

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional





Portrait du territoire du projet Coprosepat

Juin 2021





Document réalisé par :
Laurent Chamagne : Chargé d'études démographe, ORS Grand Est
Charles-Henri Boeur : Chargé de projet – Attaché scientifique, Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg
Michel Bonnefoy : Ancien directeur de l'ORS Grand Est. Président de l'Observatoire Européen en Santé Transfrontalière (OEST)

Sommaire

Sommaire	3
Avant-propos	4
Matériel et méthodes	5
Limites	5
Cadrage socio démographique	6
Présentation du territoire	7
Evolution de la population	8
Population par âge	9
Pauvreté	10
Chômage	11
Ce qu'il faut retenir	12
Etat de santé	13
Mortalité générale	14
Mortalité prématurée	15
Principales causes de mortalité	16
Ce qu'il faut retenir	18
Offre de soins	19
Médecins généralistes	20
Cardiologues	21
Oncologues	22
Chirurgiens-dentistes	23
ZOAST	24
Hôpitaux de court séjours	25
SMUR	26
Maternités	27
Ce qu'il faut retenir	28

Avant-propos

Les maladies chroniques sont les principales causes de mortalité et de morbidité dans nos sociétés occidentales et elles se propagent de manière importante dans les pays en développement. En Belgique et en France, plus des trois quarts des dépenses de santé sont destinées aux traitements de ces pathologies. Pour en améliorer la prise en charge, il est indispensable d'intégrer dans les programmes de soins l'apport du patient qui est le premier observateur et acteur de l'évolution de son état de santé. Le patient atteint d'une affection chronique doit pouvoir apporter sa connaissance, son expérience, son ressenti sur son état de santé.

Au travers du programme Interreg V FWV, le projet COPROSEPAT vise à atteindre de tels objectifs dans le cadre de la coopération sanitaire transfrontalière initiée depuis trois décennies au sein de l'espace frontalier rural franco-belge. Celui-ci est doté de sept territoires de santé transfrontaliers dénommés ZOAST qui améliorent l'accès aux soins des patients résidant dans ces territoires. Le projet COPROSEPAT veut renforcer cette prise en charge transfrontalière au moyen des actions suivantes :

- L'élaboration d'un portrait de territoire pour permettre une connaissance fine de l'état de santé des populations et de l'offre de soins.
- Un recensement des services de prévention et d'éducation thérapeutique du patient qui sont primordiaux et essentiels à la prise en charge responsabilisée des patients atteints d'affections chroniques.
- Une prise en compte des moyens et des pratiques développées en éducation thérapeutique pour favoriser un échange de bonnes pratiques tant au niveau des professionnels de santé que des patients.
- Le développement d'une action d'éducation thérapeutique transfrontalière dans le cadre de l'insuffisance cardiaque.
- Une amélioration de la prise en charge des patients en situation de précarité économique atteints de pathologies chroniques au moyen d'une étude préalable de la littérature en ce domaine et le développement d'actions éducatives adaptées aux spécificités de ce type de patientèle.
- L'intégration de projets d'éducation thérapeutique dans un territoire transfrontalier classé désert médical.

Le projet qui s'étale sur la période allant du 1^{er} avril 2019 au 31 décembre 2022 repose sur un partenariat solide composé principalement de l'Observatoire Européen de la Santé Transfrontalière (OEST), l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est (ORS GE), l'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, la Mutualité Socialiste du Luxembourg, le Groupe Vivalia, l'Hôpital de Mont-Saint-Martin Groupe SOS Santé, le CHU UCL Namur, l'asbl COTRANS, la Mairie de Givet, l'UGECAM Ardennes, CHRONILUX, etc.

La présentation du projet et les travaux réalisés ainsi que le partenariat que développe ce projet sont accessibles sur le site internet : https://coprosepat.eu/

Matériel et méthodes

L'Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg et l'Observatoire Régional de la Santé du Grand Est, avec l'appui de l'ensemble des autres opérateurs, ont été chargés de réaliser ce portrait de territoire. Ce travail a nécessité, dans un premier temps, une comparaison des définitions des données existantes de chaque côté de la frontière en s'appuyant, en partie sur les travaux déjà réalisés dans le cadre du projet Gedidot. Cette première étape a permis d'identifier les indicateurs pouvant être similaires entre les deux pays et de connaître les limites à leur comparabilité.

Les indicateurs, ainsi sélectionnés, ont été recueillis et traités de chaque côté de la frontière et les résultats ont été compilés dans des tableaux accessibles sur le site internet du projet Coprosepat.

Ce document présente une synthèse des principaux indicateurs sociodémographiques, sanitaires et d'offre de soins. Des cartes, déclinées par arrondissements, lorsque les données sont disponibles ou, à défaut, selon d'autres découpages géographiques (zone d'emploi, province belge, département français), permettent d'identifier les sous territoires présentant les besoins et les déficits d'offre les plus importants. Elles permettent, également de comparer les besoins et les offres existants de chaque côté de la frontière, ce qui peut apporter une première réponse aux complémentarités pouvant exister entre les deux pays.

Limites

Les indicateurs sélectionnés dans ce document présentent la particularité d'être relativement comparables entre les deux pays. D'autres indicateurs, tels que ceux recouvrant la morbidité ont été recueillies mais ne figurent pas dans ce document du fait de l'absence de comparabilité entre les deux pays.

Certains indicateurs comparables entre les deux pays ont été obtenus selon des méthodes très différentes. C'est le cas, par exemple, des taux de pauvreté calculées à partir des fichiers des impôts en France et d'enquêtes auprès des ménages en Belgique. Ces différences de méthodologies ont empêché la constitution de numérateurs et de dénominateurs équivalents de chaque côté de la frontière et, par conséquent, de taux transnationaux.

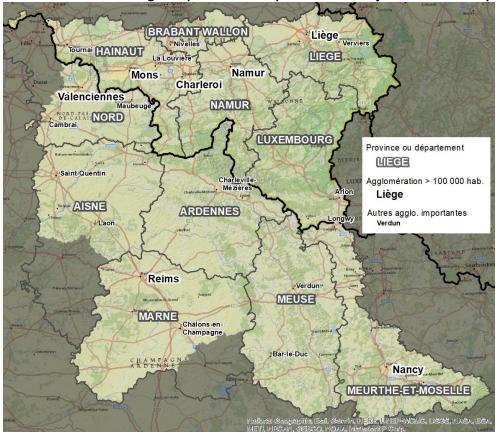
La différence dans les modes de récolte des données peut également inciter à rester prudent dans la comparaison des résultats. C'est le cas, notamment en ce qui concerne les causes de de décès obtenues à partir des certificats de décès remplis par les médecins. En effet, lors du constat d'un décès, les médecins belges et français pourraient avoir des interprétations différentes quant à l'origine du décès.

La différence dans l'organisation des soins de chaque côté de la frontière pourrait également limiter la comparabilité de l'offre de soins. Ainsi, un pays proposant une grande diversité d'offre de soins pourrait avoir de faibles densités pour chacune des professions de santé.



Présentation du territoire





Territoire Coprosepat:

6 443 102 habitants 48 070 Km² 134 hab. / km²

Versant belge:

3 617 833 habitants 16 901 Km² 214 hab. / km²

Versant français

2 825 269 habitants 31 169 Km² 91 hab. / km²

La population rurale représente 33,0 % de la population de l'ensemble du territoire. Elle est proportionnellement plus nombreuse sur le versant français (41,2 %) que sur le versant belge (26,6 %). Elle est largement majoritaire dans la population de département de la Meuse (76,5 %) et de la province de Luxembourg (67,8 %).

Population du territoire Coprosepat en 2017

Versant	Population	Densité	% rural
belge	3 617 833	214	26,6%
français	2 825 269	91	41,2%
Total	6 443 102	134	33,0%

Principales agglomérations

Agglomération	Pays	Population* agglomération	Population* ville-centre
Liège	Belgique	501 547	197 217
Valenciennes	France	335 262	43 405
Charleroi	Belgique	290 998	202 746
Nancy	France	286 565	104 885
Reims	France	215 729	182 211
Mons	Belgique	193 863	95 887
Namur	Belgique	111 432	111 432
- Turnur	DelBique		

^{*} Population en 2020 (Belgique) et en 2018 (France)

Sources:

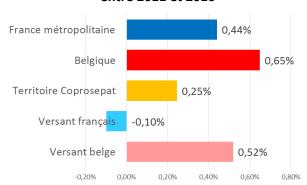
Belgique: Statbel – Registre national **France**: Insee (recensement)

Définition:

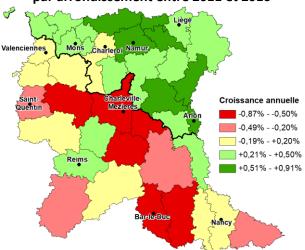
Population rurale : Population vivant dans une commune de faible densité selon la définition d'Eurostat. Il s'agit de la population vivant en dehors des zones urbaines. Ces dernières sont définies lorsqu'un groupe de maille de 1 km², ayant des densités de plus de 300 habitants / km², forment un ensemble de 5 000 habitants ou plus.

Evolution de la population

Accroissement annuel moyen de la population entre 2011 et 2016



Accroissement annuel moyen de la population par arrondissement entre 2011 et 2016



Entre 2011 et 2016, la population s'est accrue de 0,25 % par an en moyenne sur l'ensemble du territoire couvert par le projet Coprosepat. L'augmentation de la population a eu lieu uniquement en Wallonie (+ 0,52 % par an). Sur le versant français, on observe une diminution (- 0,10 % par an).

La croissance de la population est particulièrement importante dans les arrondissements belges d'Arlon (+ 0,91 % par an) et de Bastogne (+0,81 % par an), qui sont frontaliers du Grand-Duché de Luxembourg et qui bénéficient, à la fois d'un solde migratoire positif, mais également des soldes naturels les plus favorable de Wallonie. La plus forte diminution est observée dans l'arrondissement français de Sedan (- 0,87 % par an) du fait d'un solde migratoire particulièrement défavorable.

Sources:

Belgique: SPF Economie – DGS **France**: Insee (recensement)

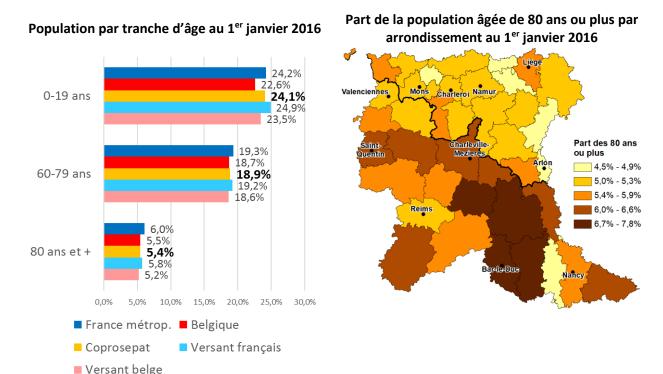
Définition:

L'accroissement annuel moyen de la population est calculé à partir de la population en début et en fin de période avec la formule suivante : Taux = $(Pop 2016 / Pop 2011)^{1/5} - 1$

Remarque:

L'accroissement de la population est le résultat de deux phénomènes : Le solde naturel (écart entre le nombre de naissances et le nombre de décès) et le solde migratoire (écart entre le nombre d'entrées et le nombre de sorties du territoire). En France, seul le solde naturel peut être calculé. Le solde migratoire est déduit de l'écart entre l'accroissement de la population et le solde naturel. Or, le solde naturel ne peut pas être déterminé avec exactitude, surtout dans les régions frontalières. En effet, le nombre de naissances, qui est connu à partir des données de l'état civil, ne prend pas en compte les naissances ayant eu lieu à l'étranger de parents résidant en France. C'est le cas, par exemple pour la ville française de Givet et de ses alentours, où environ la moitié des naissances se produisent à Dinant en Belgique.

Population par âge



Au 1^{er} janvier 2016, 24,1 % de la population du territoire du projet Coprosepat est âgée de moins de 20 ans et 24,3 % est âgée de 60 ans ou plus (18,9 % ont entre 60 et 79 ans et **5,4** % **ont 80 ans ou plus**). Cette répartition est relativement proche des répartitions belge et française. Sur le versant français du territoire, la part de personnes âgées de moins de 20 ans est un peu plus importante que sur le versant belge (24,9 % contre 23,5 %), mais on y observe également une plus forte proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus (25,8 % contre 23,8 %).

La population âgée de 80 ans ou plus, qui est la population nécessitant le plus de soins et la plus à risque de dépendance, est, proportionnellement, un peu plus nombreuse sur le versant français (5,8 %) que sur le versant belge (5,2 %) et leur proportion atteint 7,8 % sur l'arrondissement français de Vouziers. Parmi les arrondissements frontaliers, cette proportion atteint 6,8 % dans l'arrondissement français de Verdun.

Sur le versant français, le vieillissement est plus rapide que dans le reste de la France. En effet, la part des 60 ans ou plus a augmenté de 4,5 points entre 2006 et 2016 (de 20,4 % à 24,9 %) alors qu'elle n'a augmenté que de 4,0 points en France métropolitaine. Cette tendance devrait se poursuivre à l'avenir.

Sources:

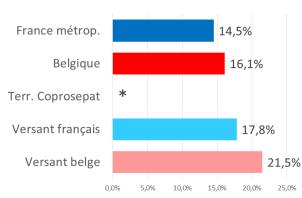
Belgique: SPF Economie – DGS **France**: Insee (recensement)

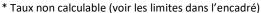
Définition:

Nombre de personnes de chaque tranche d'âge pour 100 habitants

Pauvreté

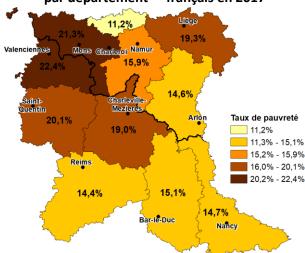






^{**:} Seule la partie du département appartenant au territoire du projet Coprosepat est prise en compte

Taux de pauvreté par province belge en 2019 et par département** français en 2017



Les populations pauvres ont souvent un état de santé plus dégradé que le reste de la population du fait, entre autres, d'un accès plus limité aux soins, à une alimentation saine ou à un logement décent¹.

En 2017, **le taux de pauvreté sur le versant belge** du territoire couvert par le projet Coprosepat **s'élevait à 21,5 %**, ce qui était supérieur au taux observé sur le versant français (17,8 %), mais aussi à celui observé au niveau national belge (16,1 %).

Au niveau provincial belge, les taux de pauvreté ont été publiés pour la première fois en 2019. Ils étaient presque deux fois plus élevés dans le Hainaut (21,3 %) que dans le Brabant wallon (11,2 %). A noter qu'entre 2017 et 2019, les taux de pauvreté mesurés (voir les limites ci-après) avaient diminué en Wallonie (de 21,5 % à 18,3 %). Sur le versant français, un taux encore plus élevé est observé sur la partie du département du Nord couverte par le projet (22,4 %).

Sources:

Belgique: StatBel (enquête sur les revenus et les conditions de vie: EU-SILC)

France: Insee, DGFiP, FiLoSoFi

Définition:

Belgique : Population à risque de pauvreté. Il s'agit de la population vivant dans un ménage dont le revenu disponible net (après transferts sociaux) est inférieur à 60 % du revenu disponible net médian.

France : Population appartenant à un ménage dont le revenu disponible (revenu déclaré – impôts + minima sociaux) par unité de consommation est inférieur à 60 % du revenu disponible médian.

Limites:

En Belgique, le taux de pauvreté est calculé à partir d'une enquête non exhaustive réalisée au niveau régional puis des estimations provinciales sont réalisées. Ainsi, les taux publiés sont soumis à une marge d'erreur d'environ + ou – 2 % au niveau régional. Ces marges d'erreurs sont plus importantes au niveau provincial.

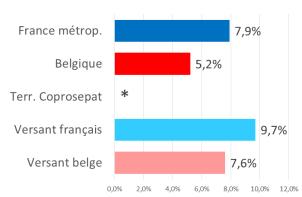
Le taux de pauvreté est calculé à partir du revenu médian de chaque pays, ainsi, un ménage ayant des revenus le situant comme pauvre dans un pays peut ne pas être considéré comme pauvre dans l'autre pays.

Ces différences méthodologiques ne permettent pas de calculer un taux pour l'ensemble du territoire Coprosepat

¹Etude de la littérature de part et d'autre de la frontière en matière de promotion et prévention de la santéauprès d'un public fragilisé ou précarisé, *MT6 du projet Coprosepat*, pages 17 à 19

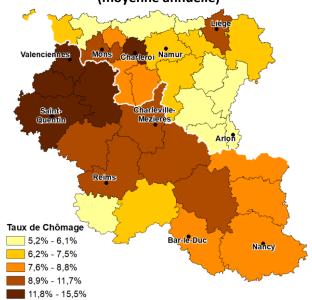
Chômage

Taux de chômage au 4ème trimestre 2019



* Taux non calculable (voir les limites dans l'encadré)

Taux de chômage par arrondissement belge et zone d'emploi française en 2018 (moyenne annuelle)



Le chômage représente une des principales causes de précarité² de la population dans la mesure où les revenus qu'il apporte sont relativement faibles et décroissant au cours du temps. Les conséquences du chômage ont également une influence sur l'état de santé physique et mentale.

Au 4^{ème} trimestre 2019, **les taux de chômage sont relativement élevés.** Sur le versant belge, ils dépassent le niveau national de 2,4 points et sur le versant français, ils dépassent le niveau national de 1,8 point.

Ces taux sont plus élevés sur le versant français que sur le versant belge. Ils atteignent 14,2 % sur l'arrondissement français de Valenciennes et 15,5 % sur celui de Maubeuge. Ils sont beaucoup plus faibles dans les arrondissements belges de Neufchâteau (5,2 %) et de Virton (5,4 %).

Sources:

Belgique: StatBel

France: STMT, Pôle Emploi-Dares

Définition:

Population sans emploi selon la définition du Bureau International du Travail : Personnes sans emploi, à la recherche d'un emploi et disponible pour occuper un emploi.

Les nombres de chômeurs sont connus à partir d'enquêtes (Enquête sur les forces de travail en Belgique et enquête emploi de l'Insee en France) et leur répartition géographique est estimée en calibrant ces nombres sur les données administratives des comptes de l'emploi en Belgique et sur les demandeurs d'emploi de catégorie A en France.

Les taux sont calculés par rapport à la population active selon la formule : Taux = Chômeurs / population active

Limites:

Le taux de chômage sur l'ensemble du territoire couvert par le projet Coprosepat n'est pas connu. En effet, seuls les taux de chômage au sens du BIT sont publiés au niveau des arrondissements et zones d'emploi constituant ce territoire. Les nombres de chômeurs et les nombres d'actifs ayant servi à calculer ces taux ne sont pas disponibles.

² Etude de la littérature de part et d'autre de la frontière en matière de promotion et prévention de la santé auprès d'un public fragilisé ou précarisé, *MT6 du projet Coprosepat*, page 16

CE QU'IL FAUT RETENIR

PRESENTATION DU TERRITOIRE

6 443 102 habitants vivent sur le territoire couvert par Coprosepat

Une densité plus élevée sur le versant belge (213 habitants / km²) que sur le versant français (93 habitants / km²).

EVOLUTION DE LA POPULATION

Une population qui s'accroît sur le versant belge (+0,52 % par an) et diminue sur le versant français (-0,10 % par an)

CONTEXTE SOCIO ECONOMIQUE



POPULATION PAR AGE

5,8 % des habitants du territoire ont 80 ans ou plus. Les taux sont similaires sur les deux versants et proches des niveaux nationaux

PAUVRETE

Des taux de pauvreté plus élevé qu'aux niveaux nationaux (21,5 % sur le versant belge contre 16,1 % en Belgique et 17,8 % sur le versant français contre 14,5 % en France métropolitaine).

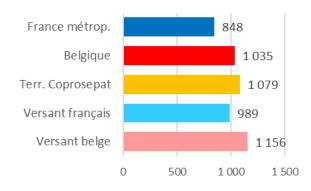
CHOMAGE

Des taux de chômage plus élevés qu'aux niveaux nationaux (7,6 % sur le versant belge contre 5,2 % en Belgique et 9,7 % sur le versant français contre 7,9 % en France métropolitaine).

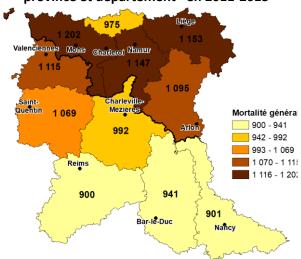


Mortalité générale

Taux standardisé de mortalité en 2011-2015 (décès pour 100 000)



Taux standardisés de mortalité générale par province et département* en 2011-2015



* : Seule la partie du département appartenant au territoire du projet Coprosepat est prise en compte

La mortalité constitue un indicateur d'état de santé qui présente l'avantage d'être exhaustif et comparable entre les deux pays. Il permet aussi de rendre compte des différentes pathologies.

Au cours de la période 2011-2015, après standardisation sur l'âge, on observe 1 147 décès pour 100 000 habitants en Wallonie, ce qui représente une surmortalité de 12,1 % par rapport au niveau national (1 023 pour 100 000). La surmortalité est particulièrement importante dans le Hainaut (+17,5 %), surtout dans l'arrondissement de Charleroi (+20,7 % en 2006-2015). Avec 975 décès pour 100 000 habitants, le Brabant wallon représente le seul territoire wallon dans lequel on enregistre une sous mortalité par rapport au niveau national (-4,7 %).

Dans le versant français, la mortalité (989 pour 100 000) est plus faible que dans le versant wallon (-14,5 %), mais elle dépasse de 16,6 % le niveau de mortalité observé en France métropolitaine (848 pour 100 000). La surmortalité atteint 31,5 % dans la partie du département du Nord inclue dans le territoire de Coprosepat et 35,9 % dans l'arrondissement d'Hirson. La partie marnaise du territoire Coprosepat (900 pour 100 000) et la Meurthe-et-Moselle (901 pour 100 000) enregistrent les plus faibles taux standardisés de mortalité du territoire, mais restent supérieur au niveau national (respectivement +6,1 % et +6,3 %).

Dans l'ensemble du territoire Coprosepat, le taux standardisé de mortalité, égal à 1 075 pour 100 000, est supérieur aux taux standardisés belge et français.

Sources:

Belgique : Sciensano - SPMA France : Inserm (CépiDC)

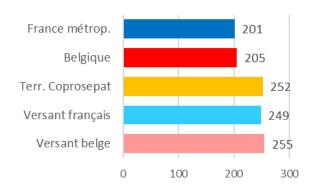
Taux standardisé de mortalité :

Le taux de mortalité standardisé correspond au taux de mortalité qui serait observé si la répartition par âge de la population était la même que dans une population de référence (Population standard européenne de 2013).

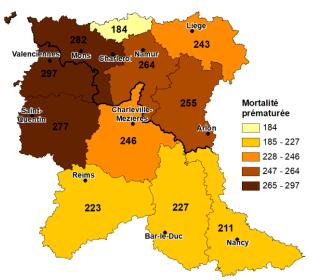
La standardisation des taux permet de comparer la mortalité entre plusieurs territoires ou entre plusieurs époques en supprimant l'influence du vieillissement de la population. Il est, ainsi, possible de comparer la mortalité dans deux territoires ayant des pyramides des âges très différentes.

Mortalité prématurée

Taux standardisé de mortalité prématurée en 2011-2015 (décès pour 100 000 hab. de moins de 65 ans)



Taux standardisés de mortalité prématurée par province et département* en 2011-2015



* : Seule la partie du département appartenant au territoire du projet Coprosepat est prise en compte

La mortalité prématurée correspond, ici, à la mortalité qui se produit avant 65 ans³. Environ la moitié de ces décès pourraient être évités par des gestes de prévention ou une amélioration du système de soins et cette mortalité est particulièrement élevée parmi la population en situation de précarité.

Au cours de la période 2011-2015, le taux standardisé de mortalité, exprimé pour 100 000 habitants âgés de moins de 65 ans, est égal à 252 dans l'ensemble du territoire Coprosepat. Ce taux est un peu plus faible sur le versant français (249) que sur le versant belge (255). **Dans chacun des versants, on observe une forte surmortalité par rapport au niveau national** (+24,7 % sur le versant belge et +23,6 % sur le versant français). Ce taux est plus élevé dans la partie du département du Nord inclue dans Coprosepat (297) et encore plus dans les arrondissements de Valenciennes (302) et de Vervins (313). Seul le Brabant wallon (184) enregistre un taux standardisé inférieur aux niveaux nationaux.

Sources:

Belgique: Sciensano - SPMA **France**: Inserm (CépiDC)

Mortalité prématurée :

La mortalité prématurée correspond à la mortalité ayant lieu avant l'âge de 65 ans. Il s'agit d'un âge avant lequel on considère qu'une grande partie de la mortalité pourrait être évitée dans les pays européens. D'autres travaux fixent la limite de la mortalité prématurée à 75 ans.

Taux standardisés de mortalité :

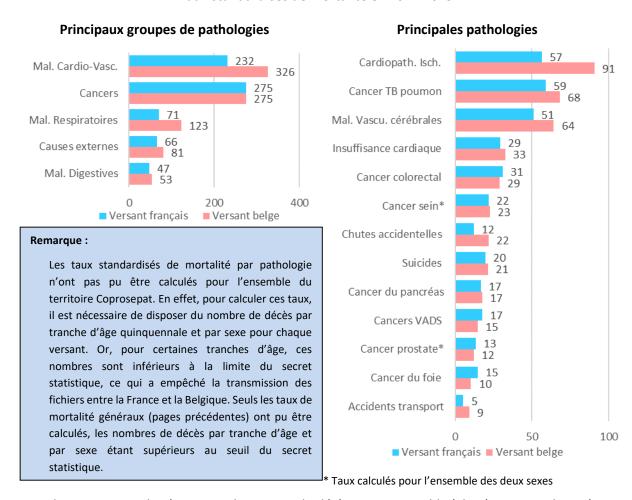
Le taux de mortalité standardisé correspond au taux de mortalité qui serait observé si la répartition par âge de la population était la même que dans une population de référence (Population standard européenne de 2013).

La standardisation des taux permet de comparer la mortalité entre plusieurs territoires ou entre plusieurs époques en supprimant l'influence du vieillissement de la population. Il est, ainsi, possible de comparer la mortalité dans deux territoires ayant des pyramides des âges très différentes.

³ Certains travaux fixent ce seuil à 75 ans. C'est notamment le cas des travaux sur la mortalité évitable effectués par l'OCDE en 2019 : Avoidable Mortality OECD/Eurostat list of préventable and treatable cause of death, novembre 2019.

Principales causes de mortalité

Taux standardisés de mortalité en 2011-2015

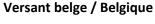


Dans chaque versant, la répartition des causes de décès est comparable à la répartition observée au niveau national. On constate, en revanche, une répartition différente entre le versant belge et le versant français. En effet, les maladies cardiovasculaires représentent les principales causes de décès sur le versant belge devant les cancers alors que sur le versant français, la mortalité par cancer dépasse la mortalité par maladies cardiovasculaires depuis 2004.

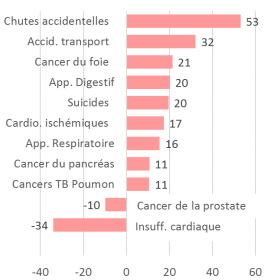
Le détail par pathologie montre également des différences entre les deux versants avec une prépondérance des cardiopathies ischémiques sur le versant belge et des cancers de la trachée, des bronches et du poumon sur le versant français. Ces différences de répartition entre les deux pays et l'écart de mortalité pour certaines pathologies (22 décès pour 100 000 habitants par chutes accidentelles sur le versant belge contre 12 sur le versant français) incitent à se poser la question de la comparabilité de la mortalité par pathologie entre les deux pays. Il est possible, en effet, que les médecins remplissant les certificats aient des interprétations, quant à la cause de décès, qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Les différences de mode de vie (alimentation, risques professionnels, etc...) et de priorités en matière de politiques de santé pourraient également participer à ces différences.

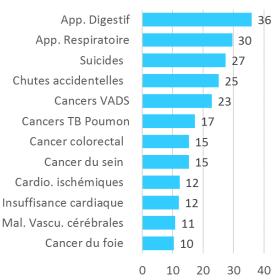
Pour la plupart des pathologies le taux standardisé de mortalité, exprimé pour 100 000 habitants, est plus élevé sur le versant belge que sur le versant français. Seule la mortalité par cancer (275 dans le versant belge et 275 dans le versant français) et la mortalité par suicide (21 contre 20) sont équivalentes sur les deux versants.

Ecart entre la mortalité dans chaque versant et la mortalité dans l'ensemble du pays correspondant par pathologie en 2011-2015 (pourcentage d'écart entre les taux standardisés)



Versant français / France métropolitaine





Mode de lecture : Dans le versant belge du territoire Coprosepat, la mortalité par chutes accidentelles est 53 % plus élevée que dans l'ensemble de la Belgique

Le calcul de la surmortalité par pathologie de chaque versant par rapport à la mortalité nationale permet de savoir en quoi le territoire se démarque du reste de son pays.

Comme on l'a déjà indiqué dans le chapitre « mortalité générale », on observe une surmortalité de 11,6 % dans le **versant belge** par rapport au niveau national belge. Cette **surmortalité** est particulièrement importante en ce qui concerne les **chutes accidentelles** (+53 %) et les **accidents de transport** (+32 %). On observe, en revanche une sous-mortalité en ce qui concerne les insuffisances cardiaques (-34 %) et les cancers de la prostate (-10 %).

Dans le **versant français**, où on observe une surmortalité générale de 16,6 % par rapport à la France métropolitaine, la **surmortalité** est beaucoup plus élevée en ce qui concerne les **maladies de l'appareil digestif** (cirrhoses, ulcères, etc... : +36 %) et les **maladies respiratoires** (pneumopathies, BPCO, etc... : +30 %)

Sources:

Belgique: Sciensano - SPMA **France**: Inserm (CépiDC)

Détermination des causes de décès :

Les médecins constatant un décès remplissent un certificat de décès. Celui-ci comporte un volet médical (Volet C en Belgique) dans lequel le médecin décrit le processus ayant abouti au décès ainsi que les comorbidités dont souffrait la victime. En France, le volet médical est envoyé au CépiDC de l'Inserm où le codage des pathologies est effectué et où la cause initiale de décès est déterminée. En Wallonie, cette tâche est réalisée par la cellule Naissances-Décès de l'Aviq.

Taux standardisés de mortalité :

Le taux de mortalité standardisé correspond au taux de mortalité qui serait observé si la répartition par âge de la population était la même que dans une population de référence (Population standard européenne de 2013).

La standardisation des taux permet de comparer la mortalité entre plusieurs territoires ou entre plusieurs époques en supprimant l'influence du vieillissement de la population. Il est, ainsi, possible de comparer la mortalité dans deux territoires ayant des pyramides des âges très différentes.

CE QU'IL FAUT RETENIR

MORTALITE GENERALE

Des surmortalités sur chaque versant par rapport aux niveaux nationaux (+12,1 % sur le versant belge et +16,6 % sur le versant français).

Un taux standardisé de mortalité plus élevé sur le versant belge (1 156 pour 100 000) que sur le versant français (989 pour 100 000).



MORTALITE PREMATUREE

Des surmortalités par rapport aux niveaux nationaux encore plus importantes avant 65 ans (+24,7 % sur le versant belge et +23,6 % sur le versant français)

PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITE

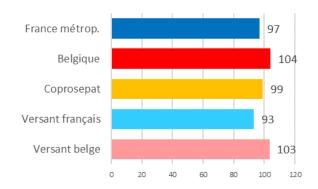
Sur le versant belge, la surmortalité par rapport au niveau national est particulièrement importante en ce qui concerne les chutes accidentelles (+53 %) et les accidents de transport (+32 %).

Sur le versant français, la surmortalité par rapport au niveau national est particulièrement importante en ce qui concerne les maladies de l'appareil digestif (+36 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (+30 %).

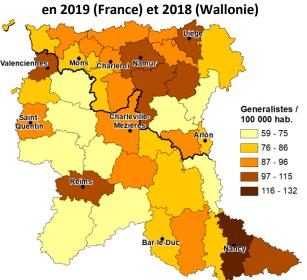


Médecins généralistes

Densités en médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2019



Densités en médecins généralistes libéraux par arrondissement



Au 1^{er} janvier 2019, sur chaque versant, la densité en médecins généraliste est proche de ce qu'on observe au niveau national. Dans l'ensemble du territoire Coprosepat, on compte 99 médecins généralistes pour 100 000 habitants. **Cette densité est plus élevée sur le versant belge** (103 pour 100 000) **que sur le versant français** (93 pour 100 000).

Les densités en médecins généralistes sont souvent plus élevées dans les arrondissements les plus urbanisés (132 pour 100 000 pour Nancy, 115 pour Reims, 104 pour Namur et 102 pour Liège) et plus faibles dans les arrondissements les plus ruraux (60 pour 100 000 pour Laon et 64 pour Vervins). Quelques arrondissements à dominantes rurales font, toutefois, exception avec des densités relativement élevées (109 pour 100 000 pour Lunéville et 107 pour Marche-en-Famenne) et certains arrondissements urbanisés enregistrent des densités relativement faibles (86 pour 100 000 pour Mons et 74 pour Avesnes-sur-Helpe).

Les professionnels âgés de 55 ans ou plus risquent de partir en retraite dans les 10 prochaines années. Ils devront donc être remplacés dans cette période. Ils représentent 44 % des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire Coprosepat, mais ils sont proportionnellement plus nombreux sur le versant français (50 %) que sur le versant belge (41 %), ce qui risque d'accroître le déséquilibre de densité entre les deux versants si tous ces médecins ne sont pas remplacés à l'avenir.

Sources:

Belgique : cadastre de l'Aviq

France: RPPS

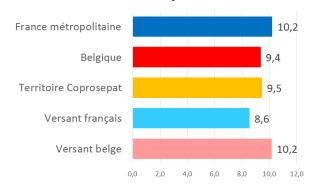
Définition: Médecins généralistes âgés de moins de 70 ans

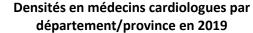
Belgique: Médecins généralistes actifs en médecine générale au 31 décembre et remplaçants comptabilisés sur la commune du médecin remplacé. **Sont exclus**: les médecins en arrêt de travail et les pratiques exclusives non conventionnelles (homéopathies, nutrition, médecine sportive, médecine hospitalière, médecine pénitentiaire, coordinateurs de maisons de repos, etc...)

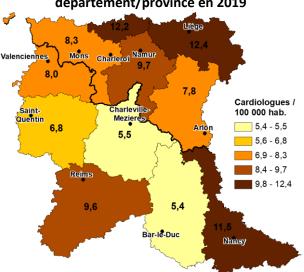
France: Médecins généralistes actifs au 1^{er} janvier (activité libérale, mixte et salariée, hors salariés exclusifs à l'hôpital), inscrits à l'ordre des médecins et enregistrés dans le RPPS comme étant en exercice et ayant une activité de soins. **Sont exclus**: les médecins remplaçants.

Cardiologues

Densités en médecins cardiologues pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2019







Au 1^{er} janvier 2019, la densité en médecins cardiologues est un peu plus importante sur le versant belge 10,2 pour 100 000) que sur l'ensemble de la Belgique (9,4 pour 100 000). Sur le versant français, la situation est inversée avec une densité (8,6 pour 100 000) plus faible que dans l'ensemble de la France métropolitaine (10,2 pour 100 000).

Sur le versant français, la concentration des cardiologues dans les villes est particulièrement importante (16,4 pour 100 000 dans l'arrondissement de Nancy et 13,2 pour 100 000 dans l'arrondissement de Reims) alors que dans les arrondissements à dominante rurale de Vervins et de Vouziers, on ne compte aucun cardiologue. Cette forte concentration dans les villes vient du fait que la moitié des cardiologues sont, soit salarié d'un hôpital, soit ont une activité mixte (libéral + salarié). Ils exercent donc souvent dans les territoires dotés d'hôpitaux.

Sur le versant belge, la plus forte densité est observée dans l'arrondissement de Liège (14,0 pour 100 000). Sur ce versant, le niveau d'urbanisation ne suffit pas à favoriser la concentration en cardiologues. En effet, dans l'arrondissement fortement urbanisé de Charleroi, on ne compte que 7,7 cardiologues pour 100 000 habitants, ce qui place cet arrondissement au même niveau que la province, à dominante rurale, de Luxembourg (7,8 pour 100 000).

Sources :

Belgique : Agence Intermutualiste - statistiques annuelles de professionnels de santé

France : RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)

Définition:

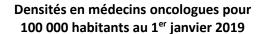
Belgique : Médecins spécialités en cardiologie actifs, en droit d'exercer au 31 décembre. Sont concernés ici les médecins qui sont habilités en Belgique à exercer la médecine et dont le diplôme a été visé par les instances compétentes. Le médecin doit également disposer de son visa et être en ordre d'inscription auprès de l'Ordre des médecins.

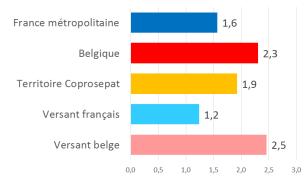
France : Médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires actifs au 1er janvier inscrits à l'ordre des médecins et enregistrés dans le RPPS comme étant en exercice. Tous les types d'exercice sont pris en compte (libéraux, mixtes et salariés).

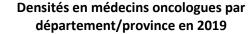
Remarques:

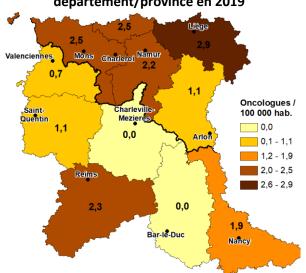
Dans de nombreux arrondissements, le nombre de cardiologues est inférieur au seul fixé pour le secret statistique. Par conséquent, la carte de répartition est réalisée au niveau départemental / provincial.

Oncologues









Au 1^{er} janvier 2019, la densité en médecins oncologues est un peu plus importante sur le versant belge 2,5 pour 100 000) que sur l'ensemble de la Belgique (2,3 pour 100 000). Sur le versant français, la situation est inversée avec une densité (1,2 pour 100 000) plus faible que dans l'ensemble de la France métropolitaine (1,6 pour 100 000) et, surtout, deux fois plus faible que sur le versant belge. Ces fortes différences incitent à se poser la question de la pertinence en ce qui concerne la comparaison de ces professionnels entre les deux pays (voir chapitre « Limites » en page 5).

Sur le versant français, les oncologues sont particulièrement concentrés dans les plus grandes villes (3,3 pour 100 000 dans l'arrondissement de Nancy et 4,1 pour 100 000 dans l'arrondissement de Reims) alors que dans 14 arrondissements à dominante, on ne compte aucun oncologue. Cette forte concentration dans les villes vient du fait que les deux tiers des oncologues sont salariés d'un hôpital. Ils exercent donc souvent dans les territoires dotés d'hôpitaux.

Sur le versant belge, les données provinciales semblent également indiquer une concentration des oncologues en zone urbanisée, avec une densité atteignant 2,9 pour 100 000 dans la province de Liège. Les données concernant les professionnels de santé sont diffusées uniquement lorsque leur nombre est supérieur à 5 sur un territoire, ce qui empêche de connaître leur répartition dans tous les arrondissements wallons et de mesurer les densités les plus faibles. Parmi les arrondissements dont les données sont disponibles, on constate que l'arrondissement de Huy bénéficie de la plus forte densité en oncologue (6,2 pour 100 000), loin devant ceux de Soignies (3,2 pour 100 000), de Mons (3,1 pour 100 000), de Charleroi (2,8 pour 100 000) ou de Liège (2,7 pour 100 000).

Sources:

Belgique : Agence Intermutualiste - statistiques annuelles de professionnels de santé

France: RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)

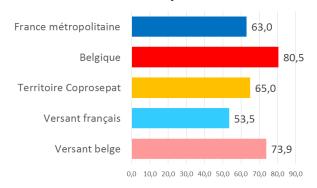
Définition:

Belgique: Médecins spécialités en oncologie actifs, en droit d'exercer au 31 décembre. Sont concernés ici les médecins qui sont habilités en Belgique à exercer la médecine et dont le diplôme a été visé par les instances compétentes. Le médecin doit également disposer de son visa et être en ordre d'inscription auprès de l'Ordre des médecins.

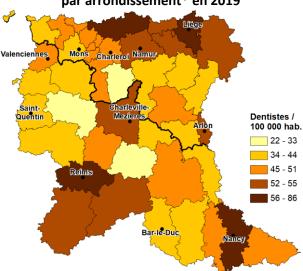
France: Médecins spécialistes en oncologie médicale actifs au 1er janvier inscrits à l'ordre des médecins et enregistrés dans le RPPS comme étant en exercice. Tous les types d'exercice sont pris en compte (libéraux, mixtes et salariés).

Chirurgiens-dentistes

Densités en chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2019



Densités en médecins chirurgiens-dentistes par arrondissement* en 2019



* : Anciennes délimitations en Belgique (avant la fusion des arrondissements de Mouscron et Tournai et la création de l'arrondissement de la Louvière)

Au 1^{er} janvier 2019, la densité en chirurgiens-dentistes est plus faible sur le versant belge (73,9 pour 100 000) que dans l'ensemble de la Belgique (80,5 pour 100 000), mais elle nettement plus élevée que sur le versant français (53,5 pour 100 000) où cette densité est inférieure à ce qu'on observe au niveau de la France métropolitaine (63,0 pour 100 000).

Comme pour la plupart des professionnels de santé, la densité en chirurgiens-dentistes est plus élevée dans les grandes villes (86,3 pour 100 000 dans l'arrondissement de Nancy, 75,9 dans celui de Liège et 69,2 dans celui de Reims). Les plus faibles densités sont observées dans les arrondissements à dominante rurale (33,1 pour 100 000 pour Philippeville, 32,0 pour Vouziers et 22,2 pour Vervins). Des densités relativement faibles, compte tenu du niveau d'urbanisation, sont également observées dans les arrondissements de Valenciennes (49,5 pour 100 000) et de Mons (44,2). Il semble que les territoires dans lesquels la part de la population précarisée est relativement importante ont également de faibles densités en chirurgiens-dentistes, bien que les besoins y soient souvent plus importants.

Sources:

Belgique : Agence Intermutualiste - statistiques annuelles de professionnels de santé

France: RPPS

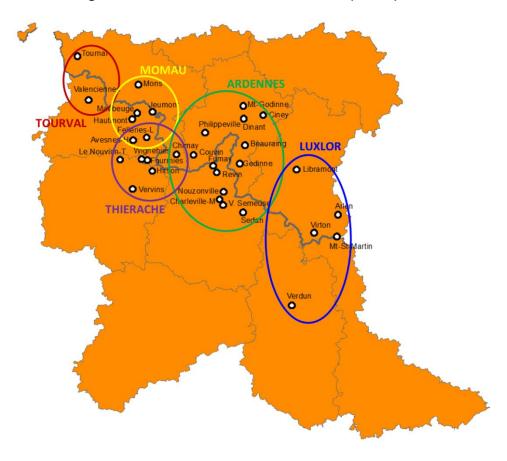
Définition:

Belgique : Dentistes, orthodontistes et parodontologues âgés de moins de 70 ans (y compris candidats en formation) en activité (au moins une prestation effectuée dans l'année). **Sont exclus :** les stomatologues.

France: Chirurgiens-dentistes et dentistes, inscrits à l'ordre des dentistes et enregistrés dans le RPPS comme étant en exercice. **Sont exclus**: Dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant uniquement en tant que salarié hospitalier, stomatologues et chirurgie orale.

ZOAST

Les zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) dans le territoire de Coprosepat



Les zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) sont des zones géographiques au sein desquelles les populations ont librement accès aux soins des deux côtés de la frontière. Elles organisent une mise en commun des moyens techniques déployés dans chaque espace transfrontalier. Les patients sont pris en charge par leur système de sécurité sociale, sans devoir demander d'autorisation préalable à leur organisme d'assurance maladie⁴. Ces zones sont généralement définies autour de coopérations entre établissements hospitaliers situés des deux côtés de la frontière.

Ainsi, dans le cadre de ces zones organisées, d'importants flux transfrontaliers de patients ont lieu. C'est le cas, par exemple de l'hôpital belge de Dinant qui accueille de nombreux patients français domiciliés dans la pointe de Givet ou de l'hôpital belge d'Arlon qui accueil des patients français originaires de la région de Longwy.

Ces ZOAST permettent également aux services d'urgence d'intervenir de l'autre côté de la frontière à l'image du SMUR de Mont-Saint-Martin intervenant dans les communes belges proches de la frontière.

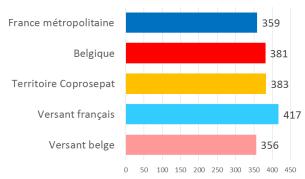
Le territoire Coprosepat recouvre les 5 Zoast figurant dans la carte ci-dessus (TOURVAL, MoMAU, Thiérache, Ardennes et Luxlor).

⁴ Frontaliers Grand Est, Les soins dans la Grande Région, page 16 [En ligne] https://www.frontaliersgrandest.eu/uploads/publications/SOINS GRANDE%20 REGION web%20.pdf

Hôpitaux de court séjours

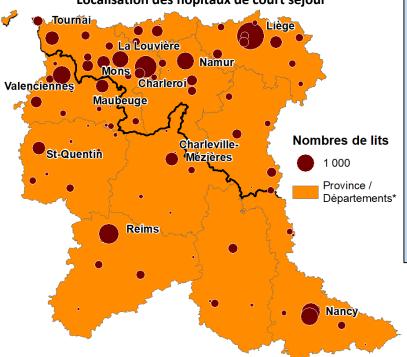
Les plus grands hôpitaux possèdent généralement la plus grande diversité d'offre de soins, ainsi que les meilleurs niveaux de recours, d'expertise et d'équipements. Leur proximité géographique facilite le recours de la population à leurs services.

Nombres de lits en hôpital de court séjour pour 100 000 habitants en 2018



En Belgique, la densité en lits d'hôpital de court plus élevée qu'en séjour est France métropolitaine (381 pour 100 0000 contre 359 pour 100 000). Sur le territoire couvert par Coprosepat, la situation est inversée avec une densité relativement élevée sur le versant français (417 pour 100 000) et plus faible sur le versant belge (356 pour 100 000). Toutefois, les principaux établissements français, tels que les hôpitaux rémois ou nancéens, sont souvent éloignés des frontières.

Localisation des hôpitaux de court séjour



Sources:

Belgique: SPF santé. Etablissements de soins

France: DREES - SAE (statistique annuelle des établissements)

Définition:

Belgique : Lits agréés avec au moins un des index suivants : C (y compris grands brûlés), CD, CD (USI), D, E, G, M, NIC et Soins palliatif.

France: Lits hospitaliers en service MCO (médecine de chirurgie obstétrique), compris hospitalisation de jour.

Les noms indiqués sur la carte correspondent aux agglomérations dans lesquelles se trouvent plus de 500 lits de court séjour

* Parties départementales inclues dans le territoire de Coprosepat

Les grands hôpitaux sont situés dans les plus grandes villes et dans certaines zones rurales se trouvent relativement éloignées de ces établissements. Ainsi, à proximité des frontières, on observe de larges territoires isolés, tels que le nord des Ardennes et le sud de la province de Namur ou le sud-ouest de la province de Luxembourg et le nord du département de la Meuse. Montmédy, par exemple, se trouve à 20 minutes du petit hôpital de Virton et à 40-45 minutes des hôpitaux de Sedan, Verdun et Mont-Saint-Martin. Givet est situé à 30 minutes de l'hôpital de Dinant et à 1h00 de l'hôpital de Charleville-Mézières.

SMUR

Mouscron Braine-Waremme Saintl'A lleud Louvain-Nicolas ● la-Neuve Eupe ●●Liège Ath Soignies Nivelles Vervie Tournai Sambreville Namur Mons La Louvière Huy @ Charleroi Boussu Valencien<mark>nes</mark> Saint-Montigny YV8ir Vith (Maubeuge Marche Dinant Famenne Bastogne **SMUR** Fourmies Libramont-Cheviany Hirson Province / Guise Quentin Charleville-Mezie Départements* Seda Chauny Lagn Rethel Saint-* : Parties départementales Vouziers inclues dans le territoire de Briev Coprosepat Verdun Epernay 🌘 Sainte-Menehould Chalons-en-Champagne Nancy Toul Sezanne Luneville Vandoeuvreles-Nancy

Localisation des établissements disposant d'un SMUR

Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont situés dans les établissements hospitaliers et disposent de véhicules médicalisés pouvant aller chercher les patients ne pouvant se rendre par eux même dans les services d'urgence. La proximité de ses services et la rapidité d'intervention peut être cruciale pour la survie des victimes. Ainsi, les politiques d'organisations des soins en France fixent comme objectif qu'aucun territoire soit situé à plus de 30 minutes du service d'urgence le plus proche. Pour les territoires situés au-delà de cette limite, un médecin correspondant du Samu est désigné.

Les zones rurales isolées sont les plus éloignées de ces services. A proximité des frontières, Montmédy est particulièrement éloigné du service le plus proche, situé à Mont-Saint-Martin, à 40 minutes, par la route. Certains SMUR, proches des frontières peuvent intervenir dans le pays voisin. C'est le cas, par exemple des SMUR de Mont-Saint-Martin, de Sedan et de Fumay.

Sources:

Belgique : SPF santé. Etablissements de soins

France: DREES – SAE (statistique annuelle des établissements)

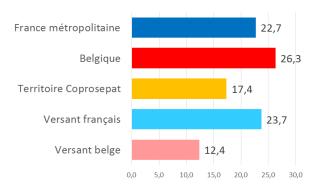
Définition :

Service mobile d'urgence et de réanimation

France: Y compris les antennes locales.

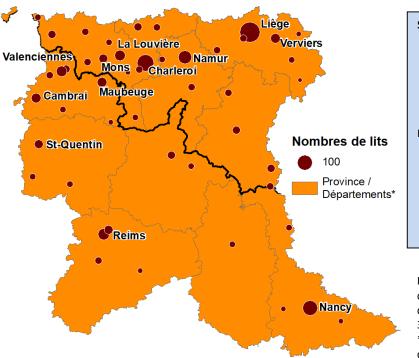
Maternités

Nombres de lits en maternité pour 100 000 habitants en 2018



La répartition géographique des maternités doit répondre à deux nécessités contradictoires. D'une part être suffisamment proche du domicile des habitants pour permettre à ceux-ci de s'y rendre rapidement en cas d'urgence⁵. D'autre part pratiquer suffisamment d'accouchement chaque année afin que les professionnels entretiennent régulièrement des gestes spécialisés⁶. Ce qui signifie que les établissements ne peuvent pas être disséminés sur tous le territoire.

Localisation des maternités



Sources:

Belgique : SPF santé. Etablissements de soins

France: DREES – SAE (statistique annuelle des établissements)

Définition:

Belgique : Lits agréés avec l'index M.

France : Lits hospitaliers en service d'obstétrique (hors gynécologie), y compris hospitalisation de jour.

Les noms indiqués sur la carte correspondent aux agglomérations dans lesquelles se trouvent plus de 35 lits d'obstetrique

* Parties départementales inclues dans le territoire de Coprosepat

Les plus grands établissements sont situés dans les villes de Liège, Namur, Charleroi, Reims et Nancy, qui sont relativement éloignées de la frontière. A proximité de celles-ci, les établissements les plus importants sont situés à Valenciennes, Maubeuge et Mons où la densité de population est relativement élevée. Dans les territoires frontaliers moins densément peuplés, on observe des territoires éloignés de la maternité la plus proche. C'est le cas de Montmédy, situé à 40 minutes de Mont-Saint-Martin, et de Givet, situé à 1h00 de Charleville-Mézières et à 30 minutes de la maternité de Dinant, ce qui explique que la moitié des accouchements effectués par les habitantes de cette ville se produisent de l'autre côté de la frontière.

_

⁵ Une étude réalisée en 2016 par l'UFR de médecine de Grenoble montre que les risques de prématurité augmentent chez les patients domiciliés à plus de 30 minutes de la maternité. L. Terrier, Etude exposée / non-exposée impact de l'éloignement géographique sur la médicalisation du début de travail et sur l'issue de la grossesse pour le nouveau-né. *Médecine humaine et pathologie. 2018*. Dumas-01908681

⁶ En France, le décret du 9 octobre 1998 stipule que seules les maternités pratiquant au moins 300 accouchements par an sont autorisées à exercer l'activité obstétrique.

CE QU'IL FAUT RETENIR

PROFESSIONNELS DE SANTE

Des densités plus élevées sur le versant belge que sur le versant français

Médecins généralistes : 103,4 pour 100 000 sur le versant belge et 93,2 pour 100 000 sur le versant français.

Cardiologues: 10,2 pour 100 000 sur le versant belge et 8,6 pour 100 000 sur le versant

français

Oncologues: 2,5 pour 100 000 sur le versant belge et 1,2 pour 100 000 sur le versant

français

Dentistes: 73,9 pour 100 000 sur le versant belge et 53,5 pour 100 000 sur le versant

français

ZOAST

5 ZOAST sont déjà opérationnels le long de la frontière sur le territoire de Coprosepat

OFFRE DE SOINS



HOPITAUX DE COURT SEJOURS

Une densité en hôpitaux de court séjour plus élevée sur le versant français (417 pour 100 000) que sur le versant belge (356 pour 100 000).

SMUR

Montmédy est situé à 40 minutes du SMUR le plus proche.

Dans certains territoires, le SMUR le plus proche est situé de l'autre côté de la frontière (Givet, sud des provinces de Luxembourg et de Namur)

MATERNITES

Les densités en lits de maternité sont deux fois plus faibles sur le versant belge (12,4 pour 100 000) que sur le versant français (23,7 pour 100 000) et que dans l'ensemble de la Belgique (26,3 pour 100 000).