

FLASH « SANTÉ TRANSFRONTALIÈRE »

Mars 2022 - N° 6



COTRANS

DANS CE NUMÉRO :

PARTIE IV - Réflexions pour soutenir la déclinaison de l'ETP - Partie II	2
Fact sheet Cadrage démographique, socio-économique et socio-sanitaire de l'espace transfrontalier du Pôle Européen de Développement (PED)	6
« Prévention et prise en charge cardiovasculaire : comment s'adapter aux publics défavorisés ? »	11
Calendrier	13



Avec le soutien du
Fonds européen
de développement
régional

EDITO

Depuis près de deux ans, notre quotidien est déterminé par les aléas de la crise sanitaire. Celle-ci a montré l'inadéquation des dispositions des Traités européens qui attribuent une compétence exclusive aux Etats membres dans le domaine de la santé. Ces dispositions ouvrent la voie au développement de réflexes nationalistes et protectionnistes, d'un autre temps, dans le chef de certaines autorités au sein des Etats membres de l'UE. Le virus leur a fait un pied de nez en se propageant à tout va. Il s'est répandu sur toute la planète et aucune forme de frontière n'a pu l'en empêcher.

C'est grâce à la prise de conscience de la nécessité de se concerter et d'échanger entre les Etats et les gestionnaires des systèmes de santé que des mesures adaptées ont pu être adoptées progressivement pour limiter, autant que faire se peut, les impacts de la pandémie.

L'UE a permis de coordonner les décisions en matière de gestion et de propagation de la crise sanitaire et de mettre un terme aux recettes éculées telles que la fermeture des frontières.

C'est par la solidarité que passe obligatoirement la maîtrise de la pandémie. Elle s'est exprimée à travers la prise en charge de flux de patients covid aux frontières des Etats, par l'achat communautarisé des vaccins, par l'importance du budget de la nouvelle programmation EU4HEALTH (11 fois plus élevé que les précédents), par la création d'une agence européenne pour gérer l'urgence sanitaire...

Mais cette solidarité ne doit pas se limiter à traiter les impacts de la crise. Elle doit être au cœur d'une dynamique qui doit enfin se concrétiser, celle de structurer une réelle Europe de la Santé. En novembre 2020, la nouvelle Présidente de la Commission européenne, Mme Von der Leyen, l'appelait de ses vœux face aux multiples et importants défis à relever.

Aujourd'hui, un nouveau pas semble avoir été franchi avec l'intervention récente du Ministre de la Santé français qui a en charge la présidence du Conseil des ministres de la santé pendant ce premier semestre de l'année 2022.

Il vient, en effet, de se positionner sans ambiguïté pour une Europe de la santé dans une interview accordée à « Confrontations Europe »¹.

Si nous nous réjouissons de cette déclaration politique majeure au début de la Présidence française de l'UE, nous attendons maintenant une traduction des intentions exprimées dans des mesures qui plantent les jalons d'une stratégie politique clairement définie pour déboucher sur des décisions concrètes qui font sens pour les systèmes de santé, les professionnels de santé et les citoyens européens.

A notre échelle transfrontalière, nous voudrions que les expérimentations qui ont été déployées en matière de coopération sanitaire soient définitivement institutionnalisées et ne puissent tolérer des remises en question par d'aucuns au gré de leurs humeurs protectionnistes et nationalistes.

Les projets et les perspectives de coopération entre les systèmes de santé sont des terreaux féconds de dynamisme et de savoir-faire qui doivent servir de références et être soutenus, encouragés et déployés en tout lieu où le besoin de synergie et de complémentarité transfrontalière est réel.

Nous espérons que la nouvelle programmation Interreg permettra d'approfondir les coopérations existantes et surtout de réaliser de solides avancées. Mais, nous espérons, avant tout, une attitude fondamentalement positive de la part des autorités en ce domaine pour booster les synergies transfrontalières en santé pour le mieux-être des populations, leur accès aux soins et aux services de prévention, la gestion des systèmes de

santé et le bien-être des professionnels de santé.

C'est d'ailleurs sur base de cette vision que nous poursuivons ardemment le tissage fin de coopérations transfrontalières tant sur le versant franco-belge à travers le projet COPROSEPAT dont nous exposons les avancées en matière d'éducation thérapeutique du patient qu'au travers du projet COSAN, en Grande Région, qui vise à structurer des synergies nécessaires et efficaces entre les offres de soins et de services des espaces frontaliers. C'est sur base de cette dynamique que nous présentons les premiers jalons de l'intérêt d'une coopération trinationale entre les versants belgo-franco-luxembourgeois pour améliorer l'accès aux soins dans un territoire sous doté en professionnels de santé et en lits de soins aigus et mutualiser l'offre de soins disponible dans un espace transfrontalier fortement innervé par la mobilité de travailleurs frontaliers.

Ces démarches devraient déboucher sur des résultats prometteurs durant l'année 2022.

Bonne lecture et plein succès dans la réalisation de vos projets en 2022.



¹ : Vêran Olivier, « L'Europe de la santé est devenue une évidence » Confrontations Europe n° 133, p16-17. <https://confrontations.org/sarahdelhaie/pfue-leurope-de-la-sante-est-devenue-une-evidence/>

PARTIE IV - Réflexions pour soutenir la déclinaison de l'ETP - Partie II



Cindy Léobold
Observatoire Régional
de la Santé Grand Est



L'ETP : UNE NECESSAIRE DECLINAISON EN ACTION

Synthèse disponible sur le site internet : <https://coprosep.at.eu>

Il s'agit au travers du projet Coprosep.at d'identifier des leviers nécessaires pour améliorer à la fois l'accessibilité des programmes mais également de renforcer les déploiements des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) au plus proche des habitants. « Mettre le patient au centre du système de santé » sont des mots utilisés régulièrement dans le discours de santé publique et de la psychologie de la santé. Cela sous-entendrait-il que l'on pourrait penser un système de santé en faveur des patients sans les considérer comme élément central ? Peut-on parler de système de soin si le patient est à la marge de celui-ci ? Au travers des entretiens, cette formulation revient auprès de beaucoup d'acteurs interrogés (n=26). Comme le souligne Philippe Barrier ⁱ « *Le patient au centre des préoccupations du système de soin semble une telle évidence, que l'on comprend mal la nécessité de le proclamer. Non seulement de le proclamer, mais aussi, de le répéter, comme un préalable obligé à toute proposition sur le soin ; comme une formule de politesse sur le soin ; comme une formule de politesse dont le sens s'est depuis longtemps évanoui.* »

Mais si l'on va au-delà de la formule de politesse, quels actes effectuer pour y mettre du sens ? Prendre conscience que l'invocation seule de la place centrale à donner aux patients ne suffit pas pour induire cette place en réalité. Dès lors, comment la conception et l'organisation du système de soin et de santé peuvent se bâtir autour et avec le patient et non plus par et pour les soignants ?

Concevoir et proposer des temps d'échanges transfrontaliers permet de réfléchir à un modèle disruptif s'appuyant à la fois sur des innovations territoriales et une diversité d'acteurs en appréhendant la santé dans son environnement pour proposer des réponses diversifiées, graduées et évolutives.

L'objectif de ces articles est de mettre en exergue des possibilités de réponses appropriées aux besoins des patients atteints d'une pathologie chronique en veillant à identifier la juste place de tous, usagers comme professionnels, pour construire ensemble le changement nécessaire pour repenser nos systèmes de soin. Le concept de Pomey ⁱⁱ, apporte un éclairage neuf qui ne place plus le patient au centre mais bien comme partenaire de soin voire de santé pour construire ensemble.

Cet article, fait suite à trois autres articles et s'attache plus particulièrement à élaborer des scénarii qui pourraient permettre de repenser nos systèmes de soin en tenant compte de cette nouvelle place donnée aux patients. Dans la continuité des travaux réalisés, nous optons pour une analyse systémique se basant sur les fondements de la promotion de la santé. Celle-ci a été définie par la Charte d'Ottawa ⁱ en 1986 comme étant un processus qui confère aux individus et aux populations les moyens de gérer ou d'améliorer leur propre santé. L'approche se souhaite holistique et prend en compte les multiples déterminants de la santé, à savoir les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes mis en place et le contexte général. Cette posture vise à nous permettre d'analyser des relations complexes et singulières pour identifier des leviers afin de favoriser l'accessibilité et le développement des programmes d'ETP tout en prenant en compte la singularité des acteurs et des territoires.

Une politique des territoires innovante et volontariste au service des habitants

L' élu local comme promoteur de la santé ⁱⁱⁱ

Une politique communale devrait s'articuler d'une part avec les besoins de la santé des habitants et d'autre part aux ressources, aux professionnels et aux structures de référence à des niveaux appropriés et coordonnés. Le bassin de vie qu'offre la commune ou l'intercommunalité permet de structurer et co-financer un réseau d'exercice collectif coordonné.

L' élu aurait ainsi des fonctions transversales et supports à savoir :

- Une fonction d'interpellation et de médiation

Au travers notamment de la mise en lien des acteurs en présence sur le territoire pour faciliter l'exercice collectif. Les élus peuvent activer à la fois des systèmes, des dispositifs mais également renforcer la communication en faveur des habitants.

- Une fonction de coordination des ressources locales

Initier des réseaux, identifier les ressources (matérielles, humaines, services), s'appuyer sur le tissu associatif et la connaissance des acteurs permet aux élus de mobiliser, coordonner des initiatives territoriales au profit de la santé des habitants.

- Une fonction de communication

Il serait intéressant de créer un système d'information collaboratif et organisé avec l'opportunité de développer des informations utiles à tous et de s'appuyer sur les services liés à ces fonctions de communication des communes. Cela pourrait se traduire par des informations santé (regroupant l'offre de soin, les lieux d'écoute, les associations de patients, les programmes d'ETP, les aires de jeux, les itinéraires pédestres et/ou à vélo...) et un annuaire ou une cartographie « santé » pour allier des formes interactives et participatives.

- Une fonction de soutien aux projets de proximité

Avec comme rôle fondamental de soutenir et pérenniser les actions menées en proximité et de conjuguer actions individuelles et collectives. Il peut également, de par sa connaissance, déployer les programmes régionaux ou nationaux en les inscrivant concrètement dans une politique communale pour une meilleure appartenance et appropriation des habitants.

Les leviers opérationnels identifiés au travers des entretiens menés et des matinées d'échanges :

- Créer un lieu ressource accessible, identifié et sécuritaire proposant un parcours de santé au service des habitants ;
- Mettre à disposition un guichet unique offrant une prise en charge graduée et orientée ;
- Faire un état des lieux de l'offre existante et créer du lien entre les acteurs ;
- Imaginer et porter un système d'information collaboratif, accessible et participatif.

Une offre mettant le service rendu au cœur de son approche

Au-delà d'un élu promoteur de santé, l'une des opportunités est d'imaginer un lieu animé par un coordinateur territorial de santé, devant à terme être garant d'une offre cohérente en lien avec le territoire et les acteurs. La matinée d'échanges de novembre dernier nous a permis de clarifier cette notion de coordination territoriale en identifiant notamment deux types de coordinations : celle autour du patient et celle en lien avec un territoire.

- La coordination autour du patient

Cette fonction est en lien étroit avec le parcours des patients atteints de pathologies chroniques. Elle a fait l'objet d'articles précédents mettant en exergue la posture éducative comme étant considérée par plusieurs personnes (n=20) comme la pierre angulaire pour intégrer l'ETP dans les pratiques de l'ensemble des professionnels de santé.

- La coordination territoriale de santé

La matinée transfrontalière d'échanges a permis de mettre en exergue les fonctions clés suivantes :

- ◊ La connaissance des dynamiques

Notamment en donnant une visibilité mais également une lisibilité sur les professionnels et leur mode d'exercice sur un territoire donné.

- ◊ L'articulation des dispositifs

S'appuyer sur une approche globale et positive de la santé avec comme principe fondamental le respect de l'autonomie individuelle impliquant la responsabilité de chacun sur sa propre santé. Cela n'est possible qu'avec une fine connaissance des dispositifs existants pour les articuler à la fois avec les acteurs en présence mais surtout pour favoriser la participation de la population à la conception, à l'organisation et à l'évaluation des actions qui lui sont destinées ; tout en portant une attention particulière sur les habitants les plus vulnérables. Cette articulation devrait être créatrice de lien en renforçant les dynamiques de partenariat d'un territoire donné, en facilitant les échanges et en confrontant les points de vue entre les différents acteurs et en portant collectivement la communication pour amener l'information au bon endroit.

- ◊ La connaissance des besoins du territoire et l'apport de compétences

Au même titre que l'élu local, la fonction de coordination territoriale de santé permet une compréhension et une articulation des systèmes politiques (modes de financement, prise en charge, politiques publiques, plans nationaux, ...). Mais également, d'apporter des compétences en méthodologie de projets en santé publique pour coordonner, trouver des financements et faciliter le travail interdisciplinaire. Enfin cela permet de construire avec et pour les patients et les acteurs. Au-delà de l'articulation il s'agira de prendre en compte les savoirs de tous, au service d'un territoire promoteur de santé qui permettra de créer des parcours de vie en santé.

L'enjeu est donc d'identifier et de faire vivre des valeurs communes, adaptées et offrant un cadre structurel et financier pérenne. La dimension interprofessionnelle est prégnante et nécessaire pour coordonner des exercices mixtes au service du rendu apporté à tous. Il est illusoire de penser qu'un modèle imaginé et décliné d'en haut, fut-il fondé sur des appels à projets, soit le seul possible pour décliner de manière cohérente une offre de santé. Ce mode de fonctionnement contraint souvent les promoteurs et partenaires à de nouvelles formes d'organisation, le respect de normes et la pression de résultat. Cela ne permet pas de décliner un projet en lien avec les besoins et les attentes des patients. Or le défi reste bien d'offrir une prise en

charge différenciée, efficace, pérenne et cohérente répondant aux nouvelles contraintes liées à l'explosion de la prévalence des pathologies chroniques.

En outre la précarité financière, la lourdeur administrative et la temporalité courte (concernant principalement les appels à projets) ne permettent pas de donner une place à l'individu. Il s'agit donc de repenser des modalités différentes qui permettront de :

- Garantir l'accès à l'information et aux services existants ;
- Mettre les outils technologiques au service de la santé des habitants d'un territoire ;
- Élaborer un plan de communication de proximité lisible et visible ;
- Mettre en place des outils favorisant le vouloir et le pouvoir d'agir des patients ;
- Définir et donner le juste rôle à chacun

Des pistes possibles en fonction des niveaux d'organisation

L'important est d'articuler et de mettre en lien ces différents niveaux comme le souligne Mathilde Moradell¹ : « le choix de ne pas se focaliser sur un seul échelon répond à l'enjeu de situer la santé et ses politiques associées dans un espace articulé et réactif, où les politiques et les expériences se nourrissent de façon réciproque, du local au régional, du régional au national, du national au local ... », elle conclue par une interrogation qui devra s'inscrire dans nos actes pour arriver à mettre le tout en musique : « Comment chacun peut-il être en possibilité de réaliser cette danse composite, associant mouvements ascendants et descendants, où règnent au centre, des habitants d'abord souriants ? »

	Politiques publiques	Service rendu	Territoire
<i>Transfrontalier</i>	Renforcer la compétence santé au niveau des institutions européennes. S'appuyer sur un modèle européen de protection sociale, même si de fortes disparités persistent au sein de l'Union.	Cadrage et opportunité financière. Référentiel d'actions « probantes » ou « prometteuses » et analyse des facteurs de transférabilité d'un pays à l'autre.	France / Belgique
<i>Nationale</i>	Donner une place centrale au Ministère de la santé dans les politiques menées. Axer sur la responsabilité ministérielle et interministérielle vis-à-vis de la santé des populations.	Lignes directrices d'organisation. Recommandations. Cadrage et opportunité financière. Référentiel d'actions « probantes » ou « prometteuses » et analyse des facteurs de transférabilité d'un territoire à l'autre.	France / Belgique
<i>Régional</i>	Coordonner, ajuster les directives nationales au territoire la politique nationale. Regrouper les prérogatives et les financements alloués.	Services rendus adaptés aux problématiques d'un territoire. Coordination de l'ensemble de l'offre. Mutualisation des moyens et de certaines fonctions.	Wallonie, Grand Est, Hauts-de-France
<i>Territorial - niveau micro</i>	Créer un réseau territorial avec l'ensemble des acteurs. Mettre en proximité la responsabilité organisationnelle et populationnelle de la santé.	Développement d'un réseau communal ou intercommunal de promotion de la santé. Animer une équipe interdisciplinaire pour créer des parcours de vie en santé et non plus des parcours de soin.	Les communes / inter-communes
<i>Infra-territorial</i>	Implication de tous pour concevoir un territoire favorable à la santé.	Faciliter les interactions entre les différents acteurs. Engager les responsabilités individuelles et la participation de tous	Chaque habitant d'un territoire.

¹ Fédération Éducation Santé Rhône Alpes: FRAES

Pour conclure, en parallèle des démarches menées nous allons prochainement proposer une analyse plus fine des verbatim avec le logiciel Iramuteq qui pourra nous apporter un éclairage différent des données récoltées. En effet, son fonctionnement consiste à préparer les données et écrire des scripts qui sont ensuite analysés dans le logiciel statistique R. Les résultats sont finalement affichés par l'interface. Ces résultats feront l'objet d'une interprétation pour aboutir à une analyse complète.

L'enjeu de l'analyse systémique proposée et déclinée tout au long de ce projet est d'identifier des leviers en associant l'ensemble des acteurs afin d'identifier des solutions opérationnelles mais également de relever des dysfonctionnements structurels.

L'approche centrée sur le développement du pouvoir et du vouloir d'agir des personnes est un processus de mise en mouvement par lequel les personnes accèdent, ensemble ou séparément, à une plus grande possibilité d'action sur ce qui est important pour elles ou même pour un groupe donné au niveau de leur santé. L'émergence d'une fonction territoriale de santé, l'implication des habitants et *a fortiori* des élus contribuent à l'organisation de projets de santé appropriés aux besoins et aux demandes d'un territoire. Loin de l'admonestation et du discours d'autorité, c'est en s'appuyant sur la reconnaissance de la connaissance expérientielle du patient, dans lequel le professionnel de santé devrait inscrire sa pratique, en l'éclairant, en élucidant l'intuition normative du patient par les connaissances scientifiques et techniques qu'il met à disposition du patient. « Là encore, il ne s'agit pas d'une confrontation, mais d'une tentative de mise en coïncidence de 2 types de conscience de la maladie : l'une intime et subjective, l'autre objective (autant qu'il est possible) et externe ^{iv} ». C'est dans la découverte et l'expérimentation, avec le patient, avec le professionnel, *in fine* avec l'ensemble des acteurs impliqués de leurs normes de santé et de vie qu'on pourra construire un système promoteur de santé. Le critère évaluatif de cette avancée humaine positive, pourrait s'appuyer sur l'état de bonheur des habitants. Le sens donné au bonheur n'est pas quantifiable et ne relève pas d'une compétence mais est porteur de sens pour l'humain.

Cindy Léobold

Observatoire Régional
de la Santé Grand Est



Avec le soutien du Fonds européen de développement régional



Co-financé par l'AVIQ

(BIBLIOGRAPHIE)

ⁱ Barrier P. Éducation thérapeutique : approche centrée sur le patient - une approche philosophique de l'éducation thérapeutique du patient. Afdet - Santé éducation

ⁱⁱ Marie-Pascale Pomey et al., « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », Santé Publique 2015/HS (S1), p. 41-50.

ⁱⁱⁱ L'élus local promoteur de santé - Rubrique repères pour agir en promotion de la santé - N°7 - février 2009

^{iv} Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients, Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches. Paris : Vigot, 1998; Maloine, 2011, 3e édition.

FACT SHEET | CADRAGE DÉMOGRAPHIQUE, SOCIO-ÉCONOMIQUE ET SOCIO-SANITAIRE DE L'ESPACE TRANSFRONTALIER DU PÔLE EUROPÉEN DE DÉVELOPPEMENT (PED)



Léonore
Collinet

Mutualité
Socialiste du
Luxembourg



Le projet Interreg V Grande Région « COSAN » est un projet de coopération transfrontalière en santé, qui vise à améliorer l'accès aux soins dans la Grande Région, par le développement de complémentarités entre les systèmes de santé des versants frontaliers voisins. Pour répondre à cet objectif de renforcement de l'accès aux soins pour les populations frontalières, le projet est constitué de différents axes de travail¹, dont un est spécifiquement consacré au renforcement de la coopération entre les différents établissements hospitaliers de l'espace du Pôle Européen de Développement (PED).

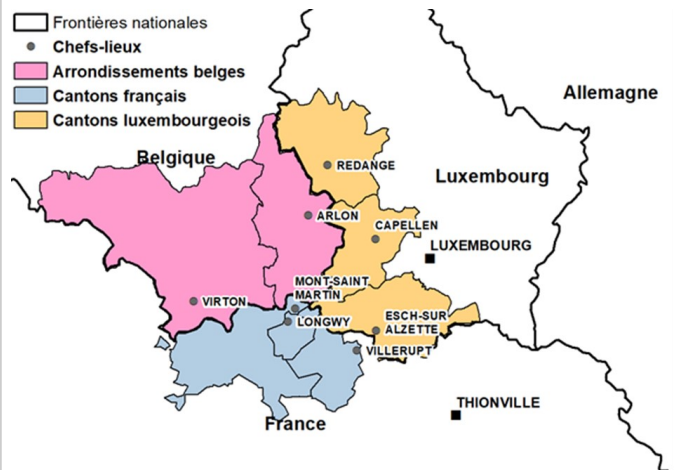
Dans le cadre de cet axe de développement du projet, nous avons réalisé un travail d'analyse du territoire belgo-franco-luxembourgeois sur lequel porte l'action. Cette analyse se veut être un outil de connaissance en vue du développement de coopérations transfrontalières dans cet espace trinational. Elle porte sur différents indicateurs qui visent à mieux comprendre la démographie du territoire, sa situation socio-économique, l'état de santé des populations, ainsi que l'offre de soins disponible sur chaque versant.

Cette étude permet deux types de comparaisons. D'une part, elle met en évidence les différences et similitudes entre les trois versants frontaliers, et permet ainsi d'identifier les défis rencontrés sur chaque versant ainsi que les complémentarités possibles entre ces versants. D'autre part, en comparant les données de ces territoires frontaliers avec les données disponibles à des échelles régionales plus larges (la Wallonie, la Région Grand Est, et le Grand-Duché de Luxembourg), il est possible de mettre en évidence certaines particularités auxquelles ces territoires frontaliers font face, au regard des réalités rencontrées aux niveaux régionaux/nationaux - autrement dit, l'analyse permet de mettre en évidence les spécificités des territoires frontaliers.

Dans cet article, nous mettons en évidence sous forme d'une *fact sheet* quelques indicateurs qui permettent de dresser une représentation démographique et socio-sanitaire du territoire composé des zones géographiques suivantes :

- Sur le versant luxembourgeois : les cantons d'Esch-sur-Alzette, Capellen et Redange
- Sur le versant français : les cantons de Mont-Saint-Martin, Longwy et Villerupt
- Sur le versant belge : les arrondissements administratifs d'Arlon et Virton

Arrondissements belges, cantons français et cantons luxembourgeois de l'espace transfrontalier belgo-franco-luxembourgeois*



* Cartographie réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est

¹ Pour plus d'informations sur les objectifs du projet COSAN et sur ses différents axes de travail, rendez-vous sur notre site Internet : <https://cosangr.eu/>

Volume de population (2018)

	Volume de population (nombre d'habitants)	Proportion (%) de l'ensemble de la population du territoire trans-frontalier
Arrondissements belges	115 860	25,62%
Cantons français	92 607	20,48%
Cantons luxembourgeois	243 671	53,89%
Total	452 138	100%

Sources : (B) Statbel* ; (F) Insee-Recensement* ; (L) Le portail des statistiques du GDL

En 2018, le territoire trinational dénombre une population totale de **452 138 habitants**. Le versant luxembourgeois représente plus de la moitié (**54%**) de la population du territoire. Les versants belge et français pèsent respectivement pour **26%** et **20%** de la population totale.

Evolution de la population (de 2013 à 2018)

	2013	2018	Taux d'accroissement entre 2013 et 2018
Arrondissements belges	112 809	115 860	+2,70%
Cantons français	89 749	92 607	+3,18%
Cantons luxembourgeois	217 130	243 671	+12,22%
Total	419 688	452 138	+7,73%

Sources : (B) Statbel* ; (F) Insee-Recensement* ; (L) Le portail des statistiques du GDL

Entre 2013 et 2018, le territoire transfrontalier enregistre une **évolution de la population totale de +7,73%**. Toutefois, les trois versants connaissent un taux d'accroissement de leur population très différent. D'une part, les cantons luxembourgeois enregistrent un taux d'accroissement s'élevant à **+12,22%**. D'autre part, les cantons français et les arrondissements belges connaissent un taux d'accroissement plus faible : **+3,18%** pour le versant français, et **+2,70%** pour le versant belge.

Structure de la population par classe d'âge (2018)

En 2018, les **personnes de 60 ans et plus** représentent :

- **25%** de la population sur le versant français
- **22%** de la population sur le versant belge
- **20%** de la population du Grand-Duché de Luxembourg¹

A l'inverse, les **personnes de moins de 40 ans** comptent pour :

- **47%** de la population sur le versant français
- **51%** de la population sur le versant belge
- **51%** de la population du Grand-Duché de Luxembourg¹

Sources : (B) Statbel* ; (F) Insee-Recensement* ; (L) Le portail des statistiques du GDL

¹ Les données sont ici présentées pour le Grand-Duché de Luxembourg dans son entièreté, les données par cantons n'étant pas disponibles.

* Données exploitées par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est

Composition des ménages

La part de personnes isolées

- Sur le versant belge, en 2018, les personnes isolées représentent **35,1%** des ménages dans l'arrondissement d'Arlon, et **32,7%** dans l'arrondissement de Virton.
- Sur le versant français, en 2018, cette proportion s'élève à **34,4%**, pour les trois cantons réunis.
- Au Grand-Duché de Luxembourg², en 2014, la part de ménages isolés s'établit à **33,3%**.

La part de familles monoparentales

- Sur le versant belge, en 2018, les familles monoparentales comptent pour **9,8%** dans l'arrondissement d'Arlon, et **10,8%** dans celui de Virton.
- Pour les trois cantons français réunis, en 2018, elles représentent une proportion de **10,3%**.
- Au Grand-Duché de Luxembourg², en 2014, la part de familles monoparentales est de **3,2%**.

Sources : (B) WalStat ; (F) Insee-Recensement* ; (L) STATEC, 2016 (<https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/regards/2016/PDF-03-2016.pdf>)

² Les données sont ici présentées pour le Grand-Duché de Luxembourg dans son entièreté, les données par cantons n'étant pas disponibles.

Mortalité générale

Le taux standardisé de mortalité permet de comparer la mortalité entre différents territoires, même si ceux-ci connaissent une répartition différente de leur population par âge. En effet, le taux dit « standardisé » représente le taux de mortalité qui serait observé si la structure par âge de la population du territoire était identique à celle d'une population que l'on utilise comme référence.

Il est toutefois important de noter que la comparaison entre les versants belge et français d'une part, et le versant luxembourgeois d'autre part, ne porte ici pas sur la même période de comparaison (de 2006 à 2015 pour les versants belge et français ; l'année 2015 pour le versant luxembourgeois). Il est essentiel de prendre en compte cette différence, et donc de rester prudent dans la lecture des chiffres présentés.

Taux standardisés³ de mortalité pour 100 000 habitants en 2006-2015 - Versants belge et français

	Mortalité générale
Arlon	1 017
Virton	1 088
Arrondissements belges	ND
Longwy	965
Mont-Saint-Martin	984
Villerupt	947
Cantons français	965
Wallonie	1 144
Grand Est	930

Sources : (B) Sciensano - SPMA* ; (F) Inserm - CépiDC*, Insee-Recensement*

ND : non disponible

³ Standardisation sur la structure par âge de la population européenne standard (2013)

Taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants en 2015 - Grand-Duché de Luxembourg⁴

	Mortalité générale
Grand-Duché de Luxembourg	930,15

Source : Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00152/default/table>)

⁴ Les données sont ici présentées pour le Grand-Duché de Luxembourg dans son entièreté, les données par cantons n'étant pas disponibles.

* Données exploitées par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est

Volume et densité de médecins généralistes

Volume et densité de médecins généralistes en 2018 - Versant belge

Si l'on compare les trois versants frontaliers, on remarque que c'est sur le versant belge que la densité de médecins généralistes est la plus importante (85 pour 100 000 habitants, en 2018). A l'inverse, c'est sur le versant français que cette densité est la plus petite (73 pour 100 000 habitants, en 2021). Sur le versant luxembourgeois, on compte 82 médecins généralistes pour 100 000 habitants (en 2019).

Au-delà de ces totaux par versants, il est intéressant de noter les disparités existantes au sein des différents versants. Par exemple, sur le versant français (2021), la densité de médecins généralistes varie entre 44 pour 100 000 dans le canton de Villerupt et 121 pour 100 000 dans le canton de Longwy. Il en est de même sur le versant luxembourgeois (2019), où cette densité s'étend de 77 pour 100 000 dans le canton de Capellen à 120 pour 100 000 dans le canton de Redange.

A la lecture de ces données, il est également important de remarquer que chacun de ces trois versants frontaliers enregistre respectivement une densité de médecins généralistes plus faible qu'aux niveaux de la Wallonie, de la Région Grand Est et du Grand-Duché de Luxembourg. Autrement dit, **l'offre de médecins généralistes est moins élevée dans ces régions frontalières** qu'à leurs échelles régionales/nationales respectives.

	Volume	Densité (pour 100 000 habitants)
Arlon	50	80,4
Virton	49	91,3
Arrondissements	99	85,4
Wallonie	3 319	91,6

Source : Cadastre de l'AVIQ*

Définition : *Médecins généralistes* : Médecins généralistes âgés de moins de 70 ans 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...).

Volume et densité de médecins généralistes⁵ en 2021 - Versant français

	Volume	Densité (pour 100 000 habitants)
Longwy	41	120,6
Mont-Saint-Martin	15	48,2
Villerupt	12	43,6
Cantons français	68	73,4
Grand Est	5 397	97,2

Source : RPPS*

Définition : *Médecins généralistes* : 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.

⁵ Hors salariés hospitaliers exclusifs

Volume et densité de médecins généralistes⁶ en 2019 - Versant luxembourgeois

	Volume	Densité (pour 100 000 habitants)
Capellen	38	77
Esch-sur-Alzette	143	79
Redange	23	120
Cantons luxembourgeois	204	82
Grand-Duché de Luxembourg	555	90

Source : Santé et Prospectives, 2019 (<https://sante.public.lu/fr/actualites/2019/10/etude-professionnels-de-sante/rapport-final-etat-des-lieux-professions-medicales-et-professions-de-sante-vers-complete.pdf>)

⁶ Recensement sur base du registre professionnel

Hôpitaux de court séjour

Nombre de places et densité (pour 100 000) dans les hôpitaux de court séjour en 2018 - Versant français

	Places	Densité
Longwy	0	0
Mont-Saint-Martin	157	505
Villerupt	0	0
Cantons français	157	170
Grand Est	21 484	387

Source : DREES - SAE*

Définition : *Lits en hôpital de court séjour* : Lits hospitaliers en service de MCO (médecine chirurgie obstétrique), y compris nombre de places en hospitalisation de jour.

La densité de lits en hôpitaux de court séjour est la plus importante sur le versant belge, qui compte 270 lits pour 100 000 habitants (en 2018). Sur le versant luxembourgeois, la densité de lits aigus (en 2019) s'élève à 201 pour 100 000 habitants. C'est sur le versant français que cette densité est la plus faible, avec 170 lits pour 100 000 habitants (en 2018).

Sur les trois versants frontaliers, la densité de lits en hôpitaux de court séjour est plus petite qu'aux niveaux régionaux/nationaux respectifs. C'est sur le versant français que cet écart est le plus marqué : alors que les trois cantons comptabilisent ensemble une densité moyenne de 170 lits pour 100 000, cette densité se hisse à 387 à l'échelle du Grand Est - c'est -à-dire à plus du double. Cette réalité s'applique aussi au versant luxembourgeois, puisque le Grand-Duché de Luxembourg connaît une densité de 333 lits pour 100 000 (contre 201 pour les trois cantons) ; mais elle vaut également pour le versant belge, dont la densité est de 270 pour les deux arrondissements, en comparaison avec la Wallonie qui enregistre 355 lits pour 100 000.

Nombre de places et densité (pour 100 000) dans les hôpitaux de court séjour en 2018 - Versant belge

	Places	Densité
Arlon	307	494
Virton	6	11
Arrondissements belges	313	270
Wallonie	12 880	355

Source : SPF Santé. Etablissements de soins*

Définition : *Lits en hôpital de court séjour* : 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.

Nombre de lits aigus et densité (pour 100 000) en 2019 - Versant luxembourgeois

	Nombre de lits aigus	Nombre d'habitants	Densité
Capellen	0	49 066	0
Esch-sur-Alzette	499	180 275	277
Redange	0	19 096	0
Cantons luxembourgeois	499	248 437	201
Grand-Duché de Luxembourg	2 042	613 894	333

Sources :

- Nombre de lits : Ministère de la Santé, 2020 (<https://sante.public.lu/fr/publications/c/carte-sanitaire-2019-principal/Carte-sanitaire-2019-Document-principal.pdf>)
- Population : Portail des statistiques du GDL

* Données exploitées par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est

Léonore Collinet
Mutualité Socialiste du Luxembourg



Interreg 
Grande Région | Großregion
COSAN
Fonds européens de développement régional | Europäischer Fonds für regionale Entwicklung



 **Wallonie**
familles santé handicap
AVIQ

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

Co-financé par l'AVIQ

« PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE CARDIOVASCULAIRE : COMMENT S'ADAPTER AUX PUBLICS DÉFAVORISÉS ? »

Le 10 février 2022, les projets COPROSEPAT et Chronilux, La Province de Luxembourg et la Ligue Cardiologique Belge ont organisé conjointement un webinaire centré sur la prévention et la prise en charge des maladies cardiovasculaires chez les publics précarisés. Le colloque s'adressait spécifiquement aux acteurs de la première ligne de soins et soulignait l'importance de la prévention, de l'information et de la relation patient-professionnel de santé dans le cadre de la prise en charge.

Les praticiens Maxime Mouillet (médecin généraliste) et Pascal Gasser (médecin réadaptateur), exerçant respectivement en Province de Luxembourg et dans les Ardennes françaises, ont, en tant qu'experts, brillamment animé les discussions et enrichi les échanges de ce séminaire virtuel permettant aux intervenants de mettre en exergue l'importance de la place du patient et la diffusion de bonnes pratiques.

Mme Christine Mahy, secrétaire générale du Réseau wallon de lutte contre la pauvreté, fut la première à prendre la parole pour traiter des inégalités sociales de santé et souligner le lien qui existe entre un statut social précaire et une santé menacée ou dépriorisée. Au contact des personnes défavorisées, il revient, selon elle, aux acteurs de la première ligne, d'instaurer une relation de confiance pour amorcer le changement.

La Dr Joanne Herman, médecin et coordinatrice des soins à la maison médicale la Passerelle, a poursuivi en évoquant la nécessaire capacité des patients à comprendre les informations relatives à leur état de santé pour pouvoir le maintenir ou l'améliorer. Elle a mis en lumière un concept récent qu'est la littératie en santé et sur a insisté sur la nécessité d'en élever

le niveau chez les plus démunis pour leur permettre d'agir sur leur santé.

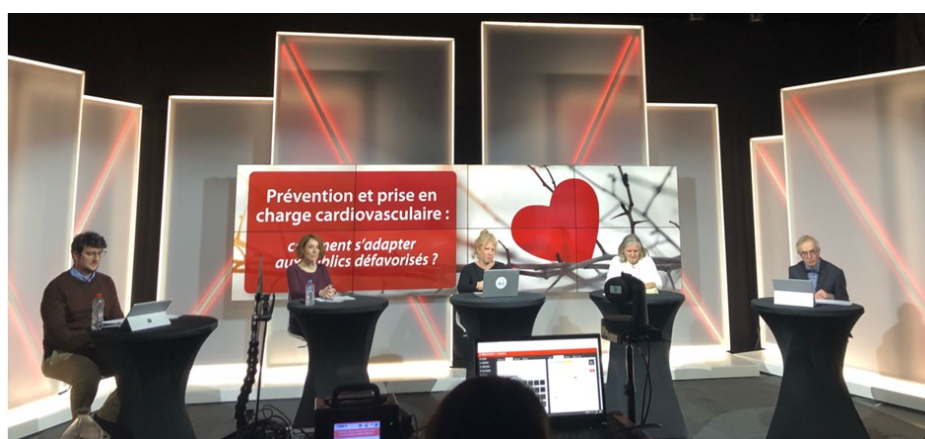
Ce fut ensuite au tour de Mme Marie Mathy, infirmière psychiatrique et Maître assistante et Maître de formation pratique à la Haute Ecole de la Province de Namur, de s'adresser aux services multidisciplinaires de la première ligne afin de leur conseiller d'agir sur la santé du patient défavorisé pour pénétrer sa réalité et être en mesure de lui apporter les soins adéquats.

Enfin, Mme Bouchra Sohy, infirmière et cadre de santé à l'hôpital de Mont-Saint-Martin, et le Dr Patrick Grégoire, cardiologue à l'hôpital de Mont-Saint-Martin, ont présenté le service de rééducation cardio-vasculaire qu'ils dirigent dans cet établissement et qui accueille, vu la position frontalière de cet établissement, des patients français et belges grâce au dispositif de la ZOAST LUXLOR. Leurs interventions ont permis de mettre en évidence des différents angles d'approches du patient par les différents professionnels de santé intervenant dans leur service pour aborder les aspects sanitaires psychologiques, économiques, d'intégration, etc.

Plus de 40 personnes ont participé à ce webinaire qui a permis de s'interroger en profondeur sur l'impact des inégalités mais aussi sur le changement paradigmatique qui s'avère aujourd'hui indispensable dans la prise en charge et la conception de la place du patient dans les systèmes de santé.

Nous vous invitons à revoir la session, à découvrir la documentation et les photos sur :

<https://coprosep.at/2022/02/15/webinaire-10-fevrier-2022-prevention-et-prise-en-charge-cardiovasculaire-comment-sadapter-aux-publics-defavorises/>



Astrid
Brolet

Mutualité
Socialiste du
Luxembourg



Interreg
France-Wallonie-Vlaanderen

COPROSEPAT

Avec le soutien du Fonds européen
de développement régional



Wallonie
familles santé handicap
AVIQ

Co-financé par l'AVIQ

ADAPTER LE PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE CARDIOVASCULAIRE AUX PATIENTS DEFAVORISES**Les inégalités sociales de santé, qu'est-ce que c'est ?**

Pour commencer, il faut se rendre compte que nous n'avons pas le même « capital santé » à la naissance (on peut naître avec une immunité plus faible, avec de l'hypercholestérolémie familiale, avec des troubles génétiques, etc).

Ensuite, on ne peut nier que les inégalités sociales en tout genre augmentent les inégalités sociales de santé. Quand on vit « dans le trop peu de tout », qu'on a des revenus faibles, qu'on est mal logé, qu'on rencontre des difficultés de mobilité, que l'alimentation devient une variable d'ajustement (on paie d'abord le logement, l'eau, l'énergie), il est quasiment impossible de rester en bonne santé ni de consulter un médecin régulièrement (dépriorisation de la santé, report de rendez-vous médicaux). Tous ces éléments sont évidemment sources de stress constant, qui n'est pas idéal au niveau cardiovasculaire.

Les femmes, en particulier, souffrent particulièrement dans les milieux plus traditionnels et défavorisés. Elles ont tendance à s'occuper des papiers pour les demandes d'aide, des négociations de retard de paiement avec l'école de leurs enfants, et de mettre leur santé après celle des membres de leur famille.

La solution ? Quand ces personnes se montrent en première ligne médicale, il faut leur consacrer le temps nécessaire. La création d'un climat de confiance est essentielle. Pour ce faire, il est important d'accepter les questions des patients, et accepter qu'il faut du temps pour qu'ils puissent mettre en œuvre les changements qu'on leur propose.

Le sujet du moment : la littératie en santé

Un tiers de la population belge éprouve de réelles difficultés à gérer une information pour sa santé. De plus, entre 40 et 80 % des informations sont oubliées après une consultation. Ce de ces constats que vient l'importance de la littératie en santé.

La littératie en santé désigne la motivation, les capacités et les savoirs pour accéder, comprendre, évaluer et appliquer une information de santé, pour pouvoir prendre une décision éclairée en matière de santé et de qualité de vie.

Elle est influencée par la barrière ou non de la langue, les capacités cognitives, le réseau social, le registre culturel, les conditions de vie, l'éducation et les caractéristiques personnelles de chaque individu.

Il existe des solutions pour améliorer la littératie en santé, qui peuvent être facilement mises en place par les soignants et tout le personnel de première ligne : simplifier son vocabulaire, faire répéter au patient ce qu'on vient de lui dire mais avec ses propres mots, dessiner, entourer, etc. Il faut aussi discuter avec le patient pour s'aligner avec lui sur ses priorités.

Agir pour améliorer l'exercice de la littératie en santé est d'autant plus important que les patients sont plus précaires, mais les actions vont bénéficier à tous. Elles vont aussi bénéficier à la sécurité des soins, la qualité des soins et vont rendre du pouvoir d'agir aux patients !

Sortir de son prisme pour rencontrer l'autre

Pour créer de la confiance et pouvoir avoir un impact sur la santé de quelqu'un, il faut commencer sortir de son propre prisme, pour rejoindre l'autre dans ce qu'il vit et dans son analyse de la situation.

Chaque personne va appréhender une information différemment (exemple : une femme apprend qu'elle a de l'hypertension artérielle, elle peut se dire « ouf, ce n'est pas un cancer ! » ou elle peut être très stressée dû un historique familial compliqué avec l'hypertension).

Une écoute dite « non sélective » (questions ouvertes, faire attention à ce que la personne est en train de dire mais aussi de sous-entendre, observer le non-verbal) permet de mieux sortir de sa propre réalité, et d'entrer dans celle de l'autre. Elle permettra de partir de la réalité de la personne et de proposer un traitement adapté, plutôt que d'utiliser la théorie : rien ne sert de préconiser une cuisson au four si la personne n'en possède pas. Il vaut mieux réussir avec eux quelque chose d'infime mais possible, que de leur demander l'impossible qui n'aboutira pas et ne fera qu'empirer la situation.

Trouvez l'enregistrement de la session complète sur notre site internet :

<https://liguecardioliga.be/congres-de-la-ligue-2022/>

Sandrine DAOUD

Directrice de la Ligue Cardiologique
Belge



CALENDRIER

INVITATION | Symposium - « Herz im Focus 2022 »

Le samedi 5 mars prochain aura lieu le symposium annuel de cardiologie des SHG-Kliniken Völklingen. Cette année, il se tiendra à la fois en format digital et en présentiel à la Congresshalle de Sarrebrück. Les participants inscrits en visioconférence pourront bénéficier d'une traduction simultanée de l'évènement en français.

Plus d'informations et inscription : <https://www.shg-kliniken.de/voelklingen/ueber-uns/herz-im-focus/>

INVITATION | Formation - « Les inégalités sociales de santé : Comment agir dans ma pratique ? »

Le projet COPROSEPAT, en collaboration avec Cultures & Santé, organise une formation sur les inégalités sociales de santé, à destination des professionnels et relais intervenant directement auprès de groupes d'adultes.

Celle-ci est gratuite et se déroulera les 25 et 26 avril de 9h15 à 16h30, rue du Carmel 1, à Marloie. L'inscription est obligatoire avant le 20 avril, à l'adresse suivante : obs.sante@province.luxembourg.be

Retrouvez toutes les informations sur notre site : <https://coprosep.at.eu/2021/11/08/formation-les-inegalites-sociales-de-sante-comment-agir-dans-ma-pratique/>

SAVE THE DATE | Séminaire - « Construire l'après-crise sanitaire. Les axes de résilience des systèmes de santé en Grande Région »

Le projet COSAN, le CESGR et la Région Grand Est organisent, le 28 avril 2022, un séminaire transfrontalier relatif à la résilience des systèmes de santé grandrégionaux dans le contexte de la pandémie de Covid-19. Il se déroulera en présentiel à l'Hôtel de la Région Grand Est à Metz.

Interviendront notamment lors de ce séminaire M. Jean Rottner, Président du Grand Est et Président de la Grande Région 2021-2022, M. Bruno Théret, Président du CESGR, Dr Martin Guillermo Ramirez, Directeur général de l'Association des Régions Frontalières Européennes, M. Stefaan Van der Jeught, Référendaire à la Cour de Justice de l'Union européenne, Pr Louis Chauvel, Université du Luxembourg, Pr Émérite Michèle Baumann, Université du Luxembourg, M. Patrice Harster, Directeur général de l'Eurodistrict Pamina, Dr Bruno Maire, Président d'Est-RESCUE, M. Michel Bonnefoy, Président de l'Observatoire Européen de la Santé Transfrontalière (OEST) et Directeur honoraire de l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est, M. Henri Lewalle, Président du GT4 CESGR et Coordinateur du projet Interreg V GR COSAN, ainsi que d'autres intervenants dont la présence sera prochainement confirmée.

Nous vous invitons d'ores et déjà à bloquer la date du 28 avril dans vos agendas. Plus d'informations ainsi que le programme complet suivront sur notre site : <https://cosangr.eu/>

RETROUVEZ-NOUS AUSSI SUR NOS SITES INTERNET...

Le projet COPROSEPAT : coprosep.at.eu/

Le projet COSAN : cosangr.eu/

... ET SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX :

Facebook facebook.com/oestcotrans/

LinkedIn linkedin.com/company/santé-transfrontalière

Twitter twitter.com/santetransfront



Contact

Service Interreg — Mutualité Socialiste du Luxembourg

interreg@mutsoc.be

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

