

A

OFFRE HOSPITALIÈRE



avec la participation du
FEDER



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Directions Régionales des Affaires
Sanitaires et Sociales
de Picardie
de Champagne-Ardenne
du Nord - Pas-de-Calais



Sommaire

Contexte	3
Organisation des secteurs hospitaliers français et belge	3
Coopérations transfrontalières	6
Sources de données	7
Localisation des hôpitaux.....	8
Lits hospitaliers	9
Services spécifiques des hôpitaux.....	11
Services mobiles d'urgence médicale	11
Unités pour grands brûlés	12
Maternité	13
Unités de soins néonataux intensifs	13
Unités de dialyse.....	14
Imagerie médicale.....	15
Radiothérapie	16
Ce qu'il faut retenir	17
Bibliographie.....	18
Glossaire	19

CONTEXTE

Les années 1980 [6] ont vu apparaître de grandes transformations dans le paysage hospitalier de la majorité des pays de l'Union européenne. La mise en place de plateaux techniques permettant d'assurer tant une rentabilité optimale de l'équipement qu'une rationalisation des ressources humaines et matérielles caractérise ces changements.

Le renouvellement complet des structures s'est opéré en raison des progrès de la médecine, de l'apparition de nouvelles pathologies ou de l'émergence d'anciennes pathologies disparues [16], mais aussi en raison de l'évolution démographique et des compressions budgétaires dans les champs sanitaire et social. Ainsi, on a assisté, d'une part, à des regroupements structurels d'unités hospitalières dans des domaines de pointe et, d'autre part, à l'externalisation de certains types de patientèle (personnes âgées dépendantes, cas psychiatriques, toxicomanes, etc.) en vue d'accroître le rôle curatif des hôpitaux. Enfin, on a vu apparaître de nouveaux modes de gestion au sein des structures.

Concrètement, ces changements ont entraîné une réduction du nombre des lits et des durées moyennes de séjour hospitalier, ainsi qu'une rotation plus importante du nombre de patients.

Il n'a pas toujours été possible d'établir des parallélismes entre les situations belges et françaises. En effet, le fonctionnement des structures elles-mêmes (administratives et techniques) et leur mode de financement ne sont pas comparables. Ces différences ont rendu la récolte des données fort complexe : des enquêtes de terrain ont parfois été nécessaires pour rassembler certaines informations qui n'étaient pas disponibles selon leurs définitions établies d'un côté ou de l'autre de la frontière. Dès lors, pour une majorité d'indicateurs de cette thématique sur l'offre hospitalière, il a semblé plus réaliste d'établir un état des lieux des situations propres aux deux pays et à leurs sous-régions.

Organisation des secteurs hospitaliers français et belge

En France

Le rôle principal dans l'administration du système de santé revient à l'État soit directement, soit par l'intermédiaire de services décentralisés ou d'agences.

La loi du 30 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière a confié à l'État le rôle essentiel du contrôle du secteur hospitalier public et privé. Ce texte a mis en place le service public hospitalier (SPH) et instauré la carte sanitaire visant à mieux répartir les lits d'hospitalisation et les plateaux techniques spécialisés sur le territoire français. De nouvelles conditions de planification furent introduites avec la loi hospitalière de 1991 qui a revu les cartes sanitaires et mis en place les SROS¹ (schémas régionaux d'organisation sanitaire) dont l'objectif est de déterminer la répartition des installations et des activités de soins dans la région. L'ordonnance du 4 septembre 2003, élaborée dans le cadre de la réforme Hôpital 2007 et de la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé a supprimé la carte sanitaire au 31 mars 2006. Ainsi, le SROS constitue désormais l'unique document de planification.

Cette même ordonnance prévoit que les SROS de 3^e génération soient arrêtés sur la base d'une « évaluation des besoins de santé et de leur évolution ». Ce travail - qui fait suite à une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante² - tient compte tant des évolutions démographiques et épidémiologiques que des progrès en matière de techniques médicales. En résumé, le SROS doit prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, il doit intégrer les soins préventifs, curatifs et palliatifs et doit répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population.

¹ <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sros/bilan2.pdf> - Révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire - Direction des hôpitaux - novembre 1999 - 139 pages.

Voir aussi la présentation générale des SROS sur le site <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/sros/presros.htm>

² Article L6121-1 du code de la santé publique. http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/ebs_sros/accueil.htm

Afin de faciliter la lecture, le département du Nord sans l'arrondissement de Dunkerque sera noté Nord*.

Comité de rédaction :

ORS Champagne-Ardenne : Delphine Gouzer, Marie Antoinette Castel Tallet
OR2S Picardie : Anne Ducamp, Philippe Lorenzo, Alain Trugeon
OSH : Paul Berra, Pénélope Fiszman, Véronique Tellier, Luc Berghmans

Relecteurs :

Centre hospitalier de Mouscron : René Delvaux
Mutualités chrétiennes : Mme Catherine Collie
Réseau hospitalier de médecine sociale (RHMS) Baudour : Stéphane Rillaerts

UGECAM : Dr Martine Lefebvre
CSF Chimay : Mme Colette Stévaux

Au niveau local, les ordonnances Juppé de 1996 ont créé les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dont les missions sont de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. Via les ARH, l'État veille à l'adéquation des structures de soins aux besoins et régule le volume de l'offre (établissements, personnel, équipements lourds).

Les établissements de santé publics sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière et sont placés sous la tutelle des ARH. On distingue trois catégories d'hôpitaux publics :

- le centre hospitalier (CH) assure les soins en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée.

- le centre hospitalier régional et/ou universitaire : dans chaque région, il existe un ou plusieurs centres hospitaliers régionaux (CHR). La plupart des CHR ont passé une convention avec l'UFR (unité de formation et de recherche) d'une université de médecine et sont ainsi dénommés centres hospitaliers universitaires (CHU). Leurs missions, outre les soins, sont l'enseignement, la recherche, la prévention et l'éducation du patient.

- l'hôpital local, implanté à distance des CH, assure les soins médicaux courants des populations vivant en milieu rural.

Les établissements privés sont de deux types principaux : ceux à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) (ex : centres de lutte contre le cancer...) et ceux à but lucratif. Ces derniers ont des règles de gestion et des modes de financement (prix de journée) différents des établissements publics et privés non lucratifs. Il persiste quelques établissements à but non lucratif et non PSPH, souvent gérés par des congrégations religieuses.

Dans les établissements hospitaliers publics, les praticiens sont salariés et sont par conséquent rémunérés en fonction de leur temps de travail ; dans les établissements privés, ils sont rémunérés à l'acte selon la nomenclature médicale. Les médecins peuvent être conventionnés en secteur 1 (les honoraires réclamés au patient sont ceux prévus par la convention) ou en secteur 2 (dits à honoraires libres ; les patients ne sont remboursés par la Sécurité sociale que sur la base du tarif conventionnel et ce sont les mutuelles qui interviennent pour la prise en charge du supplément, à un niveau qui dépend de l'option d'assurance choisie par le patient). En établissement de soins, les médecins en secteur 3, donc non conventionnés avec la Sécurité sociale, sont exceptionnels.

Les regroupements, coopérations et complémentarités sont stimulés par divers facteurs tels que les difficultés en matière de démographie médicale, le coût des nouvelles technologies médicales, les contraintes budgétaires, etc.

Ainsi, entre 1992 et 2002, en France, le nombre de lits d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique est passé de 284 718 à 232 506, soit une diminution de 18 % de la capacité³.

Selon le statut et les disciplines spécifiques des établissements, deux modes de financement cohabitent : d'une part, une tarification à l'activité (T2A) qui concerne les séjours de médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que l'hospitalisation à domicile et, d'autre part, un financement pour les soins de suite, rééducation fonctionnelle, et psychiatrie par dotation annuelle pour les établissements publics et selon les prestations pour les établissements privés (prix journée, forfait pharmacie, etc.).

En France⁴, les hôpitaux bénéficient de trois sources de financement distincts : l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) qui couvre en partie les investissements et les coûts d'exploitation, les interventions de l'Assurance maladie et bien évidemment, la part financière apportée par les patients. Les établissements peuvent également obtenir des aides directes de l'État ou de la Région via des subventions de l'EPRD, pour couvrir les frais financiers et amortissements.

En Belgique

En Belgique, l'organisation hospitalière dépend d'une programmation basée sur des normes et critères spécifiques (L 1988-12-30/31, art. 57, 002) introduits dans la loi hospitalière⁵.

Le ministre fédéral de la Santé publique fixe les critères d'application pour la programmation hospitalière (types d'hôpitaux, services hospitaliers et groupement d'hôpitaux). La notion de répartition géographique (cf. les cartes sanitaires ou les schémas régionaux français) n'existe que pour les services de soins palliatifs et les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Les normes d'agrément sont fixées par le ministère de la Santé publique tandis que les procédures d'agrément et l'application des normes sont assurées par les exécutifs régionaux et communautaires.

³ Source : SAE 2002, DREES

⁴ <http://www.vie-publique.fr/documents-vp/financement.pdf>. Voir aussi <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/t2a/1t2a.htm#finalite>

⁵ Voir aussi : <http://www.abhbvz.be/francais/loihop/>

Le système de programmation de l'offre hospitalière mis en place en 1973 n'a pas atteint ses objectifs de maîtrise de l'offre. Aussi, un moratoire stoppant la croissance du secteur hospitalier a pris cours en 1982 : depuis cette date, la création de nouveaux lits n'est possible que pour autant qu'ils remplacent des lits supprimés ailleurs. De plus, l'imposition de contraintes financières et de normes d'agrément de plus en plus strictes (taille minimale...) ont forcé les hôpitaux à fermer ou à réduire leur nombre de lits [12].

On peut distinguer plusieurs types d'hôpitaux. Le « nouveau concept hospitalier pour les hôpitaux généraux développé par le Conseil national des établissements hospitaliers ne définit (...) plus l'hôpital en terme d'infrastructure et d'équipements mais de programme de soins ».

L'hôpital général traite un large éventail de pathologies, y compris psychiatriques.

L'hôpital universitaire⁶ a une fonction propre dans le domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche scientifique et est désigné comme tel par arrêté royal. Les établissements universitaires ont par ailleurs établi un nombre restreint de lits universitaires dans des hôpitaux généraux : ces lits répondent aux mêmes normes que celles des services universitaires.

Lorsque l'hôpital général comporte des lits universitaires, on parle alors d'**hôpital mixte**.

L'hôpital spécialisé traite uniquement certaines affections et dispense des soins de traitement et de réadaptation. Il ne dispose pas de lits de chirurgie, ni de médecine interne.

La plupart des médecins hospitaliers en Belgique sont des indépendants payés à la prestation (exception faite en principe des praticiens œuvrant au sein d'une structure hospitalière universitaire).

Depuis les années 1980, la Belgique a connu une importante réduction du nombre d'entités hospitalières : « beaucoup de petites entités ont fait l'objet d'une fusion gardant des institutions à taille humaine mais en créant des entités comprenant plusieurs sites » [11]. Ainsi, entre 1995 et 2003, le nombre de petites structures a diminué de plus de la moitié tandis que celui des grandes entités fusionnées d'une capacité égale ou supérieure à 300 lits a augmenté. De 1995 à 2005, la réduction du nombre total de lits en hôpitaux généraux et/ou universitaires a été de 11,9 % en Belgique.

Ces multiples modifications ont pour conséquence une plus grande centralisation de la gestion des entités hospitalières et une réduction de l'accessibilité à certains types de soins dans des régions excentrées et/ou peu peuplées lorsque ceux-ci ne sont plus dispensés que dans un des sites d'une entité. Les services où les décisions sont les plus sensibles à cet égard sont sans doute les maternités, les services de pédiatrie, les services de cardiologie et les urgences vis-à-vis desquels le calcul de densité des lits disponibles devrait probablement tenir compte de la densité de la population tout autant que de son nombre absolu.

En Belgique⁷, tant pour les hôpitaux publics que privés, les règles de financement sont identiques : subsides à l'investissement, budget alloué pour les coûts d'exploitation, interventions de l'Assurance maladie et participation financière des patients. Les autorités régionales subsidient les frais de construction et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, ainsi que les frais de premier équipement et de première acquisition d'appareils, à la condition que la création, le maintien ou la reconversion de cet hôpital s'inscrive dans le cadre du programme⁸ (défini par le ministre qui a la santé dans ses attributions).

⁶ Il en existe sept en Belgique : AZ VUB, CHU de Liège, Cliniques universitaires Saint Luc, Hôpital Erasme, UZ Leuven, UZ Gent, UZ Antwerpen

⁷ Source : Direction générale de l'organisation des établissements de soins - SPF Santé publique. <http://www.health.fgov.be>

⁸ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), article 46

Coopérations transfrontalières

L'intégration européenne a fait des soins transfrontaliers un sujet d'importance croissante pour les assurés / patients, les dispensateurs et les institutions de soins, mais aussi pour les autorités des États membres, afin, d'une part, de garantir aux patients des soins de proximité de qualité et, d'autre part, d'assurer une utilisation plus efficace des structures de santé.

Durant le programme Interreg I mené de 1992 à 1995 et portant sur la « recherche et la mise en œuvre de complémentarités transfrontalières », une première convention de complémentarité des soins entre les centres hospitaliers de Mouscron et de Tourcoing a été signée⁹. Des insuffisants rénaux chroniques résidant en France peuvent se faire soigner dans le service d'hémodialyse de Mouscron, tandis que le pôle universitaire spécialisé de Tourcoing assure l'accueil d'assurés belges atteints de maladies infectieuses comme le Sida.

En 2006, la convention a été élargie, permettant ainsi à des patients ayant subi une greffe au CHRU de Lille d'être suivis dans le service néphrologie où ils étaient habituellement dialysés, en l'occurrence le centre hospitalier de Mouscron.

D'autre part, on notera également la négociation d'un partenariat en urologie avec une offre en lithotripsie (traitement des lithiases rénales par ultrasons) au CH de Mouscron.

Lors des programmes Interreg II et III, d'autres coopérations, conventions et/ou collaborations ont été mises en place à savoir :

- entre le CH Tourcoing et le CH Mouscron. Depuis 2004, les patients de Mouscron se rendent à Tourcoing pour des examens IRM, tandis que ceux de Tourcoing vont à Mouscron pour des scintigraphies. En 2005, le partenariat des services d'urologie est devenu effectif ;
- en 2003 et 2004, les hôpitaux de Mons et Maubeuge, ainsi que ceux de Tournai et Valenciennes, réalisaient une convention en soins intensifs-réanimation ;
- des projets de coopération entre le réseau hospitalier de médecine sociale (Péruwelz) et le CHR de Valenciennes concernant les soins de suite et de réadaptation sont en négociation ;
- suite à la fermeture de la maternité de Revin (F), l'ARH de Champagne-Ardenne a établi une convention avec le centre hospitalier de Dinant pour permettre aux habitantes de la région de Givet d'y suivre leur grossesse, d'y accoucher et d'y bénéficier d'un suivi post-natal. Depuis lors, cet accord s'est étendu à d'autres prestations hospitalières [4].

Située entre les pôles ouest et est de la frontière franco-belge, la Thiérache franco-belge est une région particulière pour sa situation géographique spécifique, en « bout de piste » de 5 entités administratives : les départements français du Nord (région Nord-Pas de Calais), de l'Aisne (région Picardie), des Ardennes (région Champagne-Ardenne), les provinces belges du Hainaut et de Namur.

Grâce au programme Interreg II, cette région a connu la pose de la première pierre d'une zone de santé transfrontalière entre le centre hospitalier Brisset à Hirson et le centre de santé des Fagnes à Chimay avec l'inauguration d'un projet pilote le 18 mai 2000 : Transcards¹⁰, porté par la Caisse nationale d'assurance maladie française (CNAM) et le Collège intermutualiste national belge (CIN) représenté par la mutualité chrétienne.

L'objectif de ce projet pilote était de permettre aux patients résidant en Thiérache française ou belge d'utiliser leur carte de santé respective (cartes VITALE et SIS) indifféremment de part et d'autre de la frontière. Cela a permis d'établir une zone de libre circulation des patients pour des soins délivrés en milieux hospitaliers parmi les sept hôpitaux partenaires du projet : le centre de santé des Fagnes (B), les hôpitaux d'Avesnes-sur-Helpe, Felleries-Liessies, Fourmies, Hirson, Vervins, et la polyclinique de Wignehies (F). La convention Transcards liant les organismes assureurs belge (INAMI) et français (CNAM) revêt un caractère définitif depuis le 1^{er} janvier 2003.

Dans le cadre d'Interreg III, cette dynamique transfrontalière en Thiérache s'est étendue à d'autres hôpitaux partenaires français en vue de la « Constitution d'une zone de santé transfrontalière expérimentale pour le bassin sanitaire de la Thiérache franco-belge - Structuration et développement d'une offre de soins de proximité - Collaborations interhospitalières transfrontalières ». Dans ce cadre, les échanges de patients témoignent de la vitalité des relations transfrontalières : pour la période de septembre 2002 à décembre 2006 (4 ans) : 822 hospitalisations de patients français en Belgique et 483 hospitalisations de patients belges en France ; 12 229 soins ambulatoires de Français en Belgique et 353 soins ambulatoires de Belges en France (source : CSF Chimay).

Interreg III aura connu un pas important dans la coopération transfrontalière puisque le 30 septembre 2005 les ministres nationaux de la Santé belge et français ont signé à Mouscron (B) l'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière qui s'inscrit dans la volonté officielle de faciliter les initiatives concrètes de collaboration sur toute la zone frontalière¹¹. Une fois validé par les assemblées parlementaires et concrétisé dans des arrêtés d'application, cet accord donnera aux régions l'autonomie nécessaire pour conclure des conventions transfrontalières.

⁹ Convention entre la clinique du Refuge de Mouscron et le centre hospitalier de Tourcoing - 15 juin 1994

¹⁰ Circulaire O.A. de l'INAMI du 5 mai 2000/175- 83/281

¹¹ Texte de l'accord consultable à l'adresse <http://www.santetransfrontaliere.org/luxlorsan/menupublic/pdf/Accordcadrefrancobelge.pdf>

Sources de données

La situation de la zone NHANA a été étudiée sur la base d'informations recueillies auprès de différentes sources.

En France

Les données proviennent essentiellement du fichier SAE¹² (statistiques annuelles des établissements). Elles permettent d'élaborer une carte d'identité de chaque établissement de santé en termes d'activité (séjours, équipement, personnel...) et de bilan financier. Ces informations sont utiles pour la planification et l'allocation des ressources.

Elles couvrent les établissements de santé publics et privés ainsi que les structures gestionnaires d'équipements ou d'activité hospitalière soumis à autorisation. Les données sont collectées par entité juridique pour les établissements publics de santé et par entité géographique pour les établissements privés. Cette enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) se déroule chaque année (données fournies pour le 31 décembre de l'année précédente) et porte sur :

- les équipements par type d'activité ;
- la répartition des séjours par durée ;
- l'activité des blocs et secteurs opératoires ;
- les équipements lourds ;
- les effectifs et équivalents temps plein des professions médicales et paramédicales ;
- les données financières.

Les catégories d'établissements qui ont été retenues dans le cadre de cette fiche sont, pour le secteur public, le CHU (Lille), les centres hospitaliers, les hôpitaux locaux, les syndicats interhospitaliers et, pour le secteur privé, les établissements de soins médicaux, chirurgicaux et de gynécologie obstétrique ainsi que les établissements de soins de suite et de réadaptation.

En Belgique

Les données belges proviennent d'une enquête annuelle organisée et entièrement gérée par le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, en collaboration étroite avec les Communautés et les Régions¹³.

L'enquête par questionnaire¹⁴ - que les hôpitaux remplissent sur base de la situation au 31 décembre de l'année précédente - concerne les hôpitaux aigus (y compris les hôpitaux universitaires), spécialisés et psychiatriques.

Le questionnaire classique existe depuis 1974 mais a été réactualisé en 2000. Les réponses représentent l'institution dans son ensemble même si certains établissements ont des activités réparties sur plusieurs sites.

Les données concernant les différents sites sont toutefois traitées séparément. L'administration contrôle les questionnaires reçus complétés par différentes procédures (ex : rappels systématiques si nécessaire ; procédures de contrôle automatique avec aller-retour si données incomplètes ou incohérentes par rapport aux années précédentes), mais ne contrôle pas les données sur place.

Les informations recueillies couvrent des aspects divers :

- les informations à caractère général sur les hôpitaux ;
- le nombre et les types d'institutions ;
- l'organisation hospitalière ;
- les activités sociales ;
- l'informatique et la télématique médicale ;
- l'assurance qualité, l'organisation et la gestion de la qualité dans les hôpitaux ;
- les informations spécifiques sur les programmes de soins, les services médicaux et médico-techniques ;
- les fonctions et les départements ;
- les équipements ;
- l'organisation générale ;
- l'organisation et la gestion spécifiques de la qualité.

Certaines informations au niveau des équipements (ex : dialyse) ont fait l'objet d'une enquête téléphonique complémentaire auprès des différents hôpitaux des provinces belges de NHANA.

¹² Plus d'explications sur le site <http://www.ecosante.fr/FRAFRA/3025.html> [2]

¹³ Health care quality management unit of the department of health care policy - Belgian hospitals typology. <http://www.health.fgov.be>

¹⁴ Conforme à l'arrêté royal du 12/02/1999 (M.B. 05/08/99) et l'A.M. du 02/04/1999 (M.B. 13/10/1999)

Localisation des hôpitaux

En France, le terme d'établissement de santé recouvre deux notions différentes qui sont définies par la nomenclature des établissements sanitaires et sociaux (NODESS) :

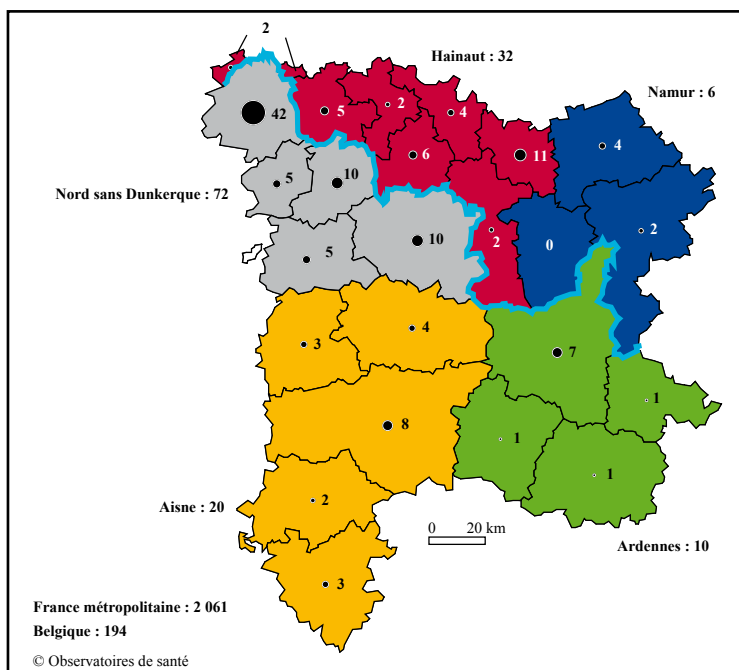
- l'entité juridique correspond à la définition de l'entité institutionnelle de la comptabilité publique (gestion propre des activités et des ressources) ;
- l'entité géographique (ou établissement) correspond en général au site dispensateur de soins.

Contrairement au privé qui reste généralement attaché à un seul établissement géographique, l'entité juridique du secteur public peut regrouper plusieurs établissements sur des sites parfois éloignés ayant développé des activités différentes [2].

En Belgique, les divers fusions, associations ou regroupements¹⁵ d'hôpitaux opérés depuis la fin des années 1980 n'ont pas toujours été suivis d'une réduction du nombre de sites d'exploitation. Si la plupart des sites hospitaliers sont en général maintenus en activité, celle-ci peut évoluer dans son contenu en fonction d'une rationalisation de l'offre au sein de la fusion. La gestion, par contre, dépend désormais d'un seul pouvoir organisateur qui gère un ou plusieurs numéros d'agrément au sein de la même entité juridique [12].

L'analyse de la situation propre à la région NHANA a été effectuée sur les données concernant les hôpitaux dits généraux et/ou universitaires, c'est-à-dire les structures hospitalières disposant au moins d'un service de médecine, de chirurgie ou de maternité/obstétrique.

Carte 1 Nombre et répartition des hôpitaux (sites hospitaliers)



Sources : F - SAE 2002
 B - SPF santé publique au 31/12/2002
 Fait avec Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/philgeo>

La localisation des sites hospitaliers (sites géographiques) est souvent fonction de l'urbanisation de la région, de son statut administratif (ex : préfecture, chef-lieu d'arrondissement) et/ou de la proximité de pôles universitaires (ex : Lille, Mons).

Ainsi, dans les départements français de NHANA, 42 des 72 établissements du département du Nord* se trouvent dans l'arrondissement de Lille ; 7 des 10 établissements des Ardennes dans celui de Charleville-Mézières et 8 des 20 établissements de l'Aisne dans l'arrondissement de Laon.

Côté belge, les infrastructures hospitalières sont concentrées dans l'arrondissement de Charleroi, qui regroupe à lui seul plus de 30 % des hôpitaux hainuyers, et dans celui de Namur regroupant les deux tiers des structures de la province éponyme.

On notera que l'arrondissement de Philippeville ne dispose d'aucun établissement.

¹⁵ Arrêté royal du 31 mai 1989 précisant la description d'une fusion d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter.

Lits hospitaliers

Comparer les densités de lits hospitaliers de part et d'autre de la frontière n'est pas chose aisée car cette notion recouvre des réalités différentes en France et en Belgique. En effet, dès les années 1980, la Belgique a redéfini l'hôpital comme lieu de dispensation de soins aigus alors qu'en France, les établissements de santé offrent également des soins de suite ou de réadaptation et des soins de longue durée dans le cadre d'une surveillance médicale continue.

Le tableau 1 montre que la densité de lits d'hospitalisation recensée dans les hôpitaux généraux et/ou universitaires est plus importante dans les départements français que dans les provinces belges de NHANA, situation que corroborent les données nationales belges et françaises. On observe également que les densités de lits d'Ardennais et NHANA sont supérieures aux moyennes nationales belge et française.

On note des écarts importants entre les territoires de la zone étudiée. Ainsi, comparativement à la moyenne de la zone NHANA, le département de l'Aisne possède jusqu'à 15 % de lits de plus pour 1000 habitants. À l'opposé, la province de Namur en compte 30 % de moins.

Tableau 1 Nombre total et densité de lits dans les hôpitaux publics et privés en 2002

	Nombre total de lits d'hospitalisation en hôpitaux généraux	Densité de lits pour 1 000 habitants
Aisne	3 801	7,1
Ardennes	1 710	5,9
Nord sans Dunkerque	13 304	6,1
Hainaut	7 382	5,8
Province de Namur	1 921	4,3
Ardennais	13 631	6,5
NHANA	28 856	6,1
France métropolitaine	347 968	5,9
Belgique	51 640	5,0

Sources : F - SAE 2002, INSEE
B - SPF santé publique au 31/12/2002, INS

En Belgique, les lits correspondant aux services de médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique des établissements de santé français sont indexés respectivement D (service de diagnostic et de traitement médical), C (service de diagnostic et de traitement chirurgical) et M (maternité). Il faut y ajouter les lits « H », lits de services d'hospitalisation simple où l'on exerce du diagnostic et du traitement médical et chirurgical (C+D)¹⁶.

Côté belge, les lits de gynécologie se répartissent entre codes M, C ou D, une comparaison transfrontalière ne peut donc être réalisée que si l'on compare l'ensemble de ces trois services sous le vocable « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique).

Tableau 2 Nombre de lits dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique en 2002

	Médecine*	Chirurgie**	Spécificité Belgique lits H = lits mixtes (C+D)	Maternité - Accouchement*** ou Gynéco-obstétrique	TOTAL lits Médecine-Chirurgie-Obstétrique
Aisne	1 075	644	-	272	1 991
Ardennes	624	410	-	89	1 123
Nord sans Dunkerque	4 056	3 564	-	1 058	8 678
Hainaut	1 978	1 919	670	439	5 006
Province de Namur	620	604	138	127	1 489
Ardennais	3 677	2 973	670	800	8 120
NHANA	8 353	7 141	1 478	1 985	18 287
France métropolitaine	106 620	91 120	-	22 718	220 458
Belgique	15 736	16 130	2 571	3 221	37 658

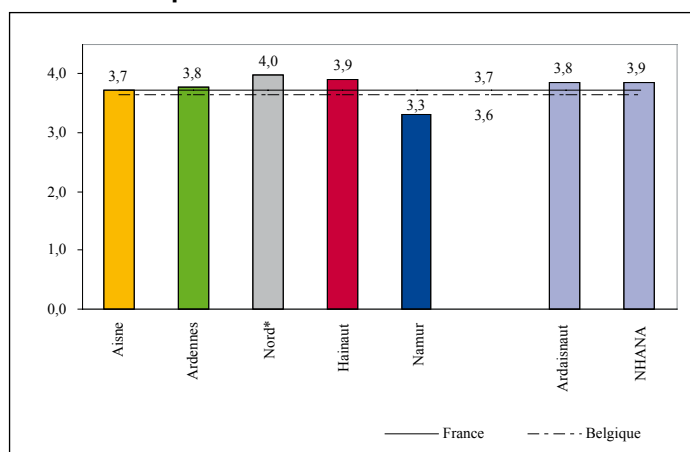
* index D en Belgique
** index C en Belgique
*** index M en Belgique

Sources : F - SAE 2002, INSEE
B - SPF santé publique au 31/12/2002, INS

¹⁶ Spécificité belge (cf. tableau 2) : les lits H sont des lits mixtes indépendants des lits indexés D et C.

Figure 1

Densité de lits de médecine, chirurgie et obstétrique pour 1 000 habitants en 2002



Sources : F - SAE 2002, INSEE
B - SPF santé publique au 31/12/2002, INS

À l'exception de la province de Namur, les densités de lits MCO de la zone NHANA sont supérieures ou égales aux moyennes nationales belge et française.

Du côté français, la concentration des facultés de médecine et des établissements de santé à Lille explique la forte densité de lits hospitaliers en médecine, chirurgie et gynéco-obstétrique (lits « MCO ») dans le département du Nord* (4 lits pour 1000 habitants).

Au sein de ce département, l'arrondissement de Lille concentre 60 % des lits de court séjour tandis que celui de Cambrai n'en totalise que 6 %.

Dans le département des Ardennes, la densité des lits « MCO » (3,8 lits pour 1000 habitants) est légèrement supérieure à la moyenne nationale française (3,7 lits pour 1000 habitants). Ces lits sont essentiellement (71 %) localisés dans l'arrondissement de Charleville-Mézières.

Les arrondissements de Vouziers et de Reethel totalisent à peine 10 % des lits « MCO » des Ardennes. Celui de Sedan en compte 19 %.

L'Aisne compte une densité de lits « MCO » comparable à la densité française moyenne. Les arrondissements de Laon et Saint-Quentin se partageant 58 % du nombre total de lits du département. L'arrondissement de Vervins est le moins équipé (9,3 %).

Du côté belge, le Hainaut a une densité de lits « MCO » (3,9 lits pour 1000 habitants) supérieure aux moyennes nationales belge (3,6 lits pour 1000 habitants) et française (3,7 lits pour 1000 habitants), et équivalente à celle du département du Nord*.

L'arrondissement de Charleroi totalise à lui seul un tiers des lits du Hainaut ; Mons, Soignies et Tournai en regroupent près de 52 %.

La province de Namur concentre essentiellement ses lits « MCO » sur l'arrondissement de Namur (68 % de l'ensemble des lits MCO), le reste (32 %) se situant dans l'arrondissement de Dinant.

Services spécifiques des hôpitaux

Services mobiles d'urgence médicale (SMUR)

Contexte

Les capacités mobiles d'intervention de soins d'urgence sur le territoire NHANA ont acquis un caractère transfrontalier. La ruralité de certaines régions françaises et/ou belges et la proximité des moyens mobiles accessibles - qu'ils se situent dans un arrondissement français ou belge - ont conduit à des coopérations effectives¹⁷.

Une convention entre les départements et les provinces frontalières belgo-françaises visant à permettre l'intervention des SMUR de la zone frontalière (généralement en deuxième ou troisième intentions) sur le territoire étranger a été signée le 20 mars 2007 à Tournai entre le ministre fédéral de la santé, des affaires sociales et de l'environnement Rudy Demotte et le représentant du ministre français de la santé Xavier Bertrand (Dominique Deroubaix, directeur de l'ARH Nord - Pas-de-Calais).

En France

L'implantation des SMUR est déterminée par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et permet d'assurer la couverture du territoire¹⁸.

Le ministre de la Santé fixe par arrêté¹⁹ la liste des établissements hospitaliers ayant obligation de se doter de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence (environ 350 en France répartis sur l'ensemble des départements).

Toute l'organisation française s'articule autour de services d'aide médicale urgente (SAMU) dont la mission²⁰ est d'assurer la coordination de la médecine pré-hospitalière.

Les SAMU²¹ comportent un centre de régulation médicale des appels, appelé Centre 15 : chaque appel est pris en charge par un permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) qui effectue un premier tri des appels. Les appels sont ensuite transmis au médecin régulateur du SAMU qui évalue le degré d'urgence et prend une décision médicale : conseil, médecin traitant, médecin de garde, ambulance privée, sapeurs-pompiers ou envoi d'une unité SMUR.

En Belgique

Le ministre fédéral de la Santé publique fixe par arrêté²² la répartition adéquate et optimale des moyens d'urgence dans le but de garantir une couverture suffisante et complète du territoire du Royaume (il y avait 92 SMUR en Belgique en 2002). Le terme SAMU n'a jamais été officialisé. Il a pourtant été utilisé (et l'est encore parfois) aussi bien par des hôpitaux que par des services d'ambulance.

En Belgique, les secours médicaux d'urgence sont régis par différents arrêtés royaux sous le terme générique d'AMU (aide médicale urgente). L'AMU concerne l'ensemble des services (centres 100 - ambulances agréées - établissements de soins) et des personnes impliquées.

Le service des secours sanitaires à la population civile du ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement organise, conformément à la loi, l'aide médicale urgente. Il garantit ainsi à la population les secours appropriés. Un appel au 100 permet de mettre en œuvre la chaîne des secours : l'envoi d'un médecin, d'un service d'ambulance ou d'un SMUR et, le cas échéant, le transport de la victime vers un établissement de soins. Les moyens de l'aide médicale urgente sont le système d'appel unifié (centraux téléphoniques 100 dépendant principalement du ministère de l'Intérieur) ; les services d'ambulances ; les médecins et les services hospitaliers²³.

Les SMUR sont équipés de tout le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des patients en détresse vitale (y compris pour la réanimation avancée de l'adulte et de l'enfant).

¹⁷ Par exemple, la coopération en soins intensifs entre le CHR de Mons et le CH de Maubeuge ou entre le CHR de Tournai et le CH de Valenciennes.

¹⁸ décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Voir aussi : <http://www.santetransfrontaliere.org/luxlorsan/menupublic/pdf/decret576.pdf> et <http://www.santetransfrontaliere.org/luxlorsan/menupublic/pdf/decret577.pdf>

¹⁹ Arrêté du 25 novembre 1985 déterminant la nature et les conditions d'utilisation des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence dont doivent disposer certains établissements hospitaliers (J.O. du 5 décembre 1985). Décret n°97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation, et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'État) (J.O. du 1^{er} juin 1997).

²⁰ L'assise réglementaire est donnée aux SAMU par la loi du 6 janvier 1986 (décrets du 16 décembre 1987) sur l'aide médicale urgente et les transports sanitaires.

²¹ http://www.samu-de-france.com/default_zone/fr/html/page-270.asp

²² Arrêté ministériel du 29 janvier 2003 intégrant des fonctions « service mobile d'urgence » agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente. Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, notamment l'article 1^{er}, alinéa 3, remplacé par la loi du 22 février 1998. Arrêté royal.

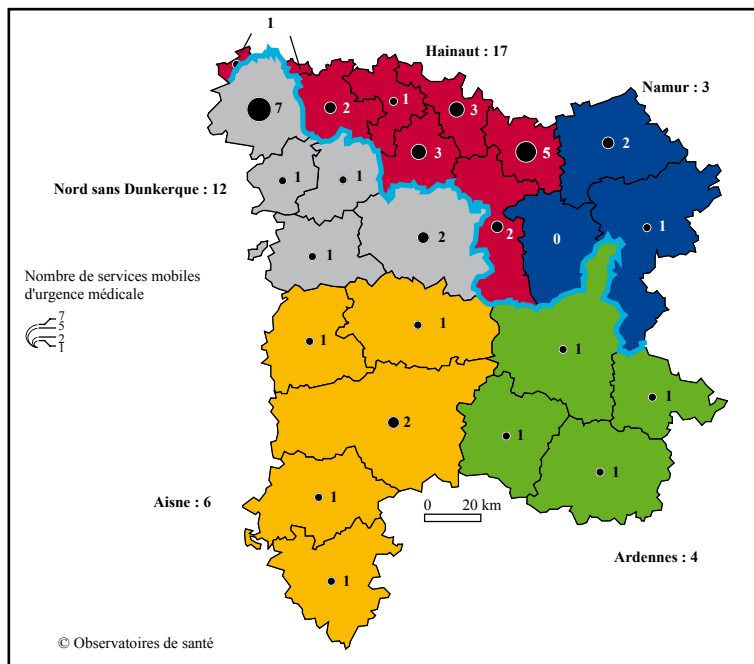
²³ <http://www.health.fgov.be>

Ils sont envoyés en fonction du type d'accident et du lieu d'intervention (parmi les SMUR attachés aux différents hôpitaux de la région, c'est celui qui sera le plus rapidement sur place qui est envoyé).

Tous les arrondissements de la zone NHANA (excepté Philippeville en raison de l'absence de structure hospitalière) disposent au moins d'un service hospitalier d'urgence.

Côté français, la moitié des établissements de l'Aisne (10/20) et des Ardennes (5/10) offrent un service d'urgence tandis que moins d'un quart des hôpitaux du Nord* (20/72 dont 12 à Lille) en possèdent. Cette différence est bien sûr liée à la diversité des établissements hospitaliers.

Carte 2 Nombre de services mobiles d'urgence médicale en 2002



Sources : F - SAE 2002
B - SPF santé publique au 31/12/2002
Fait avec Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/philgeo>

Onze arrondissements sur quatorze ne possèdent qu'une seule unité SMUR sur leur territoire. On compte deux SMUR dans les arrondissements de Laon (Aisne) et Avesnes-sur-Helpe (Nord*). Dans l'important tissu hospitalier de l'arrondissement de Lille on dénombre un total de sept unités mobiles d'urgence.

Plus des deux tiers des hôpitaux des provinces de Namur et du Hainaut possèdent un service d'urgence.

En Province du Hainaut, douze unités SMUR sur 17 fonctionnent en collaboration avec un autre hôpital, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas attachées à une seule structure hospitalière mais desservent au moins deux établissements. Cinq des sept arrondissements hainuyers possèdent au moins deux SMUR.

Dans la province de Namur, on observe seulement trois unités mobiles d'urgence réparties sur les deux arrondissements de Namur et Dinant.

Unités pour grands brûlés

Dans la zone NHANA, deux structures hospitalières - une dans l'arrondissement de Lille et une dans l'arrondissement de Charleroi - disposent d'unités agréées pour la prise en charge et les soins aux grands brûlés.

Il s'agit, côté français, du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille offrant 12 lits de très grands brûlés et côté belge, de l'institut de médecine, de traumatologie et de réadaptation (IMTR) de Loverval - près de Charleroi - (10 lits).

La catastrophe belge de Ghislenghien en 2004 provoquée par l'explosion d'un gazoduc a permis de se rendre compte de l'efficacité des secours et de la prise en charge transfrontalière des grands brûlés.

Les structures hospitalières spécialisées dans ce type de lésions sont peu nombreuses et le nombre de lits limité. Dès lors, conventions et coopérations entre pays limitrophes se révèlent indispensables lors d'événements dramatiques à caractère exceptionnel. Dans le domaine du traitement des grands brûlés, la coopération internationale en cas de catastrophe dépasse les zones frontalières vu l'extrême spécialisation des soins.

Ainsi, récemment, la région d'Alsace, suite à la fermeture de l'établissement de Freyming-Merlebach, a signé une convention²⁴ avec le centre des grands brûlés de Ludwigshafen, en Allemagne. Par ailleurs, le centre hospitalier de Charleville-Mézières, l'IMTR de Loverval, l'UGECAM Nord-Est, l'ARH de Champagne-Ardenne et l'Assurance maladie ont négocié une convention non aboutie à l'heure actuelle (le texte a reçu un avis favorable des Assurances maladie belge et française mais doit encore être accepté par le ministère français de la Santé) permettant aux grands brûlés français d'être traités en soins aigus au centre de Loverval et aux patients belges de recevoir des soins de réadaptation fonctionnelle dans les établissements du département des Ardennes (UGECAM Nord-Est).

²⁴ Convention de coopération transfrontalière pour les grands brûlés signée le 11 avril 2005.
http://www.alsace.assurance-maladie.fr/uploads/media/convention_grands_brules_01.pdf

Tableau 3 Nombre de lits de maternité (dédiés à la mère)* en 2002

	Nombre de lits de maternité	Densité de lits pour 1 000 femmes de 15-49 ans
Aisne	209	1,7
Ardennes	64	1,0
Nord sans Dunkerque	828	1,5
Hainaut	439	1,4
Province de Namur	127	1,2
Ardaisnaut	712	1,4
NHANA	1 667	1,4
France métropolitaine	18 221	1,3
Belgique	3 221	1,3

Sources : F - SAE 2002, INSEE
B - SPF santé publique au 31/12/2002, INS

* Côté français, il s'agit des lits d'obstétrique seuls, ceux de gynécologie sont exclus

Maternité

Les lits belges de maternité sont indexés M dans la nomenclature hospitalière et les lits français sont spécifiquement distingués dans le fichier SAE.

L'offre en lits de maternité est sensiblement la même en Hainaut et dans la zone NHANA (1,45 lit pour 1 000 femmes de 15-49 ans), on observe cependant de grandes disparités selon les arrondissements (0,8 lit à Thuin et 1,64 lit à Tournai).

Comme le montre le tableau 3, les Ardennes se caractérisent par la plus faible offre en lits de maternité de la zone NHANA (moins de 1 lit pour 1 000 femmes en âge de procréer). Il n'y a plus aucun lit de maternité dans l'arrondissement de Vouziers depuis la fermeture de sa maternité et un accord a été passé avec la maternité de Rethel pour prendre en charge les parturientes de cet arrondissement.

La densité de lits de maternité pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans de l'Aisne est la plus élevée de la région de NHANA (1,67 lit contre 1,44 dans NHANA). Sur les 127 lits de maternité disponibles dans les structures hospitalières de la province de Namur, 100 sont localisés dans l'arrondissement éponyme.

Unités de soins néonataux intensifs

En France, les unités de néonatalogie en hôpital se subdivisent en cinq niveaux²⁵ correspondant aux définitions du GENUP (groupe d'étude sur la néonatalogie et les urgences pédiatriques) répartis selon les besoins des nouveau-nés. Les unités intensives débutent au niveau 4. Les maternités sont classées en fonction du type de grossesse et des soins de néonatalogie dispensés aux nouveau-nés.

Depuis 1998, on distingue trois types de maternités :

- les maternités de niveau I disposent d'une unité d'obstétrique et prennent en charge les grossesses supposées être à bas risque pour la mère et pour l'enfant. Elles assurent les niveaux I (surveillance de nouveau-nés bien portants) et II (nouveau-nés ayant des troubles mineurs) du GENUP ;
- les maternités de niveau II comprennent une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie. Elles ont pour objet, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance, qu'ils soient ou non nés dans l'établissement. Les nouveau-nés de GENUP III (nouveau-nés présentant des pathologies nécessitant une surveillance par un personnel infirmier qualifié jour et nuit) y sont pris en charge ;
- les maternités de niveaux III possèdent une unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale. Elles assurent la surveillance et les soins spécialisés de tous les nouveau-nés (nés ou non dans l'établissement) présentant des signes de détresse grave ou des risques vitaux. Elles ont en charge les nouveau-nés de GENUP IV et V, niveaux correspondant respectivement aux soins dispensés en service de soins intensifs et de réanimation néonatale.

Côté belge, la nomenclature des lits de néonatalogie intensive au sein d'un hôpital est l'index NIC (Neonatal intensive care)²⁶. Généralement, de par les moyens humains et équipements spécifiques à mettre en œuvre, ces unités se situent au sein de structures universitaires ou sont liées à une université.

Le service NIC doit satisfaire, chaque année, à au moins trois des normes suivantes, étant entendu que la norme visée au point 5 doit dans tous les cas être satisfaite :

1. au moins 50 nouveau-nés dont le poids est inférieur à 1 500 grammes sont admis ;
2. 15 % au moins des admissions concernent des nouveau-nés de moins de 1 500 grammes ;
3. au moins 50 % de ces admissions concernent des patients qui nécessitent plus de 24 heures de ventilation artificielle ;
4. 20 % au moins des admissions concernent des transferts avant la naissance (grossesse à risque) ;
5. 50 % au moins des patients NIC sortis de l'hôpital sont retransférés vers l'établissement référant pour la suite du traitement.

La zone NHANA comptabilise 88 lits dédiés spécifiquement à la néonatalogie intensive. Plus de 70 % de ces lits sont situés côté belge, répartis sur les arrondissements hainuyers de Charleroi (33 lits), Soignies (15 lits) et sur l'arrondissement de Namur (15 lits). L'offre française se concentre sur le seul arrondissement de Lille (25 lits).

²⁵ <http://www.fc-sante.org/arh/www-arh-besancon.sante.gouv.fr/SchemaGeneral/perinatalite.htm>

²⁶ <http://www.fnams.be/LOGINONE/levelone/merenne/nnhiar05.html>

Unités de dialyse

Lorsque la fonction rénale est altérée de façon profonde et définitive, il devient indispensable pour vivre d'avoir recours à une transplantation rénale ou de recourir à une épuration extra-rénale périodique. Cette dernière peut revêtir deux formes : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse.

En général, le patient doit se faire dialyser dans une unité de dialyse trois fois par semaine, à raison de trois ou quatre heures par séance. Il s'agit d'un traitement contraignant, et techniquement assez complexe, qui requiert une aide infirmière et une surveillance étroite. On comprend donc l'importance d'avoir une offre de proximité et l'intérêt des complémentarités transfrontalières. Dans ce contexte, il faut souligner l'exemple, dans la zone NHANA, de la coopération existant depuis plus de dix ans entre les CH de Tourcoing et Mouscron.

En Belgique [8], en 2002, les formes alternatives de dialyse - l'hémodialyse à domicile, l'hémodialyse en centre collectif d'autodialyse et la dialyse péritonéale - représentaient 27 % des traitements. L'hémodialyse se déroule le plus souvent en milieu hospitalier (80 % des hémodialyses). Des centres²⁷ collectifs (en hôpital) d'autodialyse sous la surveillance d'un néphrologue et d'infirmiers spécialisés prennent en charge 19 % des dialysés tandis qu'à peine 1 % des hémodialyses sont effectuées à domicile.

En France [7], 68 % des séances d'hémodialyse sont effectuées dans un centre lié ou non²⁸ à un hôpital, 29 % des séances sont de l'autodialyse dans un centre en association ou en lien avec un hôpital et 2,6 % sont de l'hémodialyse à domicile.

Tableau 4 Nombre d'unités de dialyse et d'auto-dialyse en 2002

	Unités de dialyse en hôpital	Unités de dialyse et d'auto-dialyse liées ou non à des hôpitaux
Aisne	2	3
Ardennes	1	3
Nord sans Dunkerque	10	36
Hainaut	14	14
Province de Namur	2	2
Ardaisnaut	17	20
NHANA	29	58

Sources : F - SAE 2002

B - SPF santé publique au 31/12/2002

En 2002, les zones Ardaysnaut et NHANA offraient respectivement 20 et 58 unités de (auto)dialyse.

Pour le versant belge de la région NHANA, les 16 unités recensées se trouvaient en milieu hospitalier.

En France, on ne pouvait en revanche évaluer l'offre à partir des seules structures existant en hôpital : sur les 42 unités des départements français de NHANA, seules 13 sont physiquement en hôpital général ou universitaire²⁹.

À l'issue d'une enquête téléphonique réalisée en 2005 par l'Observatoire de la santé du Hainaut, on relève dans les hôpitaux hainuyers la mise à disposition de 274 appareils d'hémodialyse, dont un tiers pour l'arrondissement de Charleroi et à peine 5 postes sur l'arrondissement de Thuin.

En province de Namur, la clinique Sainte-Elisabeth et le CHR de Namur offrent l'appareillage pour tout le territoire, soit 31 postes. Par ailleurs, il faut ajouter à ces chiffres, les appareils destinés à l'autodialyse pratiquée en centre lié à la structure hospitalière : 5 postes à Namur et 43 en province du Hainaut (dont 20 pour le seul arrondissement de Soignies).

²⁷ Arrêté ministériel du 04/12/2005 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en néphrologie ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en néphrologie.
<http://www.health.fgov.be>

²⁸ Décret n°2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique.
http://www.asso-dialyse.org/public/juridique/JO/2002_224_2.html

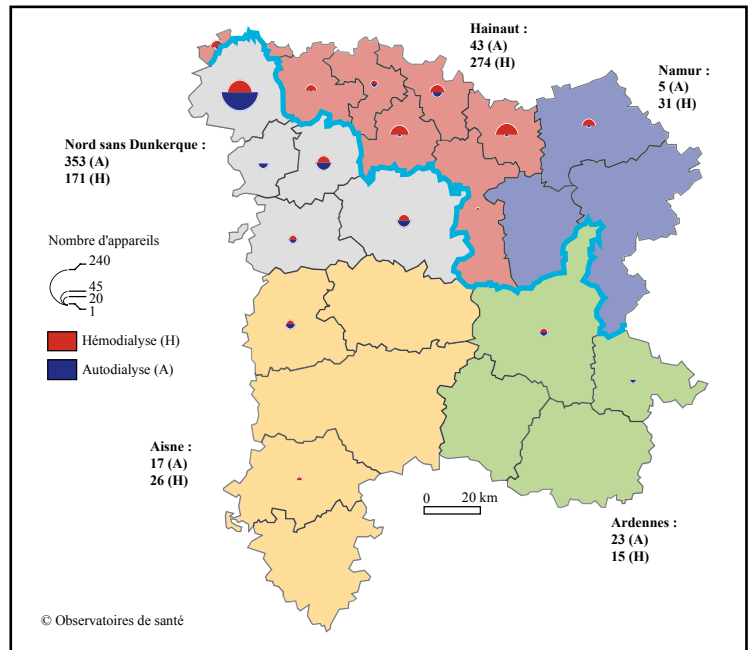
²⁹ Côté français, les unités de dialyse hors hôpitaux se trouvent dans des structures d'alternative à la dialyse en centre, dans des centres de dialyse ou dans des centres de dialyse et d'entraînement à la dialyse.

Côté français, l'Aisne concentre les postes destinés à l'hémodialyse sur les deux arrondissements de Saint-Quentin (16 appareils) et de Soissons (10 appareils), tandis que le département des Ardennes dispose de 15 postes localisés uniquement dans l'arrondissement de Charleville-Mézières.

Le Nord* offre 171 postes dont 104 dans l'arrondissement de Lille, le reste étant réparti entre tous les autres arrondissements, excepté Douai.

La mise à disposition d'appareils exclusivement destinés à l'autodialyse est beaucoup plus importante côté français. Ces appareils sont le plus souvent disponibles au sein de centres extra-hospitaliers : c'est le cas pour les 17 appareils de l'Aisne (arrondissement de Saint-Quentin) et les 23 appareils du département des Ardennes (13 à Charleville-Mézières et 10 à Sedan).

Un peu plus de huit appareils d'autodialyse sur dix du Nord* (289 postes sur 353) se situent dans des centres extra-hospitaliers et sept sur dix (240 appareils) se trouvent dans l'arrondissement de Lille contre à peine dix postes à Cambrai.



Sources : F - SAE 2002
B - Enquête Observatoire de la santé du Hainaut 2005
Fait avec Philcarto - <http://perso.club-internet.fr/philgeo>

Imagerie médicale

L'imagerie médicale est l'un des domaines de la médecine qui a le plus progressé depuis un quart de siècle. Les techniques récentes permettent non seulement un meilleur diagnostic mais offrent également de nouveaux espoirs de traitement pour de nombreuses maladies : cancer, épilepsie... où l'identification précise de la lésion facilite par exemple le recours à la chirurgie.

Cependant, ces techniques d'imagerie ont un coût très important, en particulier en ce qui concerne l'achat et l'utilisation de scanners (rayons X, résultats en deux dimensions) ou d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui donne des résultats encore plus précis (numérisation et restitution des images en deux ou trois dimensions).

En Belgique, en 2006, près de 84 % des hôpitaux généraux et/ou universitaires disposent d'imagerie médicale avec scanner et près de 30 % sont équipés d'appareil IRM.

Les six hôpitaux de la province de Namur disposent chacun d'au moins un scanner, et la moitié d'entre eux offre également la technologie IRM.

Dans la province du Hainaut, 70 % des hôpitaux (21 établissements) disposent d'un scanner et 20 % (6 hôpitaux concernés dont 3 pour le seul arrondissement de Charleroi mais aucun dans celui de Thuin) de l'appareillage IRM.

D'autre part, la situation arrêtée en 2004 montrait que sur 329 scanners installés en Belgique, 47 l'étaient en province du Hainaut et 2 à Namur.

Selon la Société française de radiologie³⁰, en 2001, il y avait en France, par million d'habitants, entre 10 et 11 scanners contre 23 en Belgique. La même source évaluait une offre française en imagerie IRM similaire à la situation nationale belge : entre 5 et 7 appareillages par million d'habitants.

Tableau 5

Imagerie médicale : nombre de structures disposant de scanner et d'IRM

	Nombre d'hôpitaux disposant de scanners	Nombre d'hôpitaux disposant d'IRM
Aisne	6	3
Ardennes	2	1
Nord sans Dunkerque	24	16
Hainaut	21	6
Namur	6	3
Ardaynaut	29	10
NHANA	59	29

Sources : F - DRASS, ARH
B - SPF santé publique au 31/12/2006
NB : Pour les Ardennes, les données fournies concernent l'année 2004.
Pour l'Aisne, le Hainaut et la province de Namur, les données concernent 2006.
Pour le Nord*, les données concernent 2007.

³⁰ Communication du professeur G. Frija de novembre 2002. <http://www.sfr-radiologie.asso.fr>

Au 1^{er} juillet 2006, sur les vingt établissements des arrondissements de Laon, Saint-Quentin et Soissons, l'Aisne compte 6 établissements munis d'un scanner et 3 d'un appareil pour l'IRM.

Dans les Ardennes, comme d'ailleurs dans tous les départements français, le paysage des équipements lourds est en constante modification. Ainsi, en 2004, le CH de Charleville-Mézières disposait de deux IRM et de deux scanners, et celui de Sedan d'un scanner.

Dans le Nord*, 16 établissements disposent d'au moins un appareil IRM et 24 possèdent au moins un scanner (en 2007). La majorité de ces équipements lourds se trouve dans l'arrondissement de Lille (10 des 16 établissements ont un ou des IRM et 13 des 24 établissements possèdent un ou des scanners).

Radiothérapie

Depuis près d'un siècle, la radiothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique des maladies cancéreuses. Après quelques balbutiements, la technique est aujourd'hui bien maîtrisée et constitue, avec la chirurgie, le traitement le plus répandu des cancers, aboutissant à un grand nombre de guérisons.

Le principe de la radiothérapie consiste à exposer les cellules cancéreuses à une émission de radiations, qui va altérer l'information génétique des cellules cancéreuses.

En France³¹, la radiothérapie est utilisée dans le traitement d'environ 60 % des cancers. On estime à 150 000 le nombre de patients ainsi traités par an en France. Ces patients sont traités dans 180 centres (hôpital ou centre de lutte contre le cancer³²), équipés en moyenne de 2 équipements de radiothérapie chacun.

En Belgique, la radiothérapie se pratique exclusivement en hôpital général ou universitaire³³. Au total, 24 hôpitaux répartis sur tout le territoire belge sont équipés pour la radiothérapie.

Tableau 6 Nombre de structures (y compris les centres de lutte contre le cancer) disposant d'équipement de radiothérapie

Côté belge, 60 % des structures hospitalières de NHANA offrant la possibilité aux patients atteints d'un cancer d'être traités par radiothérapie se situent en province du Hainaut et 40 % dans la province de Namur.

Côté français, les hôpitaux de Saint-Quentin et Soissons (Aisne) disposent d'accélérateurs de particules, celui de Charleville-Mézières en possède un (Ardennes). Un centre régional de lutte contre le cancer est implanté à Lille³⁴ (Nord*) et dispose entre autres d'un appareil de cobalthérapie et de quatre accélérateurs linéaires de particules.

	Nombre d'hôpitaux ou de centres disposant d'appareillage destiné au traitement contre le cancer
Aisne	2
Ardennes	1
Nord sans Dunkerque	1
Hainaut	5
Namur	1
Ardainnaut	8
NHANA	10

Sources : F - SAE 2002, DRASS, ARH

B - SPF santé publique au 31/12/2002

NB : Pour le Nord*, les données fournies concernent l'année 2002.

Pour les Ardennes, le Hainaut et la province de Namur, les données concernent 2005. Pour l'Aisne, les données datent du 01/07/05.

Côté belge, dans la province du Hainaut, 22 % des structures hospitalières disposent de l'appareillage nécessaire (soit 31 appareils) au traitement radiothérapeutique contre le cancer : ces hôpitaux se situent dans trois des sept arrondissements de la province : Charleroi (deux hôpitaux), Soignies (deux hôpitaux) et Mons (un hôpital). Pour la province de Namur, un seul établissement situé au cœur de la capitale wallonne dispose du matériel de radiothérapie (soit 16 appareils destinés au traitement).

³¹ Source : <http://www.igr.fr>

³² Les 20 centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC), érigés le 1^{er} octobre 1945 par une ordonnance du général de Gaulle (art. L.312 & s. du Code de la Santé publique), occupent une place particulière dans le paysage sanitaire français. Établissements de santé privés à but non lucratif et de caractère hospitalo-universitaire, ces 20 centres participent depuis toujours au service public hospitalier. À ce titre, ils sont financés par l'Assurance maladie et sont contrôlés par le ministère de la Santé, dans les mêmes conditions que les hôpitaux publics. Dédiés au traitement des cancers, ils assurent des missions de prévention, de recherche, d'enseignement et de soins, dans la recherche permanente de la qualité et de l'accessibilité. <http://www.fnclcc.fr>

³³ « Art. 2. Le service de radiothérapie doit être installé dans un hôpital général. » - Arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique (...) au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

³⁴ <http://www.centrescarlambret.fr>

Ce qu'il faut retenir...

Cette étude tente de comparer les situations de part et d'autre de la frontière mais les différences sont importantes dans les définitions, les modes de fonctionnement et la répartition des services et des équipements au sein des structures hospitalières.

Un état des lieux des situations existantes et des législations en vigueur en France et en Belgique a été le fil conducteur de la réalisation de cette fiche et cherche à éclairer les acteurs de santé belges et français qui seront amenés à renforcer leurs collaborations dans les années qui viennent.

Si le système de santé français s'appuie sur une planification sanitaire régionale spécifique, cela n'est pas le cas en Belgique.

On retiendra globalement que :

- la majorité des sites hospitaliers de NHANA se concentre sur l'arrondissement de Lille (F) et de Charleroi (B) ;*
- l'arrondissement de Philippeville ne dispose pas d'hôpital général ;*
- l'offre hospitalière du département des Ardennes se concentre surtout sur les structures de Charleville-Mézières tandis que celles de l'Aisne sont mieux réparties sur ses différents arrondissements ;*
- le nombre de lits disponibles par habitant en médecine, chirurgie et obstétrique de la région NHANA est supérieur aux densités nationales belge et française, seule la province de Namur se distingue par une offre plus faible ;*
- les hôpitaux du département des Ardennes offrent moins de 10 lits de maternité pour 10 000 femmes en âge de procréer contre plus de 14 pour toute la région NHANA ;*
- 70 % des lits dédiés à la néonatalogie intensive de NHANA sont situés en Belgique ;*
- toutes les unités de dialyse des provinces belges de NHANA se situent au sein des hôpitaux tandis que celles des départements français sont pour les deux tiers des structures extra-hospitalières, liées ou non à un hôpital ;*
- l'offre en équipements lourds (IRM, scanners et radiothérapie) est nettement plus importante côté belge que côté français dans la région NHANA.*

Bibliographie

- [1] Baudeau D., Trigano L. - **La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique** - DREES - Etudes et résultats n°327 - juillet 2004
- [2] Buisson G. et AL. - **Les établissements de santé en 2001** - DREES - La documentation française, n°sicom 04013, 104 pages - 2003
- [3] Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - **Rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003** - 174 pages - 2003
- [4] Collie C. et AL. - **Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine - Grand Duché de Luxembourg - Province de Luxembourg** - Groupement européen d'intérêt économique LUXLORSAN, 318 pages - juin 2004
- [5] Cour des comptes France. - **Rapport sur le financement des dépenses hospitalières** - Chapitre VIII de la situation des comptes sociaux en 2001 - 2002
- [6] De Troyer M. - **Le secteur de la santé et hospitalier** - Université libre de Bruxelles - BTS Newsletter n°15-16 - février 2001
- [7] Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) - **Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004. Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2005** - DREES - 2004. 334 pages
- [8] Fabri V. - **Réformes du financement de la dialyse rénale** - Mutualités socialistes de Belgique- note d'information - 25 pages - juillet 2003
- [9] Gay M. - **Vers une Europe de la santé ? Apports d'une géographie de l'offre de soins appliquée à la région transfrontalière franco-wallonne** - Mémoire de DEA Géographie de la santé, réalisé sous la co-direction. de Mme Rican et Vaguët. Paris X, 2004, 82 pages
- [10] Haut comité de santé publique - **Le système de santé en France** - 2000
- [11] Leroy X. et AL. - **Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en communauté française et en communauté germanophone de Belgique** - 2003
- [12] Massart A. C. - **Comment ça marche les hôpitaux ?** - Mutualités chrétiennes de Belgique - Fiche d'information n°185 - janvier 1999
- [13] Molinié E. - **L'hôpital public en France : bilan et perspectives** - Rapport du conseil économique et social - 264 pages - 2005
- [14] Service public fédéral. Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement - **Belgian hospitals - Typology, organization, quality** - Informations statistiques annuelles, département de la politique des soins de santé - 54 pages - 2000
- [15] Valenduc C. - **Reflets et perspectives de la vie économique - Les soins de santé en Belgique : des faits et des principes** - Editions De Boeck - 118 pages - 2003
- [16] Volovitch P. - **L'hôpital public en chantier** - Alternatives économiques, n°155 - pp 59-63 - janvier 1998

Sitographie

<http://www.doctissimo.fr>
<http://www.igr.fr>
<http://www.sante.gouv.fr>
<http://www.fnclcc.fr>
<http://www.sesa.ucl.ac.be/sesaweb/publications/pub.htm>
<http://www.santetransfrontaliere.org/luxlorsan/menupublic/pdf/Accordcadrefrancobelge.pdf>
<http://www.health.fgov.be>
<https://portal.health.fgov.be/portal/>
<http://www.vie-publique.fr/documents-vp/financement.pdf>
<http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2304.html>
<http://www.ecosante.fr/FRANFRA/3025.html>
http://www.samu-de-france.com/default_zone/fr/html/page-270.asp
http://www.alsace.assurance-maladie.fr/uploads/media/convention_grands_brules_01.pdf
<http://www.fc-sante.org/arh/www-arh-besancon.sante.gouv.fr/SchemaGeneral/perinatalite.htm>
http://www.asso-dialyse.org/public/juridique/JO/2002_224_2.html
<http://www.sfr-radiologie.asso.fr>
<http://www.centreoscarlambret.fr>
<http://www.platines.sante.gouv.fr>

Glossaire

Ardainaut - Ardennes Aisne Hainaut

AMU - Aide médicale urgente

AP-DRG - All Patient Diagnosis Related Groups (groupes de diagnostics)

ARH - Agence régionale de l'hospitalisation

CH - Centre hospitalier

CHR - Centre hospitalier régional

CHU - Centre hospitalier universitaire

CPAM - Caisse primaire d'assurance maladie

CRLCC - Centre régional de lutte contre le cancer

DREES - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

GENUP - Groupe d'étude sur la néonatalogie et les urgences pédiatriques

INS - Institut national de la statistique

INSEE - Institut national de la statistique et des études économiques

IRM - Imagerie par résonance magnétique

MCO - Médecine chirurgie obstétrique

NHANA - Namur Hainaut Aisne Nord* Ardennes

NIC - Neonatal intensive care

NODESS - Nomenclature des établissements sanitaires et sociaux

ONDAM - Objectif national des dépenses d'assurance maladie

OQN - Objectif quantifié national

ORS - Observatoire régional de santé

OR2S - Observatoire régional de la santé et du social

OSH - Observatoire de la santé du Hainaut

PARM - Permanencier auxiliaire de régulation médicale

PSPH - Etablissement privé participant au service public hospitalier

SAE - Statistiques annuelles des établissements

SAMU - Service d'aide médicale urgente

SMUR - Services mobiles d'urgence et de réanimation

SPH - Service public hospitalier

SROS - Schéma régional d'organisation sanitaire

UGECAM - Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie

UFR - Unité de formation et de recherche

Observatoire Régional de la Santé de Champagne - Ardenne



48, rue du Barbâtre
F - 51100 REIMS
Tél. : + 33(0)3 26 86 13 65
E-mail : orsca@wanadoo.fr
Web : <http://www.orsca.fr>

Observatoire Régional de la Santé et du Social



Faculté de Médecine
3, rue des Louvels
F - 80036 AMIENS Cedex 1
Tél. : + 33 (0)3 22 82 77 24
E-mail : or2s@u-picardie.fr
Web : <http://www.or2s.fr>

Observatoire de la Santé du Hainaut



rue Saint-Antoine 1
B - 7021 HAVRE
Tél. : + 32 (0)65 87 96 00
E-mail : observatoire.sante@hainaut.be
Web : <http://observatoiresante.hainaut.be>

Observatoire Franco - Belge de la Santé



11, allée Vauban
F - 59662 VILLENEUVE D'ASCQ Cedex
Tél. : + 33 (0) 3 20 05 74 37
E-mail : ofbs@cram-nordpicardie.fr
Web : <http://www.ofbs.eu>

Portails des projets transfrontaliers de santé :

<http://www.franckobelge.org>
<http://www.santetransfrontaliere.org>

Copyrights

Microsoft Office X
Adobe Illustrator®
Adobe® InDesign®
Philcarto©

Réalisation

Macintosh® PowerBook G4

ISBN 978-2-909195-43-8

Imprimé en septembre 2007