cadres Vauban
Mutuelle Familiale Vauban
Smiso Mutuelle*

Pour plus de renseignements

N°Azur 0 810 82 82 26
prix appel local

www.vaubanhumanis.com



ISO 9001
VERSION 2008
POUR LE REMBOURSEMENT
DES FRAIS DE SANTÉ
DE LA MCV ET DE LA MPV

**Vauban
Humanis**
Une solidarité d'avance