

MAGAZINE D'INFORMATION RÉGIONALE

NEWS D'ILL

De quoi l'Alsace est-elle malade ?



**Diabète, obésité, maladie de Lyme...
la région souffre de son alimentation et de son
environnement, mais innove pour se soigner.**

Maux d'Alsace

Ah, l'Alsace, sa choucroute, son munster et ses knacks. Une alimentation aussi pauvre en légumes que riche en calories. Un régime à faire défaillir un nutritionniste mais qui, pour les Alsaciens, rime surtout avec ennuis de santé. La note peut être salée : obésité et diabète, les deux fléaux locaux. La génétique et le manque d'activité sportive pèsent aussi dans la balance. Mais les soucis de l'Alsacien ne s'arrêtent pas à son assiette. Sa région est au cœur du trafic routier européen. Les hivers y sont rudes et lui font pousser son

chauffage à fond. L'industrie et l'agriculture s'y portent bien. Ses poumons, beaucoup moins.

La topographie, une vallée entre deux chaînes de montagnes et exempte de vent, aggrave la situation : la pollution stagne, pénètre dans le corps et engendre des retombées néfastes sur la santé.

L'Alsacien est maintenant affolé, il a besoin de prendre un peu l'air en forêt pour se ressourcer. Gare à lui, des tiques porteuses de la maladie de Lyme l'y attendent. Et à la sortie du bois, il y a trouvera pléthore de spécialistes et pseudo-spécialistes prompts à

donner leur avis sur cette pathologie complexe.

L'Alsacien a beaucoup à craindre pour sa santé mais, par chance, il est mieux loti que les Français de l'intérieur. Les médecins sont nombreux et sa région est bien équipée en lits d'hôpitaux. Les organismes de santé et des médecins alsaciens ont pris la mesure des problèmes de santé. Applications de télé-médecine et programme de sport sur ordonnance, nés dans la plaine du Rhin, ont franchi la frontière des Vosges pour soigner tout l'Hexagone.

Margaux Tertre

Une infirmière de l'unité neurovasculaire de l'hôpital de Haute-pierre | Photo : Sophie Motte/CUEJ



NEWS D'ILL

Centre universitaire d'enseignement du journalisme (CUEJ),

Université de Strasbourg.
11 rue du Maréchal-Juin
CS 10068 67046 Strasbourg
Tél : 03 68 85 83 00
cuej.unistra.fr
www.cuej.info

DIRECTRICE DE LA PUBLICATION

Nicole Gauthier

ENCADREMENT

Quentin Descamps,
Nicole Gauthier,
Daniel Muller,
Stéphanie Peurière

RÉDACTRICE EN CHEF

Margaux Tertre

ICONOGRAFIE

Baptiste Decharme

CHEF D'ÉDITION

Kévin Brancaloni

INFOGRAPHIE

Baptiste Decharme

RÉALISATION

Aurélia Abdelbost, Paul Boulben, Kévin Brancaloni, Pierre-Olivier Chaput, Baptiste Decharme, Marine Ernoult, Franziska Gromann, Victor Guillaud-Lucet, Pablo Guimbretière, Timothée Loubière, Tanguy Lyonnet, Anne Mellier, Ferdinand Moeck, Sophie Motte, Clément Nicolas, Victor Noiret, Thomas Porcheron, Eddie Rabeyrin, Laurent Rigaux, Léa Schneider, Clara Surges, Margaux Tertre

PHOTO DE UNE

Baptiste Decharme



Patrick Colin souffre des symptômes de la maladie de Lyme depuis 20 ans. Une affection dont le caractère chronique est sujet à une féroce controverse. | Photo Laurent Rigaux

Carnet de santé	14
Régime chirurgical	6
L'addition salée du diabète	8
« La pandémie devrait se terminer en 2045 »	9
Les travailleurs sociaux, psy malgré eux	10
« L'hôpital c'était facile, mais c'était pas la vie »	11
L'arrêt maladie à fond la forme	12
La thérapie par l'effort	13
Le débat des tiques	14
Le parasite, le cerf et le loup	15
Les zones grises de la pollution	16
A vélo entre les particules	17
Parcours de soin, parcours d'obstacles	18
La naissance comme à la maison	20
Nos très chères lunettes	22
France - Allemagne : système non-complémentaire	24
De la médecine en tablette	25
À la point du combat contre la douleur	26
Le marathon de la prévention	27

Carnet de santé

Les pathologies alsaciennes

22 049 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer.

766 personnes par an sont mortes d'un AVC en moyenne entre 2011 et 2013.

3 917 personnes par an sont mortes d'une maladie cardio-neurovasculaire, en moyenne entre 2011 et 2013.

200 000 diabétiques en 2016.

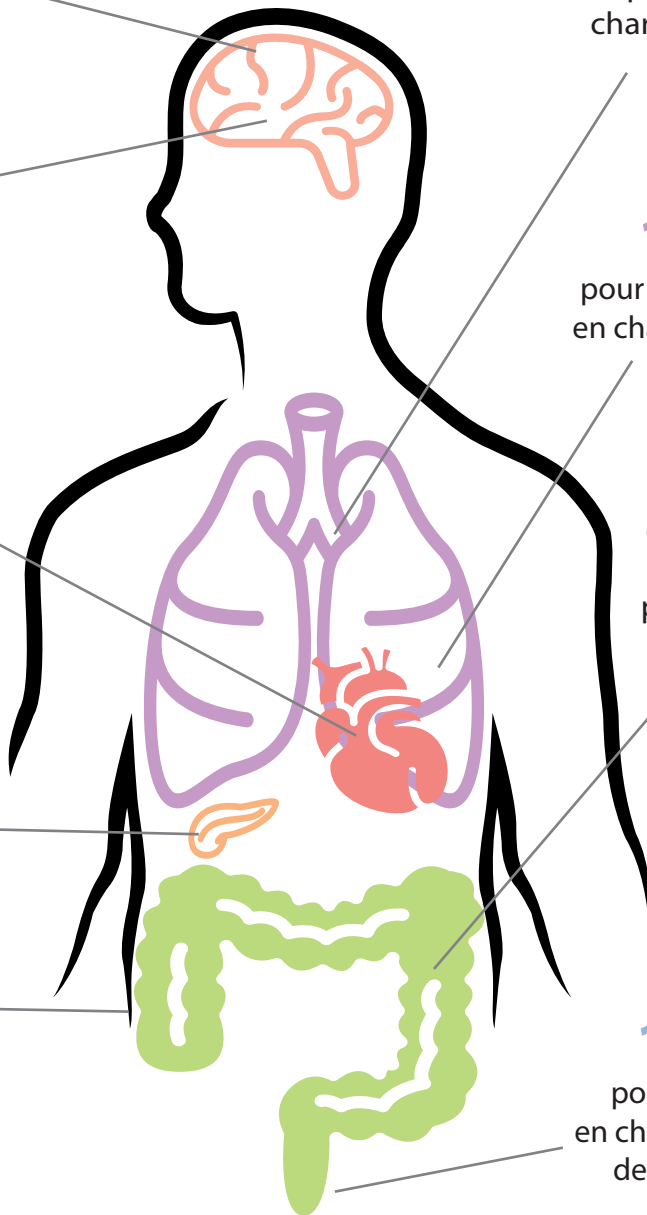
300 000 personnes en surpoids en 2012.

228 hommes et **98** femmes pour 100 000 pris en charge pour un cancer du poumon ou de la trachée en 2014.
France : 208 et 87

1 699 femmes pour 100 000 sont prises en charge pour un cancer du sein en 2014.
France : 1630

466 hommes et **298** femmes pour 100 000 sont pris en charge pour un cancer du côlon ou du rectum en 2014.
France : 411 et 286

1 614 hommes pour 100 000 sont pris en charge pour un cancer de la prostate en 2014.
France : 1363



Sources : Schéma régional de santé 2018-2027 de l'Agence régionale de santé (2017), enquête OpEpi-Roche (2012), Centre européen d'étude du diabète (2016).

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Que ce soit à cause de la nourriture, de la génétique, de la pollution ou de la précarité, en Alsace, on a plus de risque d'être atteint par une pathologie grave. Le cancer, les accidents vasculaires cérébraux, l'obésité et le diabète touchent plus la région que le reste de la France. Pour autant, les Alsaciens sont bien pris en charge. La densité médicale demeure très bonne, notamment dans des spécialités qui, ailleurs, sont moins présentes. C'est au moins le cas du Bas-Rhin. A contrario, dans le même département, les hôpitaux souffrent de la densité de population et offrent un nombre de lits en-dessous de la moyenne nationale, ce qui n'est pas le cas du Haut-Rhin.

Baptiste Decharme

Sources :
Mutualité française - Observatoire Place de la Santé (2017), Ministère de la Santé (2015)

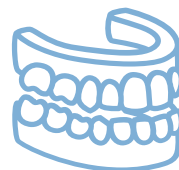
Reste à charge pour le patient



184 € | 167 €
paire de lunettes



797 € | 856 €
prothèse auditive



71 € | 55 €
prothèse dentaire

Bas-Rhin | France
2014

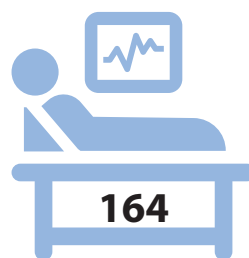
Nombre de lits pour 100 000 habitants



France

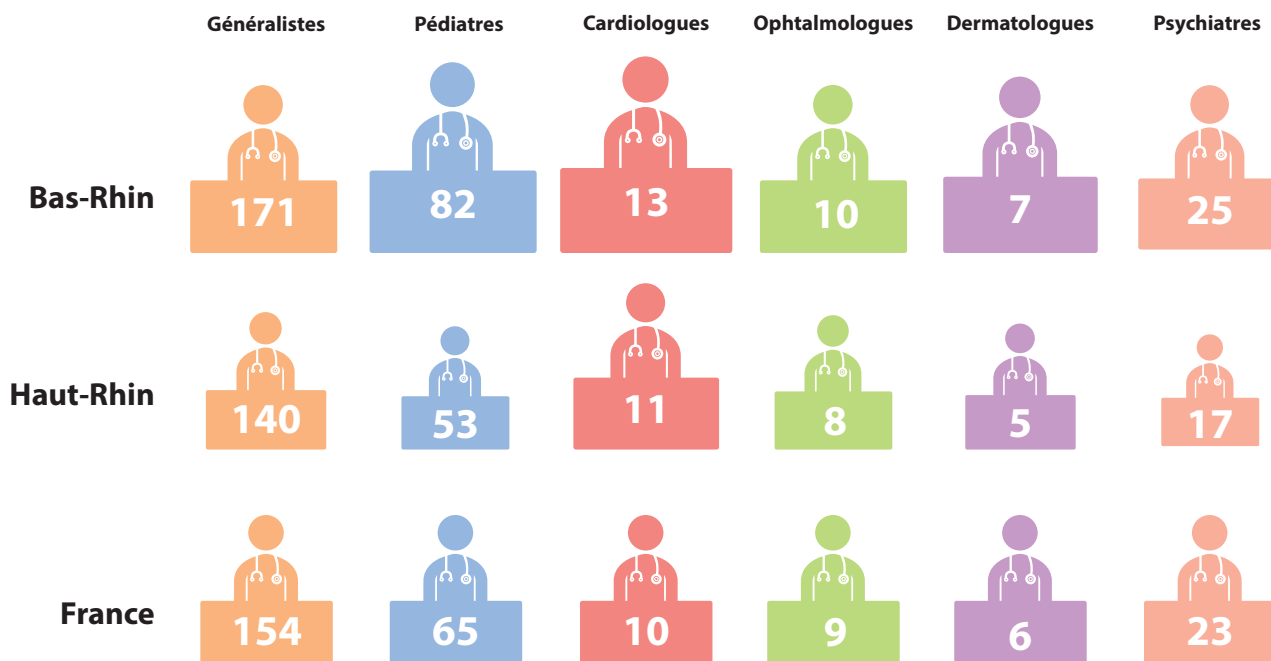


Bas-Rhin



Haut-Rhin

Densité médicale pour 100 000 habitants



Régime chirurgical

Les opérations sont de plus en plus plébiscitées, en dernier recours, pour soigner l'obésité morbide.

Je l'ai quand même pas oubliée ? » Martine Munch ne tient pas en place. Elle remue dans son sac des dossiers en pagaille. « Ah, elle est là ! » D'un grand geste, elle sort une photo plastifiée d'une femme obèse au regard inquiet. C'est elle, en 1998, juste avant son opération. Elle pèse alors 157 kg. Aujourd'hui, à 58 ans, elle en fait le bilan : « J'ai perdu 250 kg dans ma vie. »

En Alsace, 40 000 personnes ont une espérance de vie réduite à cause de l'obésité. En vingt ans, le nombre d'obèses a quadruplé dans l'ensemble de l'Hexagone. La faute à une alimentation déséquilibrée et une sédentarité grandissante. Pire, la maladie tue 55 000 Français chaque année, quand elle ne provoque pas diabète, hypertension artérielle, arthrose ou dépression. Dans ce contexte, la chirurgie de l'obésité s'est fait une place de choix. En 2015, 1 200 personnes ont choisi de se faire opérer dans la région.

Avec son association Stop (Suivi et techniques contre l'obésité pour la vie), Martine Munch réunit des personnes ayant subi une intervention et d'autres qui désirent y recourir. Elle espère ainsi convaincre ceux qui n'ont pas encore franchi le pas : « Le groupe motive, on voit qu'il est

« J'ai enchaîné une vingtaine de régimes, hyper-protéinés, hypo-protéinés, hypo-caloriques, rien n'a marché »

55 000

personnes meurent chaque année en France des affections liées à l'obésité.

possible de maigrir. » Ce soir-là, elle accueille une quinzaine de personnes, presque exclusivement des femmes, au restaurant. Elle se lève, salue la gaillarde de plus de 1,80 m qui vient de rentrer et s'exclame : « Alors, bientôt le grand jour ? » Laurence Estienne, 39 ans, doit être opérée en décembre. Ce n'est pas la première fois : elle s'est déjà fait poser un anneau gastrique en 2004, mais a dû le faire retirer trois ans plus tard après des complications. Cette fois, ce sera un *bypass*, une opération qui consiste à réduire le

volume de l'estomac et à le court-circuiter. Contrairement à l'anneau, le *bypass* n'occasionne aucune gêne et les reprises de poids à terme sont faibles.

Aujourd'hui, Laurence Estienne pèse 176 kg. « Et encore, il y a quelques mois, j'en faisais vingt de plus ! », précise-t-elle. Derrière son attitude joviale et décompléxée transparait l'éreintement d'une lutte acharnée, cruelle. « J'ai enchaîné une vingtaine de régimes, hyper-protéinés, hypo-protéinés, hypo-caloriques, rien n'a marché », soupire-t-elle. Son poids lui ronge la santé. Début 2016, elle fait un AVC et en réchappe de justesse. « L'opération est une question de survie », juge-t-elle. Selon une étude publiée en 2006 par le *New England Journal*

Prévenir l'obésité dès l'enfance

La Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids de Strasbourg (Precoss) a été étendue en 2016 à toute la ville, après une expérimentation de deux ans dans les quartiers populaires. Le dispositif permet de coordonner les professionnels intervenant auprès de l'enfant : psychologue, diététicien, généraliste, enseignants, etc. Le but : changer les comportements liés au surpoids

dès le plus jeune âge. Depuis 2014, 360 enfants ont été pris en charge. Parmi eux, 80% ont stabilisé ou baissé leur courbe de poids. Les quartiers populaires concentrent toujours l'attention des autorités. Dans le Neuhof-Meinau, à Cronembourg et à l'Elsau, près d'un enfant sur trois est en surpoids au CE2. Un chiffre deux fois supérieur à celui du centre-ville, de l'Orangerie ou de la Robertsau.

of Medicine, la chirurgie bariatrique permettrait de baisser le taux de mortalité de 30 à 50%.

Mais ce soir, l'heure est à la détente. « Je prends des frites tant que je peux, c'est mon dernier repas de condamnée », lance Laurence Estienne, hilare. Les rires emplissent le restaurant et font oublier un instant les soucis. Martine Munch se présente aux nouvelles venues, montre son anneau gastrique précieusement conservé dans un bocal. « Martine, l'exagères, on va manger ! », lance une des convives.

Les conditions pour accéder à la chirurgie de l'obésité sont strictes. L'indice de masse corporelle doit être supérieur à 40, ou à 35 s'il existe des facteurs de comorbidité (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.). Le patient doit avoir tenté tous les traitements possibles, à commencer par le régime. Surtout, il doit être capable de suivre un programme nutritionnel avant et après l'opération. Au préalable, il doit passer une batterie d'examen soumis à l'appréciation de la Sécurité sociale. C'est seulement après son accord que l'opération est envisagée.

« Maigrir est un effort »

Lors d'une réunion d'information à l'hôpital Pasteur de Colmar, fin novembre, le docteur Philippe Keller, chef du service de chirurgie digestive, souligne la nécessité de maigrir avant l'intervention. Un homme tique : « Je ne peux pas, c'est bien pour ça que je viens ! » Le spécialiste sourit et rétorque froidement : « Si vous n'êtes pas capable de perdre 10 kg par vous-même, je ne vous opère pas. » Silence dans la salle. « Maigrir est un effort. L'opération va vous y aider, mais si vous ne faites rien pour perdre du poids, elle ne servira à rien », ajoute le praticien.

Sous l'œil avisé de Martine Munch, il poursuit ses mises en garde : « La chirurgie de l'obésité n'est pas une chirurgie esthétique. On ne vous fera pas de taille de guêpe. » Prenons une femme de 120 kg, dont le poids idéal se situe autour de 60 kg. La diffé-

À gauche, Martine Munch, fondatrice d'une association d'aide aux personnes obèses, et à droite Philippe Keller, chirurgien à Colmar, expliquent les étapes préalables à une éventuelle opération chirurgicale, lors d'une réunion d'information le 23 novembre.

Photo : Thomas Porcheron/CUEJ

rence entre son poids actuel et son poids idéal est de 60 kg. C'est le poids excessif. Au mieux, elle perdra grâce à la chirurgie deux tiers de ce poids excessif, donc 40 kg. Elle pèsera 80 kg.

L'obèse, objet marketing

Dans la salle, plusieurs femmes ont déjà subi des interventions, dont certaines ont échoué, voire carrément raté et causé de graves dommages. Jackie Bissel, résidente de Chatenois, près de Sélestat, raconte son calvaire. En 2007, son anneau gastrique se brise. Elle doit être opérée d'urgence. Pendant l'intervention, une partie de l'anneau se retrouve dans l'estomac. « Je ne sais pas ce qu'il s'est passé, mais je me suis réveillée avec un bras paralysé », se rappelle-t-elle. Elle a perdu 20% de mobilité et marche aujourd'hui encore avec une canne. Elle accuse son ancien chirurgien d'une course au profit. « Lobèse est un objet de marketing, lâche le Dr Keller. Du jour au lendemain, beaucoup de chirurgiens ont relancé leur carrière. » Pour lutter contre les abus, le ministère de la Santé a publié neuf recommandations de bonnes pratiques de chirurgie bariatrique que tout spécialiste se doit d'appliquer.

Malgré les abus, les opérations restent sûres, selon Philippe Keller. « Nous avons beaucoup progressé en vingt ans. On propose des techniques complexes qui ne représentent quasiment aucun danger. » Les cas de mortalité sont extrêmement rares, de l'ordre de 0,5% environ. À Colmar, aucun décès n'a jamais été enregistré. Mais le chirurgien pointe les limites : « Si la prévention ne marche pas, l'obésité continuera d'avancer. »

La réunion terminée, Martine Munch range les chaises. En décembre, elle animera des rencontres en Lorraine. « J'ai envie de donner à ces gens l'accompagnement que je n'ai pas eu il y a vingt ans. Ils ont besoin d'un groupe pour se lancer. » Et également pour atterrir, après l'opération.

Thomas Porcheron

Anneau gastrique

Technique de chirurgie, qui consiste à poser un anneau entre l'œsophage et l'estomac pour restreindre la quantité d'aliments qui pénètre dans l'estomac. Elle est de moins en moins utilisée, au profit du bypass.





Test de glycémie organisé lors de la Quinzaine du diabète à Mulhouse. | Photo : Victor Guillaud-Lucet/CUEJ

L'addition salée du diabète

La pathologie touche 200 000 Alsaciens. Elle pèse sur les finances de l'Assurance maladie régionale qui met en place des actions de prévention.

En France, le diabète est un sujet prioritaire mais il ne bénéficie pas du statut de priorité de santé publique. Il n'a pas l'image d'une maladie grave et donc n'en tire pas les bénéfices », souligne Michel Pinget, président et directeur exécutif du Centre européen d'étude du diabète. Pourtant, la maladie a incroyablement progressé ces dernières décennies, passant de 800 000 cas en 1980 à 4 millions aujourd'hui.

Dans le Grand Est, deuxième région la plus touchée par le diabète, prévenir et limiter les complications fait partie des axes territoriaux définis par l'Agence régionale de santé (ARS). Pour la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), cette pathologie représente avant tout « un enjeu économique majeur », comme le fait remarquer Aurélie Gé-

**500 000
à 800 000**
diabétiques
s'ignorent
en France.

rard, chargée de mission à la CPAM du Bas-Rhin. De 5% à 10% des dépenses de l'assurance maladie sont liées au diabète, un chiffre qui pourrait passer à 16% en 2035. Car c'est une pathologie dont on ne se débarrasse pas.

« Il faut faire le deuil de sa bonne santé »

L'organisme du diabétique est en incapacité d'assimiler et de stocker correctement le sucre. Le taux de glucose dans le sang y est supérieur à la normale, il s'agit de l'hyper-glycémie. Les malades sont le plus souvent soumis à des injections d'insuline à vie, une hormone qui régule le taux de glucose dans le sang. « Il faut faire le deuil de sa bonne santé, c'est aussi dur que si l'on avait perdu quelqu'un », souligne Claudine Weigel, infirmière-

Le professeur Michel Pinget revient notamment sur la particularité génétique des Alsaciens : « La pandémie devrait se terminer en 2045 »

Michel Pinget est président et directeur du Centre européen d'étude du diabète, à Strasbourg.

Pourquoi l'Alsace est-elle plus touchée par le diabète ?

Dans les régions les plus touchées, comme dans le Nord-Pas-de-Calais ou en Alsace, les plats sont riches en sel, en charcuterie et en fromage. Alors que dans le Sud-Ouest, l'alimentation à base de poisson est moins salée. Cela s'explique aussi par l'histoire de France. Le diabète est la maladie de ceux qui souffrent ou ont souffert. Suédois, Polonais, Allemands, l'Alsace est passée d'une invasion à une autre. Pour limiter les dépenses d'énergie et stocker plus facilement lors de grandes famines, l'organisme s'adapte. Ce qui fait que des années plus tard, alors même que nous vivons dans l'abondance et de façon sédentaire, l'organisme stocke beaucoup plus. Un dernier facteur est le comportement social de sortie de crise. Les personnes habituées à la survie



emmagent de la nourriture et mangent plus que nécessaire. On remarque qu'il y a plus de pratiques religieuses festives en Alsace qu'ailleurs, en réaction à la souffrance qui a été traversée, même si elle est de moins en moins présente.

Le nombre de diabétiques va-t-il continuer d'augmenter ?

Tout doucement, nos gènes vont se réadapter et seront plus en harmonie avec notre environnement actuel. Le nombre de diabétiques devrait donc finir par diminuer. La pandémie de diabète, qui a commencé en 1975, devrait se terminer en 2045, même si on a

1/4

des personnes de plus de 75 ans ont le diabète.

déjà dû repousser cette date, initialement prévue en 2025.

Pourquoi les personnes précaires sont plus touchées ?

La population vieillit, le poids des personnes augmente, on mange moins bien, on est plus sédentaire et l'urbanisation favorise le stress. Autant de facteurs qui amènent à l'obésité et donc au diabète. Mais, partout dans le monde, c'est la maladie de la précarité et non pas de l'abondance. Les précaires mangent moins bien, c'est vrai, mais c'est à relativiser. Les personnes touchées par le diabète ne sont pas « coupables de mal-bouffe », ce n'est pas intentionnel. Et le changement de mode de vie a été plus brutal pour les précaires que pour les personnes d'un niveau social élevé. En outre, les précaires consultent aussi beaucoup moins le médecin. Comme pour le cancer du sein, ils se soumettent moins au dépistage, ce qui fait qu'ils sont plus gravement atteints et souffrent de complications.

**Recueilli par
Aurélia Abdelbost**

re et coordinatrice du Réseau sud santé Alsace. Daniel Rémy, président de l'association des diabétiques du Haut-Rhin, en convient : « *Les gens qui viennent me voir sont perdus. C'est un coup de massue pour certaines personnes.* »

Si la glycémie n'est pas régulée par des traitements, les nerfs et les vaisseaux sanguins peuvent être endommagés et cela peut engendrer des complications. Le diabète est la première cause d'amputation, hors accidents, et de cécité chez l'adulte. Toutefois, comme le met en avant Daniel Rémy, tant que les complications n'apparaissent pas, « *le diabète est une maladie silencieuse* ».

Anticiper la maladie et proposer un suivi

Il est donc important de sensibiliser le grand public, comme lors de la Quinzaine du diabète, à Mulhouse, organisée en novembre. Car un diabétique peut attendre jusqu'à une décennie avant d'être diagnostiqué : il est souvent trop tard. « *Les hospitalisations représentent le premier poste de dépenses* », note Aurélia Gérard. Afin d'éviter la

flambée des coûts liés au diabète, l'accent est mis sur la prévention.

L'Assurance maladie, associée à l'ARS, a pour projet de lancer le programme « Dire non au diabète », dans le Bas-Rhin, en Seine-Saint-Denis et à la Réunion, à la fin du premier trimestre 2018.

« Il faut sortir de l'image du malade coupable »

Cette expérimentation, prévue sur cinq années, a pour « objectif de rassembler un échantillon de 3 200 personnes pré-diabétiques qui ont entre 45 et 70 ans et de leur proposer un suivi afin de changer leurs habitudes de vie, pour voir s'il est possible d'éviter qu'elles développent la maladie », indique Aurélia Gérard. L'idée est également d'inclure les médecins traitants et de les sensibiliser.

Même si les actions de prévention se multiplient, le nombre de diabétiques continue d'augmenter. « *Il faut sortir de l'image du malade coupable ou responsable, un effort d'information est encore nécessaire* », déplore le professeur Pinget, qui insiste sur la difficulté de trouver un représentant pour défendre la cause des diabétiques.

A.A.

90%

des diabétiques sont atteints de diabète de type 2, principalement lié à une mauvaise alimentation.

Les travailleurs sociaux, psy malgré eux

Dans les hôpitaux psychiatriques, on ferme des lits. De la prise en charge des malades à la formation du personnel médico-social, tout reste à construire.

Externaliser, le mot est fort mais c'est bien l'alternative proposée à la psychiatrie pour qu'elle remplisse sa mission médicale. Externaliser, en sortant les malades mentaux des asiles et en les renvoyant vers d'autres structures pour se concentrer sur les cas les plus graves. En vingt ans, 50 000 lits d'hospitalisation ont été fermés en France.

L'Alsace est particulièrement appliquée dans cette réduction de voilure, avec un nombre de lits inférieur à la moyenne nationale. Le personnel médical des hôpitaux psychiatriques (HP) alsaciens reconnaît l'effet néfaste et désocialisant de la mise à l'écart des patients. « *C'est un traumatisme qu'il vaut mieux éviter* », observe Véronique Gwinner, cadre à l'hôpital de Rouffach, où 60 lits sur 331 doivent être supprimés d'ici à 2019.

Les CMP surchargés

Ce mouvement, s'il tend à déstigmatiser la maladie mentale et à réinscrire les malades dans la vie sociale, a ses effets pervers. La fermeture de lits n'est pas toujours compensée par l'ouverture de structures extra-hospitalières pour accueillir les malades au quotidien. Centres médicaux-psychologiques (CMP) et hôpitaux de jour sont surchargés. Quentin, 25 ans, souffre de troubles de l'identité et d'instabilité affective. Il confie : « *J'ai pris rendez-vous avec un psychiatre au CMP de la Robertsau. Il n'y a pas de place avant janvier.* »

Ce manque d'investissement dans les structures censées prendre le relais des HP crée des ruptures de soins pour certains malades. « *Le développement de l'extra-hospita-*

18%
des lits seront
supprimés
d'ici à 2019
à l'hôpital
de Rouffach.

85 000
patients suivis
en affection
longue durée
en 2015 dans
le Grand-Est.

lier est un vœu pieux. On met la charrue avant les bœufs », dénonce Fabrice Durain, syndicaliste CGT à l'hôpital de jour d'Erstein. Soumis à des impératifs de rentabilité, les HP raccourcissent les temps d'hospitalisation. Les malades se retrouvent, selon le syndicaliste, « *dans la rue, pas encore stabilisés, sans savoir où aller. Ils décompensent⁽¹⁾ à nouveau et sont renvoyés à l'hôpital.* »

« Isolement, précarité, vieillissement »

Dans ce contexte, d'autres organismes sont amenés, malgré eux, à prendre en charge des personnes non stabilisées ou hors des radars psychiatriques. Tels les centres médico-sociaux (CMS). Que ce soit à Strasbourg ou Mulhouse, les travailleurs sociaux ont le sentiment d'être de plus en plus confrontés

à des usagers souffrant de troubles psychiatriques. Ils « *sont en première ligne et manquent de recul. Ils n'ont pas les outils pour faire face* », souligne Patrizia Gubiani-Banholzer, cheffe de service au CMS Mulhouse Est. Tel usager est spécial, tel autre n'est pas clair ou particulier, Magali de Haas, responsable du CMS de Cronembourg, entend régulièrement ces expressions dans la bouche d'assistantes sociales désemparées. « *Isolement, précarité, vieillissement* », de nombreux facteurs peuvent, d'après elle, expliquer la survenance d'affections mentales. Les CMS « *ne doivent pas aller trop vite en besogne et mettre une étiquette psychiatrique sur tous les problèmes sociaux* », met en garde Thierry Russel, psychiatre libéral à Mulhouse.

Aux yeux de Magali de Haas et Patrizia Gubiani-Banholzer, le monde de la santé mentale est « *imperméable* » pour l'une, « *un maquis* », s'alarme l'autre, qui craint de « *jouer aux apprentis sorciers* ».

Face à ces difficultés, des associations défrichent le terrain et tentent de coordonner l'ensemble des acteurs gravitant autour des maladies psychiatriques, à l'image de Croix-Marine à Mulhouse. Pour sa directrice, Françoise Martinez, tout reste une question de personne : « *Ça fonctionne très bien quand les gens se connaissent sur le terrain. Si les équipes changent, tout s'effondre.* » Progressivement, des partenariats se mettent en place et apportent un appui technique

« Le développement de l'extra-hospitalier est un vœu pieux »

aux travailleurs sociaux. Les CMS mulhousiens travaillent avec des psychologues de Rouffach. À Strasbourg, des infirmiers psy de l'HP de Brumath interviennent dans les CMS de Cronembourg et Port du Rhin. « *Une première*, vante Pierre Buckel, coordonnateur du Conseil local de santé mentale de l'Euro-métropole. *La psychiatrie doit être au cœur des quartiers et ne pas rester cloisonnée.* »

Fluidifier les relations entre psychiatrie et médico-social, c'est l'un des enjeux de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Le texte prévoit l'adoption d'un projet territorial de santé mentale d'ici à 2020, afin de remettre à plat l'organisation des soins psychiatriques.

Marine Ernoult

¹ Dégradation souvent brutale de l'état d'un malade psychiatrique.



« À l'hôpital, c'était facile mais c'était pas la vie »

À leur sortie, les malades mentaux sont accompagnés au sein des Groupes d'entraide mutuelle. Une manière pour eux de reprendre pied, en marge des institutions.

Un an en placement d'office, à l'hôpital psychiatrique d'Erstein, contraint et forcé », se confie pudiquement Jean-Louis. « Comment voulez-vous faire confiance aux psychiatres sous la contrainte ? » poursuit le sexagénaire, hésitant. Quand on lui demande de parler de cette période, il élude la question.

C'était il y a neuf ans. « On me disait que j'étais schizophrène, aujourd'hui, on me dit que je suis bipolaire », lance avec humour cet ancien informaticien, passionné de photographie et de cuisine. Les diagnostics changent, mais un problème demeure : que deviennent les patients à la sortie des hôpitaux psychiatriques ? « La plupart des malades ne travaillent pas. Ils s'endorment alors ils dorment, bouffent et regardent la télévision », reconnaît Jean-Louis désabusé.

« Préparer la sortie du patient », sa « réinsertion dans la société »,

les mêmes mots reviennent dans la bouche des différents acteurs du monde médical. « Assurer la continuité du parcours de soin est essentiel », explique Fabrice Durain, infirmier psychiatrique à l'hôpital de jour d'Erstein. Mais si les mots sont assurés et le vocabulaire choisi, ils ne règlent en aucun cas les difficiles situations de certains. Olivier souffre d'une psychose dépressive depuis 2007. À chaque sortie de l'hôpital psychiatrique, la même angoisse l'assaillait. « Sans logement, incapable de travailler, j'érais dans les rues de Strasbourg, et je ne prenais pas mon traitement », se souvient le trentenaire. Jusqu'au jour où son assistante sociale lui parle du Groupe d'entraide mutuelle (GEM) strasbourgeois. Après une dispute avec sa sœur qui l'héberge, c'est le déclic. Il ose franchir la porte du groupe. Dix ans plus tard, il en assure la présidence. Ces structures, institutionnalisées

Dominique, Ursula et Jean-Louis sont trois membres actifs du GEM Aube.

Photo : Victor Guillaud-Lucet/CUEJ

2005

La loi sur le handicap crée les GEM, dispositif pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

par la loi sur le handicap de 2005, déconstruisent le rapport d'autorité souvent mal vécu par les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Ici, pas de médecin ni de personnel soignant. Ce sont les adhérents qui gèrent la structure. Au GEM « Aube », président, trésorier et secrétaire souffrent tous d'affections mentales.

Un outil complémentaire

Une manière d'assumer de nouveau le quotidien, de retrouver une autonomie. « À l'hôpital, c'était douillet, facile, mais ce n'était pas la vie. J'étais intégralement pris en charge, et je n'avais plus aucune décision à prendre, reconnaît Olivier. Ici, j'ai des responsabilités, ça m'oblige à m'ouvrir aux gens. »

En douze ans, ces groupes ont gagné leur place dans le paysage de la psychiatrie. À Strasbourg, « Aube » a signé des conventions avec tous les hôpitaux de l'euro-métropole. « Il y a dix ans, aucun médecin ne m'a parlé d'un GEM, observe Jean-Louis. Maintenant, les infirmiers conduisent les patients ici pendant leur hospitalisation, pour leur faire connaître les lieux avant leur sortie. Ça donne quelques points de repère. »

Les hôpitaux y trouvent aussi leur compte. Maurice Quattrocchi, infirmier psychiatrique à Rouffach, intervient aux « Ailes de l'espoir », un GEM à Mulhouse : « Ces lieux aident réellement les patients, c'est une évidence. Mais il ne faut pas se leurrer, il y a aussi des raisons budgétaires pour que les hôpitaux les y dirigent : une hospitalisation coûte près de 400 euros par jour. Grâce à ces structures, la Sécurité sociale fait des économies. »

Fort d'un noyau dur d'une centaine d'adhérents, le GEM Aube les fait échanger, se réunir autour d'un repas ou participer aux nombreuses activités proposées. Ce lieu ne convient pas à tout le monde, reconnaissent d'eux-mêmes les membres. Mais pour la dizaine de personnes réunies ce matin, il représente un autre aspect du parcours de soin, en marge des institutions sanitaires, où l'entraide et la parole prennent le pas sur les ordonnances.

Victor Guillaud-Lucet

L'arrêt maladie à fond la forme

Le nombre d'arrêts de travail a plus augmenté en Alsace que dans le reste de la France. Une situation liée au droit local et à la forte densité médicale.

C'est l'annonce choc de l'assureur santé national début novembre : l'Alsace a tendance à prescrire davantage d'arrêts maladie que le reste de la France (1,7 point de plus que la hausse moyenne nationale), et en particulier dans dix zones, non révélées, où cette évolution est plus forte qu'ailleurs (jusqu'à 44,5%), sans lien avec un changement démographique. Pendant cinq semaines, la caisse d'assurance a multiplié les contrôles au domicile des assurés et auprès des médecins désignés comme « gros prescripteurs ».

Les résultats de cette opération n'ont pas encore été dévoilés mais la méthode passe mal. « Ces contrôles sont très inquisiteurs », explique le docteur Jean-Marie Letzelter, président du conseil départemental de l'ordre des médecins du Bas-Rhin. « De plus, ils s'effectuent sur la base d'une moyenne statistique nationale. » Donc sans prendre en compte insiste-t-il, les particularités locales qui pourraient expliquer ces disparités.

Le droit local en cause

En 2011, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) publiait une étude où le nombre élevé d'arrêts de travail prescrits en

Alsace était expliqué par la densité médicale : plus il y a d'offre, plus il y a de demande.

Là où la différence se fait sentir, c'est au niveau des contrôles. Ceux effectués par l'État le sont dans une proportion équivalente aux habitudes de contrôle nationales. Mais ceux réalisés par des entreprises privées sur demande de l'employeur de l'arrêté ne sont pas valides. « Le droit local d'Alsace-Moselle ne reconnaît pas légalement la contre-visite médicale, comme le rappellent régulièrement des arrêts de la Cour de cassation », analyse Caroline Noailly, la directrice de Médicat Partner, une société de contrôle médical au service des

employeurs. Le dernier, daté du 21 mai 2014, a validé une décision du conseil des prud'hom-

mes qui avait écarté les conclusions d'une contre-visite pour condamner l'employeur. « Une société strasbourgeoise nous a récemment contactés pour savoir ce qu'il était possible de faire en matière de contrôle par l'employeur. Nous avons dû lui expliquer pourquoi notre activité n'était pas très développée dans la région », conclut-elle.

Pour la juriste de l'Institut du travail de Strasbourg Fabienne Muller, la non-prise en compte de la contre-visite s'ajoute à d'autres avantages dévolus à l'assuré

Entre autres avantages du droit local, les trois jours de carence n'existent pas en Alsace.

Photo : Victor Guillaud-Lucet/CUEJ

5,6%

L'augmentation du nombre d'arrêts maladie en Alsace au premier semestre 2017 (3,9 % dans le reste de la France).

915 000

arrêts maladie ont été prescrits en Alsace en 2016.

58 826

convocations de patients auprès de médecins conseil, en plus d'une centaine de visites à domicile en 2016 en Alsace.

alsacien : « Il n'y a pas de délai de carence de trois jours comme c'est la norme ailleurs : le salarié a droit au maintien de son salaire dès le premier jour d'absence. »

Mais ces arrêts plus fréquents ne sont pas problématiques pour tout le monde. « Le fait qu'il y ait plus d'arrêts de travail n'est pas forcément une mauvaise chose, réagit le docteur Claude Bronner, médecin généraliste exerçant à Montagne-Verte. C'est peut-être ailleurs qu'il n'y en a pas assez : en Alsace, on est bien pris en charge. »

« Un marqueur social »

Les récents chiffres de la CPAM du Bas-Rhin, qui font état d'une hausse de 11 % du nombre de personnes ayant eu au moins un arrêt de travail au cours de leur carrière, ont participé à l'intensification des contrôles. « Notre pays fait la chasse aux arrêts de travail, mais quand la situation sociale se dégrade, il est normal d'enregistrer une hausse des arrêts maladie. Ils sont un marqueur social. Les médecins conseil de la CPAM devraient faire un vrai travail de contrôle au cas par cas au lieu de se livrer à une simple analyse statistique. »

Agnès Buzyn, ministre de la Santé, a prévu d'intensifier les efforts de contrôle des caisses d'assurance maladie pour économiser 165 millions d'euros en 2018. Nul doute que l'Alsace sera mise à contribution puisque la campagne ciblée des derniers mois sera reconduite l'année prochaine, mais dans des zones différentes, qui resteront là aussi non-identifiées.

Clément Nicolas

La thérapie par l'effort

Lancé il y a cinq ans à Strasbourg, « Sport santé sur ordonnance » a convaincu la quasi-totalité du monde médical. Aujourd'hui, 1800 patients en profitent.

L'idée a germé dans l'esprit du docteur Alexandre Feltz, adjoint au maire de Strasbourg chargé de la santé. Pour aider les patients atteints de maladies chroniques à pratiquer un sport, les médecins généralistes peuvent, depuis novembre 2012, utiliser le dispositif de « Sport santé sur ordonnance » (SSSO). Vélo, marche, gymnastique... « On propose des activités douces en général », explique Claude Arnold, médecin généraliste et du sport à Strasbourg. Le patient a ensuite rendez-vous avec un éducateur sportif de la ville. Il bénéficie de deux activités sportives et d'un abonnement Vel'Hop. Le dispositif est sur trois ans. La première année, tout est pris en charge. Les deux autres reposent sur le principe de la tarification solidaire : le patient participe à hauteur de 20, 50 ou 100 euros par an, selon son quotient familial.

« Pas une mesure gadget »

Du côté des médecins, les effets sont probants. « C'est très efficace pour les gens qui le font sérieusement. C'est excellent pour la santé et ça permet de baisser les doses de médicaments. En théorie, on peut envisager une disparition des médicaments mais, en réalité, c'est plutôt une diminution »,



affirme Élie Botbol, médecin généraliste et du sport à Strasbourg. « Ce n'est pas une mesure gadget, c'est très important », renchérit le Dr Claude Arnold. Même son de cloche du côté des malades. « Avant, je n'aimais pas le sport, maintenant je ne peux plus m'en passer », témoigne Catherine Fressy, 59 ans, touchée par un cancer et qui pratique la marche nordique avec Athlé santé nature 67. « De plus, vous sortez, vous voyez des gens, ça fait du bien. » Elle ne fera plus partie du dispositif dès le mois de mars.

Des patientes pratiquent la marche nordique dans le parc de l'Orangerie à Strasbourg.

Photo : Timothée Loubière/CUEJ

14 associations sont partenaires de la ville pour l'opération « Sport santé sur ordonnance », dont Athlé santé nature 67.

« Mais je continuerai à faire du sport », assure-t-elle.

Ce n'est pas le cas de tous. « Le pari est que les personnes soient autonomes au bout de trois ans », explique François Jouan, chef du service Promotion de la santé de la personne à l'Eurométropole. « Mais il est vrai que la transition entre la fin du programme et la suite constitue la faiblesse du dispositif. » « Un crève-cœur » pour Alexandre Feltz, qui souhaite la mise en place de structures plus pérennes.

Un réseau national

Preuve de son succès, le SSSO a dépassé les frontières strasbourgeoises. Et depuis le 1^{er} mars, tous les médecins généralistes de France peuvent prescrire du sport sur ordonnance. Mais le programme n'est pas pris en charge financièrement. Or, « si l'on veut que cela fonctionne, il faut un système organisé et financé », avance Alexandre Feltz. « À l'échelle nationale, c'est un coup d'épée dans l'eau », abonde le Dr Élie Botbol et les acteurs locaux interrogés.

Timothée Loubière

De nouveaux horizons pour le « sport santé »

Actuellement, le dispositif couvre plusieurs pathologies : l'obésité, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires stabilisées, l'hypertension artérielle stable, le cancer du sein et du colon en rémission depuis six mois et le VIH. Les séniors fragilisés en bénéficient également. Alexandre Feltz souhaite l'ouvrir à deux autres, en 2018 : les bronchites chroniques et asthmes ainsi que la santé mentale (les neuroleptiques

peuvent avoir pour effet secondaire la prise de poids).

Autre nouveauté prévue : le projet de maison sport-santé récemment lancé. Elle devrait s'installer sur 1800 m² dans l'aile médicale des Bains municipaux de Strasbourg et constituera « une véritable plateforme de santé publique », selon Alexandre Feltz. La maison pourrait ouvrir ses portes à l'horizon 2020-2021.

T. L.

62 villes font aujourd'hui partie du réseau national « sport santé », et une quarantaine ont mis en place un dispositif similaire.

Lyme : le débat des tiques

La maladie, surreprésentée en Alsace, suscite des controverses.

Patrick Colin a mal depuis vingt ans. Maux de tête, douleurs articulaires, « *c'est comme une grippe en permanence* », confie l'ancien ouvrier forestier. Tout débute en 1997, quand on lui diagnostique une borréliose de Lyme. Un traitement antibiotique traite l'infection, mais ne l'éradique pas : « *Ça fait le yo-yo.* » Les tests annuels de Patrick Colin sont tantôt positifs - son médecin lui prescrit des antibiotiques -, tantôt négatifs - il n'a droit à rien sinon à des antidépresseurs et des antalgiques.

« C'est une saloperie »

La maladie de Lyme est découverte en 1975. Deux tests, dont la fiabilité est contestée, permettent de la diagnostiquer. L'infection évolue par stades, provoque une rougeur autour de la piqûre puis des douleurs articulaires et complications neurologiques. Elle guérit généralement après un traitement antibiotique de quelques semaines. Certains malades ont pourtant des douleurs des années après avoir été traités. « *C'est une saloperie, je vis avec* », confie Patrick Colin en regardant la masse de lettres et d'analyses qu'il accumule dans son dossier cartonné.

L'idée d'une maladie chronique est de plus en plus défendue par certains médecins et par des associations de malades, à l'image de Lyme sans frontière (LSF), créée en 2012 et basée à Strasbourg. Marie-Claude Perrin, présidente de LSF, dénonce un « *déni des autorités* ». Un avis partagé par le professeur Christian Perronne, chef de service en infectiologie à l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches. « *Ça fait vingt ans que je traite le Lyme chronique* », affirme le médecin, à la tête du combat pour faire reconnaître cette forme de la maladie. Sur tous les fronts médiatiques, il rabâche sa vision d'un « *scandale* », qui toucherait des millions de personnes en Europe, alors que le chiffre officiel en France est de 30 000 nouveaux cas annuels. Sur Internet, des dizaines de sites bien répertoriés s'alarment d'une « *pandémie* ». Les tests seraient volontairement mal calibrés. La maladie provoquerait schizophrénie, perte de libido, dépression, sclérose en plaques, etc. Selon Marie-Claude Perrin, la bactérie résisterait aux traitements « *en se cachant* ».

L'Académie de médecine rejette en bloc cette vision. Dans un communiqué du 26 octobre, l'institution accuse les « *Lyme doctors auto-proclamés, dont certains sont soumis à des liens d'intérêts* », d'entretenir « *l'inquiétude chez de nombreux malades en errance diagnostique* ». La maladie de Lyme chronique serait une invention. Une position qui fait bondir Marie-Claude Perrin, qui regrette un « *dogme* » de la part de « *cent-seurs* ». Elle renvoie l'accusation de conflits d'intérêts vers l'Académie : « *La médecine est gangrenée.* »



Lyme n'est qu'une des nombreuses maladies transmises par la tique.

Photo Léa Schneider/CEJ

Le 24 novembre, quelques dizaines de manifestants de l'association Le droit de guérir se réunissent devant le Centre national de référence (CNR) sur la borréliose de Lyme, à Strasbourg. Chacun a son histoire, son diagnostic et son idée des solutions.

Laurence, trentenaire venue de Nantes, a « *souffert la mort* ». Après trois semaines d'antibiotiques, on lui a dit : « *Si les symptômes persistent, c'est que c'est dans la tête.* » Matthias Lacoste, président de l'association, serait « *infecté depuis sa naissance* », la maladie lui aurait été transmise par sa mère. « *Le CNR bloque toutes les recherches* », affirme-t-il.

Le Centre national de référence est chargé d'étudier la maladie pour le compte des autorités de santé. Nathalie Boulanger, directrice de l'équipe de recherche, a peu de contacts avec les associations, « *le dialogue est parfois difficile avec ces personnes un peu extrémistes* ». La chercheuse rejette l'idée d'une persistance de la maladie, « *il faut que les malades acceptent qu'ils n'ont peut-être pas Lyme* ». Le professeur Christian Perronne, lui, attaque le CNR, qui nierait « *toutes les publications sérieuses sur le sujet* ». Il vante sa participation à des colloques aux États-Unis. Nathalie Boulanger riposte : « *Il n'a aucune expérience dans ce domaine, c'est un gourou.* »

Calmer la polémique

La principale agence américaine en matière de santé publique est sur la même ligne que les autorités médicales françaises. Elle met les malades en garde contre les traitements antibiotiques prolongés. Selon elle, les symptômes « *post-Lyme* » seraient dus à des dommages survenus pendant l'infection et non à sa persistance.

Les chercheurs du CNR, les associations et ceux que l'Académie appelle « *Lyme doctors* » se retrouvent pourtant plusieurs fois par an. Créé fin 2016 par Marisol Touraine, alors ministre de la Santé, le plan national de lutte contre les maladies transmissibles par les tiques réunit les différents acteurs sous l'égide de la Haute autorité de santé. Le but ? Calmer la psychose en mettant à jour le consensus médical établi en 2006, qui fixe le protocole actuel de test et de soins. Aux dires des protagonistes, il semblerait qu'on en soit loin.

Patrick Colin, quant à lui, fera à nouveau sa sérologie annuelle en décembre, sans espoir : « *De toute façon les médecins, ils ne croient pas à ce qu'on dit.* » Le dernier traitement qu'on lui a suggéré, « *des trucs naturels* », lui brûle l'estomac. Une errance thérapeutique que ne nie pas Nathalie Boulanger, qui suggère, outre une plus grande écoute des malades, une meilleure communication des autorités pour calmer la polémique.

Laurent Rigaux



Le parasite, le cerf et le loup

Et si Lyme était l'occasion de résoudre la crise qui frappe les éleveurs ovins, de rétablir l'équilibre des forêts vosgiennes et d'apaiser les tensions qu'occasionne le retour du prédateur canidé ?

La polémique sur la maladie ne porte pas seulement sur son ampleur, mais aussi sur ses vecteurs. La prolifération des tiques révèle les déséquilibres de la gestion des forêts. « Les maladies transmises dépendent de la modification des écosystèmes. Les tiques aiment les milieux typiques de la région, des forêts mixtes et humides avec beaucoup de cervidés sur lesquels les adultes se nourrissent. Et en Alsace, il y a surpopulation de gibier », explique Nathalie Boulanger, entomologiste et directrice de recherche au Centre national de référence sur la borréliose de Lyme de Strasbourg. Un constat confirmé en 2010 par l'Office national de la chasse et de la faune sauvage, qui a relevé une multiplication par quatre de la population de cerfs élaphe en vingt-cinq ans. Pourtant, Gérard Lang, président de l'association Chasseurs 67, réfute ces affirmations : « Lorsque les cerfs sont revenus dans la région il y a 10 000 ans, les densités de gibier étaient beaucoup plus élevées. Aujourd'hui, elles sont

maintenues artificiellement basses, à environ quatre ou cinq individus pour 100 hectares. Les chasseurs sont obligés d'en abattre : ils sont verbalisés s'ils ne suivent pas le plan de chasse. »

Il reconnaît n'avoir jamais vu autant de tiques que cette année mais argue, étude d'un chercheur de Harvard à l'appui, que prolifération de cervidés ne rime pas forcément avec épidémie de Lyme. En effet, le sang des cervidés tue la bactérie *Borrelia* et agirait comme un « diluant » permettant de diminuer le nombre de tiques infectées. « Mais lorsque plusieurs tiques se nourrissent sur le même animal, elles peuvent s'infecter entre elles, réfute Nathalie Boulanger. Ce qui entraîne une augmentation du nombre des tiques porteuses de bactéries. »

Dans ce contexte, le loup a fait son retour dans la région depuis 2013. Arrivant avec son bagage symbolique et son rôle de super-prédateur, il exacerbe les tensions existantes. L'occasion, selon Thomas Pfeiffer, historien

Les militants de l'association Le droit de guérir manifestent devant le CNR à Strasbourg, le 24 novembre.

Photo Léa Schneider/CUEJ

qui milite pour le retour du loup en Alsace, de repenser le modèle de gestion des forêts pour ramener un peu d'équilibre. D'autant que le changement climatique fera bientôt sentir ses effets.

Les bienfaits du prédateur

En désaccord profond avec les chasseurs sur la question d'une surpopulation de gibier, Thomas Pfeiffer reconnaît que « le loup ne limitera pas à lui seul Lyme ». Son rôle serait plus celui d'un régulateur sanitaire s'attaquant aux animaux faibles et malades, ce qui permettrait de réduire le nombre de cervidés, de tiques et donc de cas de borréliose.

4 ou 5

cerfs élaphe pour 100 hectares en moyenne dans le Bas-Rhin.

L'historien a l'espoir que Lyme soit le point de départ d'une vision très large d'un nouveau modèle économique où la maladie serait endiguée par une meilleure gestion du gibier par les chasseurs et le loup, favorisant la régénération de la forêt et sa biodiversité. Reste pour l'État et le consommateur à rendre possible cette coexistence du prédateur et des éleveurs en favorisant les circuits courts et les produits locaux. Un chantier de fond qui demandera du temps et de la concertation, à l'image de la polémique sur Lyme.

Léa Schneider

Les zones grises de la pollution

Le taux élevé d'accidents vasculaires cérébraux invalidants dans le Bas-Rhin peut s'expliquer par différents facteurs, dont les particules atmosphériques.

Entre 1997 et 2014, les accidents vasculaires cérébraux invalidants ont cinq fois plus progressé dans le Bas-Rhin que dans le reste de la France, selon le Réseau environnement santé. L'association strasbourgeoise accuse la pollution atmosphérique.

Y a-t-il un lien entre AVC et pollution atmosphérique dans le Bas-Rhin ?

Aucune étude ne permet de le démontrer, même s'il a été scientifiquement établi que la pollution atmosphérique est un facteur de risque des AVC. Françoise Schaezel, conseillère de l'Eurométropole déléguée à la qualité de l'air et ancienne médecin de santé publique, explique que « *ce sont les particules ultra fines qui sont les plus dangereuses. Plus elles sont petites, plus elles imbibent l'ensemble du corps et ont une action sur le cerveau. Ces particules peuvent être, en partie, à l'origine d'AVC* ». Mais, si ces nanoparticules sont un facteur de risque, impossible de savoir si leur taux augmente dans l'atmosphère depuis une vingtaine d'années. Aucune réglementation n'impose d'étudier leur évolution.

De plus, les rapports de l'Atmo Grand-Est (association agréée par le ministère de l'Environnement pour la surveillance de la qualité de l'air) prouvent que tous les autres types de pollution baissent sur le territoire alsacien depuis vingt ans. Françoise Schaezel modère donc : « *On ne peut pas, pour l'instant, parler de relation directe, voire de corrélation entre l'augmentation des AVC invalidants et la pollution atmosphérique.* »

Quels sont les autres facteurs de risque ?

« *Les AVC signent l'échec de la prévention des maladies cardiovasculaires, explique la neurologue Valérie Lauer, médecin de l'unité dédiée aux AVC de l'hôpital de Hautepierre. L'hypertension, le diabète, le tabagisme, le surpoids ou le cholestérol peuvent tous mener à l'AVC. En Alsace, ces*

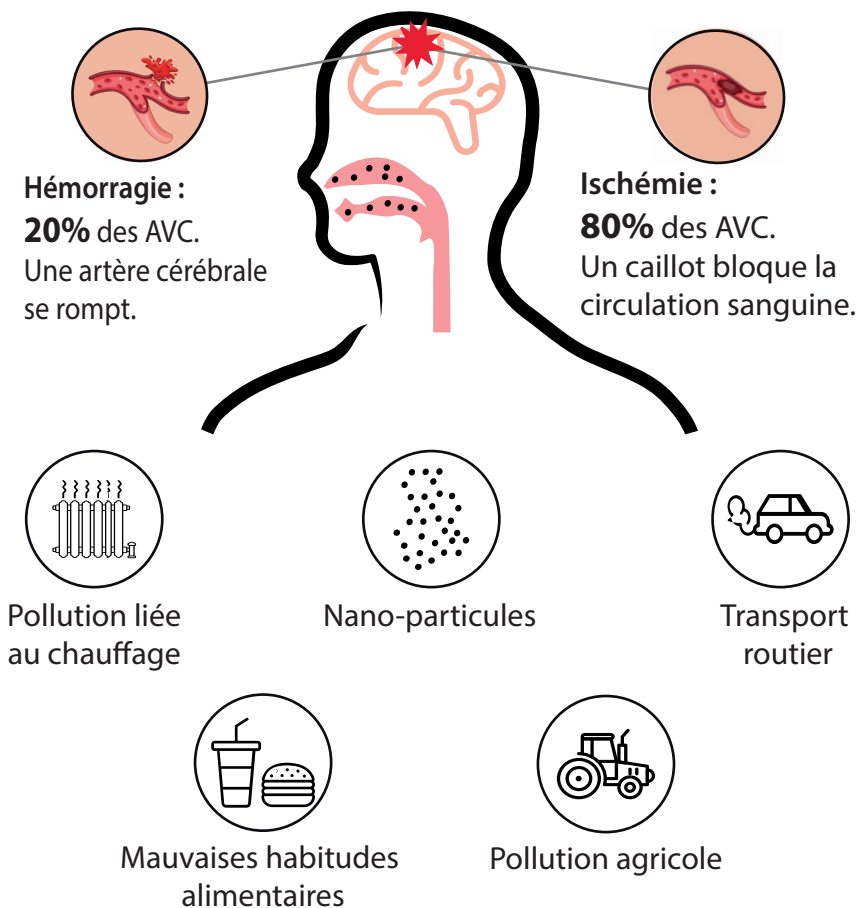
pathologies sont particulièrement présentes car l'hygiène de vie est plutôt mauvaise. » Un constat essentiel, mais qui n'explique pas tout.

AVC invalidant Accident vasculaire cérébral qui a des conséquences physiques ou mentales de longue durée.

Dans le Haut-Rhin, le taux d'AVC invalidant est inférieur à la moyenne nationale alors qu'on y retrouve

un mode de vie et des pathologies similaires à ceux du voisin bas-rhinois.

Types et facteurs d'AVC



Pourquoi le taux d'AVC est-il plus élevé dans le Bas-Rhin ?

Les professionnels de la santé n'ont pas de réponse. Les hypothèses restent ouvertes. Y a-t-il une singularité de la filière de prise en charge dans le Bas-Rhin ? Des délais d'intervention trop longs dans les zones reculées ? Des particules ultrafines présentes uniquement dans le département ?

« On dit toujours que les AVC traités dans une unité neurovasculaire ont un meilleur pronostic, explique la neurologue Valérie Lauer. Dans ces services, nous sommes habitués à prendre en charge les complications. Depuis 2004, le CHU de Haute-pierre a donc créé puis développé une grosse unité neurovasculaire pour pouvoir prendre en charge la majeure partie des AVC. Aujourd'hui, avec 52 lits, ce service est le deuxième plus important de France. » Une unité d'une telle ampleur peut expliquer qu'à Strasbourg, certains AVC soient répertoriés comme tels, alors qu'ailleurs le diagnostic aurait pu être différent. Selon Valérie Lauer, « tout est lié. Quand vos artères sont bouchées, souvent elles le sont à différents endroits du corps. Vous pouvez faire un infarctus du myocarde et un AVC en même temps mais il n'y aura qu'une seule des deux pathologies inscrite sur l'acte de décès ».

La baisse de la pollution atmosphérique signifie-t-elle que la qualité de l'air n'est plus un enjeu de santé publique ?

Non, la pollution atmosphérique est aujourd'hui la troisième cause de mortalité dans l'Hexagone. La France reste un mauvais élève, avec des seuils d'alerte à la pollution bien au-dessus des valeurs recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). D'après un rapport de Santé publique France, chaque année, on pourrait éviter plus de 48 000 décès dus à la pollution atmosphérique, dont 5 000 rien que dans le Grand-Est.

Sophie Motte
et Margaux Tertre



Lors d'un effort, les cyclistes sont plus exposés aux particules fines.

Photo : Timothée Loubière / CUEJ

À vélo entre les particules

Si pédaler est bon pour la santé, l'air pollué porte à conséquence.

Commençons par une évidence : faire ses trajets de tous les jours à vélo, c'est bon pour la santé. C'est excellent pour le cœur et la respiration, ainsi que pour les membres inférieurs. « Ça permet d'augmenter le débit cardiaque, la capacité à utiliser l'oxygène et les échanges entre les tissus », développe Claude Arnold, médecin généraliste et médecin du sport dans le quartier du Neudorf, à Strasbourg. Mais, en ville, les particules fines s'accumulent et peuvent avoir des conséquences sur la santé. « Tout le monde est concerné par la pollution. Mais il est vrai que les cyclistes inspirent plus d'air parce qu'ils font plus d'efforts. C'est surtout un problème pour les gens fragiles des bronches », explique le docteur Michel Apprill, pneumologue à Strasbourg.

Des capteurs sur les cyclistes

Le cycliste est-il plus exposé à la pollution que l'automobiliste ? Une étude réalisée à Mulhouse, en 2011, par Atmo, une association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air dans le Grand-Est, tend à prouver le contraire.

L'association a équipé les automobilistes et les cyclistes de capteurs pour analyser les niveaux de pollution auxquels ils sont soumis sur un même trajet. Et leurs conclusions sont sans appel : « Que ce soit pour le dioxyde d'azote ou les particules fines, le cycliste semble de 1,3 à 3 fois moins exposé à la pollution atmosphérique que les occupants de la voiture. »

Éviter les axes très fréquentés

Une différence qui s'atténue quand le cycliste est en plein effort, car il inspire plus d'air. « En pic de pollution, pour les personnes qui ont des problèmes respiratoires, il vaut mieux prendre la voiture que le vélo », affirme le docteur Apprill.

Malgré tout, faire du vélo en ville a plus d'effets positifs que négatifs sur la santé. Mais mieux vaut prendre certaines précautions : modérer ses efforts, éviter les axes très fréquentés, privilégier les pistes cyclables bien séparées de la route et se placer devant les voitures quand on attend à un feu rouge.

Timothée Loubière

143

AVC invalidants pour 100 000 habitants dans le Bas-Rhin en 2014, contre 87 dans le Haut-Rhin, selon le Réseau environnement santé.

Parcours de soin, parcours d'obstacles

De la discrimination à la précarité, les barrières sont nombreuses sur le chemin de l'accès au soin.

Médicalement bien pourvue, l'Alsace n'en discrimine pas moins. Les professionnels de santé interrogés à ce sujet dressent le même constat : les discriminations ne sont souvent qu'un corollaire de la misère. « C'est un problème que rencontrent les patients bénéficiaires des minima sociaux, analyse Nathalie Thomas, infirmière cadre de santé au conseil départemental du Bas-Rhin. Ils peuvent avoir du mal à prendre un rendez-vous chez des spécialistes, soit parce que cela leur est refusé soit parce qu'on leur annonce qu'il y a un délai de six mois. »

Bien qu'illégal, le refus de soin existe, mais cette pratique est peu documentée car les victimes portent rarement plainte. « On a l'impression d'être les malades de seconde zone, raconte un bénéficiaire de l'aide médicale de l'État (AME), assis dans la salle d'attente de la Cimade (association protestante d'aide aux réfugiés), à Strasbourg. Si on a un rendez-vous chez un médecin à 10h et que quelqu'un arrive à

10h15 avec une carte vitale, c'est lui qui est pris le premier. Alors il arrive qu'on prétende avoir la carte vitale pour avoir des rendez-vous. »

Des préjugés qui blessent

En 2006 déjà, Médecins du Monde révélait que 37% des médecins généralistes refusaient de traiter les ayants droit à l'AME, ce à quoi s'ajoutaient 10 % de refus de soin envers les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). « J'entends parler de cas de refus de soin de temps en temps, par exemple quand des patients me demandent si j'accepte la CMU-C, parce qu'ils ont été refusés ailleurs, témoigne Pierre Tryleski, médecin généraliste au centre de soin de la cité de l'Ill. Certains médecins ont peur qu'ils fassent tâche dans la salle d'attente, qu'ils ratent le rendez-vous. Les plus touchés sont ceux qui ont des troubles psychiatriques, les SDF et les non-francophones. »

« Et si presque tout le monde peut être couvert par un dispositif ou l'autre, beaucoup de personnes



37%

des médecins généralistes refuseraient de traiter les bénéficiaires de l'AME, selon une étude de Médecins du monde de 2006.

ne font pas appel à leurs droits, ajoute Anne Falcao-Gerber, psychologue. Dès lors, les soins deviennent coûteux au point de ne plus pouvoir être assurés. J'ai beaucoup de collègues médecins qui ne font pas payer le tiers payant de 2 euros parce ça peut être un frein au soin. »

En Alsace, en 2014, ce sont 105 528 personnes, soit plus de 5% de la population, qui ont eu besoin de la CMU-C pour pouvoir se soigner. Mais cette aide, comme l'AME, reste notamment conditionnée à un revenu maximal (727 euros mensuels pour une personne seule). L'aide à la complémentaire santé peut relever ce plafond jusqu'à 981 euros par mois. Ceux dont les revenus se trouvent juste au-dessus des limites d'attribution, à peine moins pauvres, sont privés de ces aides.

Dans le Bas-Rhin, la proportion de médecins libéraux spécialistes conventionnés en secteur 2, (qui peuvent facturer des dépassements d'honoraires) est de plus de 50%. L'un des taux les plus élevés en France. Et Strasbourg se classe parmi les villes de l'Hexagone où les dépasse-

Une nouvelle solution d'interprétariat

Comment détecter les symptômes et s'assurer de la bonne compréhension d'un diagnostic quand le patient n'est pas francophone ? En Alsace, l'association Migrations Alsace Santé propose les services d'interprètes médicaux professionnels pour assister les soignants. Le dispositif assure une transcription fidèle de la parole du patient, tout en constituant un gage d'impartialité, de respect du secret professionnel et de bonne compréhension du diagnostic. Il est surtout une alternative aux habituelles solutions d'interprétariat « de bricolage » à base de gestuelle, traducteur automatique ou faisant appel à un tiers (famille, enfants). Seul prestataire de ce genre de service en Alsace, Migrations Alsace Santé a réalisé près de 23 000 heures d'interprétariat en 2016, dont près de 90 % à Strasbourg, Mulhouse et Colmar.



ments d'honoraires sont les plus importants. Certains patients renoncent ainsi aux visites chez les spécialistes, notamment en gynécologie, ophtalmologie et soins dentaires.

Restent les personnes qui ne disposent d'aucune couverture sociale. À Strasbourg, seules quelques structures comme la Permanence d'accès aux soins de santé de l'ancien hôpital civil et Médecins du Monde les prennent en charge. « Nous sommes là pour pallier un manque, explique Pierre Walter, médecin bénévole à Médecins du Monde. La quasi-totalité de notre public est constitué de ressortissants étrangers présents depuis peu en France ou qui arrivent au bout des recours pour obtenir leur titre de séjour. Ce qui représente plus de 900 patients sur une année à Strasbourg. »

Parmi les patients qui se rendent aux consultations matinales de l'ONG, les francophones sont en minorité. On y parle turc, arabe, allemand aussi, entrecoupé de bribes d'anglais ou de français. Quelques minutes avant l'ouverture, un homme réussit à faire comprendre avec ses mains qu'il a besoin d'un téléphone pour

Nodar Arevadze, 61 ans et Nodar Chakhvadze, 27 ans, viennent de Géorgie.

Kadiatou Diabaté, 20 ans, est guinéenne, et est arrivée en France il y a cinq mois. Ils dépendent des aides publiques pour se soigner.

*Ferdinand Moeck/
CUEJ*

5%

de la population alsacienne a eu besoin de la CMU-C en 2014

prévenir son employeur. Plus tard, un couple explique en anglais que c'est la seule consultation sans rendez-vous qu'ils aient trouvée pour leur enfant.

« Mur de Berlin »

Des personnes peuvent aussi se voir discriminées pour leur origine. « Il y a un mur de Berlin entre le social et le médical, selon Delphine Gallo-Impériale, qui travaille au pôle de gériatrie de l'hôpital civil de Strasbourg. Pour les Maghrébins par exemple, le personnel médical pense souvent que l'assistance quotidienne à la personne est faite par la famille. Des patients qui auraient droit à des aides humaines ou matérielles ne se les sont jamais vues proposer. » Le rapport au soin des patients s'érige parfois en obstacle à leur prise en charge, explique Anne Falcao-Gerber : « Les immigrés ont souvent une autre représentation de la thérapie car ils en ont connu d'autres modalités dans leur pays et ne savent pas comment ça fonctionne ici, ce qui peut être inquiétant, surtout dans une langue incompréhensible pour eux. »

Pour surmonter ces écueils, les soignants ont recours à des mé-

thodes variées : « Si le patient ne parle pas français, on se débrouille comme on peut, avec des gestes, des grimaces. Il n'y a jamais de blocage complet. On peut faire appel à un membre de l'entourage pour traduire », témoigne Mme Ehrhardt, infirmière au centre de soins de Koenigshoffen.

À la maison de santé du Neuhof, où Anna Falcao-Gerber accueille les jeunes de 11 à 25 ans en souffrance psychique, la psychologue explique l'intérêt de l'endroit : « Les différents problèmes psychiques, y compris les addictions, sont regroupés au même point d'accueil gratuit, anonyme et près de chez eux pour qu'un jeune n'ait pas besoin d'annoncer "Bonjour, je suis toxicomane" » Pour elle, ces conditions d'accueil qui facilitent la venue sont cruciales dans un contexte où « le soin psychique n'est pas repéré comme nécessaire ». Et la proximité d'autres professionnels de la santé permet, lorsque l'un d'eux repère des problèmes sortant de son domaine, de réorienter plus simplement les patients.

**Pierre-Olivier Chaput,
Ferdinand Moeck
et Eddie Rabeyrin**

La naissance comme à la maison

À la Manala, les jeunes parents peuvent accueillir leur enfant dans un centre le moins médicalisé possible. Sans pour autant s'éloigner de l'hôpital.

Mon projet, c'était de mettre au monde mon enfant de façon naturelle et de préférence dans l'eau, explique Céline Weber. Pour mon compagnon et moi, un accouchement sans perfusion, sans médicament, sans déclenchement ni médecins qui poussent à la césarienne est une évidence. » Pour le couple, c'est sûr, « les pays développés ont surmédicalisé l'acte le plus naturel du monde ».

Comme Céline, un certain nombre de femmes souhaitent accoucher de manière physiologique : avec le moins d'interventions médicales possible. La Maison de naissance Alsace, ou Manala, est l'une des neuf maisons de naissance françaises ayant vu le jour pour répondre à cette demande. Ici, pas de déclenchement, pas de monitoring en permanence, pas de péridurale non plus. À condition que la grossesse et l'accouchement soient classés « à bas risques », c'est-à-dire qu'ils ne présentent pas de risques connus. Parmi les contre-indications : un premier accouchement par césarienne, un bébé qui se présente par le siège, une grossesse de jumeaux ou de l'hypertension pendant la grossesse. À la Manala, les femmes repartent quelques heures après l'accouchement et sont ensuite suivies chez elles par les sages-femmes.

Être accompagnée par quelqu'un qui nous connaît

La maison est placée sous la responsabilité de ses sages-femmes, libérales, réparties en trinômes. Chaque femme enceinte est suivie par le trio le plus proche de chez elle. Le jour J, elle accouche avec deux sages-femmes, celle qui est d'astreinte et l'une des

membres de son trinôme. « Cet accompagnement global, c'est ce qui est un peu spécifique à la maison de naissance », explique Claire Lortz, sage-femme à la Manala. Autre particularité, c'est une structure autonome, bien que située au sein de l'hôpital de Sélestat et gérée par l'association Manala.

Au premier étage d'une aile excentrée de l'hôpital, une porte en bois dans le couloir blanc. Derrière, le contraste. D'un côté un univers aseptisé, de l'autre, une salle d'attente avec du lino bois au sol, des rideaux colorés et une lampe en cristaux de sel dans un coin. Seuls le berceau tapissé d'un plaid aux poils blancs et la documentation indiquent que

l'on vient d'entrer dans une maison de naissance. Devant, le bureau des sages-femmes

et une salle pleine de matelas prune sur le sol. À droite, une cuisine et un accès aux chambres. C'est là qu'ont lieu les accouchements à la Manala. En oubliant l'énorme baignoire rose dans la pièce et la liane de suspension accrochée au plafond, on pourrait se croire à la maison. Le lit est recouvert d'une courtoise brodée, et la lumière peut y être tamisée. Pas d'écran, de fil, de chariot ou de bip. Le matériel médical se fait discret, soigneusement rangé dans les placards sous le lavabo.

Mais la sérénité ne l'emporte pas sur la sécurité. Des complications peuvent se présenter à tous moments de l'accouchement. Les sages-femmes de la Manala passent alors la main aux équipes voisines en transférant les femmes en travail via un couloir qui donne sur la maternité. Cet accès direct est une obligation de la loi qui autorise la création des

maisons de naissance. « On suit les recommandations de la Haute Autorité de santé, explique Claire Lortz. On doit garder à l'esprit qu'il y a toujours des risques, mais on sait que si on les a bien évalués avant, on les limite. »

60

naissances à la Manala de Sélestat en un an.

Un accouchement physiologique en maternité

Malgré toutes ces précautions, certains médecins sont réticents à la création de ces nouvelles structures. Professeur universitaire et chef du pôle mère-enfant du CHU de Haute-pierre, Bruno Langer alerte sur la notion d'accouchement « à bas risques ».



« Aujourd'hui, le public croit toujours qu'on ne peut plus avoir un accouchement qui tourne mal », explique-t-il, avant de rappeler qu'une grossesse sans problème n'exclut pas nécessairement un accouchement compliqué.

Selon lui, les accouchements physiologiques peuvent très bien avoir lieu en maternité : à Haute-pierre, l'hôpital a créé en 2005 des salles dédiées à ce type d'accouchement. « Nos sages-femmes y font exactement la même chose qu'en maison de naissance », souligne Bruno Langer. Restent quelques différences, les femmes enceintes y ont un cathéter dans le bras, mais non relié à une perfusion. Contrairement à la maison de naissance, elles séjournent à l'hôpital deux ou trois jours après leur accouchement. Pour Elodie Lahner, c'est surtout le cadre qui change. Pour son deuxième enfant, elle souhaitait accoucher de manière physiolo-

Atelier « couches lavables » à la maison de naissance Alsace, le 27 novembre.

Anne Mellier/CUEJ

gique à l'hôpital de Sélestat. Elle a finalement accepté la péridurale, qui lui était régulièrement proposée. Comme une part importante des femmes transférées des salles physiologiques aux salles classiques à Haute-pierre. « Je ne voyais que ça, je n'avais pas été préparée à faire autrement », regrette-t-elle. Son troisième bébé est né à la Manala. « J'ai accouché à 11 h 30, à 18 heures je suis rentrée à la maison et j'ai demandé à mon compagnon si on pouvait en faire un quatrième », se souvient-elle en riant. Mais pas à l'hôpital, car « en maternité, c'est une sage-femme qu'on ne connaît pas ».

Céline Weber, elle, a finalement accouché à la Manala en janvier. Pas dans l'eau comme elle le souhaitait, mais dans un moment « plein d'ondes positives » avec son compagnon, « rassurée de la toute proximité de l'hôpital ».

**Franziska Gromann
et Anne Mellier**

Les maisons de naissance

Créées pour offrir aux femmes une « prise en charge moins technicisée du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum » aux grossesses « à bas risque », neuf maisons de naissance ont vu le jour entre 2014 et 2016. Elles sont le fruit d'une collaboration entre le ministère de Santé et la Haute Autorité de santé (HAS). Ces maisons de naissance ont reçu une autorisation de fonctionnement à titre expérimental, pour une durée de cinq ans. Elles seront évaluées après deux ans d'existence et à la fin de la période expérimentale. En se fondant sur la loi du 6 décembre 2013 et le décret du 30 juillet 2015, la HAS a élaboré les conditions de fonctionnement des maisons de naissance, parmi lesquelles l'obligation qu'elles soient contiguës à un établissement de santé, pour assurer la prise en charge médicale en cas de complications.



Pour le client, il est difficile de voir clair parmi la myriade d'acteurs du marché des lunettes et l'opacité des tarifs.

Au centre commercial Rivetoile de Strasbourg, le magasin Grand'Optical affiche une promotion : « Réduction de 20% sur les verres jusqu'à vendredi. » Comme une grande surface, cette franchise enchaîne les rabais pour déclencher l'acte d'achat : « On aura une nouvelle offre à partir de vendredi, anticipe la responsable. Je ne peux pas vous dire si ce sera mieux ou non, mais venez, il y aura une nouvelle remise. »

Dans le même centre commercial, un nouveau magasin s'ajoutera bientôt aux plusieurs dizaines d'opticiens de Strasbourg. Le secteur est à la frontière entre le médical et le commercial. Un soin inégalement accessible, qui représente une manne pour opticiens, assurances et mutuelles, fournisseurs. En France, l'optique pèse 5,8 milliards d'euros en 2014 selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Le Bas-Rhin paie ses lunettes au prix fort

En Alsace, le prix des lunettes est particulièrement élevé. Alors que la moyenne française du reste à charge est de 167 euros, il est de 184 euros dans le Bas-Rhin et de 183 euros dans le Haut-Rhin, selon une étude de septembre réalisée pour l'Observatoire de la santé et la Mutualité française. Seul un département hors région parisienne fait pire : la Savoie. Pourquoi cette différence de prix ? Il faut regarder



Nos très chères lunettes

der du côté du portefeuille des Alsaciens, selon un opticien indépendant installé à Esplanade :

« Le haut niveau de vie en Alsace explique les tarifs importants »

« Le niveau de vie est élevé en Alsace. C'est pour cela que dans d'autres régions comme l'Auvergne, le

panier de lunettes est de moins bonne gamme. »

Jean-François Amé, installé à Barr, pointe les habitudes de consommation des Alsaciens. « Dans l'Est, les complémentaires ont toujours été sophistiquées, car le niveau de vie y est historiquement supérieur. Cela se traduit par des cotisations plus élevées. »

Au contraire, une conseillère d'Harmonie Mutuelle s'insurge : « C'est un scandale : en Allemagne, les lunettes sont moitié moins chères. » Ceux qui ne sont pas bien couverts, comme certains chômeurs, retraités ou indépendants, payent plein pot. De ré-

434 €

Prix des lunettes en France sans remboursement. C'est le plus élevé en Europe.

centes études placent la France en tête des prix des lunettes en Europe (434 euros en moyenne selon la Drees).

Alors que le verre le plus simple coûte aux alentours de 20 euros chez un opticien, le régime local d'Alsace-Moselle (plus favorable que l'assurance maladie) pratique un remboursement dérisoire : 90% d'un tarif fixé entre 2,29 euros et 24,54 euros selon la complexité du verre pour un adulte.

Le remboursement plafonné à 150 euros par monture

Il faut souscrire à une assurance auprès d'un organisme complémentaire d'assurance maladie (Ocam), obligatoire depuis 2016 pour les salariés, pour obtenir un remboursement convenable. Depuis 2015, les remboursements sont plafonnés à 150 euros par monture : ce sont les contrats responsables, mis en



tes

place pour faire baisser les dépenses de santé.

Avant, les Ocam pratiquaient un remboursement très important : une aubaine, aussi bien pour les opticiens qui ont augmenté leurs prix, que pour les mutuelles et compagnies d'assurance qui ont pu compter des assurés supplémentaires en quête de lunettes. « Il y a vingt ans, les Ocam ont utilisé l'optique comme produit d'appel. Ils fournissent un bien qui n'est pas un risque afin d'attirer de nouveaux clients », explique Jean-François Amé. Pour faire baisser le reste à charge des assurés, un autre outil s'est développé ces dernières années : les réseaux de soins.

Les Ocam contractent localement avec des opticiens. Ceux-ci doivent répondre à un appel d'offres pour pouvoir intégrer ces réseaux de soins, et ainsi attirer la clientèle des mutuelles partenaires vers leur magasin, les

A l'image des multiples formes, couleurs et styles de lunettes, le monde de l'optique demeure nébuleux.

Photo Thomas Porcheron/CUEJ

assurés profitant de conditions avantageuses de remboursement. Chaque mutuelle propose des magasins partenaires à Strasbourg : Afflelou pour Harmonie Mutuelle et Axa, Opticia et Acuitis pour la Matmut.

Le lucratif royaume des mutuelles

Mais malgré le strict cahier des charges imposé aux opticiens, ce n'est pas la qualité du verre qui est négociée mais bien son prix, comme l'affirme Jean-François Amé. L'opticien de Barr était auparavant affilié à Groupama : « Au bout de neuf ans, l'assureur m'a annoncé que j'étais trop cher, que d'autres opticiens voulaient rentrer dans le réseau. On m'a dit : "Je te demande pas de vendre moins cher, mais de changer de produit". » Devant son refus, l'opticien a été radié du réseau « fermé ».

Jean-François Amé pense qu'avec le développement des réseaux de soins, le coût optique diminue et la qualité baisse. « On est toujours capable de faire du zéro reste à charge, mais on est plus sur une Dacia Sandero qu'une Audi A3 en termes de qualité de verre. » Jean-Philippe Antoine porte un autre regard sur ces réseaux : « Je suis commerçant. En vendant un verre bas de gamme, je gagne plus d'argent ! »

Il est difficile de comparer la qualité des verres vendus chez telle ou telle enseigne avec un même contrat d'assurance. « Même un professionnel a du mal à faire la différence entre les références », confesse l'employé d'Acuitis. Cela se révèle même impossible quand les verres choisis sont des MDD (verre de marque de distributeur), souvent produits par les mêmes grands verriers mais différenciés selon les enseignes. Impossible, dans ce contexte, de faire jouer la concurrence et pouvoir comparer les prix pratiqués par les opticiens.

Ce sont désormais les mutuelles qui ont la main sur le choix de l'équipement et de l'opticien, souvent avec le consente-

ment de celui-ci. Un environnement opaque, qui doit s'éclaircir au 1^{er} janvier. Une disposition de la loi Macron doit contraindre les opticiens à plus de transparence : visibilité sur les prix pratiqués et un devis normalisé remis au client avant achat. Le Rassemblement des opticiens de France, un des principaux syndicats de la profession, a demandé son report. Ils s'inquiètent d'une nouvelle augmentation du reste à charge pour les clients. Mais surtout d'une surcharge de travail non remboursée par l'assurance-maladie.

Paul Boulben

« En vendant un verre bas de gamme, je gagne plus d'argent »

Les mots de l'optique

Reste à charge :

L'argent réellement déboursé par le client après remboursement de l'assurance-maladie et des complémentaires santé.

Ocam :

Organismes complémentaires d'assurance maladie. Qu'ils soient assureurs ou mutualistes de métiers, les Ocam visent à réduire le reste à charge de leurs assurés dans les domaines où l'assurance-maladie rembourse peu (optique, dentaire, audio-prothèses). Au 1^{er} janvier 2016, la loi a prévu la mise en place d'une couverture santé obligatoire pour tous les salariés.

Réseau de soins :

Collaboration entre différents acteurs de santé pour proposer un service à la meilleure qualité/prix en direction des assurés.

Réseau de soins fermé :

Collaboration avec un nombre limité de professionnels. L'appel à des professionnels non partenaires entraîne un remboursement moindre de la mutuelle.

France-Allemagne, systèmes non complémentaires

La proximité avec la frontière présente des avantages pour les consommateurs français et les professionnels allemands.

Tout est moins cher ici, dans notre banlieue strasbourgeoise », plaisante Michael, qui se rend à Kehl, avec sa femme Emmanuelle, pour faire ses courses. Récemment, le quinquagénaire, résidant en France, a acheté ses lunettes de marque en Allemagne, chez Apollo Optik. Il affirme que les lunettes coûtent deux fois moins cher qu'en France, ce que confirme la Mutualité française.

Dans les villes frontalières allemandes, ce sont surtout les grandes chaînes qui attirent les clients français. Ils y trouvent les collections maison, mais aussi les marques internationales à bas prix.

Chez Fielmann, leader allemand du marché de l'optique en Europe et absent en France, les montures Ray Ban sont à 99 euros seulement, environ 50 euros de moins que chez les autres opticiens, en Allemagne et en France. « Avec de tels prix, on peut financer ses lunettes soi-même », dit Michael. A tel point qu'il n'a même pas sollicité son assurance maladie.

Le remboursement pas encore au point

Pour les petits opticiens allemands en revanche, c'est une autre paire de manches. La différence de prix avec leurs concurrents français n'est pas flagrante – ni pour les montures de marque ni pour les verres qui proviennent souvent des mêmes entreprises, Essilor (français) ou Zeiss (allemand). Les professionnels cherchent donc à se démarquer par leur offre alternative et l'accueil du client.

« Nos salariés assistent une fois par semaine à un cours de français pour mieux s'occuper de nos

clients venus de l'autre côté du Rhin », raconte Nicole Thüm, gérante de l'entreprise familiale à Kehl. Régulièrement, elle forme des stagiaires de l'école des opticiens de Strasbourg. Elle estime que de 20 à 30% de ses clients sont Français, mais elle est certaine qu'elle a encore de la marge. « Souvent, ils hésitent à acheter à cause du remboursement auprès des caisses d'assurance maladie françaises. Elles prennent trop de temps », se plaint l'opticienne. « Il règne effectivement un flou total sur la question du remboursement, pas seulement pour les prestataires, mais aussi auprès des assurances », confirme Audrey Schlosser, chef de service français chez Infobest, pôle de compétence transfrontalier à Kehl.

Un manque de transparence pour les mutuelles

Pourtant, la directive européenne de 2011 sur les droits de patients en matière de soins de santé transfrontaliers devait simplifier les démarches : libre choix de la prestation de soins, remboursement du patient par l'Etat d'affiliation, au minimum à hauteur de ce qui lui serait remboursé pour des soins identiques pratiqués dans son pays de résidence.

« En théorie, cette directive va dans le bon sens, mais en réalité elle n'a rien amélioré », regrette Eddie Pradier de Trisan, un centre de compétences créé en 2016 pour optimiser la coopération transfrontalière en matière de santé dans le Rhin supérieur. Eddie Pradier constate un manque de transparence, pour les visites médicales dans l'autre pays comme pour les équipements par exemple les lunettes. La responsabilité des complémentaires

de santé n'est pas prévue dans la directive et le remboursement d'une prestation en Allemagne dépend de chaque mutuelle et du contrat. Audrey Schlosser raconte : « Une femme est venue nous voir dernièrement parce que, pendant des années, sa mutuelle avait payé ses lunettes faites en Allemagne, et tout d'un coup, elle a cessé de rembourser. Personne n'a compris pourquoi. »

«Beaucoup d'informations contradictoires»

L'opticienne Nicole Thüm est déçue par l'Union européenne, dont la bureaucratie représente un frein pour ses clients. « Nous avons une grande expertise dans l'examen de la vue. Cela peut remplacer la visite chez l'ophtalmologue pour laquelle on attend toujours trop longtemps en France. »

Mais avec les restrictions de la directive européenne, si on veut être remboursé, le parcours de soins doit être le même que dans le pays d'affiliation : on a besoin d'une ordonnance médicale. Les patients français ne profitent donc pas de cet avantage. « Il y a beaucoup d'informations contradictoires, c'est une vraie jungle », résume Eddie Pradier. Pour l'instant, il ne recommanderait pas de se faire soigner ou s'équiper dans un autre pays européen. Seuls les frontaliers, ceux qui résident dans un pays et travaillent dans l'autre, ont un vrai avantage, comme le couple franco-allemand Michael et Emmanuelle. Pour cela, ils ont dû demander le formulaire européen S1 à l'organisme d'assurance maladie, avec lequel ils ont droit aux soins de santé des deux côtés de la frontière.

Clara Surges

**2011/
24/UE**

C'est le nom de la directive européenne qui prévoit le droit des patients transfrontaliers.

Pour la consulter : bit.ly/2i7801y

De la médecine en tablette

L'appli Toktokdok permet au patient de consulter son médecin en ligne. Un service apprécié par les établissements pour personnes dépendantes.



Enthousiaste, cette directrice d'Ehpad l'est assurément. Sabine Decker équipera bientôt ses deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Saint-Antoine, à Issenheim, et Sainte-Famille, à Ribeauvillé) de tablettes fournies par la start-up Toktokdoc. Adieu le vieux chariot de télé-médecine, amas de fils et d'écrans, « un truc monstrueux

sur roulettes » qui avait le même but de consulter un spécialiste à distance mais n'était plus utilisé. « *Labonnement coûtait bonbon et il n'y avait pas de prise en charge des consultations par l'Assurance maladie. J'ai eu la chance de me mettre d'accord avec le médecin pour que ces consultations ne soient pas rémunérées*, explique la directrice. *Aujourd'hui, c'est complètement dépassé.* »

Alexandre Cornu, responsable développement du produit, présente le dispositif aux infirmiers de l'Ehpad de Ribeauvillé, le 28 novembre.

Photo Baptiste Decharme/CUEJ

L'idée de Toktokdoc a germé dans l'esprit de Laurent Schmolli, médecin ORL à Strasbourg. En 2013, il avait déposé un brevet pour un otoscope connecté (instrument qui sert à inspecter le conduit auditif d'un patient), mais le système n'a jamais été développé.

Diagnostic en temps réel

Depuis un an, avec son équipe, il collabore sur une application de télé-médecine sur tablette. Ce système est proposé à 199 euros par mois, plus 3 euros par patient pris en charge. « *Ce n'est pas tellement que ce soit moins cher, avance Sabine Decker, c'est que TokTokDoc nous propose des appareils ultra-légers, ultra-connectés.* » À l'aide de la tablette, le patient, accompagné d'un infirmier ou d'un aide-soignant, peut parler en visioconférence avec son médecin, >>>

La télé-médecine, spécialité régionale

Chaque Agence régionale de santé avait décliné son projet. L'Alsace s'est lancée dans la télé-médecine en Ehpad et dans les centres pénitenciers. La télé-radiologie (envoi d'imagerie médicale) est très développée en Lorraine», détaille Bruno Boutteau, chargé de mission des systèmes d'information en santé au sein de l'ARS Grand-Est. Depuis le 1^{er} novembre, les consultations en

télé-médecine sont remboursées par l'Assurance maladie, et l'ARS finance certains projets. « *On encourage la télé-médecine sur des moyens mobiles, comme la tablette. L'idée, c'est que le matériel serve tous les jours pour faire des soins*, indique Bruno Boutteau. *Après, on laisse les acteurs libres de choisir la solution qui leur convient, on vérifie juste que les règles d'utilisation assurent la qualité des soins.* »

>>> lui envoyer des photos de ses plaies, des résultats d'examen tels que sa tension ou sa glycémie... Le médecin peut aussi vérifier en temps réel le rythme cardiaque grâce à un stéthoscope connecté.

Démarchée en juin par la nouvelle entreprise strasbourgeoise, Sabine Decker n'a pas hésité avant de s'engager. Trois mois plus tard, l'Agence régionale de santé (ARS) lance un appel à projets pour développer la télé-médecine dans le Grand-Est. Parmi les 150 candidatures reçues par l'agence, et les 50 acceptées, celle des deux Ehpad de Sabine Decker. Le système est financé par l'ARS, à hauteur de 8 304 euros pour ces deux établissements. Elle recevra aussi une indemnité forfaitaire de 14 000 euros pour les frais induits : « *On a fait venir la fibre optique* », précise la directrice. 14 000 euros supplémentaires pourront être versés l'année prochaine si le seuil des 50 consultations est franchi.

TokTokDoc répond à plusieurs problématiques rencontrées par les Ehpad. « *Ce sont les premiers déserts médicaux* (les spécialistes rechignent à s'y déplacer, NDLR) confirme Dan Grünstein, directeur général de l'application. Avec Toktokdoc, on évite le stress du déplacement des patients, le coût du transport, de l'hospitalisation... »

Extension en vue

L'établissement peut aussi disposer rapidement d'un avis médical précis, là où avant il fallait souvent passer par le service des urgences.

Aujourd'hui, parmi les 135 structures équipées en France, figurent une dizaine d'Ehpad et cinq services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) alsaciens. « *On est en train de l'implanter chez SOS médecins* », se réjouit le docteur Laurent Schmoll. Après une levée de fonds réussie auprès de la Banque publique d'investissements et la région, la start-up cherche à s'étendre et se tourne vers d'autres investisseurs privés. Elle compte recruter quatre personnes d'ici un an.

Baptiste Decharme

À la pointe du combat contre la douleur

À Strasbourg, le plus grand centre anti-douleur d'Alsace accueille environ 2 000 patients par an. La synergie entre praticiens est essentielle au traitement et à la recherche.

6 centres anti-douleur en Alsace.

12 millions de Français souffrent de douleurs chroniques. 70 % d'entre eux ne reçoivent pas de traitement approprié pour leur douleur.

3 mois c'est la durée minimum pour qu'une douleur soit considérée comme chronique.

Notre mission est que tout soit mis en œuvre pour que la douleur chez le patient soit éradiquée ou réduite au maximum. » Eric Salvat est un des douze médecins du centre d'étude et du traitement de la douleur (CETD) du CHU d'Hautepierre à Strasbourg. Situé au troisième étage, il accueille des patients affectés par des douleurs intenses souvent dues à des maladies chroniques comme la sclérose en plaque ou le cancer.

« *Les tumeurs sont l'une des premières causes de consultation*, explique le Dr Salvat. *Tout comme les douleurs de dos, crâniennes et neuropathiques.* » Ces dernières, liées à un dérèglement du système nerveux, sont particulièrement difficiles à traiter, car elles résistent aux antalgiques.

Cohésion médicale

Le patient qui vient consulter au CETD suit un parcours de soin classique. Il est obligatoirement envoyé par un praticien, souvent son médecin traitant.

Pour les cancers, les médecins du centre travaillent fréquemment en binôme avec un oncologue :

« **Que tout soit mis en œuvre pour éradiquer, ou réduire au maximum la douleur** »

il s'agit de proposer un suivi adapté au patient, que ce soit un traitement médicamenteux ou non, grâce aux douze spécialités présentes au sein de l'unité (acupuncture, hypnose, rhumatologie, anesthésie...)

« *Les deux grandes forces de cette unité anti-douleur sont les décisions collégiales pour les cas difficiles et les nombreux moyens techniques mis à notre disposition* », insiste Eric Sal-

vat. Récemment, l'unité s'est dotée d'une machine réalisant des stimulations magnétiques transcrâniennes. Un outil efficace pour soulager les douleurs liées à la fibromyalgie (douleurs diffuses ressenties dans le corps et probablement dues à une grande fatigue).

Système nerveux

Le CETD de Strasbourg est engagé dans la recherche. Grâce à un partenariat noué en 2009 avec le pôle des neurosciences de l'université, il consacre deux demi-journées par semaine à la recherche et à l'enseignement au sein de l'un de leurs laboratoires. Cette entente franchit aujourd'hui une nouvelle étape grâce au lancement, à la rentrée 2018, d'une école doctorale nommée Euridol (Ecole universitaire de recherche interdisciplinaire sur la douleur).

Pour le Professeur Poisbeau, chercheur en neurosciences et directeur d'Euridol, il était logique de faire appel au centre : « *On a la chance d'avoir une bonne consultation douleur,*

très ouverte sur les médecines complémentaires. Elles feront d'ailleurs partie intégrante de la

formation de l'école à l'image de la musicothérapie. »

In fine, cette école ambitionne d'influencer la manière de traiter la douleur au sein des facultés de médecine. Aujourd'hui, seules une vingtaine d'heures lui seraient consacrées sur les six années d'études que comprend le deuxième cycle, selon la Société française d'étude et de traitement de la douleur.

Victor Noiret



Le marathon de la prévention

Le cancer du sein est celui qui touche le plus de femmes en France. C'est aussi l'un des mieux soignés, grâce au dépistage précoce. Le Bas-Rhin a été l'un des pionniers dans ce domaine.

C'est devenu une tradition dans la capitale alsacienne : début octobre, des milliers de femmes courent dans les rues du centre-ville avec un dossard rose à l'occasion de la Strasbourgeoise, une épreuve exclusivement féminine créée en 2010. Cette année, elles étaient plus de 12 000 : un chiffre à peine plus élevé que celui des personnes mortes des suites du cancer du sein en 2015 en France.

De toutes les tumeurs, c'est celle qui tue le plus de femmes dans l'Hexagone. Une sur huit y est confrontée au cours de sa vie ; 87% d'entre elles y survivent. Un taux qui passe à 99% si la maladie est détectée précocement, grâce à un dépistage régulier.

Si aujourd'hui la pratique préventive de la mammographie, qui existe depuis les années 1950, est devenue courante, ce n'était pas le cas il y a trente ans. Le Bas-Rhin est alors l'un des premiers départements à accueillir des campagnes de dépistage sur son territoire. Dès

Deux T-shirts de la Strasbourgeoise, la course qui a réuni 12 000 femmes lors de sa dernière édition.

Photo : Victor Guillaud-Lucet

245

C'est le montant en euros de la « prime au dépistage » accordée aux médecins dont au moins 80 % des patientes entre 50 et 74 ans se font dépister tous les deux ans.

1989, des médecins gynécologues, radiologues ou spécialistes du cancer y créent l'Association pour le dépistage des maladies du sein (Ademas). Une initiative qui suscite rapidement l'intérêt des institutions, jusqu'à l'Union européenne qui en fait le modèle français du programme « Europe contre le cancer ».

Des courriers d'incitation tous les deux ans

En vingt-huit ans d'existence, le principe de l'association est resté le même : envoyer des courriers d'incitation tous les deux ans pour encourager les femmes à se faire dépister. « Notre rôle, c'est de proposer la mammographie, explique Catherine Guldenfels, médecin-coordinatrice de l'Ademas. Notre action porte sur les femmes de 50 à 74 ans habitant en Alsace. Après 75 ans, les femmes sont aussi touchées par d'autres pathologies, et il vaut mieux passer par le médecin-traitant pour un suivi plus complet. » Pour repérer toutes les cibles

potentielles de cette campagne d'encouragement au dépistage, l'association a recours aux fichiers des différents régimes d'assurance maladie d'Alsace. Depuis 2004, l'Assurance maladie a repris le système d'envoi de courriers tous les deux ans, en y joignant un bon de prise en charge assurant le remboursement à 100% de la mammographie. Mais l'examen n'est effectué que par la moitié des femmes de 50 à 74 ans et se retrouve dans le viseur de l'UFC-Que choisir. L'association pointe, entre autres problèmes, des surdiagnostics, un manque d'informations et, surtout, la « prime au dépistage » offerte aux médecins.

Le dispositif devrait être revu par l'État pour cibler davantage la prévention des risques dès le plus jeune âge. Un problème qui ne concerne pas que les femmes ; si elles représentent 99% des malades du sein, les hommes ne sont pas épargnés.

Kévin Brancaleoni

Recettes de cuisine alsa-saines

Vous avez dit léger ? Nous n'avons rien de tout ça à la carte, madame, ici nous cuisinons alsacien. » Premier coup de fil Chez Yvonne, une des nombreuses winstubs strasbourgeoises, premier échec. Le marathon des restaurants ne fait que commencer. Quand on parle de calories à un cuisinier alsacien, il prend facilement la mouche. Après avoir écumé les rues de Strasbourg

dans des odeurs de vin chaud et de baguettes flambées du marché de Noël, nous avons fini par rencontrer quatre chefs. Ils ont accepté de nous révéler leur plat le plus light mais sont unanimes : la cuisine alsacienne traditionnelle est « copieuse », « généreuse », « costaute ».

**Texte et photos :
Marine Ernoult et Sophie Mote**

« Dans nos lewerknepfles il y a du foie de porc ou de génisse, du lard fumé, de la mie de pain, des herbes, des œufs et de la semoule de blé. C'est quand même moins calorique qu'une choucroute qui contient beaucoup de saucisses. J'essaie de mettre moins de matière grasse et de réduire les portions. Mais, au niveau de la tradition, c'est dur de changer. Les clients veulent des plats à l'ancienne, ils recherchent ce côté copieux typiquement alsacien. »



**Lewerknepfles
(quenelles de foie) de
Lucas Gehin
(Au Renard Prêchant)**



**Bibeleskäs
(fromage blanc
salé) de Jonathan
Nay (Winstub
Meiselocker)**

« C'est le plat le plus léger de notre carte car on enlève le côté viande. A l'origine, il s'agit du plat traditionnel du dimanche soir. C'est un pot de fromage blanc que l'on assaisonne avec du sel, du poivre et des herbes. On le mange froid avec des pommes de terre sautées chaudes. Notre fromage blanc contient 35% de matière grasse, on veut que ça tienne au ventre ! Les clients d'une winstub doivent sortir repus. Ça génère un peu de gâchis mais on ne peut pas se permettre qu'à la sortie ils aient faim. »

« Streusel, kouglof, tarte avec 1,3 kg de fromage blanc à l'intérieur... Rien n'est light dans les desserts traditionnels. Moi, je préfère revisiter les classiques. Pour mon tiramisu alsacien, j'utilise des pommes de la région, du pinot gris vendanges tardives et de la cannelle. Il y a quand même beaucoup de matière grasse, je l'avoue, mais si je réduis les quantités, ça devient plus léger. »

**Choucroute
d'Hubert
Lépine (Maison
Kammerzell)**



**Tiramisu
alsacien
de William
Courtaliac
(La Fignette)**



« La gastronomie alsacienne est aujourd'hui beaucoup plus légère. On ne cuisine plus la choucroute comme il y a quinze ans avec du saindoux et de la couenne de porc. Pour préserver les vitamines et les minéraux, on cuit le chou à basse température et on l'assaisonne avec une tisane. La choucroute aux poissons est saine, son seul souci est la sauce avec laquelle on l'accommode. Si on a la main lourde sur le beurre, on casse tout. En réalité, la choucroute la plus saine possible est celle qu'on sert crue, en salade, juste rincée à l'eau avec un petit peu d'huile d'olive et accompagnée d'un saumon mariné à l'aneth. »