

**Offre de soins et mobilité
à l'intérieur de l'espace
transfrontalier Lorraine - Grand-
Duché de Luxembourg - Province de
Luxembourg**

Juin 2004

Ce rapport est le fruit d'un long travail effectué par une équipe transfrontalière composée d'agents de :
La Caisse Régionale d'Assurance Maladie Nord Est (CRAM NE)
La Caisse Régionale d'Assurance Maladie Alsace Moselle (CRAM AM)
Le Centre d'Etudes de Populations, de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques (CEPS/INSTEAD, Differdange – Grand-Duché de Luxembourg)
La Mutualité Chrétienne de la Province du Luxembourg (MCPL)
L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC).

Ces organismes ont ensemble constitué un Groupement Européen d'Intérêt Economique (GEIE) appelé LUXLORSAN (LLS) avec l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale du Grand-Duché de Luxembourg (IGSS).

Ils ont développé un projet de recherche-action transfrontalière dans le domaine de la santé dans le cadre du programme Interreg III Wallonie Lorraine Luxembourg dont le présent rapport constitue une des principales actions.

Pour le mener à bien, les établissements hospitaliers de la zone territoriale du projet Interreg III ont été sollicités pour répondre à deux questionnaires et se prêter généralement à un entretien centré sur l'approche transfrontalière des soins de santé.

Qu'ils soient remerciés du temps qu'ils ont bien voulu consacrer à ce travail ainsi que pour la compréhension et l'amabilité dont ils ont fait preuve pour transmettre les informations récoltées.

Pour analyser l'enregistrement des données de l'activité des établissements hospitaliers sous l'angle de la mobilité, nous avons eu recours aux conseils et à l'expertise du personnel de la CRAM AM, du Service Public Fédéral de la Santé belge et de l'Union des Caisses de Maladie de Luxembourg. Nous voudrions tous les remercier pour leur patience, leur disponibilité, leur compétence et leurs travaux et nous espérons compter sur leur aide précieuse pour la poursuite de nos actions.

La conception du rapport a nécessité de nombreuses heures de recherche documentaire, de réunions de coordination, de rédaction, de relecture etc pour lesquelles nous remercions Sophie Corbet, Claudia Hartmann, Henri Lewalle, Laure Polo, Peggy Gibson, Marianne Welfert, Anastase Tchicaya et tout spécialement Catherine Collie qui a joué un rôle pivot essentiel.

Enfin, la qualité de ce rapport et de son contenu a été rehaussée grâce à la relecture effectuée par Madame Scholl de l'IGSS, le Docteur Koch, directeur du Service de contrôle médical et surtout Monsieur Georges Schroeder, Directeur de l'IGSS et Mr Roger Consbruck, Directeur des hôpitaux au Grand Duché de Luxembourg.

Ce rapport servira à toutes celles et tous ceux qui veulent disposer d'informations sur la situation des systèmes de santé des trois versants de l'espace territorial WLL, mais également à ceux qui envisagent de développer des projets de coopération transfrontalière dans le domaine des soins de santé.

D'autres actions plus concrètes poursuivront la démarche entamée. Elles seront conduites durant l'année 2004-2005 et si possible au delà.

Mais cette dynamique n'aurait pu voir le jour sans le programme européen Interreg III qui fédère des énergies, offre des moyens et permet le développement d'initiatives ainsi que sans les instances régionales de chaque versant frontalier qui évaluent, soutiennent et encouragent les opérateurs. Que chaque organisme et autorité concernés soient remerciés pour son action.

Arlon, le 17 juin 2004

Pour le GEIE Luxlorsan "LLS"

Jean Hermesse	Jean-Charles Dehaye	Max Colinet	Pierre Hausman
Secrétaire National ANMC	Directeur CRAM NE	Directeur CRAM AM	Directeur CEPS/INSTEAD
Président du GEIE Luxlorsan			

Introduction générale

Les formes des systèmes de protection sociale à l'intérieur de l'espace Wallonie-Lorraine-Luxembourg ont vu le jour il y a près d'un siècle. Elles ont permis de financer le développement de nos systèmes de santé qui se sont progressivement déployés après la première guerre mondiale et surtout au lendemain de la seconde. Mais, c'est au cours de la seconde moitié du XX^{ième} siècle que la médecine s'est enrichie des découvertes qui ont permis d'améliorer les niveaux des indicateurs de l'état de santé des populations que sont l'espérance de vie, la mortalité périnatale ...

L'élargissement et le développement de ces construits sanitaires et sociaux résultent principalement de l'essor des économies des pays à l'intérieur desquels ils se sont constitués. Ils ont pu, ainsi, atteindre les objectifs d'accession pour l'ensemble des populations à des soins de qualité grâce à des savoirs-faire humain et technique de haut niveau et à la propagation des valeurs de solidarité, de démocratie, de justice sociale, d'équité et de cohésion sociale.

Édifiés pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux des espaces nationaux, ils ont été réfléchis, organisés, réglementés et régulés depuis leur origine sur la logique de l'État nation.

Les premières heures du Marché commun n'ont pas eu d'incidence sur ces politiques. Les règles du Traité de Rome de mars 1957 ne les concernaient pas. Mais, le processus d'intégration européenne s'est progressivement accentué avec l'Acte Unique, la création du Marché Intérieur, le Traité d'Amsterdam et plus récemment les objectifs de Lisbonne. La dynamique de libéralisation des marchés s'étend quasiment à toutes les sphères de l'activité humaine suite aux décisions du Conseil, aux arrêts de la Cour de Justice, à l'adoption d'instruments émanant de la Commission.

Le domaine sanitaire et social n'échappe pas à cette enprise. Depuis 1998, année où la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE) a rendu son arrêt dans les affaires Decker et Kohll, les responsables et gestionnaires des politiques de santé et d'accès aux soins s'interrogent sur les conséquences de cette évolution jurisprudentielle.

Certains Etats ont modifié leur législation, d'autres attendent encore le prononcé d'arrêts qui les concernent, des mises en demeure de la Commission ... D'aucuns arguent encore que cette jurisprudence ne leur est pas applicable cherchant à reporter l'échéance de son intégration dans leur législation.

En six ans, divers arrêts sont tombés confirmant une jurisprudence définitivement installée. Des études, des interprétations convergentes et des documents communautaires créent un référentiel qui a permis à la Commission de publier des communications et de déposer une proposition de directive pour légiférer.

Aujourd'hui, il est communément admis que les principes du Traité, la libre circulation, des biens et la libre prestation de services s'appliquent aux systèmes de santé et d'accès aux soins à l'intérieur de l'Union européenne.

Désormais, les prestataires de soins étrangers ne peuvent plus être discriminés au regard des prestataires nationaux. Les patients sont autorisés à se faire soigner à l'étranger. Cependant, ils doivent, pour obtenir un remboursement en rapport avec les prestations servies, recevoir une autorisation médicale préalable de leur organisme assureur pour les soins hospitaliers. Cette procédure d'autorisation est considérée comme une entrave à la libre prestation de services mais justifiée par des raisons d'intérêts général et de santé publique pour les hospitalisations.

Désormais, la mobilité est incontestablement inscrite au centre des préoccupations sanitaires et sociales des institutions communautaires.

La proposition de directive sur les services, déposée en janvier 2004, dont l'objectif vise à accélérer la mise en œuvre du Marché Intérieur par une application horizontale, au secteur des services, des principes du libre établissement et de la libre prestation de services, témoigne de la détermination politique de la Commission de soumettre le champ de la santé à ces principes. Aujourd'hui, cette proposition exacerbe le débat entre les tenants d'une libéralisation des politiques de santé et d'accès aux soins et ceux qui plaident pour le maintien des dispositifs existants, construits sur des bases nationales.

Le présent rapport ne défend pas l'une ou l'autre thèse. Son angle d'approche est pragmatique. Il dresse un tableau transfrontalier détaillé au départ de ses invariants : la démographie, la mobilité professionnelle frontalière, les systèmes de sécurité sociale et de santé, les professionnels de santé et l'offre de soins hospitalière. Il dégage ensuite une perspective de coopération entre les systèmes de santé et d'accès aux soins frontaliers après un examen des dispositifs juridiques existants.

Ce rapport cherche avant tout à contribuer à une prise en compte des réalités et à développer une vision intégrative européenne constructive, à travers des rapprochements régionaux et particulièrement, dans les zones frontalières, grâce au programme Interreg III Wallonie-Lorraine-Luxembourg centré sur l'amélioration de la vie au quotidien du citoyen. Ce programme est source d'innovation et soutient des projets impulsant une dynamique de coopération interrégionale à l'adresse des populations concernées, en l'occurrence ici les patients, les professionnels de santé, les établissements de soins, les organismes d'assurance maladie ... afin de donner contenu et sens au modèle social européen ou plutôt à ses différents modèles.

Chapitre 1 : Présentation de la zone Interreg III-A

1. Introduction

La zone Interreg Wallonie-Lorraine-Luxembourg couvre les régions frontalières suivantes : la province de Luxembourg, le Grand-Duché de Luxembourg et les départements frontaliers lorrains. Le projet Interreg III-A Luxlorsan "LLS" concerne plus de 2,5 millions d'habitants. Ceux-ci bénéficient d'une histoire partagée, d'une proximité linguistique et/ou culturelle et l'espace économique de cette région présente des similitudes et des complémentarités.

Ces éléments ont favorisé le développement du travail frontalier dans la zone Interreg LLS. Or, « le phénomène du travail frontalier est un des lieux où l'on peut le mieux observer l'état d'avancement du processus d'intégration européenne d'une part, et de la mobilité du travail, de l'autre »¹. Toutefois, force est de constater qu'il est difficile d'appréhender ces deux phénomènes dans toutes leurs dimensions. De plus, les éléments statistiques fiables et comparables font défaut.

Le présent chapitre est composé de trois sections. Nous décrivons tout d'abord les aspects démographiques de la zone Interreg, à savoir le volume et la structure de la population, la dynamique naturelle et l'immigration. Ensuite, nous développons la situation économique et celle du marché de l'emploi des trois versants. Enfin, nous clôturons ce chapitre par une synthèse transfrontalière.

2. Aspects démographiques

2.1. Zone éligible Interreg

La zone sur laquelle porte le projet de coopération comprend :

- Un versant français : les départements de la Meuse, de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle ;
- Un versant belge : les arrondissements d'Arlon, de Virton et de Bastogne ainsi que les arrondissements adjacents de Neufchâteau et de Marche-en-Famenne ;
- Un versant luxembourgeois : les districts du Luxembourg, de Diekirch et de Grevenmacher. La zone Interreg luxembourgeoise couvre donc l'ensemble du territoire national.

Les frontières intérieures de cet espace sont longues de 175 km².

Tableau 1 : Superficie de la zone Interreg

Pays	Superficie (km ²)	Zone Interreg	Superficie (km ²)
Belgique	30 528	Zone Interreg belge	4 440
France	549 000	Zone Interreg française	17 673
Luxembourg	2 586	Zone Interreg luxembourgeoise	2 586
		Total	24 699

Sources : Belgique : INS 1996 ; France : INSEE 1999 ; Luxembourg : Centre International de la Recherche Scientifique

¹ s.a., *Pour une intégration sociale au niveau de l'Union européenne. Quelle place pour la Belgique?*, p.11

² MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE, PRÉFECTURE DE LA RÉGION LORRAINE, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR G.D. LUXEMBOURG, *Initiative Interreg III-A Wallonie-Lorraine-Luxembourg 2000-2006 - Programme opérationnel*, p. 68.

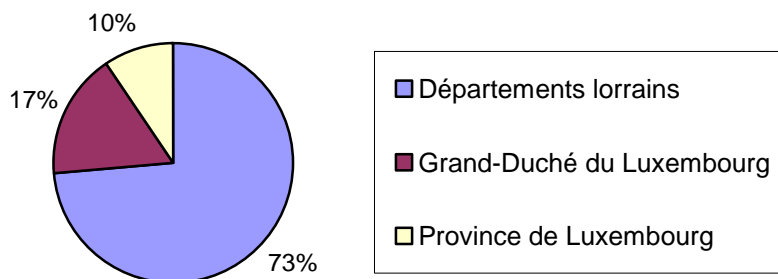
« A l'échelle de la zone, la couverture forestière est importante sur les reliefs du massif Ardennes-Oseling et des Vosges du Nord ainsi que sur les contreforts en marge du bassin parisien. Deux grands types d'espaces caractérisent la zone d'étude : les zones rurales, dominantes, et les zones urbaines. Les espaces bâtis gagnent en surface, mais restent en dessous de 10 % dans les parties wallonne et luxembourgeoise »³.

2.2. Volume de population et évolution

2.2.1. Effectifs de population

En 2002, les 2 629 598 habitants de la zone Interreg sont inégalement répartis entre les trois versants : les Français concernés (1 935 142 habitants) sont presque huit fois plus nombreux que les habitants de la province belge (250 406 habitants) et plus de quatre fois plus nombreux que les Luxembourgeois (444 050 habitants).

Graphique 1 : Répartition de la population de la zone Interreg



Sources : Belgique : INS 2002 ; France : INSEE 2002 ; Luxembourg : Statec 2002

2.2.2. Densité de population

Au niveau national, la densité de population est beaucoup plus élevée en Belgique qu'en France et au Luxembourg. Par contre, à l'échelon local, la zone Interreg belge a une faible densité de population. A ce niveau, le Luxembourg reste plus densément peuplé que la France, dont la moyenne des départements lorrains est quasiment identique à la moyenne nationale.

Tableau 2 : Densités de population

Pays	Habitants/km ²	Zone Interreg	Habitants/km ²
Belgique	337	Zone Interreg belge	56
France	108	Zone Interreg française	109
Luxembourg	172	Zone Interreg luxembourgeoise	172
Total Interreg			106

Sources : Belgique : INS 2002 ; France : INSEE 2002 ; Luxembourg : Statec 2002

Toutefois, remarquons que le département de la Meuse est faiblement peuplé en comparaison de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle⁴. Metz et Nancy comptent respectivement « 270 000 et 400 000 habitants pour les aires urbaines »⁵.

³ MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE, PRÉFECTURE DE LA RÉGION LORRAINE, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR G.D. LUXEMBOURG, *Op. cit.*, p.11.

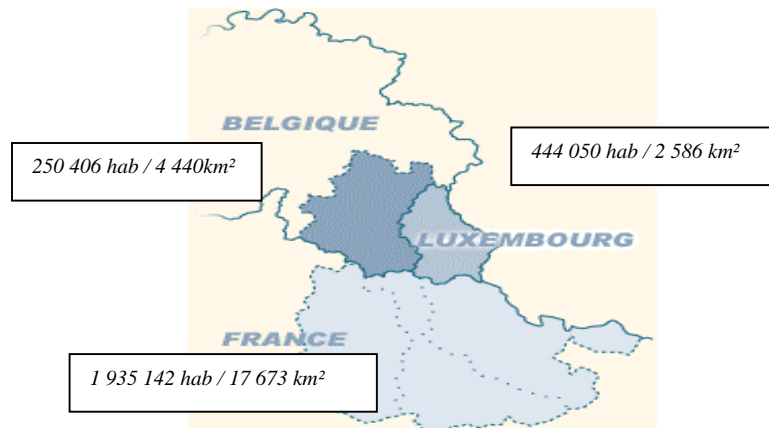
⁴ Cf. Annexe 1 : Densité de population dans la zone Interreg LLS

En province du Luxembourg⁶, à l'exception de l'arrondissement d'Arlon ayant une densité de 166 hab/km², les autres arrondissements ont une densité inférieure à 65 hab/km².

Au Grand-Duché de Luxembourg, l'Oesling au Nord et le Bon Pays au Sud forment les deux grandes régions naturelles au comportement démographique distinct⁷ : les densités des districts⁸ de Luxembourg, de Grevenmacher et de Diekirch sont respectivement de 358 hab/km², 100 hab/km² et 59 hab/km². Luxembourg-ville (1 567 hab/km²) et la commune de Neunhausen (20 hab/km²)⁹, canton de Wiltz, présentent les densités de population extrêmes.

En somme, « la zone éligible est diversement peuplée »¹⁰ et se caractérise par « un système urbain polycentrique reposant sur trois pôles dominants »¹¹ (Luxembourg, Metz et Nancy), complété par des villes moyennes et un grand nombre de petites villes organisées en réseau.

Carte 1 : Volumes de population et superficies



2.2.3. Evolution de la population

2.2.3.1. Evolution de la population dans la zone belge

Les arrondissements de la province du Luxembourg connaissent une croissance de leur population nettement supérieure à la moyenne nationale, à l'exception de Neufchâteau qui enregistre un taux plus proche de ceux du Royaume et de la Région wallonne.

⁵ MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE, PRÉFECTURE DE LA RÉGION LORRAINE, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR G.D. LUXEMBOURG, *Op. cit.*, p.12.

⁶ Cf. Annexe 1: Densité de population dans la zone Interreg LLS

⁷ STATEC, CEPS, La population du Luxembourg, in *Série population et territoire n°1*, s.l., 1996, p.8.

⁸ Cf. Annexe 1 : Densité de population dans la zone Interreg LLS

⁹ Cf. LUXALBUM, in <http://www.luxalbum.com/communes/wiltz/stats/neunhausen.htm>

¹⁰ MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE, PRÉFECTURE DE LA RÉGION LORRAINE, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR G.D. LUXEMBOURG, *Op. cit.*, p.25.

¹¹ Id., p.12.

Tableau 3 : Evolution de la population belge

	1992	2002	1992-2002 (%)
Belgique	10 021 997	10 309 725	+ 2,79
Région wallonne	3 275 923	3 358 560	+ 2,46
Arrondissements			
Arlon	49 387	52 749	+ 6,37
Bastogne	38 047	41 505	+ 8,33
Marche	46 778	51 101	+ 8,46
Neufchâteau	54 109	56 039	+ 3,44
Virton	46 343	49 012	+ 5,45
Zone Interreg	234 664	250 406	+ 6,29

Source : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE 1992-2002

En province de Luxembourg, les soldes naturels et les flux migratoires des arrondissements sont positifs. L'accroissement démographique est d'ailleurs principalement occasionné par l'installation de nouveaux résidents.

Tableau 4 : Mouvements de la population de la zone Interreg belge

	Naissances	Décès	Solde naturel	Solde migratoire	Solde total
Zone Interreg	34 897	28 144	+ 6 753	+ 11 052	+ 17 804

Source : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE 1992-2002

2.2.3.2. Evolution de la population dans la zone française

Les taux de croissance de population des trois départements sont largement inférieurs à la moyenne nationale. Toutefois, « les zones frontalières lorraines connaissent une évolution démographique plus favorable que par le passé »¹².

Tableau 5 : Evolution de la population française

	1992	2002	1992-2002 (%)
France	57 110 533	59 342 121	+ 3,76
Départements			
Meurthe-et-Moselle	713 614	716 577	+ 0,41
Moselle	1 013 534	1 026 990	+ 1,31
Meuse	195 676	191 575	-2,14
Zone Interreg	1 922 824	1 935 142	+ 0,74

Source : INSEE 1992-2002

Entre 1990 et 1999, la Moselle et la Meurthe-et-Moselle subissent un exode massif. Ces migrations, essentiellement internes à la France, sont à ce point importantes que le solde total est négatif dans le premier département et à peine positif dans le second. Globalement, le solde naturel du versant français est légèrement supérieur à la fuite de sa population. Mais rappelons que cette tendance évolue favorablement ces dernières années.

Tableau 6 : Mouvements de la population de la zone Interreg française

Départements	Naissances	Décès	Solde naturel	Solde migratoire	Solde total
Meurthe-et-Moselle	79 766	56 048	+ 23 718	- 21 882	+ 1 836
Meuse	21 216	18 396	+ 2 820	+ 9 327	+ 12 147
Moselle	112 967	76 507	+ 36 460	-40 485	- 4 025
Zone Interreg	213 949	150 951	62 998	- 53 040	9 958

Source : INSEE 1990-1999

¹² Ibid.

2.2.3.3. Evolution de la population dans la zone luxembourgeoise

Le Grand-Duché de Luxembourg enregistre une importante croissance de population.

Tableau 7 : Evolution de la population luxembourgeoise

	1992	2002	1992-2002 (%)
Luxembourg	389 600	444 050	+ 12,26
Zone Interreg	389 600	444 050	+ 12,26

Source : Statec 1992-2002

Cette croissance démographique résulte d'un fort mouvement d'immigration.

Tableau 8 : Mouvements de la population de la zone Interreg luxembourgeoise

	Naissances	Décès	Solde naturel	Solde migratoire	Solde total
Luxembourg	5 345	3 744	+ 1 601	+ 2 649	+ 4 250
Zone Interreg	5 345	3 744	+ 1 601	+ 2 649	+ 4 250

Source : Statec 2002

Les zones frontalières du sud du Grand-Duché de Luxembourg ainsi que l'agglomération de Luxembourg-ville « se caractérisent par une poussée démographique moins sensible que dans les zones rurales, alors que s'y concentre la plus grande partie de la population étrangère »¹³.

2.2.3.4. Synthèse transfrontalière

Sur la décennie 1992-2002, la zone Interreg a gagné 84 572 habitants, soit 3,2 % de sa population. Mais cette progression n'est pas le lot de toutes les composantes de la zone Interreg : le Grand-Duché de Luxembourg enregistre 64 % de la dynamique démographique. La tendance est également positive en province de Luxembourg (+ 6,29 %). Par contre, la situation lorraine est moins favorable en raison d'un exode endémique, qui tend toutefois à se réduire.

2.3. Structure de population et évolution

2.3.1. Structure de la population par âge

Les pyramides des âges des versants belge et français sont similaires. Qui plus est, les populations de ces deux zones sont plus jeunes qu'au niveau national. La proportion des 20-59 ans est plus élevée au Grand-Duché de Luxembourg alors que celle des plus de 60 ans y est la plus faible.

Tableau 9 : Structure de la population par âge

	Belgique		ZIB		France		ZIF		ZIL ¹⁴	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<20 ans	2 408 943	23,37	67 063	26,78	14 987 907	25,26	493 269	25,49	107 930	24,56
20-39	2 858 965	27,73	69 207	27,64	16 370 560	27,59	542 403	28,03	133 651	30,41
40-59	2 794 545	27,11	62 947	25,14	15 757 842	26,55	515 475	26,64	116 447	26,49
60-74	1 468 813	14,25	33 132	13,23	7 726 715	13,02	257 076	13,28	56 491	12,85
≥75	778 459	7,55	18 057	7,21	4 499 097	7,58	126 959	6,56	25 020	5,69
Total	10 309 725	100	250 406	100	59 342 121	100	1 935 142	100	439 539	100

Sources : Belgique : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE 2002 ; France : INSEE 2002 ; Luxembourg : Statec 2001

Toutefois, les chiffres du GDL s'expliquent par le fait que :

- de nombreux immigrés (ouvrier qualifiés et non qualifiés ainsi que des dirigeants et fonctionnaires internationaux) arrivent en pleine carrière professionnelle, donc en tant qu'adulte ;

¹³ Ibid.

¹⁴ Cf. Annexe 2 : Structure de la population luxembourgeoise par âge

- de nombreux étrangers résidents repartent au moment de la retraite vers le pays d'origine.

La croissance démographique du GDL est donc largement déterminée :

- par les flux migratoires, notamment ceux d'immigration qui s'expliquent par les besoins de main d'œuvre et
- depuis 1999, par des arrivées massives de demandeurs d'asile.¹⁵

Qui plus est, la fertilité des femmes étrangères est plus élevée que celle des femmes luxembourgeoises au point qu'en 2002, les naissances de mères étrangères furent plus nombreuses, en chiffres absolus, que celles de mères luxembourgeoises. Autrement dit, le vieillissement de la population de nationalité luxembourgeoise serait beaucoup plus manifeste que celle de l'ensemble de la population du GDL.

2.3.2. Structure de la population par sexe

Dans chaque versant, la proportion des femmes est très légèrement supérieure à celle des hommes.

Tableau 10 : Structure de la population par sexe

	Belgique	ZI belge	France	ZI française	ZI luxembourgeoise
Hommes	5042288	123 504	28 830 020	947 599	221 009
Femmes	5267437	126 902	30 360 392	987 543	227 291

Sources : Belgique : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE 2002 ; France : INSEE 2002 ; Luxembourg : Statec 2001

¹⁵ En termes d'accueil de demandeurs d'asile (proportionnellement au nombre d'habitants), le GDL se trouve en tête des 15 Etats-membres (EUROSTAT, Statistiques démographiques, édition 2002, p. 59).

2.3.3. Structure de la population par âge et par sexe

Etant donné que l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celles des hommes — nous y reviendrons, la population masculine est plus jeune.

Tableau 11 : Structure de la population par âge et par sexe

	Belgique		ZIB ¹⁶		France		ZIF ¹⁷		ZIL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes										
<20 ans	1 231 221	24,4	34454	27,90	7 666 225	26,59	252 896	26,69	55 328	25,6
20-39	1 447 165	28,7	35198	28,50	8 191 238	28,41	275 045	29,03	67 242	31,1
40-59	1 404 705	27,9	32180	26,06	7 795 783	27,04	257 245	27,15	59 511	27,5
60-74	682 764	13,5	15356	12,43	3 564 163	12,36	118 555	12,51	26 395	12,2
≥75	276 433	5,5	6316	5,11	1 612 611	5,59	43 878	4,63	8 065	3,7
Total	5 042 288	100	123 504	100	28 830 020	100	947 599	100	216 541	100
Femmes										
<20 ans	1 177 722	22,4	32609	25,70	7 321 682	24,00	240 373	24,34	52 602	23,6
20-39	1 411 800	26,8	34009	26,80	8 179 322	26,81	267 358	27,07	66 409	29,8
40-59	1 389 840	26,4	30767	24,24	7 962 059	26,09	258 230	26,15	56 936	25,5
60-74	786 049	14,9	17776	14,01	4 162 552	13,64	138 521	14,03	30 096	13,5
≥75	502 026	9,5	11741	9,25	2 886 486	9,46	83 081	8,41	16 955	7,6
Total	5 267 437	100	126 902	100	30 512 101	100	987 543	100	222 998	100
TOTAL	10 309 725		250 406		59 342 121		1 935 142		439 539	

Sources : Belgique : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE 2002 ; France : INSEE 2002 ; Luxembourg : Statec 2001

2.3.4. Evolution de la population par classes d'âge

Alors que le nombre de jeunes chute en Lorraine entre 1991 et 2001, la proportion de moins de 20 ans croît de 22,84 % au Grand-Duché de Luxembourg.

Globalement, la population de la zone Interreg vieillit. Les trois versants enregistrent une augmentation du nombre de personnes de plus de 60 ans au cours de la dernière décennie.

Tableau 12 : Evolution de la population de la zone Interreg par classes d'âges

	Zone Interreg belge			Zone Interreg française			Zone Interreg luxembourgeoise		
	1991	2001	Evolution	1991	2001	Evolution	1991	2001	Evolution
< 20 ans	63 948	66 984	+ 4,7 %	540 684	493 269	- 8,77 %	87 861	107 930	+ 22,84 %
20-59 ans	120480	130366	+ 8,21 %	1041151	1057878	+ 1,61 %	225 084	250 098	+ 11,11 %
> 60 ans	48312	51400	+ 6,39 %	340989	384035	+ 12,62 %	71689	81511	+ 13,70 %
Total	234 664	248750	+ 6,0 %	1 922 824	1 935 142	+ 0,64 %	384 539	439 539	+ 14,27 %

Sources : Belgique : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE ; France : INSEE ; Luxembourg : Statec

¹⁶ Cf. Annexe 3 : Structure de la population belge par âge et par sexe

¹⁷ Cf. Annexe 4 : Structure de la population française par âge et par sexe

2.4. Dynamique naturelle

2.4.1. Natalité et fécondité

Au niveau national, les taux de natalité sont relativement comparables dans les trois pays. Le taux le plus élevé est recensé au Luxembourg.

Au niveau régional, la province belge a le taux de natalité le plus important alors qu'au niveau national il est le plus faible des trois pays. Pour 1000 femmes de la province de Luxembourg âgées entre 15 et 49 ans, le nombre de naissances est de 53,55 tandis qu'il n'est que de 48,18 dans la zone Interreg française et de 46,45 au Grand-Duché de Luxembourg.

Tableau 13 : La fécondité dans la zone Interreg

	Belgique	ZIB	France	Moselle	Meurthe-et-Moselle	Meuse	ZIF	ZIL
Taux brut de natalité - 2002 (pour 1000 habitants)	11,4	13,2	13,06	11,86	12,30	12,31	12,07	13,1
Taux global de fécondité	45,11	53,55	53,40	47,27	42,27	53,35	48,18	46,45

Sources : Belgique : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE 2002, INS 2002, Communauté française, 1996 ; France : INSEE 1999 - 2001 ; Luxembourg : Statec, 1992 - 2002

2.4.2. Mortalité et espérance de vie

Les taux de mortalité sont plus élevés en Belgique qu'en France et qu'au Luxembourg. Cette différence est encore plus marquée au niveau de la zone Interreg.

Les taux de mortalité régionaux sont plus élevés que les moyennes nationales. Ce constat est particulièrement net en ce qui concerne la mortalité infantile.

Les espérances de vie nationales et régionales des trois pays sont proches. Pour les femmes, l'espérance de vie au niveau régional est légèrement supérieure à la moyenne nationale. Si au niveau national la Belgique enregistre l'espérance de vie masculine la plus élevée, celle-ci chute en dernière position au niveau des zones Interreg.

Tableau 14 : La mortalité dans la zone Interreg

	Belgique	ZIB	France	Moselle	Meurthe-et-Moselle	Moselle	ZIF	ZIL
Taux de mortalité (pour 1000 habitants)	10,27	10,82	9,16	8,3	8,7	10,50	9,2	8,6
Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances)	5,61	8	4,5	7,2 en Lorraine				5
Espérance de vie Femmes	81,4	81,9	80,8	81,1	82,1	81,9	81,7	80,6
Espérance de vie Hommes	75	73,2	72,6	74,5	74,5	74,6	74,5	73,8

Sources : Belgique : INS 2000-2002, ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE 2002 ; France : INSEE, 1999, CREDES ; Luxembourg : Statec 2000-2002, L. ERR, XXIe session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'examen et à l'évaluation de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, 1^{er} juillet 1999.

2.4.3. Aspects épidémiologiques

Les données épidémiologiques disponibles dans les trois versants sont lacunaires et non homogènes. C'est la raison pour laquelle cette section ne présente que les principales causes de mortalité. Une étude épidémiologique des populations sera effectuée ultérieurement.

Les principales causes de décès ne sont pas exactement les mêmes dans les trois pays. Toutefois, les situations belge et luxembourgeoise sont relativement proches : les principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs. Par contre, la principale cause de décès dans la zone Interreg française (58,78 %) sont les maladies de l'appareil respiratoire.

Tableau 15 : Principales causes de décès en Belgique, au Luxembourg et dans la zone Interreg française¹⁸

Belgique		Luxembourg		Zone Interreg française	
Maladies de l'appareil circulatoire	36,56 %	Maladies de l'appareil circulatoire	39,31 %	Maladies de l'appareil respiratoire	58,78 %
Tumeurs	27,01 %	Tumeurs	25,66 %	Maladies de l'appareil circulatoire	30,50 %
Autres morts naturelles	10,96 %	Causes externes de mortalité	7,85 %	Tumeurs	28,28 %
Maladies de l'appareil respiratoire	10,28 %	Maladies de l'appareil respiratoire	7,79 %	Autres maladies et mal définis	8,99 %
Maladies de l'appareil digestif	4,35 %	Maladies de l'appareil digestif	5,45 %	Traumatismes et empoisonnements	7,55 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3,29 %	Symptômes mal définis	3,38 %	Maladies de l'appareil digestif	4,99 %

Sources : Belgique : INS, 1997 ; Luxembourg : Direction de la Santé, 2001 ; France : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - Services SCB

2.5. Immigration

2.5.1. Immigration dans la zone Interreg belge

En 2002, les étrangers résidant en Belgique représentaient 8,1 % de la population totale. Cette proportion s'élevait à 8,6 % en 1999, soit 891 980 habitants. Parmi ceux-ci, 63 % sont issus de l'Union européenne (562 534). La part des hommes est légèrement supérieure à celle des femmes (52% / 48 %).

En 1999, la Région wallonne comptait 330 769 étrangers, soit 9,9 % de la population. Environ 3/4 d'entre eux sont issus de l'Union européenne. En 2002, la part des étrangers en Région wallonne est de 9,2 %.

En province de Luxembourg, 11 106 étrangers sont recensés en 2002 c'est-à-dire 4,6 % de la population. 84,4 % d'entre eux sont issus de l'Union européenne. Les nationalités les plus représentées sont les Français (4 840) et les Luxembourgeois (1 229). Les Allemands n'arrivent qu'en 7^{ème} position (203) derrière les Italiens (1 143) et les Portugais (774).

Tableau 16 : Les étrangers dans la zone Interreg belge

Nationalités	ZI belge		Arr. Bastogne	Arr. Marche	Arr. Neufchâteau	Arr. Virton	Arr. Arlon
	N 2002	% 2002					
Belges	239 300	95,56	40 281	49 709	54 611	46 718	47 981
Etranger (UE)	9 372	3,74	916	986	1 143	2 037	4 290
Etrangers (hors de l'UE)	1 734	0,69	308	406	285	257	478
Total étrangers	11 106	4,44	1 224	1 392	1 328	2 294	4 768
Total	250 406	100,00	41 505	51 101	56 039	49 012	52 749

Source : ECODATA, SPF ECONOMIE, PME, CLASSE MOYENNE ET ENERGIE, 2002

¹⁸ Cf. Annexes 5 à 8 : Principales causes de décès en Belgique, au Luxembourg et dans la zone Interreg française

La majorité des étrangers résident dans le sud de la province : 42,9 % d'entre eux habitent l'arrondissement d'Arlon et 20,7 % l'arrondissement de Virton.

2.5.2. Immigration dans la zone Interreg française

Le nombre d'étrangers en Lorraine a diminué de 34 % entre 1975 et 1999 ; « les étrangers ne comptent plus que pour 5,6 % de la population lorraine »¹⁹ en 1999. S. MULIC explique ce phénomène par « les effets conjugués du ralentissement de l'immigration, de l'acquisition de la nationalité française et des départs vers d'autres régions ou le retour au pays d'origine »²⁰. Cette tendance s'avère toutefois moins marquée pour la population féminine. « Cette féminisation de la population étrangère tient à la politique de regroupement familial mais également au poids des différentes nationalités »²¹. En effet, les anciennes migrations ont un caractère familial dont les proportions hommes / femmes sont très voisines, voir supérieures pour les femmes.

Quoiqu'il en soit, la part des étrangers en Lorraine reste comparable au taux national²².

Tableau 17 : Les étrangers en Lorraine

Nationalités	N 1999	% 1999	% 1990	Evolution
Français	2 200 007	94,4	93,4	+ 1 %
Etrangers (UE)	61 787	2,7	2,9	- 0,2 %
Etrangers (hors UE)	66 229	2,9	3,7	- 0,8 %
Total Etrangers	128 016	5,6	6,6	-1 %
Total	2 310 023	100	100	

Source : INSEE 1990 - 1999

Parmi ceux-ci, plus de la moitié ne sont pas des ressortissants de l'Union européenne. Bien que les étrangers hors UE soient légèrement majoritaires, leur part est en net repli « au profit d'une immigration de "proximité" »²³. « Le nombre d'Italiens est passé de 34 600 à 25 300 de 1990 à 1999, et les ressortissants portugais ne sont plus que 12 000 contre 16 700. En revanche, les citoyens belges sont désormais plus de 4 000 à avoir élu domicile en Lorraine et le nombre d'Allemands a plus que doublé depuis 1990 pour s'établir à 14 000 personnes. Cette nationalité forme désormais la cinquième communauté étrangère de Lorraine. »²⁴

Les étrangers résidant dans la zone Interreg se concentrent dans les départements de la Moselle (environ 67 %) et de la Meurthe-et-Moselle (environ 28,6 %).

2.5.3. Immigration dans la zone Interreg luxembourgeoise

La population étrangère du Grand-Duché de Luxembourg représente 38 % de la population résidente. Celle-ci est principalement composée de Portugais (36 %), de Français (14 %), d'Italiens (11 %), de Belges (9 %) et d'Allemands (6 %).

¹⁹ S. COUNOT, La Lorraine vieillit et se tourne vers l'extérieur, in *Economie lorraine*, n°203 - Décembre 2000, p.9.

²⁰ S. MULIC, *Op. cit.*, p.67.

²¹ Ibid.

²² <http://oip.sciences-po.fr/fr/regions/Lorraine.pdf>

²³ S. COUNOT, *Loc. cit.*, p.9.

²⁴ Ibid.

Tableau 18 : Les étrangers au Luxembourg

Nationalités	N 2003	% 2003
Luxembourgeois	277 600	61,92
Etrangers (UE)	146 070	32,58
Etrangers (hors UE)	24 630	5,49
Total étrangers	170 700	38,07
Total	448 300	100,00

Source : Statec 2003

2.5.4. Synthèse transfrontalière

En somme, la situation luxembourgeoise en matière d'immigration est atypique dans la mesure où les étrangers représentent 38 % de la population résidente. La majorité d'entre eux est issue de l'Union européenne.

Les proportions d'étrangers dans les zones belge et française sont proches, mais l'origine des populations immigrées diffère : en province de Luxembourg, ce sont essentiellement des ressortissants de l'Union européenne tandis que les extra-européens dominent en Lorraine.

Tableau 19 : Parts relatives des étrangers dans la zone Interreg

	ZI belge	ZI française	ZI Luxembourg
Etrangers (UE)	3,7	2,7	32,6
Etrangers (hors UE)	0,7	2,9	5,5
Total étrangers	4,4	5,6	38,1

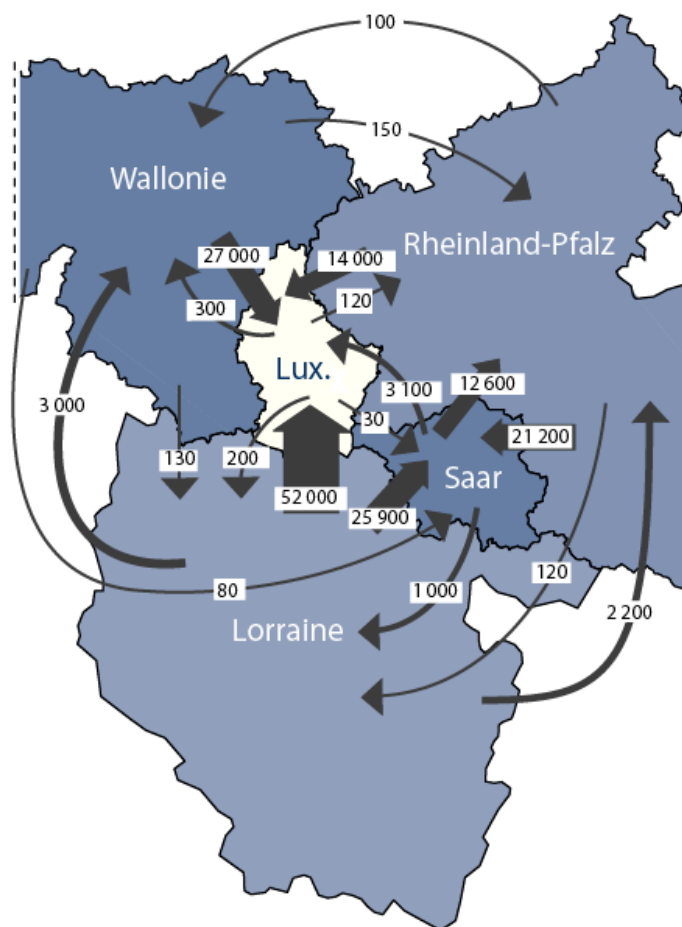
Sources : Belgique : INS 2002, France : INSEE 1999, Luxembourg : Statec 2003

3. Économie et marché de l'emploi

La zone Interreg LLS ne constitue qu'une partie de l'espace géographique et économique de la Grande Région (Wallonie, Lorraine, GDL, Sarre et Rhénanie). Cette dernière constitue pourtant davantage une entité (socio-)économique et son marché de l'emploi²⁵ forme un ensemble signifiant. Le marché de l'emploi de ce territoire se caractérise par des flux importants de travailleurs frontaliers. En effet, 40 % des flux frontaliers européens (UE 15) se réalisent au sein de cette région, dont le principal pôle d'attraction est le marché de l'emploi du Grand-Duché de Luxembourg. Dans la zone Interreg, les flux se font pratiquement à sens unique de la Wallonie et de la Lorraine vers le Grand-Duché de Luxembourg.

²⁵ Une entité statistique

Carte 2 : Flux des travailleurs frontaliers en Sarre – Lor – Lux – Rheinland-Pfalz - Wallonie²⁶



© Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

Source : STATEC, mars 2003, p.39.

Pour présenter la situation économique et celle du marché de l'emploi de la zone INTERREG, nous recourons :

- à des données relatives aux **trois versants Interreg**. Toutefois, les données statistiques existantes sont disparates en raison du fait que les trois versants sont des unités régionales de niveaux différents (Lorraine et Grand-Duché de Luxembourg²⁷ : NUTS²⁸ 2 ; Province de Luxembourg : NUTS 3). Nous avons par conséquent dû utiliser des sources différentes, et ceci parfois à l'intérieur d'un même tableau ;
- à certaines données internationales et européennes afin de comparer les situations des **trois pays concernés**. Parmi celles-ci, nous pouvons citer :
 - les statistiques de l'OCDE (30, voire 32 pays OCDE)

²⁶ Les frontaliers français sont les plus nombreux car le volume de la population Lorraine est plus important que celui des autres versants.

²⁷ Le Grand-Duché de Luxembourg en raison de sa superficie et du volume de sa population.

²⁸ Nomenclature d'unités territoriales statistiques

- les statistiques d'EUROSTAT (UE 15), à savoir celles du Rapport Conjoint sur l'Emploi (RCE). Ce dernier est le résultat du monitoring annuel de la Stratégie européenne pour l'Emploi (SEE) et des Plans d'Action Nationaux (PAN)²⁹ ;
- à certaines données nationales expliquant la situation spécifique du **Grand-Duché de Luxembourg**, et notamment à celles de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS).

La section ci-dessous présente :

1. la situation économique des trois versants et des trois Etats-membres sur base de quelques indicateurs économiques ;
2. le marché de l'emploi des trois versants et des trois Etats-membres ;
3. le travail frontalier dans la zone LLS

3.1. L'économie

Les forces et faiblesses des trois régions de la zone INTERREG émergent à la lecture des principaux indicateurs économiques.

3.1.1. Les trois versants Interreg

L'évolution du produit intérieur brut entre les trois versants fait apparaître des écarts importants entre d'une part la Lorraine et la province du Luxembourg et d'autre part le Grand-Duché de Luxembourg.

Tableau 20 : Produit Intérieur Brut à prix courant selon les régions

PIB	UE15	Wallonie	Lux Bel	Lorraine	GDL
à prix courant	s.i.	16.809 (99)	s.i.	19.832 (01)	48.287 (01)
1988	100	83,4	85,3	91,5	139,1
1998	100	87,9	95	83,3	175,8

Sources : « Saar - Lor - Lux - Rheinland-Pfalz - Wallonie », Statistiques en bref, 2002 ; Commission européenne, Deuxième rapport sur la cohésion économique et sociale, 2001.

Le Grand-Duché de Luxembourg occupe une position particulièrement avantageuse dans l'UE et de manière encore plus marquée au sein de l'espace Interreg. Si la situation de la Province de Luxembourg, légèrement plus favorable que celle de la Wallonie, tend à s'améliorer entre 1988 et 1998, en revanche la Lorraine accuse un affaiblissement de son niveau de PIB/hab.

Historiquement, les trois versants Interreg, et plus particulièrement le GDL et la Lorraine, connaissaient une longue tradition sidérurgique qui a nécessité des réorientations et des efforts de diversification économique³⁰ variables selon les versants :

- Le Grand-Duché de Luxembourg a développé une place financière, le secteur des médias, le secteur de transports et le fret aérien. Le tissu industriel s'est diversifié vers les industries du verre, du caoutchouc, de la fabrication de supports magnétiques et tout récemment de grandes entreprises au niveau des nouvelles technologies.
- En Lorraine, la tertiarisation ne s'est pas développée de la même façon qu'au Grand-Duché de Luxembourg ; le secteur industriel reste important. Ainsi, le pourcentage d'industries y est plus élevé qu'au niveau national. Les entreprises sont pourtant de petite taille.
- En Province de Luxembourg, la région d'Athus a une longue tradition sidérurgique et le territoire est principalement destiné à l'agriculture et la silviculture.

La répartition de l'emploi entre les différents secteurs de l'activité économique traduit les évolutions socio-économiques que les trois versants territoriaux ont connu au cours d'un passé récent.

²⁹ Réalisés par la DG Emploi, Affaires Sociales ; cette stratégie avait été lancée en novembre 1997 lors du sommet de l'UE au Grand-Duché de Luxembourg.

³⁰ Cf. Les offices statistiques de la Grande Région, 2002.

Tableau 21 : Répartition de l'emploi entre les secteurs de l'activité économique

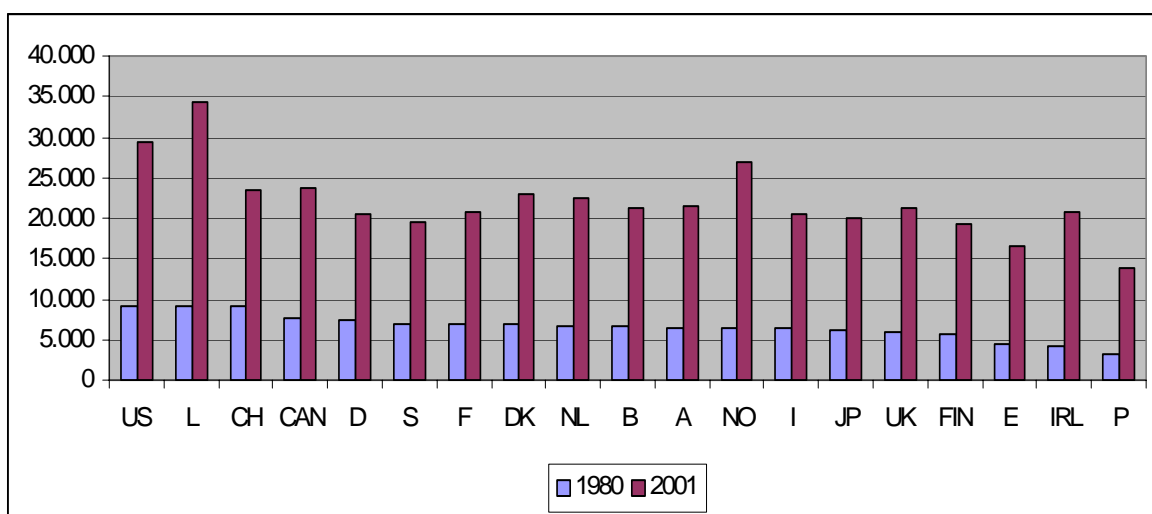
		Agriculture	Industrie	Construction	Tertiaire
Wallonie	1998	2,60%	16,80%	7,30%	73,50%
	2001	2,60%	16,10%	7,40%	74,00%
Lorraine	1998	2,90%	23,30%	6,30%	67,50%
	2001	2,80%	22,50%	6,00%	68,70%
GDL	1998	2,30%	14,40%	10,90%	72,50%
	2001	1,30%	12,90%	9,80%	76,00%

Source : OIE, Mai 2003, p. 26.

3.1.2. Les trois Etats-membres : Belgique, France, GDL

L'écart économique entre la situation du Grand-Duché de Luxembourg et celles de ses pays voisins s'est accentué depuis le début des années 1980.

Graphique 2 : Revenu national brut par habitants en 1980 et 2001 en SPA³¹



Source : STATEC, mars 2003, p. 28.

Ce tableau ci-dessous fait ressortir que le taux de croissance du PIB au Grand-Duché de Luxembourg a été nettement supérieur au cours de la dernière décennie qu'en Belgique et en France. Toutefois, en 2002, on observe un relatif rapprochement des taux entre les trois pays.

Si l'écart des performances économiques entre le GDL et ses régions voisines s'est élargi au cours de la dernière décennie, ce constat s'observe également au niveau de l'emploi.

³¹ Standard de pouvoir d'achat (calcul qui élimine l'incidence des différences des niveaux de prix entre pays)

Tableau 22 : Indicateurs économiques liés à l'emploi

	Année	Taux de création d'emplois	Taux de croissance du PIB
UE - 15	1991	--	--
	1995	0,6	24
	1999	1,7	2,8
	2000	2,0	3,4
	2001	1,7	1,5
	2002	**0.4	***1.1
Belgique	1991	0,1	1,8
	1995	0,7	2,4
	1999	1,4	3,2
	2000	1,6	3,7
	2001	1,2	0,8
	2002	** -0.3	***0.7
France	1991	1,4	1,0
	1995	0,6	1,7
	1999	1,8	3,2
	2000	2,4	3,8
	2001	2,0	1,8
	2002	**0.7	***1.2
GDL	1991	4,4	8,6
	1995	2,6	1,3
	1999	5,0	6,0
	2000	5,6	8,9
	2001	5,6	1,0
	2002	**3,2	***1.3

Sources : EUROSTAT, Yearbook, 2003, pp.113 et 154 ; pour différentes données RCE des années 1999 à 2004 ; * : RCE, mars 2004, p.138 ; ** : RCE, mars 2004, p.99 ; *** : RCE, mars 2004, p.102.

3.2. Les dépenses de santé

En utilisant la base de données de l'OCDE 2003, la comparaison des dépenses de santé des trois pays permet de constater que le Grand-Duché de Luxembourg consacre la plus faible part de PIB à la santé, tandis que la France atteint 9,3 à 9,5 % de PIB.

Tableau 23 : Dépenses totales de santé en % du PIB

	1970	1980	1990	1995	1999	2000	2001
Belgique		4	6,4	7,4	8,5	8,6	8,6
France				8,6	9,3	9,5	9,3
Luxembourg		3,6	5,9	6,1	6,1	6,4	5,6

Proportionnellement au PIB, le Luxembourg atteint un des plus faible taux de l'UE et la Belgique se situe dans la moyenne. Peut-on en inférer que le système de santé français est extrêmement développé et que le système luxembourgeois l'est beaucoup moins ? Il est vrai que la taille de la France, le volume de sa population, le nombre de grands hôpitaux universitaires dotés de plateaux techniques pointus, de faculté de médecine, de centre de recherche à caractère médical et biomédical expliquent une part importante de la différence avec le Grand-Duché de Luxembourg. Cependant, si la France consacre une part importante de ses revenus à la santé, diverses études, notamment du CREDES ont montré que les moyens étaient inégalement répartis sur le territoire français et que certaines régions étaient moins bien dotées

que d'autres. L'analyse de l'offre de soins à travers les professionnels de santé dans le chapitre 3 fait nettement ressortir cet aspect pour le département de la Meuse.

Tableau 24 : Dépenses publiques de santé en % du PIB

	1970	1980	1990	1995	1999	2000	2001
Belgique				6	6,2	6,2	6,4
France			6,6	7,3	7,1	7,1	7,2
Luxembourg	3,2	5,5	5,7	5,9	5,4	4,9	

Le tableau des dépenses publiques qui représentent la socialisation des dépenses totales fait apparaître les mêmes écarts entre les trois pays que celui sur les dépenses totales.

Néanmoins, l'effort de solidarité collectif est plus élevé au Luxembourg que dans les deux autres pays, comme en témoigne le tableau ci dessous.

Tableau 25 : Part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé

	1970	1980	1990	1995	1999	2000	2001
Belgique				70,5	72,2	72,1	71,7
France			76,6	76,3	76	75,8	76
Luxembourg	88,9	92,8	93,1	92,4	87,9	87,8	

Au Grand-Duché de Luxembourg les dépenses de santé sont très largement financées par la collectivité (près de 88%). Le patient ne doit apparemment pas supporter de lourde charge personnelle. C'est un des ratios les plus élevés de l'UE. Ceci confirme le haut niveau de la protection sociale grand-ducale.

3.3. Le marché de l'emploi

Comme le montre le précédent tableau, le taux de création d'emploi au Grand-Duché de Luxembourg a été trois fois plus important qu'en France et en Belgique au cours de la décennie '90.

En Lorraine, si le taux de chômage n'a jamais dépassé celui du niveau national, malgré une restructuration importante et des licenciements massifs liés aux crises sidérurgiques cela résulte principalement de :

- l'exode massif de jeunes vers d'autres régions de France et
- des flux de salariés (52.000) vers le Grand-Duché de Luxembourg, soit 5% des actifs de la Lorraine.

Dans la Province de Luxembourg, le taux de chômage est inférieur à celui de la Wallonie parce que 27.000 résidents travaillent au Grand-Duché de Luxembourg, soit près d'un 1/4 des actifs du versant Interreg belge.

Quant au Grand-Duché de Luxembourg, son taux de chômage paraît résiduel jusqu'en 2002. En décembre 2003, il s'élevait à 4.1%.

L'ensemble présente une réalité "marché de l'emploi Grande Région", avec le Grand-Duché de Luxembourg qui absorbe des parts plus ou moins importantes des actifs des régions limitrophes. Les données statistiques varient en fonction de la perspective que l'on adopte³² :

- Le marché ***national***³³ du Grand-Duché de Luxembourg **inclut** les salariés résidents luxembourgeois et étrangers, qu'ils travaillent au Grand-Duché de Luxembourg ou à

³² Dans la plupart des grands Etats-membres, les chiffres relatifs aux deux concepts ne varient guère.

l'étranger et **exclut** les frontaliers entrants (104.600). Le chiffre absolu s'élève donc à environ **184.300** salariés.

- Le marché **intérieur**³⁴ du Grand-Duché de Luxembourg **inclut** toutes les personnes travaillant au GDL (Luxembourgeois, étrangers, frontaliers) et **exclut** les résidents travaillant à l'étranger (700) ; le chiffre absolu s'élève donc à environ **290.000** salariés (cf. *Rapport d'activité 2002*, MTE, mars 2003).
- Les données de la Wallonie et de la Province du Luxembourg varient également en fonction de la perspective (marché de l'emploi) **nationale, voire régionale ou provinciale**³⁵ **versus intérieure** ; dans celle d'un 'marché de l'emploi intérieur', le taux d'emploi serait beaucoup plus bas, le chômage au cas d'une non absorption par la Province de Luxembourg serait supérieur à celui de la Wallonie.
- Les statistiques de la Lorraine en sont moins affectées vu le volume de la population. Mais l'analyse reste la même : les taux de chômage du marché **national, voire régional** (NUTS 2) de la Lorraine seraient supérieurs au taux national (France) au cas d'une non absorption des 52.000 frontaliers par la région. Les trois départements du Nord de la Lorraine en sont plus affectés que le département des Vosges.

Le drainage de salariés qualifiés de France et de Belgique vers le Grand-Duché de Luxembourg a des répercussions directes sur le secteur hospitalier des trois versants. Ce flux à sens unique représente un danger manifeste pour l'organisation des systèmes de soins lorrains et wallons.

Tableau 26 : Les professionnels de santé en secteur hospitalier par 1000 habitants

	Médecins	Infirmiers, sages-femmes et soignants	Kinésithérapeutes, masseurs
Wallonie	PL : 1,4*	5,5	2,2
Lorraine	1,7	9,1	0,4
GDL	2,6	10,4	0,7

Sources : Les Offices statistiques de la Grande Région, 2002, p.30, MSP, INS ; * Enquête LLS "Offre hospitalière de soins"

3.4. Les travailleurs frontaliers

En matière d'emploi, l'attraction du Grand-Duché de Luxembourg se concrétise à travers l'effectif des travailleurs frontaliers. Les flux les plus importants sont dirigés vers le Grand-Duché de Luxembourg en provenance de :

- la Lorraine (52,9 %)
- la Wallonie (27,5 %) et dans une moindre mesure
- la Sarre et de la Rhénanie (19,6 %).

Par contre, les flux de travailleurs frontaliers en provenance du Luxembourg sont extrêmement faibles et constants.

Tableau 27 : Marchés de l'emploi intérieur et national du GDL

	1990	1995	1999	2000	2001	2002
Frontaliers étrangers travaillant au Luxembourg	33.700	55.500	78.400	87.400	97.300	103.000
Frontaliers luxembourgeois travaillant à l'étranger	700	700	700	700	700	700
Fonctionnaires/agents d'organismes internat. travaillant au Luxemb.	7.800	7.800	7.700	7.700	7.700	7.700

³³ Le **marché de l'emploi national** inclut tous les salariés actifs ou en chômage *résidents de l'Etat-membre* en question, qu'ils travaillent sur le territoire de l'Etat-membre ou en région limitrophe.

³⁴ Le **marché de l'emploi intérieur** inclut tous les salariés actifs ou en chômage *travaillant sur le territoire d'un Etat-membre*, qu'ils soient résidents ou non de l'Etat-membre en question.

³⁵ voire plutôt *régionale/provinciale*: NUTS 2 ou 3.

Source : STATEC, 2003, Note de conjoncture n. 1- 2003, p. 109

Parmi les éléments qui peuvent expliquer l'attrait du Luxembourg on citera :

- une politique gouvernementale volontariste à l'égard des investisseurs et des créateurs d'entreprises³⁶ ;
- une **paix sociale** permanente qui rassure et ne perturbe pas les projets de **diversification économique et l'attrait de capitaux étrangers**;
- des **coûts indirects du travail inférieurs à la moyenne** de l'UE³⁷ **malgré les salaires élevés**;
- un bilinguisme franco- allemand.

Actuellement, le ralentissement de la croissance économique au Grand-Duché de Luxembourg ne lèse pas les travailleurs frontaliers. La situation leur semble au contraire favorable parce que les résidents luxembourgeois correspondent moins aux profils d'emplois recherchés. Selon les calculs du STATEC, les nouveaux emplois sont plus qu'auparavant occupés par des frontaliers ; les emplois créés :

- en 2002 étaient occupés à **65 %** par des frontaliers³⁸
- et entre janvier et août 2003 à **70 %**.

Par ailleurs, le chômage des frontaliers travaillant au Grand-Duché de Luxembourg³⁹ est inférieur à celui des résidents.

L'emploi dans le secteur hospitalier présente globalement la même situation que celle du marché de l'emploi intérieur global :

Tableau 28 : Salariés par nationalité travaillant dans le secteur hospitalier au 31 mars de l'année

Période	Total	Belges	Allemands	Français	Luxembourgeois
		en %	en %	en %	en %
1992	5423	5,2	5	10,4	79,4
1995	6017	6,4	5,2	13,4	75
1999	6484	7,4	5,3	15,5	71,7
2000	6980	8,3	5,8	16,9	69
2001	7133	8,7	5,6	17,7	68
2002	7406	9,3	6,2	17,8	66,8
2003	7435	9,4	6,3	18,1	66,2

Source : IGSS.

Des entretiens qualitatifs auprès des directions des établissements hospitaliers il ressort que la majorité des salariés est francophone. Ceci peut poser des difficultés pour les patients très jeunes, âgés et du Nord du Grand-Duché de Luxembourg, qui ont des connaissances limitées en français.

³⁶ Loi des classes moyennes de 1988, dont un nouveau projet de loi « portant création d'un cadre général des régimes d'aides en faveur du secteur des classes moyennes » est en cours de procédure ; la loi sur la diversification économique du 27 juillet 1993 ; la Société nationale de Crédit et d'Investissement, créée selon la loi du 2 août 1977 ainsi que, depuis quelques années seulement, la loi cadre pour la formation professionnelle continue du 22 juin 1999.

³⁷ 3^{ème} position après l'Irlande et le Royaume Uni ; cf. RCE, 2002, p. 41ss

³⁸ STATEC, note de conjoncture 3/2003, p. 49

³⁹ Le calcul a été effectué sur base des formulaires E 301. Toutefois, l'auteur émet une réserve sur les résultats de cette étude car les E 301 ne sont pas remplis par l'ensemble des personnes licenciées. Cf. note de conjoncture 4/2002, p.44s.

4. Synthèse transfrontalière

Démographie

Si à l'échelle nationale, la **densité de la population** est plus élevée en Belgique qu'en France et au Grand-Duché de Luxembourg, dans l'espace Interreg, c'est le Luxembourg qui a la plus forte densité avec 172 habitants/km² contre 109 habitants/km² en Lorraine et 56 habitants/km² sur le versant belge.

Entre 1992 et 2002, la **croissance de la population** a été particulièrement prononcée sur le versant *luxembourgeois* avec **12,26%**, principalement attribuée à l'immigration.

Le versant *français* se caractérise par une évolution largement inférieure à la moyenne nationale avec notamment un solde migratoire négatif, un solde naturel qui est presque équivalent à l'émigration et avec un solde total de **0,74%**.

Le versant *belge* connaît une croissance nettement supérieure à la moyenne nationale avec des soldes naturel et migratoire positifs et un solde total de l'ordre de **6,29%**.

Pour le versant *belge*, le **vieillissement de la population** est net : l'immigration concerne des personnes en âge d'activité professionnelle (30 à 59 ans). Toutefois, le taux de natalité y est plus élevé qu'au niveau national et que dans les deux autres versants.

Le solde migratoire négatif du versant *français* apparaît essentiellement aux niveaux des groupes d'âge en activité professionnelle (30 à 59 ans) et de celui des pensionnés. La population du versant *luxembourgeois* se caractérise par une immigration importante qui rend la part des personnes en âge d'activité professionnelle plus importante. Par contre, la proportion des personnes âgées au GDL est inférieure aux taux des deux autres versants ; l'ensemble de la population étant plus jeune que celles des deux autres versants.

En matière de mortalité, les indicateurs des **causes de décès** ne sont pas exactement les mêmes. Notons certains parallélismes, alors que les différences flagrantes s'expliquent probablement davantage par des classifications divergentes. Des travaux plus approfondis permettront de préciser cette observation dans le cadre de nos actions.

Economie et emploi

Le marché de l'emploi grand-ducal constitue un pôle d'attraction pour les populations résidant sur les deux autres versants de l'espace territorial Interreg. Les flux se font pratiquement à sens unique de la Province de Luxembourg et de la Lorraine vers le Grand-Duché de Luxembourg. Il représente 20 % des flux frontaliers européens.

Ce phénomène est lié à **l'essor économique du Luxembourg qui le place au sommet des échelles européenne et internationale**. Au cours de la dernière décennie, la croissance économique sur les deux autres versants est restée modeste.

Le niveau d'emploi des versants belges et français est fortement déterminé par la situation économique du Grand-Duché de Luxembourg. Le taux de chômage en province de Luxembourg et en Lorraine et le taux d'émigration en Lorraine seraient plus élevés si le GDL était moins développé économiquement. Un quart des actifs de la Province de Luxembourg travaille au Grand-Duché de Luxembourg et devrait, en absence de ce marché de l'emploi attractif, soit migrer, soit grossir le niveau de chômage.

Cette dynamique transfrontalière peut présenter certains inconvénients pour les systèmes de santé. Dans quelle mesure les professionnels de santé des versants français et belges ne seront-ils pas tentés à l'avenir d'exercer davantage encore leur activité professionnelle au Grand-

Duché de Luxembourg, créant des difficultés de recrutement en province de Luxembourg et en Lorraine ? Par ailleurs, une offre de soins pléthorique peut générer une croissance plus forte des dépenses de santé.

Chapitre 2 : Les systèmes de sécurité sociale et de santé

1. Introduction

La démarche entreprise dans ce rapport, consistant à étudier l'offre de soins à l'intérieur de l'espace territorial Interreg de la Lorraine, du Luxembourg et de la Province de Luxembourg, nécessite au préalable de décrire les différents systèmes de santé et d'accès aux soins.

Cette étape est indispensable pour permettre à tout un chacun de comprendre les procédures et mécanismes en vigueur sur chaque versant Interreg. Plus largement, elle fera émerger les points de convergence et de divergence afin de donner aux acteurs concernés par des projets transfrontaliers en santé les informations et les points de repères qui assurent l'intégration des données nécessaires à la conduite d'actions projetées.

Au-delà de ces objectifs, présenter le contenu de ces systèmes permet de mesurer la dimension des riches construits sociaux qu'ils représentent, de leur enracinement politique, économique, sociologique et juridique au sein de trois Etats membres et par extension dans l'UE dont on salue la valeur de ses modèles sociaux à l'intérieur desquels la santé et la protection contre le risque de maladie occupe une place déterminante.

2. Les systèmes de sécurité sociale et de santé belges

2.1. *Le système de sécurité sociale en Belgique*

2.1.1. **Bref historique de la sécurité sociale en Belgique**

Les fondements du système de sécurité sociale belge reposent sur les négociations entre les autorités politiques et les représentants des acteurs sociaux durant la seconde guerre mondiale. Celles-ci avaient pour objectif de préparer la sortie de guerre et d'organiser une protection sociale.

La sécurité sociale belge distingue le régime des salariés et celui des non-salariés (indépendants). Le premier couvre les six risques sociaux suivants, alors que le second ne couvre que les trois premiers :

- les pensions
- **l'assurance maladie invalidité**
- les allocations familiales
- l'assurance chômage
- les maladies professionnelles
- les accidents du travail

L'assurance maladie obligatoire a été instaurée par la loi du 28 décembre 1944. Actuellement, l'arrêté royal du 14 juillet 1994 portant coordination de la loi du 9 août 1963 fixe le cadre légal de l'Assurance Maladie Invalidité.

Le secteur de l'Assurance Maladie Invalidité se compose d'une part, de la branche **incapacité-invalidité** (l'assurance indemnité) qui octroie un revenu de remplacement en cas d'incapacité de travail résultant de la maladie, d'un accident de la vie privée ou d'une maternité et d'autre part, de la branche **maladie** (les soins de santé) qui intègre principalement les soins curatifs, mais

également les soins préventifs. L'assurance soins de santé finance les soins. La branche maladie représente 80 % de l'AMI et la branche incapacité-invalidité 20 %.

L'ONSS (Office National de la Sécurité Sociale) récolte les divers moyens financiers nécessaires au fonctionnement de la sécurité sociale. Les recettes⁴⁰ proviennent majoritairement des cotisations sociales à charge des employeurs et des travailleurs ou des indépendants (73 %), secondairement (14 %) des subsides de l'Etat et d'un financement dit « alternatif » (8 %) composé d'une partie des recettes de la TVA et d'une cotisation spéciale de sécurité sociale.

Depuis le 1^{er} janvier 1995 a été instaurée une gestion financière globale⁴¹ de la sécurité sociale (régime général). Précédemment, la gestion financière se faisait par secteur⁴² (type de risque). Un système identique est appliqué au régime des indépendants. Depuis 1997, l'INASTI (Institut d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants) est responsable de cette gestion globale et centralise les différentes recettes.

2.1.2. La couverture

2.1.2.1. Population couverte

Depuis le 1^{er} janvier 1998, une réforme de l'assurabilité a ouvert le droit à la couverture "soins de santé" pour des personnes jusqu'alors non protégées : **toute personne résidant en Belgique⁴³ est couverte pour les soins de santé** par un des deux régimes de sécurité sociale coexistant :

Le Régime général : ce régime comptait 9 186 747 affiliés au 30 juin 2002 (90 %).

Ce régime regroupe les salariés et assimilés, les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins, les personnes à charge, les handicapés, les étudiants de l'enseignement supérieur, les sportifs professionnels, l'ancien personnel du secteur public en Afrique et enfin, les autres personnes *résidant en Belgique*.

Les affiliés du régime général sont couverts pour tous les risques : les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les consultations et visites de médecins, les médicaments délivrés en pharmacie, les soins infirmiers, la plupart des traitements de kinésithérapie, les soins dentaires, les petites interventions chirurgicales ...

Le Régime des indépendants : ce régime comptait 1 000 305 affiliés au 30 juin 2002 (10%).

Ce régime regroupe les indépendants actifs et assimilés (invalides, activité complémentaire ...), les pensionnés, les veufs et veuves, les orphelins, les personnes à charge et les religieux.

Le régime des indépendants ne couvre que les "gros risques" relatifs à la maladie : l'hospitalisation, les médicaments délivrés lors de l'hospitalisation, les accouchements, les

⁴⁰ Source : AIM ; Autres recettes : 6%

⁴¹ Ainsi avant 1995, chaque secteur de la sécurité sociale avait ses propres sources de financement. A l'époque les cotisations prélevées pour financer l'assurance maladie invalidité représentaient 10,85% du salaire brut (4,7% étaient à charge du travailleur et 6,15 % à charge de l'employeur).

⁴² Auparavant, à côté de ces deux régimes principaux, un troisième régime appelé régime résiduaire rassemblait toutes les personnes ne pouvant s'inscrire dans les deux autres régimes. L'Arrêté royal du 25 avril 1997, portant des mesures visant à généraliser et assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé, en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés, est à l'origine de cette réforme.

⁴³ La notion de personne « résidant en Belgique » introduite par la réforme, regroupe toutes les personnes qui, légalement et pour un temps suffisant, séjournent en Belgique, et qui ne font pas partie des exceptions (principalement les personnes qui peuvent faire valoir leurs droits à charge d'un autre régime belge ou étranger). Cette preuve de séjour se fait le plus souvent par l'inscription au registre national ou au registre des étrangers.

interventions chirurgicales importantes, l'anesthésie, l'imagerie médicale, le matériel de synthèse, les soins en maison de repos et de soins, la réadaptation ...

Ces affiliés peuvent contracter librement, auprès d'une mutualité ou d'une compagnie d'assurances privée, une assurance libre « petits risques » qui leur accorde la même couverture que celle offerte aux affiliés du régime général.

En Belgique, de la population est donc couverte⁴⁴.

2.1.2.2. Prestations couvertes

Le patient a le libre choix du prestataire pour les soins couverts par l'assurance maladie.

Ceux-ci comprennent tous les soins nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé. Il existe une **nomenclature des prestations** qui répertorie les prestations qui font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Les principales catégories qui apparaissent dans la nomenclature sont les suivantes :

- Consultations, avis et visites des médecins ;
- Soins courants (prestations techniques médicales comme la biologie clinique, les soins dentaires, la kinésithérapie ...) ;
- Accouchements ;
- Prestations techniques médicales spéciales (anesthésiologie, réanimation, chirurgie, radiodiagnostic, radiothérapie, physiothérapie, biologie clinique ...) ;
- Lunettes et autres prothèses de l'œil, appareils auditifs, bandages, appareils orthopédiques et autres prothèses ;
- Anatomo-pathologie et examens génétiques ;
- Implants.

Chaque prestation au sein de ces différentes catégories se distingue par un numéro d'identification, un tarif conventionnel et un niveau de couverture par l'assurance maladie.

De même, une liste positive répertorie les médicaments remboursés par l'assurance maladie.

⁴⁴ « L'Etat fédéral intervient dans les frais de l'aide sociale octroyée par les C.P.A.S., conformément à des conditions fixées par la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale et par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995 réglant le remboursement par l'Etat des frais relatifs à l'aide accordée par les centres publics d'aide sociale à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge et qui n'est pas inscrit au registre de la population, à savoir concernant :
1° Le remboursement des frais résultant du traitement d'un indigent (belge ou étranger), avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins lorsqu'il n'a pas acquis de domicile de secours.
Toutefois, les frais précités ne sont remboursés qu'à concurrence de certains montants : prix moyen de journée d'entretien en hôpital, prix de remboursement en matière d'assurance maladie-invalidité, prix fixé par le Ministre au niveau du transport du patient. (...) Les frais à charge de l'Etat ne sont remboursés que dans certaines limites fixées par le Ministre ayant l'aide sociale dans ses attributions à savoir les montants correspondant au minimum de moyens d'existence, éventuellement majorés d'allocations familiales lorsque la personne aidée a des enfants à charge. Sont également à charge de l'Etat, les frais de l'aide médicale urgente accordée aux étrangers séjournant illégalement sur le territoire (arrêté royal du 12 décembre 1996) (...) » in http://sociaalsecurity.fgov.be/apercu/2002/pdf/partieIII_t3.pdf

2.1.3. Organisation administrative de l'assurance maladie

2.1.3.1. Le Ministère des Affaires Sociales⁴⁵

Le département de la prévoyance sociale du **Ministère des Affaires Sociales** a en charge l'organisation et le financement de la sécurité sociale dont fait partie le secteur de l'assurance maladie-invalidité. L'**encaissement** des cotisations sociales et autres moyens se fait sous le contrôle de l'ONSS (Office National de la Sécurité Sociale). La fixation du niveau de l'intervention de l'assurance pour les différentes prestations couvertes par l'AMI est assurée par l'INAMI (Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité). Cet organisme para-étatique gère les relations entre prestataires de soins et organismes assureurs. Cette institution rédige notamment des **conventions** avec les établissements et les prestataires de soins sur l'intervention des organismes assureurs dans les prestations de santé.

Le Ministère des Affaires Sociales gère également le secteur de l'aide sociale⁴⁶.

2.1.3.2. L'INAMI

L'Assurance Maladie Invalidité belge est coordonnée par l'INAMI et exécutée par les organismes assureurs dont les mutualités couvrent 99 % des assurés.

Outre son rôle important en matière d'élaboration du budget de l'assurance soins de santé, l'INAMI participe à l'élaboration et veille à l'application des réglementations en matière d'assurance soins de santé.

Cet institut est dirigé par le Conseil Général, au sein duquel siègent, en nombre égal, des représentants des organisations d'employeurs, de travailleurs et des organismes assureurs. Il est structuré en deux services distincts qui gèrent chacun un volet de l'assurance maladie-invalidité :

- Le **service des indemnités** gère la branche incapacité de travail-invalidité⁴⁷.
- Le **service des soins de santé** gère la branche assurance maladie. Les prestataires de soins y sont également représentés mais ne disposent que de voix consultatives. Il comporte trois organes assignés à des tâches particulières :
 - **Le Comité de l'Assurance Soins de Santé** est composé en nombre égal de représentants des organismes assureurs et des prestataires de soins. Les employeurs et travailleurs sont également représentés, mais n'ont que des voix consultatives. Ce Comité organise l'exécution concrète de l'assurance maladie par le biais de conventions, d'accords et de modifications dans la nomenclature des prestations. Il fixe également les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions et d'accords et émet des avis sur la répartition équilibrée des moyens financiers entre les secteurs des soins de santé.
 - **La Commission de contrôle budgétaire** se compose de représentants des partenaires sociaux, des prestataires, du gouvernement et des organismes assureurs. Cette commission émet des avis lors de l'élaboration du budget annuel global et suit ensuite l'évolution de ce budget.

⁴⁵ Depuis 2003, les Ministères de la Sécurité sociale et de la Santé publique sont regroupés sous la tutelle d'un seul Ministre.

⁴⁶ Aide sociale au sens large offerte aux personnes qui n'ont pas le statut d'assuré social ou n'ont plus de revenus.

⁴⁷ L'invalidité est reconnue après une année complète d'incapacité de travail.

- **Les commissions de conventions et d'accords** sont composées en nombre égal de représentants des organismes assureurs et des représentants des professions médicales, des établissements hospitaliers, des services ou institutions intéressés.
Ces différentes commissions prennent les mesures nécessaires en vue de respecter les budgets et se chargent des modifications de la nomenclature des soins de santé et des tarifs de remboursement.

2.1.3.3. Les mutualités

Les organismes assureurs c'est-à-dire les mutualités et la CAAMI **sont responsables de l'exécution** de l'assurance maladie et de l'assurance incapacité-invalidité. Pour le volet assurance maladie, ils remboursent à leurs assurés les coûts des soins sur base des tarifs fixés par les conventions négociées avec les différents prestataires et repris dans la nomenclature des soins de santé.

Il existe sept organismes assureurs : cinq Unions Nationales de Mutualités, la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité⁴⁸, la Caisse des Soins de Santé pour les employés de la SNCB (Société Nationale des Chemins de Fer Belges).

Tableau 1 : La répartition des affiliés entre les différents Organismes Assureurs est la suivante (au 31 décembre 2003) :

Organisme Assureur	% des assurés
Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes	43,7
Union Nationale des Mutualités Socialistes	28,0
Union Nationale des Mutualités Libres	16,4
Ligue Nationale des Mutualités Libérales	5,8
Union Nationale des Mutualités Neutres	4,1
Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité	0,8
Caisse de la SNCB	1,3

L'activité des organisations mutualistes a fait l'objet d'une première réglementation dès 1894. Cette loi a constitué le cadre légal du mutualisme en Belgique pendant près d'un siècle. C'est en 1944 que les mutualités se sont vues confier l'exécution de l'assurance maladie alors que se mettait en place le système de sécurité sociale belge. La **loi du 6 août 1990** relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités abroge et remplace celle de 1894 pour définir, actuellement, le cadre et les modalités de l'action des mutualités. Celle-ci fixe **les objectifs et les tâches** des mutualités (unions nationales et mutualités), à savoir :

« promouvoir le bien-être physique, psychique et social dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, et ceci sans but lucratif »

Le terrain d'action des mutualités est donc la **prévention**, le **recouvrement de la santé** et l'**indemnisation de pertes de revenus liées à la maladie**. La loi stipule que la gestion de l'assurance maladie invalidité obligatoire constitue la tâche principale des unions nationales et des mutualités. Elles ne peuvent proposer des services d'assurances que contre le risque maladie.

Secondairement, **les mutualités organisent des services complémentaires** à l'assurance obligatoire. Leurs activités dans le champ de la protection volontaire ont pour principal objectif de parfaire le système belge de santé et d'accès aux soins par la mise en œuvre et la gestion de **services non lucratifs** répondant à une logique non marchande.

⁴⁸ « La CAAMI assume toutes les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités comme celles remplies par les mutuelles, mais en tant qu'organisme d'intérêt public, à savoir : l'intervention dans les frais de soins de santé ; l'indemnité en dédommagement de la perte de rémunération (maternité, maladie ou invalidité) ; l'allocation pour les frais funéraires », in www.caami-hziv.fgov.be

Les objectifs des services financés par l'Assurance Complémentaire sont formulés dans la Loi :

« l'octroi de l'intervention financière pour les affiliés et les personnes à leur charge dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité »

« l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou en vue d'améliorer ainsi le bien-être physique, psychique ou social du membre ».

L'intitulé comporte des similitudes avec celui de l'assurance maladie obligatoire. En réalité, ces services offrent un large éventail d'activités : le remboursement complet ou partiel de certains coûts découlant de la maladie qui ne sont pas remboursés par l'AMI obligatoire tels que le transport des malades, l'utilisation de matériel sanitaire, les frais de convalescence, les soins infirmiers à domicile, les aides ménagères ...

Les mutualités offrent également des **services axés sur des groupes-cibles** (les pensionnés, les malades chroniques, les jeunes, les handicapés) par l'octroi d'aide, d'informations, de guidance et d'assistance pour garantir la qualité et l'accessibilité des soins.

Tout assuré belge doit être inscrit à une mutualité ou à la CAAMI.

2.1.3.4. Les organes de contrôle de l'AMI

Deux contrôles distincts sont réalisés sur les activités des mutualités :

- L'INAMI contrôle l'application des règles relatives à la gestion de l'assurance maladie obligatoire.
- L'Office de Contrôle des Mutualités et des Unions Nationales de Mutualités, créé par la loi du 6 août 1990, a pour mission de contrôler le respect de la législation par les Mutualités et Unions Nationales de Mutualités, le respect des statuts, la gestion des services de l'assurance complémentaire et l'application des règles comptables et financières fixées par la loi.

2.1.4. Financement de l'assurance maladie

2.1.4.1. Les ressources financières des organismes assureurs

Depuis 1995, les organismes assureurs (OA) sont **responsables financièrement** de l'exécution de l'assurance maladie⁴⁹.

Précédemment, les différentes Unions Nationales étaient financées sur base du nombre de leurs affiliés.

Les mutualités sont désormais financées en fonction des caractéristiques de leurs assurés sociaux, lesquelles sont définies par les facteurs de risques déterminés par la loi:

- l'âge
- le sexe
- le statut de l'assuré (veuf, invalide, pensionné, orphelin)
- le chômage de longue durée
- les revenus
- la composition du ménage

⁴⁹ La responsabilité financière des organismes assureurs a été instaurée par l'Arrêté royal du 12 août 1994 portant exécution de l'article 204, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (MB : 31/08/1994).

- l'urbanisation
- la mortalité

Une partie du budget est désormais financée de manière normative (le financement normatif est progressif, il concernait 10 % du budget en 1995 et concerne 30 % du budget depuis janvier 2000).

Le reste du budget global des soins de santé est quant à lui réparti entre les OA en fonction de la part de ceux-ci dans les dépenses totales de soins de santé au cours de l'année en question.

Les mutualités, après avoir reçu la partie du budget global qui leur revient, sont responsables de la différence entre les recettes et les dépenses de santé de leurs membres. Cette mesure est également progressive : les mutualités étaient d'abord responsables de 15 % du budget, contre 20 % depuis 2000.

Un fond de réserve (minimum de 4,5 € par membre) a été constitué par chaque union nationale. Il sert à couvrir la part du déficit dont elle est responsable (25 %) en cas d'exercice déficitaire.

Les mutualités doivent également mettre leurs membres à contribution par prélèvement d'une cotisation ou encore financer "leur déficit" sur fonds propres. De même, un exercice positif d'un organisme assureur vient alimenter son fonds de réserve au prorata de son niveau de responsabilité (25 %). Les intérêts générés par le fonds de réserve peuvent être utilisés pour les frais d'administration.

2.1.4.2. Fixation des prix et du tarif de remboursement de l'assurance maladie

Les honoraires et les tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire des prestations reprises dans la nomenclature des soins de santé (déterminant la valeur de la lettre-clé suivant le libellé de chaque prestation), et par conséquent les tickets modérateurs, sont négociés entre les mutualités et les représentants des différentes professions médicales et paramédicales.

Les négociations mènent à la conclusion d'un accord (pour les médecins et les dentistes) ou d'une convention (pour les autres prestataires). Un nombre minimal d'adhésions de la part des prestataires est nécessaire pour que les accords et conventions entrent en application. Les prestataires adhérents s'engagent alors à respecter les tarifs convenus. Ce système offre une relative sécurité tarifaire au patient.

Les accords médico et dento-mutualistes fixent les conditions de temps et de lieu qui peuvent ouvrir le droit à dépassements d'honoraires. Les médecins et dentistes qui sont conventionnés peuvent exercer leurs activités pendant un certain nombre d'heures en dehors desquelles, ils ne sont pas tenus de respecter les tarifs de l'accord.

Les accords et conventions peuvent aussi prévoir des taux d'honoraires préférentiels ou des conditions particulières à la réalisation des prestations.

Les **accords** sont négociés sur le plan national par une Commission nationale médico-mutualiste et par une Commission nationale dento-mutualiste. Ces deux groupes sont composés d'une part des organisations professionnelles représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire et, d'autre part, des organismes assureurs. Leur validation se fait par les organes de gestion de l'INAMI et par l'adhésion d'un nombre minimal de prestataires.

Le décompte des refus à l'accord se fait région par région. Un accord entre en vigueur, 45 jours après sa publication au Moniteur Belge, lorsque moins de 40% des médecins ou dentistes ont notifié leur refus d'adhésion. En outre, l'accord entre en vigueur dans une région à condition que moins de 50% des médecins généralistes et moins de 50% des médecins spécialistes aient notifié leur refus.

Les **conventions** sont négociées et conclues sur le plan national au sein du Service des Soins de Santé de l'INAMI grâce aux travaux des Commissions permanentes chargées de négocier et de conclure les conventions avec les pharmaciens, les maisons de repos et de soins, les maisons de repos pour personnes âgées, les établissements hospitaliers, les accoucheuses, les infirmières, les kinésithérapeutes, les opticiens, les orthopédistes, les prothésistes, les acousticiens et les bandagistes. Elles sont également soumises à l'approbation des organes de gestion de l'INAMI et entrent en vigueur dans une région dès que 60% des prestataires adhèrent. Le Ministre peut réduire de 25% maximum le taux de remboursement des prestations effectuées par les prestataires qui n'ont pas adhéré à la convention.

Lorsqu'un nouvel accord ou une convention n'a pas été conclu à la date d'échéance ou lorsque trop de médecins ou dentistes ont rejeté l'accord proposé, le Ministre peut intervenir de différentes manières : il peut soumettre un propre accord, imposer des tarifs maximums ...

De plus, le Service des Soins de Santé de l'INAMI peut proposer, pour l'ensemble des organismes assureurs, à l'adhésion de chaque prestataire tout autre texte de convention établi par le Conseil Général et approuvé par le Ministre. Lorsque, sur le plan national, aucune convention n'existe parce que la convention n'a pas été établie, n'a pas été approuvée par le Ministre des Affaires Sociales ou est devenue caduque, l'ensemble des OA et des organisations professionnelles intéressées peuvent négocier et conclure des conventions régionales.

Le praticien non conventionné fixe librement ses tarifs. Dans ce cas, les remboursements par l'assurance maladie ne sont pas liés au montant de leurs honoraires.

2.1.4.2.1. Coûts à charge des patients

Tableau 2 : Coûts à charge des patients

	Ticket proportionnel	Ticket forfaitaire	Franchise	Complément du coût	Dépassement de tarif	Prise en charge patient
Hospitalisation	Pour les honoraires (Cf. médecins spécialistes)	Prix de journée (12 €/jour) + médicaments (0,62 €/jour)	Frais d'admission (39 €) + forfait (biologie clinique, radiologie)	Matériel médical + implants + prothèses	Chambres privées + supplément d'honoraires des médecins non conventionnés	Médicaments non remboursés
Médecin généraliste	30 %	-	-	-	Médecins non conventionnés	-
Médecin spécialiste	40 % au maximum	-	-	-	Médecins spécialistes non conventionnés	-
Soins infirmiers à domicile	25 %	-	-	-	-	-
Médicaments (ambulatoire)	0 % à 80 % en fonction de la catégorie	-	-	-	-	Médicaments non-repris dans la liste positive
Dentiste	5 % à 25 % (60 % si moins d'une consultation dans l'année)	-	-	-	Orthodontie et prothèses	-
Physiothérapie	0 % - 15 % - 25 % - 40%	-	-	-	Physiothérapeutes non conventionnés	-

Le patient intervient financièrement dans le coût partiel ou total des soins médicaux sous la forme de :

- Franchise : montant fixe que le patient doit payer en contrepartie de services avant que toute prestation puisse être versée

- Ticket modérateur forfaitaire : la participation au coût se fait sous la forme d'un montant fixe à acquitter en contrepartie d'un service
- Ticket proportionnel : la participation au coût est proportionnelle au prix ou au tarif de la prestation
- Complément de coût : ce montant est payé par le patient pour compléter le coût global au cas où l'assurance maladie ne fournit qu'une couverture partielle non liée au prix
- Dépassement de tarif : il s'agit des frais supplémentaires que le prestataire fait supporter au patient en sus des tarifs d'assurance convenus ou des tarifs contractuels (y compris la participation au coût) en raison d'exigences ou de préférences spécifiques
- Prise en charge intégrale par le patient : il paye le coût total de la prestation lorsque l'assurance maladie ne fournit aucune intervention (exemples : les médicaments qui ne sont pas dans la liste positive des médicaments, les prestations qui ne sont pas dans la nomenclature de soins ainsi que la chirurgie esthétique).

L'intervention de l'assurance maladie obligatoire dans le coût du séjour dans un hôpital général et les interventions forfaitaires journalières accordées aux personnes prises en charge dans des Maisons de Repos et de Soins (MRS) ou dans des Maisons de Repos pour personnes âgées sont détaillées en annexe⁵⁰.

2.1.4.2.2. Modes de remboursement

Pour se faire rembourser, deux modes d'intervention de l'assurance coexistent :

- le remboursement a posteriori : le patient paie le dispensateur de soins de son choix, lequel lui remet une attestation sur laquelle est mentionnée la prestation. Le patient remet ensuite cette attestation à son organisme assureur pour obtenir le remboursement.
- le tiers payant — obligatoire dans les hôpitaux : l'hôpital envoie au patient une facture qui reprend le coût global des soins reçus, mais le patient ne paie pas l'entièreté de ce coût. L'hôpital envoie également une facture à l'organisme assureur du patient qui verse directement à l'hôpital le montant qui correspond à l'intervention de l'assurance maladie.

2.1.4.2.3. Mécanismes de discrimination positive

Plusieurs mécanismes permettent de fixer des **interventions réduites à charge des patients** : ils concernent les **Bénéficiaires d'Interventions Majorées (BIM)**. Ces assurés sont définis par leur statut social (veufs, veuves, invalides, pensionnés, chômeurs de longue durée, handicapés, bénéficiaires du revenu minimum d'intégration ...) et par le niveau de leurs revenus. La pathologie qui les affecte n'est pas un critère pris en compte.

Les BIM et leurs personnes à charge ont droit à des tickets modérateurs réduits et bénéficient également du Maximum à Facturer.

Le **Maximum à Facturer (MAF)** donne à chaque famille la garantie de ne pas devoir supporter des coûts personnels en soins de santé supérieurs à des montants déterminés.

Ce montant dépend du revenu familial : revenus faibles : 450 €, revenus modestes : 600 €. Les frais visés sont les tickets modérateurs reconnus légalement et les quotes-parts personnelles pour les prestations remboursables et les prestations techniques :

- du médecin généraliste et/ou du spécialiste
- des kinésithérapeutes, des infirmiers et des paramédicaux
- des médicaments remboursables des catégories A, B et C

⁵⁰ Cf. Annexe 1 : Forfaits journaliers de l'INAMI (Maison de repos) et Annexe 2 : Forfaits journaliers de l'INAMI (Maison de repos et de soins)

- de certains frais d'hospitalisation (intervention personnelle dans le prix de journée, forfaits par admission ...).

Une caractéristique importante du Maximum à Facturer est qu'il garantit aux ménages ayant des revenus faibles ou modestes un remboursement rapide de ce qu'ils ont payé en sus du plafond.

Par ailleurs, certains assurés bénéficiant d'un revenu supérieur aux revenus modestes bénéficient du MAF fiscal. Celui-ci est exécuté au niveau de l'administration fiscale.

Le **dossier médical global** (DMG) est un ensemble fonctionnel et sélectif de données médicales, sociales et administratives pertinentes relatives à un patient. Son but est d'optimiser la qualité des soins dispensés et d'éviter les doubles emplois en ce qui concerne les actes médicaux posés ainsi que les prescriptions contradictoires.

Le dossier médical global permet à toutes personnes de bénéficier d'une réduction de 30 % sur le montant de son ticket modérateur lors d'une visite chez son médecin de famille.

Un **système d'accréditation** des médecins a été introduit dans le financement des honoraires pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins : un médecin "accrédité" jouit aussi d'honoraires plus élevés et le patient bénéficie d'un remboursement plus important. Pour être accrédité, le médecin doit répondre à certaines exigences liées notamment à une activité minimale, un comportement thérapeutique et de prescription non abusif, la tenue d'un dossier médical ainsi qu'une formation continue et participer à des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM).

2.2. Le système de santé en Belgique

2.2.1. Organisation administrative de la santé

2.2.1.1. Principes de base du système de soins

Le système de santé belge se caractérise par :

- Une conception libérale de la médecine : la plupart des prestataires de soins sont indépendants, payés à l'acte et jouissent de la liberté de diagnostic et thérapeutique ;
- Un régime d'assurance sociale obligatoire pour les soins de santé dont la gestion fait l'objet d'une importante concertation entre les différents acteurs du secteur : organismes assureurs, professionnels de la santé, partenaires sociaux et autorités publiques ;
- Le libre choix du patient, tant en à l'égard du prestataire de soins généraliste et spécialiste que de l'établissement de soins (privé ou public).

2.2.1.2. Répartition des compétences

Pour rappel, l'Etat fédéral exerce les compétences suivantes : politique monétaire, commerce extérieur, défense nationale, protection civile, économie, affaires sociales, finances ...

Les Régions (Région de Bruxelles-Capitale, Région Flamande et Région Wallonne) exercent leurs compétences dans le domaine économique, des infrastructures, de l'application et du contrôle de la politique de la santé, du tourisme, de la recherche scientifique ...

Les Communautés, entités à caractère linguistique et culturel (Communauté flamande, Communauté française et Communauté germanophone) ont en charge l'enseignement, la culture, l'éducation à la santé ...

Les différents champs d'action de la politique de la santé (prévention, soins de santé, planification, contrôle des établissements ...) sont donc, conformément à l'organisation de cet Etat fédéral, répartis entre les niveaux de pouvoir⁵¹.

2.2.1.2.1. Agrément

L'Etat fédéral détermine les normes d'agrément qui peuvent avoir une répercussion sur les autres compétences fédérales en matière de santé (exemple : normes d'hygiène relatives à l'élimination des déchets). Ces normes concernent donc les conditions de fonctionnement de l'institution de soins c'est-à-dire les normes architecturales (configuration des lieux, installations sanitaires ...), fonctionnelles et d'organisation.

Sous conditions du respect de l'ensemble de ces normes, l'agrément est accordé aux établissements et autres institutions de soins par les Communautés - ou par les Régions lorsqu'il y a eu un transfert de compétences comme c'est le cas en Région Wallonne, pour une période limitée. Le retrait de l'agrément peut être ordonné si ces contraintes ne peuvent plus être respectées.

Seules les institutions de soins agréées peuvent être financées par les pouvoirs publics.

2.2.1.2.2. Programmation

Les objectifs de programmation consistent, grâce au budget qui y est affecté, à satisfaire les besoins réels de la population du point de vue des types de spécialisation, de la capacité des services, des équipements, de la répartition géographique et de la coordination dans l'utilisation des installations.

Le Ministre fédéral de la Santé publique détermine ces règles de base pour les hôpitaux et autres institutions de soins. Mais pour les établissements qui ne relèvent pas de la loi sur les hôpitaux, c'est la Région Wallonne qui définit les priorités et les décisions individuelles dans le cadre de la programmation générale.

2.2.1.2.3. Financement des hôpitaux

En ce qui concerne le financement de l'exploitation d'un établissement de soins, l'Etat fédéral assure essentiellement le prix de journée. Il définit également les règles de base relatives au financement de l'infrastructure. Enfin, l'Etat fédéral détermine les interventions dans le cadre de l'assurance maladie invalidité.

Dans les limites du cadre général, la Région Wallonne est compétente pour les priorités et les décisions individuelles en matière d'investissement c'est-à-dire les subsides à la construction, à la transformation et à l'équipement.

La section suivante s'attache à décrire le système de santé qui relève des niveaux fédéral et régional. Pour ce qui est des orientations de la prévention et de l'éducation de la santé, ces compétences relèvent des Communautés.

2.2.2. Planification des établissements et équipement en matière d'hospitalisation

Le système sanitaire belge ne résulte pas de la constitution d'une carte sanitaire planifiée. De ce point de vue, il se différencie fortement des systèmes français et luxembourgeois.

⁵¹ Si elles ne sont pas directement impliquées dans la conception et l'application de la politique de santé, les instances provinciales et locales (les communes) sont, depuis longtemps, initiateurs d'actions dans le domaine médico-social. Elles exercent donc une activité importante en tant que pouvoirs organisateurs d'établissements tels que les Centres de santé mentale, les intercommunales hospitalières ...

Il existe néanmoins des critères importants qui guident l'évolution de l'offre de soins des établissements hospitaliers et des praticiens libéraux.

Bien que ces éléments soient détaillés dans la suite de l'étude (cf. Chapitre 4), nous les évoquons rapidement ci-dessous.

Le Ministre de la Santé publique fixe les critères d'application pour la programmation hospitalière (sortes d'hôpitaux, services hospitaliers et groupement d'hôpitaux).

La notion de répartition géographique telle qu'incluse dans les cartes sanitaires ou les schémas régionaux français n'existe que pour les services de soins palliatifs et les SMUR.

Les normes d'agrément sont fixées par le Ministère de la Santé publique tandis que la procédure d'agrément et l'application des normes sont assurées par les exécutifs régionaux et communautaires.

Par ailleurs, un *numerus clausus* est imposé aux étudiants en médecine et en dentisterie (cf. Chapitre 3). Toutefois, la fixation des critères de sélection des candidats au niveau des facultés a été laissée à l'appréciation des Communautés, lesquelles ont l'enseignement dans leurs compétences.

2.2.3. Etablissements de santé

2.2.3.1. Définitions des structures hospitalières

La loi sur les hôpitaux cordonnée le 7 août 1987 définit les hôpitaux comme des « établissements de soins de santé où des examens et/ou traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais »⁵².

Compte tenu de leurs attributions, on peut distinguer plusieurs types d'hôpitaux : l'hôpital psychiatrique, l'hôpital spécialisé, l'hôpital général ou aigu et l'hôpital universitaire (cf. Chapitre 4).

« Les établissements psychiatriques fermés, les établissements médico-pédagogiques et les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées ou d'enfants »⁵³ ne sont donc pas considérés comme des hôpitaux mais comme des établissements médico-sociaux.

En Belgique, le statut des établissements hospitaliers distingue :

- les cliniques privées gérées par des médecins, coopératives, congrégations ... ;
- les hôpitaux publics gérés par un CPAS, une ville, une intercommunale, une province, une université ;
- les établissements mixtes où existe un accord de coopération entre un hôpital public et un établissement privé.

Ces trois types d'établissements sont régis par la loi précitée.

L'activité des hôpitaux se structure en trois types d'admissions et visites :

- l'hospitalisation classique lorsque le séjour dépasse la journée ;
- l'hospitalisation de jour pour les séjours de moins de 24 heures ;

⁵² Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.2.

⁵³ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.5.

- l'ambulatoire hospitalier qui consiste en des soins et actes techniques.

2.2.3.2. Financement des hôpitaux

En Belgique, les règles de financement sont identiques pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Les sources de financement de ces derniers sont variées. Bien que celles-ci soient développées dans le chapitre 4, nous les évoquons ci-dessous :

2.2.3.2.1. Financement à l'investissement

Soixante pour cent des « frais de construction et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, ainsi que dans les frais de premier équipement et de première acquisition d'appareils (...) »⁵⁴ sont subventionnés par la Région, le reste étant couvert par le prix de journée.

2.2.3.2.2. Financement des coûts d'exploitation : le budget des moyens financiers

Le Ministre de la Santé publique fixe, dans les limites d'un budget global, un budget des moyens financiers pour chaque hôpital essentiellement destiné à couvrir le personnel soignant, les frais de fonctionnement et l'amortissement de l'infrastructure.

Le Ministre fixe le budget sur base des données collectées via le Résumé Clinique Minimum (RCM) c'est-à-dire sur les « informations relatives à l'hôpital, aux services, aux données des patients, aux séjours, aux diagnostics et aux procédures éventuelles »⁵⁵. Cela signifie que le budget des moyens financiers de l'hôpital est en partie déterminé par le type de patients pris en charge et les pathologies traitées.

Les sous-catégories les plus importantes du budget (B1 - coûts des services communs et B2 - coûts des services cliniques) sont déterminées selon un critère de performance de durée de séjours : un hôpital ayant une durée moyenne de séjour supérieur à la moyenne nationale pour une pathologie donnée est sanctionné financièrement et inversement.

Le budget de fonctionnement représente environ 50 % des recettes des hôpitaux et est financé à 75% par l'assurance obligatoire soins de santé et à 25 % par l'Etat fédéral (MASSPE^{56,57}).

2.2.3.2.3. Intervention de l'assurance maladie

Les organismes assureurs paient un prix de journée — fixé par le Ministre de la Santé publique, pour ses assurés hospitalisés.

Les organismes assureurs paient également à l'hôpital les parts des honoraires et des médicaments qui lui reviennent.

2.2.3.2.4. Participation financière du patient

Le patient supporte une intervention personnelle pour le prix de journée ainsi que d'éventuels suppléments.

La quote-part du patient varie selon la catégorie d'assurés à laquelle il appartient.

Qui plus est, il peut être amené à supporter des suppléments liés au type de chambre choisi, aux honoraires des médecins ...

⁵⁴ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), article 46.

⁵⁵ Cf. <http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mkg/finance>

⁵⁶ Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement

⁵⁷ <http://www.health.fgov.be/vesalius/factory/organisation/healthcarestructure/ggboossb/fr/page13.htm>

2.2.3.3. Définitions des structures de l'offre de soins de longue durée

Pour les personnes qui doivent être hébergées en institution, quatre types de structures existent actuellement pour lesquelles une intervention est accordée à charge de l'assurance obligatoire soins de santé :

2.2.3.3.1. Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)

En Région wallonne, la maison de repos est définie comme « l'établissement, quelle qu'en soit la dénomination, destiné à l'hébergement de personnes âgées de soixante ans⁵⁸ au moins qui y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière et, s'il y a lieu, de soins infirmiers ou paramédicaux »⁵⁹.

Les MRPA représentent la plus grande part de l'accueil institutionnel en Belgique⁶⁰.

2.2.3.3.2. Maisons de repos et de soins (MRS)

« Un agrément spécial comme maison de repos et de soins peut être accordé aux institutions⁶¹ qui proposent une structure de soins de santé qui prend en charge des personnes fortement dépendantes et nécessitant des soins »⁶².

Néanmoins, les MRS accueillent des personnes qui n'ont pas besoin d'une surveillance médicale journalière ni de traitement médical et spécialisé permanent.

2.2.3.3.3. Les maisons de soins psychiatriques (MSP)

Les maisons de soins psychiatriques se rapprochent le plus du fonctionnement des hôpitaux psychiatriques : il s'agit de communautés, créées suite au décret du 10 juillet 1990⁶³, accueillant des résidents dont les pathologies psychiatriques sont stabilisées.

La majorité des patients qui y séjournent sont généralement des personnes qui ont exploré un large éventail thérapeutique. La MSP leur offre une structure d'accueil à caractère résidentiel ou une approche active permettant leur réinsertion sociale (Habitations protégées - Maisons de repos et de soins - retour au domicile ou en famille).

2.2.3.3.4. Les habitations protégées (HP)

Conformément à l'arrêté royal du 10 juillet 1990, « les Initiatives d'Habitations protégées doivent assurer l'hébergement et l'accompagnement de personnes qui ne nécessitent pas un traitement continu et qui, pour des raisons psychiatriques, doivent être aidées dans leur milieu

⁵⁸ Si la définition se centre sur les personnes âgées de plus de 60 ans, d'autres personnes peuvent néanmoins être accueillies au sein de ces institutions en raison d'un état physique ou mental altéré.

⁵⁹ Décret du 6 février 2003 modifiant le décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB : 12/03/03), art.2, 1.

⁶⁰ En 2000, la Belgique comptait 90 768 MRPA agréés (soit plus de 72 %) contre 34 647 MRS in J.M. ROMBEAUX, *Clés pour la gestion d'une maison de repos*, p.7

⁶¹ « Sont susceptibles d'obtenir l'agrément spécial comme maison de repos et de soins : 1° les maisons de repos;

2° les services résidentiels convertis ». Un service résidentiel converti est un service créé à la suite de la conversion d'un hôpital ou d'un service hospitalier.

Arrêté royal du 24 juin 1999 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins (MB : 29/02/00), art. 3, (MB : 29/02/00)

⁶² Arrêté royal du 24 juin 1999 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins (MB : 29/02/00), Annexe

⁶³ Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques (MB : 26/07/1990).

de vie et de logement, pour l'acquisition d'aptitudes sociales et pour lesquelles des activités de jour adaptées doivent être organisées »⁶⁴.

Autrement dit, il s'agit de lieux résidentiels dans lesquelles habitent trois à dix malades mentaux qui ne nécessitent plus de traitement hospitalier à temps plein mais qui ont néanmoins besoins d'une aide au quotidien. Ces personnes peuvent éventuellement poursuivre un processus thérapeutique, travailler ou consacrer leurs journées à des activités occupationnelles dans des ateliers ou des centres protégés.

2.2.3.4. Le financement et l'intervention de l'assurance maladie (MRS, MRPA)

Depuis 1997, un budget global est fixé pour l'ensemble du secteur et « l'INAMI calcule pour chaque établissement séparément le budget individuel qui doit couvrir les dépenses de trois trimestres »⁶⁵.

L'hébergement est, en MRS et MRPA, à charge du bénéficiaire. L'assurance maladie prévoit toutefois une intervention pour couvrir les coûts des soins et l'assistance pour les actes de la vie courante. Les coûts des soins sont financés par l'INAMI sur base d'une intervention forfaitaire par jour qui est facturée par l'institution aux organismes assureurs. Ce forfait est octroyé aux établissements qui répondent aux trois critères suivants : être agréé par l'autorité régionale, avoir adhéré à la convention nationale et répondre aux normes d'encadrement de personnel.

3. Les systèmes de sécurité sociale et de santé français

3.1. Le système de sécurité sociale français

3.1.1. Bref historique de la sécurité sociale en France

Créée en 1945, la Sécurité sociale est issue de nombreuses initiatives privées ou publiques destinées à couvrir la population contre les conséquences des risques sociaux.

Ces diverses initiatives se sont traduites par une mutualisation progressive de la couverture sociale, permettant le passage de la charité et de l'assurance privée, à des sociétés de secours mutuel, puis à une protection des travailleurs salariés contre le risque professionnel et à la mise en place de retraites ouvrières et paysannes.

En 1930 est instituée l'assurance sociale obligatoire, couvrant tous les salariés de l'industrie et du commerce âgés de treize à soixante ans. En 1932, le versement d'allocations familiales est rendu obligatoire.

En 1945, la création de la Sécurité sociale est motivée par la volonté de créer un régime unique et généralisé à l'ensemble de la population.

La généralisation est obtenue avec la loi du 2 janvier 1978, en matière de maladie, de maternité et de prestations familiales. La généralisation ne s'adresse cependant pas à l'ensemble de la protection sociale, notion beaucoup plus vaste, comme le montre, par exemple, la prise en charge du risque chômage par un organisme indépendant de la sécurité sociale.

L'unicité n'a par contre pas vu le jour et quatre régimes obligatoires de base de sécurité sociale coexistent (cf. point 2.1.2.2.).

La Sécurité sociale est basée sur deux principes :

- le principe d'assurance : garantir à tous les individus des revenus suffisants pour eux et leur famille et en toute circonstance
- le principe de solidarité : assurer une redistribution des revenus des favorisés vers les plus défavorisés.

⁶⁴ CPGADIM, *Guide social*, p.74.

⁶⁵ Rapport Peers, *Les soins de santé en Belgique - Défis et opportunités*, p.82.

L'évolution de la Sécurité sociale s'est faite par l'extension de la couverture dans deux directions :

- vers une population de plus en plus large
- à des risques de plus en plus nombreux.

De nombreuses lois et réformes participent à cette évolution.

La couverture maladie universelle (CMU), dont la mise en application date du 1^{er} janvier 2000, doit permettre à l'ensemble de la population française d'accéder au système de santé.

3.1.2. La couverture

3.1.2.1. Les risques couverts par la sécurité sociale

La sécurité sociale regroupe la couverture des risques suivants :

- les risques maladie, maternité, invalidité, accident du travail et décès
- les risques vieillesse et veuvage
- la branche famille

3.1.2.2. La coexistence de plusieurs régimes de sécurité sociale

Les différents régimes sont :

- le régime général : il concerne les salariés des professions du secteur privé de l'industrie et du commerce.
- le régime agricole : il concerne les salariés et exploitants agricoles.
- le régime autonome des professions non salariées non agricoles : il concerne la protection des indépendants non agricoles (commerçants, artisans et professions libérales).
- les régimes spéciaux : ils sont hérités de régimes constitués avant 1945 pour les salariés de certaines professions.

Certains de ces régimes couvrent l'ensemble des risques (régime des mines) ; d'autres ne couvrent que certains risques, les autres l'étant par le régime général (régime des fonctionnaires).

3.1.2.3. L'assurance maladie : la couverture du risque maladie par la sécurité sociale

La Sécurité sociale constitue la partie obligatoire de l'assurance maladie ; la partie complémentaire, facultative, fait l'objet de prestations offertes soit par les régimes de Sécurité sociale eux-mêmes, soit par des mutuelles ou des sociétés d'assurances privées.

L'assurance maladie obligatoire prend en charge tout ou une partie des soins et, sous condition de prescription médicale, la plupart des matériels et prestations sanitaires.

La plupart du temps, une partie du montant des soins reste à la charge de l'assuré. Le taux de participation de l'assuré, appelé ticket modérateur, varie selon la nature des actes et des produits.

Dans certaines circonstances, l'assurance maladie obligatoire prend en charge la totalité du montant des dépenses de soins et de prestations associées. Ces circonstances sont liées soit à la nature de l'affection, soit à la nature de l'acte ou du produit.

Les assurances maladie complémentaires prennent totalement ou partiellement en charge la partie résiduelle.

3.1.3. L'organisation du système de sécurité sociale et de l'assurance maladie

3.1.3.1. L'architecture du système de sécurité sociale

En ce qui concerne le régime général de Sécurité sociale, trois caisses nationales coexistent :

- la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour la branche maladie
- la Caisse Nationale d'Assurances Familiales pour la branche famille
- la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse pour la branche vieillesse.

3.1.3.2. Les diverses caisses du régime général en matière d'assurance maladie

3.1.3.2.1. Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)

Les CPAM assurent, dans leur circonscription⁶⁶, le service des prestations d'assurance maladie, invalidité et décès ainsi que celles d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le conseil d'administration de chacune des caisses comprend des représentants des assurés sociaux, des employeurs et de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, ainsi que des personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

Un plan d'action annuel en matière de gestion du risque maladie est arrêté par le conseil d'administration ; ce plan concerne la coordination des actions entre les services administratifs et l'échelon local du service médical.

3.1.3.2.2. Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM)

Les CRAM ont pour mission :

- De préparer la retraite :
 - faciliter les démarches du passage à la retraite,
 - conserver la mémoire exacte de la carrière des assurés sociaux,
 - simplifier les démarches,
 - réduire les délais d'instruction des dossiers des futurs retraités,
 - assurer la régularité du paiement de la retraite ;
- D'aider à bien vivre la retraite et accompagner les assurés en difficulté sociale :
 - favoriser le soutien à domicile des personnes âgées,
 - accorder des aides collectives à la réalisation de projet immobilier, de création ou de modernisation de maisons de retraite,
- De faciliter l'accès à des soins de qualité pour tous :
 - meilleurs soins à moindre coût avec la mise en œuvre, en concertation avec l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation), de la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers ainsi que de l'analyse et de la coordination de l'activité des établissements de santé publics et privés et la détermination de leur ressources,
 - évolution, organisation, évaluation de l'offre de soins en structures médico-sociales,
 - agrément des opticiens et fournisseurs d'appareillage dans le cadre de relations conventionnelles ;
- De conseiller les entreprises pour prévenir les risques professionnels :
 - information et formation,
 - conseil, incitations financières et contrôle,
 - tarification de la cotisation accidents du travail et maladies professionnelles.

⁶⁶ Organisme départemental. Il peut exister plusieurs CPAM pour un même département. L'affiliation se fait par lieu de résidence.

3.1.3.2.3. Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)

Les URCAM ont été créées dans le cadre des ordonnances de 1996. Elles regroupent l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie. Leurs missions consistent à :

- initier des coopérations nouvelles entre les différents acteurs de santé,
- mieux connaître les réalités et besoins de santé,
- favoriser la prévention des risques,
- améliorer la qualité de la prise en charge,
- promouvoir l'innovation dans l'organisation des soins.

Les activités des URCAM concernent :

- l'éducation à la santé,
- la gestion du risque,
- l'économie de la santé et les statistiques,
- les réseaux,
- la gestion de l'Union.

Les URCAM ont également la mission d'élaborer le Programme Régional de l'Assurance Maladie (PRAM) et contribuent au Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

3.1.3.2.4. Les Unions Générales des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM)

Les UGECAM ont pour vocation d'accueillir tous les accidentés de la vie, du jeune enfant au grand âge, par l'intermédiaire des établissements sanitaires et médico-sociaux appartenant à l'Assurance Maladie dont elles supervisent la gestion depuis l'an 2000.

Les activités concernées sont les soins de suite, la médecine, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle, les adultes handicapés et l'enfance inadaptée.

Garantir une prise en charge globale, fondée sur les principes éthiques fondateurs de l'Assurance Maladie, est leur objectif. Celui-ci est poursuivi dans le respect :

- des priorités régionales et dans un souci permanent d'exemplarité,
- de transparence dans la gestion,
- d'excellence dans la qualité des soins et de la prise en charge,
- en adéquation avec les besoins de santé publique.

3.1.3.2.5. La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

La CNAM a pour missions :

- d'assurer sur le plan national, en deux gestions distinctes, le financement
 - d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité et décès,
 - d'autre part, des accidents du travail et maladies professionnelles et l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions
- de contrôler et coordonner les actions menées par le réseau de l'Assurance Maladie : CRAM, URCAM, CPAM, UGECAM
- d'organiser et diriger le contrôle médical (Echelon National du Service Médical : ENSM)

3.1.3.3. Le contrôle médical

L'assurance maladie dispose d'une structure médicale, placée auprès de chaque organisme, qui joue un rôle de contrôle et de conseil à l'égard des praticiens, des établissements de soins et des assurés : il s'agit de la direction régionale (DRSM) et des échelons locaux du service médical (ELSM).

La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés organise le contrôle médical, constitué en service national et confié à des médecins conseils, des chirurgiens-dentistes conseils et des pharmaciens conseils.

Dans chaque région (DRSM), se trouve un Service Médical Régional, implanté dans les locaux de la CRAM, placé sous la direction d'un Médecin Conseil Régional ; auprès de chaque caisse primaire, le contrôle médical (ELSM) est dirigé par un praticien conseil chef de service.

Le contrôle médical a été institué dans le régime général en 1967.

Dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, les pouvoirs du contrôle médical ont été accrus par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996.

Avant 1996, les missions du contrôle médical étaient essentiellement limitées au contrôle des prestations faisant l'objet d'une procédure spécifique d'autorisation.

Aujourd'hui, les attributions dévolues au service médical peuvent, schématiquement, être distinguées en cinq champs d'intervention :

- **contrôle et/ou analyse** des demandes de prestations des assurés et de l'activité des professionnels et des établissements de santé (dans certaines circonstances s'y ajoutent la recherche, le constat et poursuite des abus, fautes et fraudes commises par les professionnels de santé) ;
- **conseils aux assurés et aux producteurs de soins** sur la réglementation relative à la sécurité sociale ou à la santé publique et sur le bon usage des soins ;
- **recommandations** en vue d'adapter les soins prodigués aux malades dans le cadre des affections de longue durée ou en cas de dépenses importantes ;
- **avis et conseils aux dirigeants** des organismes de l'Assurance Maladie et aux représentants des autorités publiques sanitaires et sociales (planification, prévention, organisation des soins, contractualisation avec les professionnels de santé) ;
- **représentation et délégation de l'Assurance Maladie** au sein d'agences publiques spécialisées en santé, des Agences Régionales de l'Hospitalisation, d'instances conventionnelles, de commissions administratives ou auprès de services déconcentrés de l'Etat.

3.1.4. La loi de financement de la sécurité sociale

Chaque année, le financement de la Sécurité sociale fait l'objet d'une loi votée par le Parlement.

Le contenu de la loi de financement de la Sécurité sociale consiste plus particulièrement en :

- l'approbation des orientations de la politique de santé de la Sécurité sociale et des objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale,
- la prévision, par catégorie, des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base,
- la fixation, par branche, des objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Si le mode de financement de la Sécurité sociale reste caractérisé par la prépondérance des cotisations sociales, des considérations politiques et économiques ont conduit progressivement à une diversification des ressources (fiscalisation croissante).

En 2003, les recettes et les dépenses de la sécurité sociale étaient les suivantes (source LFSS 2004):

Structure des recettes :

Cotisations sociales	212,4 mds €	(66%)
Contributions publiques	14,2 mds €	(4%)
<i>(dont cotisations prises en charge par l'Etat)</i>		
Impôts et taxes affectés	90,9 mds €	(28%)
Autres	5,5 mds €	(2%)

	323 mds €	(100%)

Structure des dépenses :

Maladie, maternité, invalidité et décès	138,1 mds €	(41,6%)
Vieillesse et veuvage	140,7 mds €	(42,3%)
Accident du travail	9,5 mds €	(2,9%)
Famille	44 mds €	(13,2%)

	332,3 mds €	(100%)

En outre, la loi de financement de la Sécurité sociale fixe l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie "ONDAM" à partir duquel sont fixés les objectifs catégoriels suivants l'évolution des dépenses :

- soins de ville (médecine libérale),
- établissements de santé financés par dotation globale,
- établissements de santé financés à l'acte,
- soins de longue durée,
- réseaux de soins.

3.1.5. Fixation des tarifs et remboursement de l'assurance maladie

3.1.5.1. Fixation des tarifs jusqu'en 2004

3.1.5.1.1. Tarifs pour les professionnels de santé

Le financement des activités de médecine libérale, en ville et en établissement de santé privé ou public, est prévu par les articles L. 162-5 et L. 165-5-2 du Code de la Sécurité sociale, dans le cadre d'un régime conventionnel liant les caisses nationales compétentes en matière d'assurance maladie et un ou plusieurs syndicats représentatifs des médecins libéraux. Deux conventions s'appliquent en principe, l'une pour les généralistes, l'autre pour les spécialistes. Des accords similaires régissent le remboursement des frais concernant les chirurgiens-dentistes, les infirmiers ... En l'absence de convention nationale approuvée, un arrêté ministériel (« règlement conventionnel minimal ») peut en tenir lieu. Un tel règlement est actuellement en vigueur pour les médecins spécialistes.

3.1.5.1.2. Les tarifs pour les établissements de santé

Le système de santé français se caractérise par une dualité du mode de financement des établissements.

Les hôpitaux publics et privés sans but lucratif sont depuis 1984 soumis au régime de la dotation globale, tandis que les cliniques à but lucratif sont financées en proportion des actes et des journées réalisés.

- **Les tarifs dans les établissements financés par dotation globale**

La dotation globale⁶⁷ ne couvre ni les frais exposés à l'occasion de l'hospitalisation des malades non assurés sociaux, ni la part des frais des assurés sociaux qui n'est pas prise en charge obligatoirement par la sécurité sociale : l'équilibre financier des établissements repose donc également sur le recouvrement des « produits de l'activité hospitalière », recettes qui ne proviennent pas de l'assurance maladie, mais qui sont supportées soit directement par les malades, soit par d'autres organismes (organismes mutualistes, aide médicale Etat ...).

▪ *Le forfait journalier*

Parmi les frais d'hospitalisation non pris en charge par l'assurance maladie figure le forfait journalier. Ce forfait a été institué par l'article 4 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 et constitue une contribution des malades aux prestations hôtelières assurées par l'hôpital.

Le forfait journalier s'impute sur la participation laissée aux malades. Son montant est fixé chaque année par arrêté ministériel.

A partir du 1^{er} janvier 2004, le montant du forfait journalier est fixé à 13 €, sauf en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie où il est fixé à 9 €

▪ *Les tarifs des prestations*

Bien que l'essentiel du financement des établissements provienne de la dotation globale, le calcul d'un tarif journalier demeure effectué pour certaines prestations :

- hospitalisation complète en régime commun (au moins un tarif pour chacune des catégories suivantes : services spécialisés ou non spécialisés ; services de spécialités coûteuses ; services de spécialités très coûteuses ; services de suite et de réadaptation ; services de soins de longue durée) ;
- les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation (au moins un tarif respectivement pour l'hospitalisation à domicile, l'hospitalisation à temps partiel et la chirurgie ambulatoire) ;
- les interventions des services mobiles de secours et de soins d'urgence.

Cette tarification sert de base :

- à la tarification des frais de soins et d'hébergement aux malades non couverts par un régime d'assurance maladie ;
- au calcul de la participation laissée à la charge des assurés relevant d'un régime d'assurance maladie (« ticket modérateur »), lorsque ce régime prévoit cette participation ;
- à l'exercice des recours contre les tiers.

Elle permet également la détermination du tarif applicable aux malades admis en régime particulier.

Dans les unités et services de soins de longue durée, deux tarifs de prestation sont cumulés pour chaque séjour ; d'une part un tarif de soins et d'autre part un tarif d'hébergement.

Le tarif journalier de soins est fixé par le directeur de l'ARH, dans la limite d'un plafond fixé annuellement par arrêté interministériel, après avis du président du conseil général du département concerné. Au vu de la décision du directeur de l'ARH, le président du Conseil Général fixe ensuite le montant du forfait d'hébergement, qui n'est pas opposable à l'assurance maladie.

Un forfait annuel global de soins est fixé à partir du montant des dépenses prévisionnelles de soins retenues pour déterminer le tarif journalier des soins.

⁶⁷ Dotation Globale de Financement : « Mode de financement du secteur public hospitalier depuis la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983. Le budget global fixe une dotation globale finançant la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie. La DGF a un caractère forfaitaire et son montant est arrêté depuis la réforme de 1996 par le DARH. », définition 3w.vie-publique.fr/, site de la documentation française.

▪ ***Les modalités de financement***

Dans les établissements publics et privés PSPH, les modalités de financement ont évolué pour prendre en compte l'inflation des dépenses hospitalières (constituées principalement pour environ 60% de frais de personnel, 16% de frais médicaux, 7,5% de frais d'hôtellerie).

- Avant 1984 : tarification au prix de journée
- 1984 : enveloppe annuelle de dépenses fixée a priori pour chaque hôpital (évolution de cette enveloppe à l'aide d'un taux directeur national fixé par le ministère)
- 1997 : dotation globale fixée par le directeur de l'ARH (en fonction des engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens).

La dotation globale représente, en moyenne, 74 % des recettes des hôpitaux publics.

➤ **Les tarifs dans les établissements privés non financés par dotation globale**

Le secteur privé d'hospitalisation non financé par une dotation globale a conservé un mode de tarification mixte « à l'acte » et « à la journée ». Deux régimes tarifaires doivent être distingués depuis la pleine application de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 :

- le régime contractuel (ex-régime conventionnel) fondé sur des contrats passés entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements, dans le cadre d'un accord national pluriannuel passé entre l'Etat, les organismes d'assurance maladie et les établissements : ce régime s'applique à la grande majorité des établissements de santé privés qui ne participent pas au service public hospitalier.
- Le régime du tarif d'autorité pour les quelques établissements non conventionnés (une vingtaine sur l'ensemble du territoire national), généralement réservés à une clientèle très aisée. Ce tarif est appliqué unilatéralement par les caisses d'assurance maladie pour le remboursement des assurés sociaux.

Ces régimes s'appliquent uniquement aux prestations hospitalières (hébergement, gestion administrative, soins dispensés par des professionnels salariés ...) fournies directement par les établissements. Ils ne régissent donc pas :

- les honoraires médicaux. En effet, les médecins exercent à titre libéral dans les cliniques et sont rétribués par les patients, directement ou au travers des protections complémentaires.

Il ne s'agit donc que des dépenses de fonctionnement et de personnel, à l'exclusion des médecins et autres praticiens libéraux.

Les dépenses remboursées des cliniques privées sont soumises, de la même manière que pour les autres prestataires de soins, à un taux d'évolution national, voté par le Parlement : l'Objectif Quantifié National (OQN), modulé pour chaque établissement et chaque discipline par le directeur de l'ARH compétente. Cette rémunération est versée sous forme de forfait de salle d'opération et de prix de journée.

- les honoraires des auxiliaires médicaux, à l'exception des soins infirmiers les frais de fourniture des produits sanguins labiles, des médicaments dérivés du sang, d'objets de gros appareillage et de certains médicaments dispensés sous certaines conditions particulières.

Ces actes et prestations sont, en effet facturés indépendamment, à l'acte ou à la prestation, par les prestataires et sont théoriquement payés séparément par le malade. Leurs modalités de prise en charge, pour tout ou partie, par les organismes d'assurance maladie au bénéfice de leurs ressortissants relevant d'autres procédures de remboursement : ces dépenses sont comptabilisées dans l'enveloppe de médecine de ville au titre des honoraires et des prescriptions.

▪ ***Les tarifs applicables à l'établissement et leur prise en charge***

In fine, c'est par un avenant tarifaire au Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) de l'établissement que les tarifs de prestation sont fixés sur un mode contractuel entre le directeur de l'ARH et l'établissement. Ces tarifs prennent effet au 1^{er} mai de l'année en cours. Ils

peuvent être modifiés au cours de l'année dans le cadre des mesures d'adaptation de l'Objectif Quantifié National (OQN).

Un arrêté interministériel spécifique détermine par ailleurs les taux d'évolution moyens et les modalités de fixation par les ARH des tarifs des prestations concernant les activités alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.

Selon une organisation similaire à celle des établissements financés par dotation globale, les frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes d'assurance maladie sont versés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie et sauf convention contraire, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement (« caisse centralisatrice de paiement »). Les sommes versées sont ensuite réparties par accord entre les différents régimes concernés.

▪ *Sanctions financières des irrégularités*

Les établissements sont passibles de sanctions financières prises par le directeur de l'ARH, après avoir été mis en mesure de présenter leurs observations, dans le cas de :

- fausse cotation des prestations ;
- absence de réalisation de prestations facturées ;
- dépassement des capacités autorisées de prise en charge de malades (au titre de la planification sanitaire).

➤ **Les tarifs dans les établissements privés à but lucratif non conventionnés**

L'absence de contrat entre l'établissement privé à but lucratif et l'ARH ne prive pas les assurés de la prise en charge, au moins partielle, de leurs frais d'hospitalisation par l'assurance maladie. L'établissement doit toutefois être habilité à dispenser des soins aux assurés sociaux et justifier à cet effet qu'il remplit les conditions techniques et administrative prévues en annexe du décret n°56-284 du 9 mars 1956.

A défaut de conventionnement, des tarifs de responsabilités sont fixés par arrêté interministériel et appliqués unilatéralement aux établissements concernés.

Ces tarifs ne peuvent être fixés à un taux inférieur à 75 % de la moyenne des tarifs de responsabilité applicables aux établissements sous contrat de même nature de la région et ayant fait l'objet d'un classement identique. Les tarifs sont ajustés dans les mêmes conditions que ceux des établissements sous contrat.

3.1.5.2. La nouvelle fixation des tarifs selon le Plan Hôpital 2007 : la T2A

La loi de financement de la Sécurité sociale n°2002-1487 du 20 décembre 2002 pour 2003 (J.O n°299 du 24 décembre 2002) fait de la réforme de la Tarification A l'Activité des établissements de santé un levier essentiel de modernisation de l'offre hospitalière, à travers le « Plan Hôpital 2007 ». Cette réforme vise à rendre équitable et transparent le mode de financement, entre les secteurs d'hospitalisation public et privé, afin de faciliter les coopérations entre les établissements de ces deux secteurs.

L'objectif est de généraliser ce nouveau mode de tarification en octobre 2004. La mise en œuvre de la CCAM⁶⁸ est prévue dans le même calendrier.

➤ **La finalité**

La dichotomie du mode de financement des hôpitaux français a fait l'objet de nombreux travaux qui mettent en évidence les insuffisances de l'un et l'autre système, sans compter leur hétérogénéité qui rend impossible toute comparaison.

Le gouvernement souhaite unifier les modes de rémunération des deux secteurs en mettant en œuvre la tarification à l'activité.

⁶⁸ Classification Commune des Actes Médicaux

Cette dernière, expérimentée et mise en place dans plusieurs pays européens (Allemagne, Espagne, Suède et Portugal) a été préparée en France par l'instauration, depuis 1995, du PMSI (Programme Médicalisé de Systèmes d'Information). Elle a fait l'objet d'une phase d'expérimentation auprès d'établissements de santé volontaires.

Les objectifs de la réforme portent sur :

- une plus grande médicalisation du financement,
- une harmonisation des modes de financement entre les deux secteurs, tout en respectant les spécificités de chacun,
- une plus grande responsabilisation des acteurs,
- une généralisation du contrôle de gestion et de la comptabilité analytique au sein des établissements.

➤ **Le champ**

En 2004, la nouvelle tarification s'appliquera à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Si les établissements sont également titulaires d'autorisations de lits ou places de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de psychiatrie, seule la partie des activités de MCO sera concernée. Les hôpitaux locaux sont temporairement maintenus en dehors du champ de la réforme.

La tarification à l'activité s'applique à toutes les activités de soins MCO quelles que soient leurs modalités : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile ainsi que consultations et soins externes.

La part de l'activité non concernée par la réforme, à savoir les soins de suite et de réadaptation ainsi que la psychiatrie, demeurera financée selon le modèle d'allocation de ressources actuellement en vigueur.

➤ **Les modalités**

Les principes fondamentaux de la réforme sont :

- une prise en charge financière adaptée à la nature des soins prodigués, avec des tarifs de séjour basés sur la classification en groupe homogène de malades (GHM), du PMSI, dans une nouvelle version ;
- la reconnaissance des cas les plus lourds avec une facturation possible des suppléments pour les séjours qui se prolongent et les séjours de réanimation ;
- un financement qui tient compte du nombre de patients qui se présentent aux urgences, en consultation ou en soins externes ;
- un paiement qui préserve l'innovation grâce à la facturation complémentaire d'un certain nombre de médicaments et de dispositifs médicaux particulièrement onéreux ;
- des forfaits annuels pour les activités d'urgences et de prélèvements d'organes ;
- les missions d'intérêt général (enseignement, recherche, innovation ...) et le soutien à la contractualisation garantis par une enveloppe spécifique (MIGAC).

3.1.5.3. Le remboursement

3.1.5.3.1. Les taux de remboursement de l'assurance maladie

Le remboursement des soins de l'assurance maladie, en France, couvrent :

- les frais de médecine générale et spéciale ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoire ;
- les frais d'appareillage ;
- les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins ;
- les frais d'interventions chirurgicales ;
- les frais de transport.

Le remboursement de soins de l'assurance maternité couvrent les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites.

Le tableau ci-dessous présente le taux de remboursement que l'Assurance Maladie octroie au patient, en fonction des diverses prestations.

Le reliquat correspond au ticket modérateur : il s'agit de la part restant à la charge du patient. Ce ticket modérateur peut être, totalement ou partiellement, pris en charge par l'assurance privée ou la mutuelle du patient.

Tableau 3 : Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie en France

	CAS GENERAL	REGIME D'Alsace- Moselle (1)	Bénéficiaires du FSI ou du FSV (2)
HONORAIRES			
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes (3)	70%	90%	80%
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (3)	60%	90%	80%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Actes en B (actes de biologie)	60%	90%	80%
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70%	90%	80%
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70%	90%	80%
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60%	90%	80%
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100%	100%	100%
MEDICAMENTS			
Médicaments à vignette blanche	65%	90%	65%
Médicaments à vignette bleue	35%	90%	35%
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100%	100%	100%
Préparations magistrales et produits de la pharmacopée	65%	90%	65%
AUTRES FRAIS MEDICAUX			
Optique	65%	90%	80%
Prothèses auditives	65%	90%	80%
Pansements, accessoires, petit appareillage	65%	90%	80%
Orthopédie	65%	90%	80%
Grand appareillage (orthèse, prothèse, véhicule pour handicapé physique)	100%	100%	100%
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100%	100%	100%
FRAIS DE TRANSPORT	65%	100%	100%
CURE THERMALE LIBRE			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratique médicales complémentaires)	70%	90%	80%
Frais d'hydrothérapie, frais d'hébergement, frais de transport	65%	90%	80%
CURE THERMALE AVEC HOSPITALISATION	80%	100%	100%
HOSPITALISATION (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)			
Frais d'hospitalisation (4)	80%	100%	100%

Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100%	100%	100%
---	------	------	------

Source : ameli, MAJ 29/10/2003

- (1) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui sont affiliées au régime local d'Alsace Moselle.
- (2) Ces taux de remboursement sont applicables aux personnes qui bénéficient de l'allocation supplémentaire du Fonds Spécial d'Invalidité ou du Fonds Spécial Vieillesse.
- (3) Ces taux de remboursement sont applicables aux soins dispensés :
 - au cabinet du praticien ou de l'auxiliaire médical ;
 - au domicile du malade ;
 - dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital
- (4) Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examen de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier.

3.1.5.3.2. Quelques cas spécifiques

➤ **La vaccination**

Les vaccins contre certaines maladies, dont la liste est fixée par arrêté ministériel, sont pris en charge sur prescription médicale. Ils sont remboursés à 65% sur la base des prix indiqués sur la vignette. L'acte de vaccination (injection) est également remboursé.

Le vaccin contre la grippe est gratuit, à partir du 23 septembre 2003 jusqu'au 31 décembre 2003, pour les personnes âgées de 65 ans et plus, et quel que soit leur âge, pour les personnes atteintes de certaines affections de longue durée ; dans les autres cas, le vaccin contre la grippe n'est pas du tout pris en charge.

Le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR) est gratuit pour les enfants de 12 mois à 13 ans inclus.

Certains vaccins obligatoires ou recommandés lors de voyages à l'étranger (fièvre jaune, choléra ...) ne sont pas remboursés.

➤ **l'hospitalisation**

▪ ***Le forfait journalier***

Le forfait journalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le forfait journalier est facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier, public ou privé ; il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

A partir du 1^{er} janvier 2004, le montant du forfait journalier est fixé à 13 € sauf en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie où il est fixé à 9 €. Le forfait journalier peut, éventuellement, être pris en charge par une assurance complémentaire ou par une mutuelle.

Sont cependant dispensés du paiement du forfait journalier, les cas suivants :

- L'hospitalisation de la femme enceinte, pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement et pendant 12 jours après l'accouchement ;
- L'hospitalisation du nouveau-né, lorsqu'elle se produit dans les 30 jours après sa naissance ;
- L'hospitalisation en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- Les enfants et adolescents handicapés âgés de moins de 20 ans, hébergés dans les établissements d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- Les invalides de guerre avec un taux supérieur à 85% ;
- Les individus dépendants du régime local d'Alsace-Moselle ;
- Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'AME (Aide Médicale de l'Etat)

▪ ***Frais non pris en charge***

Lors d'une hospitalisation, certains frais ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie :

- les suppléments pour confort personnel (par exemple : chambre particulière)

➤ les dépassements d'honoraires demandés par certains médecins autorisés.
Ces frais peuvent, éventuellement, être pris en charge par une assurance complémentaire ou par une mutuelle ; la chambre particulière pour raison médicale, peut, sur prescription médicale et pour la durée fixée par celle-ci, faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance Maladie.

▪ ***Frais d'hospitalisation pris en charge***

Hospitalisation dans un hôpital public ou dans une clinique privée conventionnée.
Les frais d'hospitalisation sont **directement** pris en charge à 80 % par la Caisse d'assurance maladie.

A la sortie, le patient ne règle donc que :

- le montant du ticket modérateur, c'est-à-dire la part restant à sa charge, soit 20% des frais d'hospitalisation (forfait journalier compris) ;
- les éventuels suppléments pour confort personnel et/ou dépassement d'honoraires.

Si le patient a une assurance complémentaire ou une mutuelle, les frais d'hospitalisation restant à sa charge peuvent être totalement ou partiellement payés par celle-ci.

▪ ***Frais d'hospitalisation pris en charge à 100%***

Il s'agit notamment des cas suivants :

- lorsque l'hospitalisation donne lieu à la réalisation d'un acte thérapeutique ou sous certaines conditions, d'un acte diagnostique, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50.
- Lorsque l'hospitalisation dure plus de 30 jours consécutifs, à partir du 31^e jour d'hospitalisation

La prise en charge à 100% des frais d'hospitalisation ne concerne que les frais d'hospitalisation proprement dits. Elle ne s'applique ni au forfait journalier, ni aux éventuels suppléments pour confort personnel.

▪ ***Soins réalisés avant ou après une hospitalisation***

A partir du 1^{er} janvier 2004, tous les soins réalisés avant ou après une hospitalisation, au cours de laquelle est pratiqué un acte thérapeutique, quel que soit son coefficient, sont désormais remboursés par l'Assurance Maladie dans les conditions habituelles : à 70% ou à 60% selon le type de soins reçus.

▪ ***Formalités de sortie***

A la sortie de l'hôpital, le patient doit régler :

- les frais d'hospitalisation restant à sa charge, sauf cas de prise en charge à 100%,
- le forfait journalier, sauf cas de dispense,
- les éventuels suppléments pour confort personnel et/ou dépassements d'honoraires.

3.1.5.3.3. L'exonération du ticket modérateur

Certaines affections de longue durée peuvent donner lieu à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Il en existe trois catégories :

- les affections inscrites sur la liste des 30 affections de longue durée (**ALD 30**) comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les affections hors liste : il s'agit des maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, et comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les polyopathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Pour bénéficier d'une exonération du ticket modérateur, le patient doit être reconnu atteint de ces affections par le service médical de sa Caisse d'Assurance Maladie. Une demande d'exonération du ticket modérateur est établie par le médecin traitant qui l'adresse au service médical de la Caisse d'Assurance Maladie de son patient.

En cas d'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, seuls les soins et traitements médicaux en rapport avec cette affection sont exonérés du ticket modérateur et pris en charge à 100%, y compris les médicaments à vignette bleue. Les soins et traitements médicaux qui ne sont pas en rapport avec l'affection de longue durée exonérante sont pris en charge dans les conditions habituelles.

3.2. Le système de santé français

3.2.1. L'organisation politique et administrative de la santé en France

3.2.1.1. L'organisation politique et administrative en France

Le système politique est établi sur le principe de la séparation des pouvoirs : exécutif, législatif, judiciaire. L'organisation administrative des services de l'Etat repose sur la déconcentration et la décentralisation.

- La déconcentration est la représentation, aux divers niveaux locaux, des services de l'Etat ;
- La décentralisation consiste en l'exercice de compétences propres par les administrations dépendant des collectivités territoriales, assemblées politiques élues dans les communes (Conseils Municipaux), les départements (Conseils Généraux) et les régions (Conseils Régionaux).

3.2.1.1.1. Les services de l'Etat

Le découpage de la France en circonscriptions administratives suit une logique pyramidale : le territoire national est découpé en régions, départements, arrondissements, cantons et communes. Au sein des régions, départements et communes se trouvent des représentants directs de l'Etat. Ils ont autorité sur les services de l'Etat au niveau de leur circonscription administrative. Ce sont respectivement les préfets de région et les préfets de département qui ont autorité sur les services suivants :

- au niveau de la région : la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS)
- au niveau du département : la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

3.2.1.1.2. Les collectivités territoriales

Les communes, les départements et les régions, en tant que collectivités locales, possèdent un organe délibérant ainsi qu'un pouvoir exécutif.

Le maire pour la commune, le président du conseil général pour le département et le président du conseil régional pour la région sont choisis par leur assemblée en leur sein, l'assemblée étant constituée de personnes élues au suffrage universel direct.

Le maire est à la fois élu par un scrutin, donc président du conseil municipal, et représentant de droit de l'Etat dans la commune, pour certaines missions et compétences, ce qui se traduit essentiellement par son pouvoir de police au niveau de la commune.

3.2.1.2. L'organisation dans le domaine de la santé

Au niveau national, la responsabilité du secteur de la santé dépend du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

Au niveau régional et départemental, l'organisation du secteur de la santé relève principalement de la compétence :

- des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) qui regroupent des services de l'Etat (DRASS, DDASS) et de l'assurance maladie (CRAM, DRSM) dans le domaine hospitalier privé et public,
- des services déconcentrés de l'Etat (DRASS, DDASS), des organismes d'assurance maladie (URCAM, CPAM) dans le domaine des soins de ville et de l'accès aux soins.

Les services sanitaires déconcentrés de l'Etat dépendent du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité et dans le cadre de leurs interventions aux missions des ARH, du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

3.2.1.2.1. Elaboration et mise en œuvre d'une politique régionale de la santé

La politique nationale de santé publique est définie au niveau du gouvernement par plusieurs ministères, parmi lesquels le ministère de la santé possède les pouvoirs les plus importants.

Au niveau régional, le préfet de région :

- convoque chaque année la Conférence Régionale de Santé (CRS) et en désigne le président,
- détermine et anime la politique régionale de santé sur la base des orientations de la conférence régionale de santé et en s'appuyant sur la DRASS ;

La DRASS identifie les problèmes prioritaires de santé à partir des données relatives à la situation sanitaire et sociale et de l'évolution des besoins de la population ; elle mobilise à cette fin l'ensemble du système d'observation de la situation sanitaire et sociale de la région.

La promulgation, en 2004, de la nouvelle loi de santé publique devrait modifier cette procédure en créant une nouvelle structure : le Comité Régional de Santé (CRS).

Les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) sous contrôle du préfet conservent un certain nombre de compétences dans le domaine de la santé :

- les actions de prévention sanitaire et sociale, l'aide et l'action sociale,
- la lutte contre les épidémies, la protection sanitaire de l'environnement et le contrôle des règles d'hygiène,
- l'élaboration et la mise en œuvre des plans de secours et d'urgence ainsi que les systèmes d'aide médicale d'urgence,
- la lutte contre certaines maladies et dépendances (toxicomanie, alcoolisme, SIDA)

3.2.1.2.2. Gestion du risque sanitaire

Cette mission consiste à mettre en place une organisation chargée des actions de prévention, de veille, de contrôle et de police sanitaire.

Jusqu'alors, la gestion du risque reposait largement sur la DDASS, qu'il s'agisse des risques liés aux soins, à la vie quotidienne, à l'environnement ou à l'alimentation. Les actions de contrôle et d'inspection relevaient des DRASS et DDASS.

Depuis l'ordonnance n° 2003-580 du 4 septembre 2003, le rôle du Directeur de l'ARH est renforcé et il devient l'interlocuteur privilégié des établissements de santé.

Le contrôle de l'exécution des lois et règlements de santé publique dans les établissements sanitaires et sociaux incombe aux agents des services de l'Etat.

Ce contrôle est exercé à l'initiative du Directeur de l'ARH (ou par délégation, du représentant de l'Etat dans le département pour les établissements de santé).

3.2.1.3. Le rôle et les missions des ARH dans la politique régionale de santé

Au niveau de la région, la politique en matière d'hospitalisation concerne l'allocation des ressources entre les établissements de santé et la planification hospitalière qui porte sur le nombre et la répartition des structures de soins, des équipements lourds et des activités de soins.

3.2.1.3.1. Les missions des ARH

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont pour mission :

- de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers avec la délimitation des « territoires de santé » (planification réalisée par le biais du SROS),
- d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés (notamment par l'outil PMSI – Programme de Médicalisation du Système d'Information),
- de déterminer et d'allouer leurs ressources en fonction des missions et du positionnement de chaque établissement dans le tissu hospitalier et par comparaison entre eux à partir d'indicateurs financiers et d'activité.

3.2.1.3.2. Statut et organisation des ARH

Créées par l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, les ARH sont :

- des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière ;
- constituées sous la forme de groupements d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie ;
- placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;
- administrées par une commission exécutive et dirigées par un directeur.

La commission exécutive de l'ARH, présidée par son directeur, est composée à parité de représentants de l'Etat et de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie.

3.2.1.3.3. Fonctionnement des ARH

Les pouvoirs des agences sont exercés par leur commission exécutive et par leur directeur selon des attributions respectives.

La commission exécutive de l'ARH délibère sur :

- les autorisations relatives à la planification sanitaire (activité et capacité de soins, matériels et équipements lourds conformément à l'article L6115-2 C du Code de la Santé Publique) ;
- les orientations qui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé, après avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS) ;
- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM), après avis des organismes d'assurance maladie intéressés.

Le directeur exerce, au nom de l'Etat, les compétences de l'ARH, à l'exception de celles exercées par la commission exécutive, dont il prend l'avis dans la plupart de ses décisions.

Suite à l'ordonnance n° 2003-580 du 4 septembre 2003, le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (DARH) exerce des compétences jusqu'alors détenues par le ministre ou le préfet. Le rôle du DARH est donc renforcé et il devient l'interlocuteur privilégié des responsables des établissements de santé.

Le DARH :

- exerce un contrôle sur le fonctionnement des établissements de santé publics et privés,

- a la possibilité d'agir par délégation du ministre en matière d'offres de soins hospitaliers (déjà préexistantes) et de fonctionnement des établissements (nouveau),
- a l'initiative de contrôler l'exécution des lois et règlements de santé publique, pour les établissements de santé,
- a la possibilité de prononcer une suspension à l'encontre d'un médecin ou professionnel de santé faisant courir un danger de par son activité au sein de l'établissement de santé

3.2.1.4. Les compétences sanitaires des collectivités locales

Dans le cadre de la décentralisation et des transferts de compétences, si les services de l'Etat jouent un rôle prédominant dans le système régional de l'organisation de la santé et la conduite de la politique hospitalière, les collectivités locales et plus particulièrement le département et la commune continuent cependant de jouer un rôle significatif dans ce domaine.

Les maires des communes peuvent être les présidents des conseils d'administration des établissements hospitaliers sis sur leur commune. Leur pouvoir de police leur confère une autorité dans le domaine sanitaire sur le territoire de leur commune.

Le département, collectivité territoriale, possède des compétences dans les domaines de la protection sanitaire, l'aide et l'action sociale.

Dans le domaine de la protection sanitaire, les compétences du département portent sur les politiques publiques de vaccinations et de lutte contre certaines affections et fléaux sociaux, comme par exemple la lutte contre le cancer.

En matière d'aide sociale, le département verse notamment, des prestations au titre des aides à la famille, à l'enfance (ASE, aide sociale à l'enfance) et aux personnes âgées (APA, allocation pour l'autonomie). Le conseil général doit créer, financer, organiser et faire fonctionner divers services, comme le service départemental d'action sociale.

Il existe un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les conseils généraux assurent la tutelle des EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

A ces compétences obligatoires peuvent venir s'ajouter des actions spécifiques au seul département considéré.

Les conseils régionaux ne possèdent pas de compétences obligatoires dans le domaine sanitaire, mais peuvent s'investir dans les domaines de la prévention et de l'éducation sanitaire.

3.2.1.5. Les instances consultatives

3.2.1.5.1. Les conférences régionales de santé

Dans chaque secteur sanitaire existe une conférence sanitaire formée des représentants des établissements de santé, publics ou privés, de ce secteur.

Les conférences sanitaires de secteur sont obligatoirement consultées lors de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire ; elles sont également chargées de promouvoir la coopération entre les établissements du secteur.

Les priorités proposées par la conférence régionale de santé :

- peuvent être traduites dans des programmes régionaux pluriannuels de santé,
- doivent être prises en compte par l'ensemble des acteurs.

Cette organisation reste en place, en l'attente de la promulgation de la nouvelle loi de santé publique en 2004.

3.2.1.5.2. Les comités d'organisation sanitaire et sociale

Les Comités d'Organisation Sanitaire et Sociale existent aux niveaux National (CNOSS) et Régional (CROSS). Composés de représentants des diverses parties concernées par les problèmes sanitaires et sociaux, ils sont consultés pour avis, sur l'ensemble des projets, sur les orientations de politiques sanitaires et médico-sociales et en matière de planification et de demandes d'autorisations (équipements lourds, ouverture de services ...).

3.2.2. La planification des établissements et équipements en matière d'hospitalisation

3.2.2.1. Carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire

Jusqu'à présent, la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire avaient pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, dans un but de satisfaction optimale de la demande de santé. Ces deux outils de planification étaient obligatoirement révisés au moins tous les cinq ans.

Les arrêtés fixant les cartes et schémas d'organisation sanitaire dépendaient de la compétence :

- des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale lorsque la carte ou le schéma était national et interrégional,
- du directeur de l'ARH pour les cartes et schémas portant sur la région ou les zones infra-régionales.

Les avis des comités de l'organisation sanitaire et sociale, instances consultatives aux niveaux national et régional étaient pris préalablement.

L'ordonnance n° 2003-580 du 4 septembre 2003 a supprimé la carte sanitaire ainsi que les indices de besoins et le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) devient aujourd'hui l'unique outil de planification, centré sur les besoins de santé et les caractéristiques démographiques et épidémiologiques de la région.

Dans les faits, la carte sanitaire existe toujours à ce jour, dans l'attente de la réalisation par l'ARH du nouveau SROS.

3.2.2.2. Schéma Régional d'organisation sanitaire (SROS)

Chaque région sanitaire fait l'objet d'un schéma d'organisation sanitaire qui :

- détermine l'organisation territoriale des moyens dont la nature est arrêtée par la carte sanitaire ;
- fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire ;
- vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé.

Certaines installations ou activités de soins font l'objet de schémas au niveau national ou interrégional.

Les SROS constituent un outil réglementaire de planification sanitaire et de politique régionale en matière d'organisation des soins à partir desquels les établissements de santé doivent élaborer leur projet d'établissement dans le respect des recommandations précisées dans les schémas.

Le SROS 3^e génération (2005-2010) intègre désormais la psychiatrie qui faisait l'objet, auparavant, d'un schéma régional séparé et prend en compte les besoins de la population dans leur globalité.

Il a pour objet de fixer les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population. Il tient

compte de l'articulation des moyens des établissements de santé et de médecine de ville et le secteur social et médico-social de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers.

3.2.2.3. Les autorisations⁶⁹

Les autorisations conditionnent la couverture des frais de traitement des assurés par les prestations d'assurance maladie. Elles sont données ou renouvelées par le directeur de l'ARH après avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS).

Depuis l'ordonnance n° 2003-580 du 4 septembre 2003, une notion unique d'autorisation remplace les trois notions antérieures ayant trait respectivement à l'installation, à l'activité et au matériel lourd. Elle est complétée par les objectifs quantifiés d'activité figurant dans les COM (contrats d'objectifs et de moyens) et est renouvelable tacitement tous les cinq ans.

3.2.2.3.1. Les domaines couverts par les projets soumis à autorisations

Sont soumis à l'autorisation du ministre chargé de la santé ou du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation les projets relatifs à :

- la création, l'extension, la conversion totale ou partielle de tout établissement de santé, public ou privé, ainsi que le regroupement de tels établissements ;
- la création, l'extension, la transformation des installations, y compris les équipements matériels lourds et les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ;
- la mise en œuvre ou l'extension des activités de soins.

3.2.2.3.2. Conditions d'octroi des autorisations

L'autorisation est accordée lorsque le projet :

- répond, dans la zone sanitaire considérée, aux besoins de la population tels qu'ils sont définis par la carte sanitaire et le SROSS ;
- est compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire ;
- satisfait à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.

Les autorisations sont subordonnées au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation.

Une autorisation est donnée pour une durée déterminée de cinq ans, renouvelable tacitement ; elle concerne chaque catégorie de disciplines, d'activités de soins, de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, d'installations ou d'équipements.

3.2.3. Les établissements de santé

3.2.3.1. Missions des établissements de soins

Les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

- avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

⁶⁹ Cf. Code de la Santé Publique, Code de la Sécurité Sociale

- des soins de longue durée, comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

3.2.3.1.1. Les établissements publics de santé

Les hôpitaux publics sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière.

Les établissements publics de santé peuvent être :

- des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) : ils ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et figurent sur une liste établie par décret ;
- des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) : ce sont des centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention avec une université ;
- des Centres Hospitaliers (CH) : ils assurent des soins de courte durée, des soins de suite ou de réadaptation et des soins de longue durée ;
- Les hôpitaux locaux diffèrent des centres hospitaliers en ce qu'ils ne peuvent assurer les soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë qu'en médecine et à condition de passer convention avec un ou plusieurs centres hospitaliers publics ou établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

3.2.3.1.2. Les missions spécifiques au service public hospitalier

Le service public hospitalier, outre les missions dévolues aux établissements de santé, concourt :

- aux missions de formation initiale et continue des médecins et auxiliaires médicaux,
- à la recherche de type médical, odontologique, pharmaceutique et des domaines paramédicaux,
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination,
- à l'aide médicale urgente,
- à la lutte contre l'exclusion sociale.

Dans le fonctionnement du service public hospitalier peuvent être associés aux établissements publics hospitaliers des établissements privés participant au service public.

3.2.3.1.3. Les établissements privés de santé qui ne participent pas au service public hospitalier

Les établissements privés sont de deux types :

- établissements à but non lucratif : ils relèvent d'associations, de congrégations, d'organismes sociaux et sont soumis aux mêmes règles de gestion que les établissements publics.
- établissements à but lucratif : ils sont la propriété de particuliers ou de sociétés et sont autorisés à faire des bénéfices ; ils ont des règles de gestion et des modes de financement différents de ceux des établissements publics.

3.2.3.1.4. Les coopérations entre et avec les établissements hospitaliers

La structuration de l'offre hospitalière de soins est complétée par divers types de coopération : les réseaux de soins, les communautés d'établissements, les syndicats inter hospitaliers, les groupements de coopération sanitaire et les fédérations médicales inter hospitalières.

Les associations entre établissements de soins, établissements de santé et professionnels de santé sont mis en place sous l'impulsion de deux logiques de motivations complémentaires : la

meilleure satisfaction des besoins et l'optimisation et l'efficacité du système de production de soins.

Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) est créé en 1998 par la CNAMTS ; il est dédié d'une façon générale, à l'amélioration de la qualité des soins de ville. Il est donc destiné à des professionnels de santé ou à des regroupements de ces professionnels. Les objectifs du FAQSV sont de favoriser la restructuration de l'offre de soins et la promotion de projets innovants dans le cadre des soins de ville.

Les URCAM sont chargées de veiller à la bonne utilisation des fonds alloués.

4. Les systèmes de sécurité sociale et de santé du Grand-Duché de Luxembourg

Les principes fondamentaux du système de santé et de sécurité sociale du Grand-Duché de Luxembourg sont la liberté du choix du prestataire, l'affiliation obligatoire et le conventionnement obligatoire des prestataires de soins et de services de santé.

4.1. Sécurité sociale et assurance maladie-maternité/assurance dépendance

4.1.1. Bref historique de la sécurité sociale⁷⁰ au Grand-Duché de Luxembourg

Le système de sécurité sociale du Grand-Duché de Luxembourg relève de la tradition bismarckienne. Celle-ci reposait sur un système d'assurance obligatoire lié à l'activité salariée.

En suivant l'évolution allemande des années 1880, les quatre piliers de la sécurité sociale luxembourgeoise (assurance maladie –maternité, assurance pension, assurance accidents et assurance dépendance), financés sur base de cotisations et de contributions des pouvoirs publics, se sont développés progressivement.

Ce développement par étape s'est fait, d'un côté, par catégories socioprofessionnelles et, d'un autre côté, par branches de risque.

Ainsi, avant la seconde guerre mondiale, la sécurité sociale était exclusivement réservée aux groupes des salariés, si l'on excepte l'assurance accidents qui couvrait aussi les exploitants agricoles.

Les lois du 31 juillet 1901, du 5 avril 1902 et du 6 mai 1911 ont introduit successivement un régime obligatoire d'assurance maladie, d'assurance accidents et d'assurance pension pour les ouvriers ainsi que pour les employés privés dont le revenu ne dépassait pas un certain plafond. Par la loi du 29 janvier 1931, les employés privés sont couverts par une assurance pension générale.

Après la seconde guerre mondiale, la loi du 29 août 1951 a créé l'assurance générale obligatoire contre la maladie pour les fonctionnaires et employés. Du côté des professions indépendantes, ce sont les artisans qui ont disposé les premiers d'un régime d'assurance pension. Cette catégorie socioprofessionnelle ainsi que les commerçants et industriels sont assurés depuis la loi

⁷⁰ Documents de référence : IGSS (2003) : Droit de la sécurité sociale Luxembourg ; IGSS (1994) :

Aperçu sur la législation de la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg ; Mémorial, Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, A-N°52 : Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

du 29 juillet 1957 contre la maladie. La loi du 22 janvier 1960 a créé une caisse de pension des commerçants et industriels.

Les lois du 3 septembre 1956 et du 13 mars 1962 ont eu pour objet de créer respectivement une caisse de pension et une caisse de maladie agricoles.

La loi du 23 mai 1964 règle l'assurance maladie et l'assurance pension des travailleurs intellectuels indépendants en les admettant aux régimes applicables aux employés privés. Les fonctionnaires et employés du secteur public (Etat, communes, établissements publics, CFL) bénéficient d'un régime non contributif de pension.

Plus récemment, une nouvelle branche a été introduite dans le système de sécurité sociale luxembourgeois par la loi du 19 juin 1998 portant création de l'assurance dépendance. Elle crée *une protection contre le risque de la dépendance en couvrant les aides et les soins requis par les personnes dépendantes dans le domaine des actes essentiels de la vie*. Il s'agit d'une assurance obligatoire au même titre que l'assurance maladie maternité. Le cercle des bénéficiaires est également identique à celui de l'assurance maladie.

La phase d'harmonisation et d'amélioration des prestations de la sécurité sociale se caractérise aussi par toute une série de lois qu'on ne peut énumérer de façon exhaustive ici. La plus marquante, au cours des quinze dernières années, est celle qui a réformé en profondeur l'assurance maladie en 1992. Il s'agit de la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

Cette réforme visait à préciser, notamment, l'étendue, l'objet, le financement, l'organisation et les relations avec les prestataires de l'assurance maladie – maternité.

L'entrée en vigueur de cette réforme, fixée au 1^{er} janvier 1994, a introduit des changements qui peuvent être résumés en quatre points selon l'IGSS⁷¹ :

- modification du système de financement avec participation de l'Etat se situant au niveau des cotisations, et non plus au niveau des prestations ;
- réorganisation administrative (en donnant un rôle-clé à l'Union des Caisses de Maladie qui gère désormais un seul budget central);
- modification des règles de négociation et de conclusion des conventions collectives avec les fournisseurs de soins, et ;
- responsabilisation des partenaires sociaux qui sont devenus compétents pour définir les modalités et conditions d'attribution des prestations et pour fixer le niveau des cotisations.

Pour le secteur hospitalier, la loi du 27 juillet 1992 a introduit le système de budgétisation opérationnel à partir de 1995.

Dans le domaine des prestations sociales il faut encore mentionner quatre autres types de prestations versées sous forme d'allocations.. A la différence des autres risques ils ne sont pas financés par un système de cotisations mais par le budget de l'Etat. Ce sont :

- l'allocation contre le chômage : la loi du 6 août 1921
- les allocations familiales: la loi u 20 octobre 1947
- l'assistance sociale de droit sous la forme du revenu minimum garantie (RMG, différentiel) : la loi du 26 juillet 1986
- la préretraite, devenu un dispositif à caractère définitif avec la loi du 24 décembre 1990.

⁷¹ Ministère de la sécurité sociale/Inspection générale de la sécurité sociale (1994) : Aperçu sur la législation de la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg, p7.

L'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance sont les deux piliers de la sécurité sociale qui concernent principalement cette étude.

Dans la partie qui suit, l'assurance maladie est décrite en mettant l'accent sur la couverture du risque maladie, les aspects organisationnels et le financement.

Il faut noter que certains éléments de l'assurance dépendance présentés ici feront l'objet d'une étude plus détaillée concernant les personnes âgées (action 9) et les personnes handicapées (action 10) qui sera menée ultérieurement.

4.1.1. La couverture

4.1.1.1. Population couverte pour les risques assurance maladie maternité (soins de santé) et assurance dépendance

Le système se caractérise par un régime d'assurance national unique, obligatoire, lié avant tout à l'activité professionnelle rémunérée (tous régimes confondus) et au principe de l'assurance personnelle. Sont affiliés également de manière obligatoire toutes les personnes bénéficiant de revenus de remplacement (indemnité de maladie et de maternité ; allocation de chômage ; rente ou pension d'invalidité, de vieillesse ou de survie; revenu minimum garanti).

Une possibilité d'assurance volontaire est ouverte aux personnes non couvertes.

L'Etat prend en charge le paiement des cotisations de certaines catégories de personnes (mineurs d'âge, infirmes, étudiants) pour autant que celles-ci ne profitent pas de droits dérivés. (Tous les enfants résidant au Luxembourg sont donc couverts automatiquement au moins jusqu'à 18 ans.)

Par dérogation au principe de l'assurance personnelle, la loi accorde, sous certaines conditions, des droits dérivés aux membres de famille de l'assuré pour autant qu'ils ne soient pas affiliés en vertu d'un droit personnel.

En ce qui concerne l'assurance dépendance, le cercle des bénéficiaires est strictement identique à celui de l'assurance maladie en ce qui concerne le volet soins de santé.

Pour les assurés volontaires et les demandeurs d'asile, le droit aux prestations en nature de maladie et de maternité est ouvert après un stage d'affiliation de 3 mois. Pour les prestations de l'assurance dépendance ce stage est fixé à 1 an.

Ne sont pas assujettis au régime général d'assurance maladie-maternité et à l'assurance dépendance, les fonctionnaires des organismes internationaux, disposant de leur propre système de sécurité sociale.

La répartition de la population protégée par l'assurance maladie –maternité indique qu'il y avait en 2002 (IGSS, 2003)⁷²:

- 71,7% assurés actifs salariés ;
- 4,7% assurés actifs non-salariés ;
- 1,2% assurés volontaires ;
- 20,6% assurés pensionnés ;
- 2,3% autres assurés.

⁷² IGSS, 2003 : Rapport général 2002 et Rapport sur la situation de l'assurance maladie –maternité préparé en vue du comité quadripartite du 22 octobre 2003.

Au total, la population protégée était composée de 75,6% de résidents et de 24,4% de non-résidents en 2002.

La quasi-totalité de la population résidente est protégée et la protection du système luxembourgeois couvre une part importante des habitants des deux autres versants INTERREG.

4.1.1.1. Prestations couvertes

Les assurés de l'assurance maladie-maternité et ceux de l'assurance dépendance, affiliés à partir d'un contrat de travail, *bénéficient de prestations de santé à partir du premier jour de l'affiliation*. En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les trois mois subséquents, à condition toutefois que la personne concernée ait été affiliée pendant au moins six mois.

(i) L'**assurance maladie-maternité** couvre les frais des prestations suivantes:

- soins ambulatoires médicaux,
- indemnités pécuniaires de maladie,
- analyses et examens de laboratoire,
- soins à l'hôpital,
- produits pharmaceutiques,
- rééducation et cures thermales,
- moyens curatifs et prothèses,
- transports sanitaires.

Le taux de remboursement moyen sur base des tarifs de l'assurance maladie-maternité était estimé pour 2002 à 93,5%. Les taux de remboursement peuvent varier fortement en fonction du degré de l'utilité ou de la nécessité présumée des prestations. Ainsi,

- les soins médicaux sont remboursés à raison de 97% en moyenne et certaines prestations s'inscrivant dans le cadre de programmes de médecine préventive ou encore les prestations de maternité sont remboursées à 100%,
- si le taux de remboursement pour soins dentaires s'élève à 97% (en moyenne), il faut bien préciser que les tarifs de caisse ne couvrent pas nécessairement les frais réels, surtout en matière de prothèses dentaires,
- les indemnités pécuniaires sont versées à l'assuré; celui-ci touche l'indemnité, présentant l'intégralité de son salaire, durant 12 mois, si son état de santé l'exige.
- les analyses et examens au laboratoire sont entièrement pris en charge par l'UCM
- les soins hospitaliers sont également à 100% à la charge de l'UCM, sauf une participation personnelle aux frais hôteliers qui s'élève à €9.30/jour.
- le remboursement des médicaments comporte des paliers de 0%, 40%, 80% et 100% pour avoir atteint en 2002 une moyenne de remboursement effective de 73,6%.
- *La rééducation est budgétisée à partir de 2003. Elle est donc prise en charge par voie du tiers payant à l'instar des autres prestations hospitalières. Les cures thermales sont indemnisées par voie forfaitaire.*
- Les transports sanitaires "aide médicale urgence I" y compris par voie aérienne sont pris en charge à 100%; des transports non urgents sont remboursés à 70% ; pour des transports en série (4 fois et plus en 90 jours), un remboursement par forfait/km en taxi public ou privé est fixé.

Si au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des personnes protégées dépasse le seuil fixé à trois pour cent (3%) du revenu "cotisable" annualisée de l'année précédente, la personne protégée a droit à un remboursement du montant qui dépasse le seuil des 3% (art. 154 des statuts de l'UCM).

(ii) L'**assurance dépendance** couvre les prestations en nature et en espèce des soins de longue durée *concernant les actes essentiels de la vie*. **En règle générale les traitements en relation avec la maladie reste du domaine de l'assurance maladie.**

Les CIPA/MS facturent au bénéficiaire en institution l'accueil gérontologique⁷³ qui se situe entre €1.128,- et 2.525,-/mois (cf. détails dans section 3.4.5.).

4.1.2. Organisation administrative de l'assurance maladie -maternité

L'organisation actuelle de l'assurance maladie repose sur les dispositions de la loi du 27 juillet 1992 et est faite autour de deux principes majeurs, à savoir l'autonomie administrative et financière et la gestion par les partenaires sociaux.

- i) L'autonomie administrative et financière suppose que les institutions de l'assurance maladie ont le caractère d'établissements publics dotés de la personnalité civile. Ces institutions sont placées sous la surveillance du Ministre en charge de la sécurité sociale qui exerce un contrôle sur la légalité préalable ou consécutif aux décisions des organes de gestion.
- ii) La gestion par les partenaires sociaux indique que les institutions de l'assurance maladie sont gérées par des organes élus, composés de représentants des employeurs et des assurés dans les régimes des salariés et de représentants des seuls assurés dans les régimes des indépendants. Cette gestion se fait normalement par deux organes :
 - la commission, la délégation ou l'assemblée générale ;
 - le comité-directeur ou conseil d'administration.

Les différentes institutions en matière d'assurance maladie sont l'union des caisses de maladie et les caisses de maladie.

4.1.2.1. L'Union des caisses de maladie

L'UCM assume la gestion de l'assurance maladie-maternité et la gestion administrative de l'assurance dépendance. Elle est compétente pour toutes les affaires sous réserve des attributions des caisses de maladie en application de l'article 51 de la loi du 27 juillet 1992.

Elle est responsable, notamment, de :

- ✓ l'organisation de l'assurance maladie maternité,
- ✓ la fixation des statuts de l'UCM dans le cadre de la loi, précisant les droits et obligations des patients,
- ✓ des négociations avec les prestataires (médecins, hôpitaux)
- ✓ de la fixation du taux de cotisation, et
- ✓ du financement des prestataires.

Les deux organes de gestion de l'UCM sont l'assemblée générale et le conseil d'administration.

L'**assemblée générale** (AG) de l'UCM se réunit 2 fois/an et a pour attribution

- ✓ de statuer sur le budget annuel global
- ✓ d'établir la programmation pluriannuelle
- ✓ d'adapter les taux de cotisation
- ✓ de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses
- ✓ d'établir et de modifier les statuts.

⁷³ calculés en fonction des frais d'hôtellerie, des frais d'activité de l'accueil gérontologique (animation, participation à des activités) et des frais liés à l'infrastructure du bâtiment .

Les décisions de l'assemblée générale sont soumises au ministre de la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS). L'approbation du budget et du taux de cotisation se fait en conformité avec les textes de loi, le caractère réaliste des prévisions des recettes et des dépenses ainsi que de la croissance globale des frais d'administration.

C'est à l'assemblée générale de procéder à l'élection des membres du **conseil d'administration** (partenaires sociaux). Les caisses de maladie peuvent se faire représenter par un observateur. Le conseil d'administration gère l'UCM, il lui appartient notamment de préparer les réunions de l'AG en ce qui concerne les aspects sus-mentionnés.

4.1.2.2. Les caisses de maladie

Elles sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés et du forfait de maternité ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maladie et de maternité et de l'indemnité funéraire (cf. art. 51, loi 27/07/1992).

Les 9 caisses de maladie, qui se sont développés historiquement sur base des corps professionnels, ont vu leurs missions *et leurs attributions* se réduire à la suite de la réforme du 27 juillet 1992.

Ces 9 caisses de maladie sont les suivantes :

- La Caisse de Maladie des Ouvriers (**CMO**)
- la Caisse de Maladie des Ouvriers de l'ARBED (**CMOA**)
- La Caisse de Maladie des Employés Privés (**CMEP**)
- La Caisse de Maladie des Employés de l'ARBED (**CMEA**)
- La Caisse de Maladie des Fonctionnaires et Employés Publics (**CMFEP**)
- La Caisse de Maladie des Fonctionnaires et Employés Communaux (**CMFEC**)
- L'Entraide Médicale de la Société nationale des Chemins de Fer Luxembourgeois (**EMCFL**)
- La Caisse de Maladie des Professions Indépendantes (**CMPI**)
- La Caisse de Maladie Agricole (**CMA**).

4.1.2.3. Les organismes de contrôle

Les institutions techniques de la sécurité sociale impliquées dans la prise en charge du risque maladie et dépendance sont notamment

- *l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS),*
- *le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale (CMSS) et*
- *la Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO).*

4.1.2.3.1. L'Inspection générale de la sécurité sociale

L'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS) est une administration placée sous l'autorité du ministre de la sécurité sociale. Elle exerce des tâches de conception et de contrôle sur l'ensemble de la sécurité sociale.

Ses attributions sont notamment les suivantes⁷⁴ :

- donner son avis sur les projets et propositions qui intéressent la sécurité sociale, faire des propositions en vue d'une harmonisation et d'une coordination de la législation y relative ;
- assurer le contrôle des institutions sociales qui, en vertu des lois ou règlements, est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement.

⁷⁴ IGSS, idem, p. 309.

- recueillir des données statistiques tant sur le plan national que sur le plan international
- contribuer sur le plan international à tout travail d'élaboration en relation avec les règlements communautaires....

Elle occupe une place stratégique de régulation au sein du système de sécurité sociale au regard de ses attributions.

4.1.2.3.2. Le contrôle médical de la Sécurité sociale

Le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale est une administration de l'Etat sous l'autorité du ministre de la sécurité sociale. Ses attributions sont multiples⁷⁵, parmi lesquelles on peut citer :

- la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale;
- les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures ;
- l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance ;
- la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social ;
- l'accord de transferts à l'étranger (E 112).
- l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées
- l'étude et avis en matière de prévention et de réadaptation

4.1.2.3.3. La Cellule d'évaluation et d'orientation

La Cellule d'Evaluation et d'Orientation (CEO), créée en 1999 avec l'instauration de l'Assurance dépendance pour sa mise en œuvre, est un service public placé sous l'autorité du ministre de la sécurité sociale et rattaché sur le plan administratif à l'inspection générale de la sécurité sociale. Les missions de la CEO sont les suivantes⁷⁶ entre autres:

- constater l'état de dépendance et déterminer les aides et soins requis ;
- émettre les avis concernant l'attribution des prestations en nature et en espèces, des produits nécessaires aux aides et soins, des appareils et des adaptations du logement, ainsi que les avis en cas de décision de retrait, de réduction ou de suppression des prestations.

Les avis de la cellule d'évaluation et d'orientation à portée individuelle pris dans le cadre des missions concernant la constatation de la dépendance et l'attribution des prestations s'imposent à l'égard de l'union des caisses de maladie.

Par ailleurs, il convient de souligner que l'affiliation à la Sécurité Sociale repose sur un système déclaratif centralisé ; en ce sens qu'elle est faite par simple déclaration par les entreprises, les travailleurs indépendants, les agriculteurs, les artisans et commerçants auprès du Centre Commun de Sécurité Sociale. Chaque affilié à la Sécurité sociale se voit attribuer (en retour) un numéro de matricule⁷⁷.

4.1.2.4. Monitoring et prise de décision

L'UCM et les caisses de maladie sont soumises à la haute surveillance du ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale, laquelle s'exerce par l'IGSS. L'autorité de surveillance veille

⁷⁵ Cf. IGSS : Droit de la sécurité sociale, Luxembourg 2002, page 303-304.

⁷⁶ Cf. IGSS : Droit de la sécurité sociale, Luxembourg 2002, p287-290, pour plus de détails.

⁷⁷ identique au numéro matricule national édité par le Centre informatique de l'Etat

à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières⁷⁸.

Depuis la loi du 27 juillet 1992⁷⁹, c'est le comité quadripartite qui est appelé à examiner annuellement l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et de proposer :

- des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire
- toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé.

Ce comité est un organe consultatif réunissant les représentants des départements ministériels concernés, les partenaires sociaux (employeurs et assurés) ainsi que les prestataires de soins.

4.1.3. Le financement de l'assurance maladie-maternité

La réforme de l'assurance maladie-maternité et du secteur de la santé (loi du 27 juillet 1992) a introduit une modification importante du système de financement. Ainsi, la participation de l'Etat au financement de l'assurance maladie se fait maintenant au niveau des cotisations, et non plus au niveau des prestations. De même, pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, l'UCM applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses.

Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par le conseil d'administration de l'UCM, après avoir entendu les propositions des caisses, qui le soumettent à l'assemblée générale. Un règlement grand-ducal précise les règles budgétaires et comptables.

Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant l'évolution financière de façon prospective.

4.1.3.1. Les sources de financement

Il existe trois principales sources de financement des régimes obligatoires de sécurité sociale (Etat, employeurs et assurés) qui sont mobilisées à travers trois types de mécanismes : les *cotisations des employeurs et des assurés* ainsi que les *contributions des pouvoirs publics* et la *redevance du secteur de l'énergie* (affectée à la seule assurance dépendance à faible importance).

Les cotisations

Les cotisations représentent la source de financement classique des systèmes de sécurité sociale bismarckiens. Faisons la distinction entre l'assurance maladie – maternité et l'assurance dépendance :

(i) Assurance maladie-maternité

Les cotisations de l'**assurance maladie** sont à la charge des assurés **et** des employeurs, ceci à part égale. Elles sont assises sur les revenus professionnels et sont calculées au moyen de taux de cotisation uniformes indépendamment de la situation individuelle des assurés (âge, sexe, situation de famille, état de santé) ; elles sont cependant spécifiques en fonction des risques assurés concernant

- a. soit les soins de santé
- b. soit l'indemnité pécuniaire de maladie.

⁷⁸ Cf. art. 59, loi du 27 juillet 1992

⁷⁹ Cf. art. 80 du Code des Assurances Sociales

La *cotisation pour les soins de santé* est la même pour tous les assurés.

L'assiette de cotisation comprend :

- le revenu professionnel tel qu'il est défini, y compris les allocations et indemnités purement occasionnelles ainsi que les gratifications ;
- l'ensemble des pensions et rentes dont bénéficie l'assuré ;
- tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.

La *cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie* varie en fonction :

- ✓ d'une indemnisation à *partir du premier jour du congé de maladie*, le cas de salariés ne bénéficiant pas d'une conservation de rémunération : le taux de cotisation est plus élevé ; pour l'essentiel, ce sont les assurés du régime ouvrier qui sont soumis à ce régime ;
- ✓ d'une indemnisation *différée dès le 4^e mois*⁸⁰, le cas de salariés bénéficiant de la continuité de rémunération (par l'employeur) : le taux de cotisation est inférieure ; pour l'essentiel, ce sont les employés et les indépendants qui sont soumis à ce régime.

L'assiette de cotisation pour *l'indemnité pécuniaire de maladie* est constituée par le revenu professionnel de l'assuré.

Les taux de cotisation pour les soins de santé et pour l'indemnité maladie sont fixés une fois par an par l'assemblée générale.

Les taux⁸¹ actuellement en vigueur, et ceci depuis janvier 2002 sont fixés à :

- 5,10% pour les soins de santé et
- 4,70% pour l'indemnité pécuniaire dans le cas d'une non-conservation de rémunération (pour l'essentiel les ouvriers,
- 0,20% pour l'indemnité pécuniaire du régime différé,

Ces taux correspondent aux parts 'assuré' et 'employeur' considérées ensemble. Pour mémoire, au Luxembourg, l'assuré et l'employeur cotisent à part égale à l'assurance maladie.

Les taux destinés au financement de l'assurance maladie ont été révisés à la baisse en 2002 pour les prestations relatives aux soins de santé et à l'indemnité pécuniaire des salariés bénéficiant de la continuité de la rémunération et des indépendants. Le taux de cotisation pour l'indemnité pécuniaire des salariés ne bénéficiant pas de la continuation de la rémunération était resté inchangé.

La cotisation est plafonnée à un revenu brut, correspondant à 5 fois le salaire social minimum pour travailleur non-qualifié (€1.402,96 en janvier 2004), donc à €7.014,80/mois.

Pour les *assurés volontaires*, l'assiette de cotisation est fixée selon des règles spécifiques.

L'assiette minimum des revenus soumis à cotisation est majorée de 30% pour les assurés *pensionnés*. Si ce minimum dépasse les revenus réels de l'assuré, la différence de cotisation est supportée par l'organisme de pension.

(ii) Les contributions de l'**assurance dépendance** sont à la charge **des seuls assurés**. La contribution dépendance des assurés est basée sur une assiette constituée par

- les revenus professionnels et les revenus de remplacement

⁸⁰ incluant le mois de la survenance de la maladie et des trois mois subséquents.

⁸¹ Les taux de cotisation font l'objet d'ajustements fréquents tant à la hausse qu'à la baisse.

- les revenus nets résultant de pensions ou de rentes (cf. art. 96 de la loi concernant l'impôt sur le revenu, en vertu du Livre III du Code des assurances sociales)
- les revenus du patrimoine.

Le taux de la contribution dépendance est fixé à 1%.

L'Administration des contributions directes assure le prélèvement *annuel* sur les revenus du *patrimoine*.

La contribution à l'assurance dépendance, à la différence des cotisations normales, n'est pas déductible du revenu imposable.

Pour les assurés volontaires, le droit aux prestations de l'assurance dépendance est (tout comme celles de l'assurance maladie-maternité) est ouvert après 3 mois de stage.

Il faut noter que l'assurance dépendance applique le même système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses courantes.

Les contributions des pouvoirs publics

Les contributions des pouvoirs publics peuvent prendre des formes diverses :

- soit la prise en charge directe de certaines prestations (par exemple les prestations de maternité)
- soit une contribution directe aux cotisations
- soit la couverture ex-post d'un déficit dans les dépenses courantes

Dans le cas de l'**assurance maladie/maternité**, l'Etat participe au financement par une participation directe aux cotisations, qui s'élève à

- ✓ 37% des cotisations dues au titre des soins de santé
- ✓ 10% des cotisations dues au titre des indemnités pécuniaires (art. 31., livre Ier, Codes des Assurances Sociales, 2003, p. 44).

L'Etat prend intégralement en charge toutes les prestations (en espèce et en nature) liés à la maternité ainsi qu'aux programmes de prévention comme la mammographie et les programmes de vaccination.

En ce qui concerne l'**assurance dépendance**, la participation de l'Etat s'élevait à 45% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve. Dans le cadre du budget de l'Etat 2004, elle a été révisée à la baisse et se situe à 40% pour la durée d'un an. L'assurance dépendance est également financée par une redevance du secteur de l'énergie (qui est le produit de la taxe électricité imputable à tout client final) ainsi que par des revenus de placement et d'autres ressources diverses.

4.1.3.2. Fixation des tarifs et remboursement de l'assurance maladie/maternité

(i) Dans le cadre de l'assurance maladie-maternité, la nomenclature des actes médicaux, destinée à la tarification, est fixée par règlement grand ducal ; elle relève de la compétence conjointe des ministres de la sécurité sociale et de la santé.

Concernant les prestations des différentes catégories de soins de santé et de fournitures, l'UCM négocie la valeur de la lettre-clé avec les organes représentatif des professionnels de santé, établit des nomenclatures des actes et services par type de prestataire. Les tarifs associés aux différentes nomenclatures ont été fixés par convention entre, d'une part, l'UCM, et d'autre part, les organes représentatifs des professionnels de santé (médecins, dentistes et paramédicaux). Ils

Le niveau de prise en charge des différentes prestations de soins de santé et de fournitures par l'assurance maladie –maternité et l'assurance contre les accidents est présenté dans le tableau ci-dessous. Celui-ci dépend, en effet, du type de prestations de soins et de fournitures tel que précisé par les statuts de l'UCM.

Source : UCM, Statuts (Applicables à partir du 1^{er} janvier 2002)

D'une manière générale, il existe deux systèmes de prise en charge des prestations de soins de santé, à savoir le remboursement des prestations et le tiers-payant.

- Le système de remboursement des prestations : les personnes protégées paient directement aux prestataires le montant des soins de santé dont elles ont bénéficié et sont remboursées par l'UCM.
- Le système de tiers-payant : les personnes protégées paient au prestataire ou au fournisseur uniquement la partie des frais demeurant à leur charge personnelle. La part statutaire incombant à l'assurance maladie est prise en charge directement par l'UCM. C'est le cas par exemple pour les analyses de laboratoires, les frais pharmaceutiques, les frais d'hôpitaux à l'exception des actes médicaux

(ii) Dans le cas de l'assurance dépendance, les valeurs monétaires pour une heure d'aide et de soins (pour les actes essentiels de la vie) sont fixées annuellement⁸².

Les aides et soins administrés aux personnes dépendantes sont à 100% à charge de l'UCM.

Les prix mensuels de l'accueil gérontologique (cf. p. 4) sont trop élevés pour les personnes à revenu modeste. Des mesures d'assistance sociale sont prévues sous la forme d'une intervention du Fonds national de solidarité (FNS), préconisant une restitution des fonds à un moment ultérieur. La loi budgétaire fixe pour chaque année le montant maximal du coût des prestations pris en charge. L'intervention du FNS est déterminée en fonction des revenus professionnels, des revenus de remplacement, des revenus mobiliers et immobiliers.

4.1.4. Autres institutions de prise en charge du risque maladie

Les autres institutions opèrent dans un secteur privé d'assurance maladie encore au stade embryonnaire au Grand-Duché de Luxembourg. On recense actuellement une mutuelle (caisse médico-chirurgicale) et quelques caisses de maladie privées (principalement de provenance d'Allemagne).

4.1.4.1. La caisse médico-chirurgicale

Une seule mutuelle existe au Grand-Duché de Luxembourg, la Caisse médico-chirurgicale, qui ne relève d'aucune orientation politico-religieuse. Son fonctionnement est complètement indépendant de l'UCM, il s'agit d'un offreur privé (sans but lucratif).

Elle offre certaines prestations supplémentaires au Grand-Duché de Luxembourg, notamment au niveau de l'hospitalisation, d'intervention médico-dentaire et d'interventions à l'étranger.

L'affiliation⁸³ est facultative. Elle se fait pour l'ensemble du ménage (parents et enfants à charge), indépendamment de l'activité professionnelle du conjoint. Le nombre de ménages affiliés s'est élevé, en février 2004, à 134000 familles, soit 281700 personnes (environ la moitié des personnes protégées par l'UCM).

Ces personnes doivent être résidents du Grand-Duché de Luxembourg ou des régions limitrophes.

⁸² En 2003, la valeur monétaire pour une heure d'aides et de soins avait été fixée
à €47,70 pour les réseaux dans le cas du maintien à domicile
à €35,80 pour les établissements (CIPS, MS).

⁸³ La cotisation annuelle pour les trois premières prestations (ci-dessus) s'élève à € 146,49/an (2004), indépendamment de la situation individuelle des assurés (âge⁸³, sexe, situation de famille, état de santé) ; elle est de l'ordre de €61.44 pour le presta-plus; à ceci s'ajoutent les droits d'affiliation à la caisse de décès de l'ordre de €10,- /an (2004).

4.1.4.2. Les caisses de maladies privées

Les caisses d'assurance maladie privées ont un impact très faible, étant donné le niveau élevé des taux de remboursement pratiqué par l'UCM. Elles offrent des prestations couvrant :

- les participations du patient dans le cas de consultations extra-hospitalières
- un traitement 1^{ère} classe au Grand-Duché de Luxembourg et à l'étranger et
- notamment le libre choix de traitement hospitalier dans un des 15 Etats membres de l'UE sans passage par le Contrôle médical.

La cotisation est calculée par personne en tenant compte de la situation individuelle (sexe, âge) et de l'état de santé.

4.2. Le système de santé du Grand-Duché de Luxembourg

La politique sanitaire relève de la compétence du **ministre de la Santé**, responsable de la planification d'établissements hospitaliers⁸⁴, de l'établissement de normes, de l'attribution de services hospitaliers, de l'autorisation d'exercer des médecins et des paramédicaux, du monitoring de l'offre hospitalière ainsi que de la promotion de la santé en général.

4.2.1. Organisation administrative de la santé

L'organisation administrative de la santé est centralisée. Toutes les structures d'offre de soins et de services de santé sont sous la tutelle technique du Ministère de la Santé. En revanche, la sécurité sociale est placée sous l'autorité du Ministère de la Sécurité Sociale.

Le Ministère de la Santé est chargé de définir et de conduire la politique de santé du pays. A ce titre, il initie des lois et règlements concernant le secteur sanitaire, il définit le modèle de convention avec les hôpitaux fixant les modalités de participation de l'Etat dans les investissements hospitaliers, il est chargé de l'élaboration la carte sanitaire avec la Direction de la Santé, etc.

Le Ministère de la Santé comprend, outre le cabinet du Ministre, la direction de la Santé, le laboratoire national de Santé et les services conventionnés (Prévention-Aide, Psychiatrie extrahospitalière, Maladies chroniques et Toxicomanies).

C'est la division de la médecine curative de la direction de la Santé qui a « compétence pour toutes les questions concernant la planification et l'organisation des moyens et équipements de soins, la formation et l'exercice des professions médicales, l'exercice des professions paramédicales »⁸⁵.

4.2.2. Planification des établissements et équipements en matière d'hospitalisation

Les principaux textes de loi sur lesquels repose aujourd'hui le système hospitalier luxembourgeois sont au nombre de deux :

- La loi du 28 Août 1998 sur les établissements hospitaliers.
- Le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier (en remplacement du plan hospitalier de 1994).

⁸⁴ le plan hospitalier est l'instrument de la planification hospitalière.

⁸⁵ Ministère de la Santé (2002) : Rapport d'activité 2001, p20. Grand-Duché de Luxembourg

Ces deux textes déterminent à la fois une hiérarchie des hôpitaux, une organisation régionale de ceux-ci, la répartition de l'offre de soins et des équipements nécessaires ainsi que des prévisions d'évolution pour cette offre.

La planification hospitalière est définie dans la loi du 28 août 1998 (chapitre 2) et indique que c'est le Ministre de la santé qui assure la coordination des établissements hospitaliers entre eux.

“Un plan hospitalier national sera mis au point pour répondre aux contraintes d'un fonctionnement efficient des établissements. Ce plan établira les critères de classements des différents établissements et déterminera les services qui feront partie de chaque établissement.

Les critères déterminants seront :

- Les besoins sanitaires ;
- La continuité des soins ;
- Les disciplines médicales représentées ou pouvant être représentées ;
- Les statistiques de l'activité médicale. ”

Ainsi, en 2001, le Ministère de la Santé a établi un nouveau plan hospitalier (en remplacement de celui de 1994) qui a fait l'objet du règlement grand-ducal du 18 avril 2001.

Un autre instrument de la planification hospitalière est la carte sanitaire.

4.2.2.1. Carte sanitaire

Elle est établie par le ministre de la santé pour permettre un monitoring quantitatif et qualitatif continue. Elle regroupe un ensemble de documents d'information et de prospective régulièrement mis à jour. Elle est constituée par :

- L'inventaire de tous les établissements hospitaliers existants, de leurs services, de leur agencement général et de leur taux d'occupation.
- Le relevé du personnel médical, soignant, administratif et technique des établissements.
- L'inventaire des équipements et appareils médicaux nécessitant une planification nationale ou régionale ou exigeant des conditions d'emploi particulières. La liste de ces équipements est fixée par le plan hospitalier national.
- L'inventaire des équipements et appareils médicaux et de leur configuration d'ensemble, hormis ceux mentionnés au paragraphe précédent, et dont le coût est au moins supérieur à 3 200 000 francs (€79.326,-).

Tous les établissements doivent fournir les renseignements nécessaires à l'élaboration de la carte et à sa mise à jour annuelle

4.2.2.2. Autorisations

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers définit le cadre général dans lequel doit s'inscrire le développement du secteur hospitalier au Grand-Duché de Luxembourg. Ainsi, par exemple, dans son article 4, il est stipulé que « La création et l'extension de tout établissement hospitalier ou de tout service d'un établissement hospitalier sont soumises à autorisation.

Selon le nouveau plan hospitalier national (Règlement grand-ducal du 18 avril 2001, Mémorial A –N°49 du 27 avril 2001) : « Aucune autorisation ne sera accordée pour la création ou l'extension de services de base installés dans les hôpitaux de proximité et des hôpitaux généraux, ou de services spécialisés, à l'exception des services relevant des domaines suivants :

- la traumatologie ;
- l'oncologie ;
- la prévention de la dépendance, la rééducation gériatrique, et la prise en charge des patients neurovégétatifs chroniques ;
- les soins palliatifs et la prise en charge de la douleur ;
- la procréation médicalement assistée ;
- et un service national de médecine de l'environnement. »

4.2.3. Etablissements de santé

Il en existe plusieurs présentant différentes caractéristiques tant du point de vue des missions, de l'organisation que des modes de financement.

4.2.3.1. Missions des établissements de soins

De façon générale, les établissements de soins ont pour mission de prêter les soins stationnaires et ambulatoires adaptés aux besoins des patients. Par ailleurs, les établissements doivent disposer de la personnalité juridique.

La loi du 28 août 1998 distingue six catégories d'établissements de soins, à savoir :

Les hôpitaux ;
Les établissements hospitaliers spécialisés ;
Les foyers de réadaptation ;
Les établissements de convalescence ;
Les établissements de cure thermale ;
Les centres de diagnostic.

Ces établissements de soins sont définis comme suit :

- L'hôpital est un établissement qui a pour mission principale le traitement médical ou l'accouchement et accessoirement le diagnostic et/ou les soins préventifs, curatifs et palliatifs. Il dispose de services pour accueillir les patients. Il existe deux types d'hôpitaux, à savoir : l'hôpital général avec plus de 175 lits et l'hôpital de proximité avec une capacité en lits inférieur à 175.
- L'établissement hospitalier spécialisé est un établissement qui répond aux besoins spécifiques de certaines disciplines ou à des affectations particulières.
- Le foyer de réadaptation est un établissement de caractère médical ayant pour mission d'assurer la réadaptation.
- L'établissement de convalescence est un établissement où sont adressés les malades ne nécessitant plus une surveillance médicale ou chirurgicale active mais une période de repos avec des soins ne relevant pas de techniques particulières.
- L'établissement de cure thermale a pour mission de dispenser des cures thérapeutiques.
- Le centre de diagnostic est un établissement comportant un ou plusieurs services auxquels les bénéficiaires font appel en vue de l'établissement d'un diagnostic à l'exclusion de tout traitement et de soins.

Tous ces établissements sont dénommés « établissements hospitaliers ».

4.2.3.2. Organisation et fonctionnement

Le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier précise en son chapitre 1^{er} la division du pays en régions hospitalières. L'objectif est de répartir de façon équitable les activités des différents hôpitaux luxembourgeois sur le territoire. Il existe à cet effet trois régions hospitalières, à savoir : Nord, Centre et Sud.

Ces trois régions hospitalières ne correspondent à aucun découpage administratif et politique existant. Leur découpage est le résultat de l'évolution historique des établissements hospitaliers du pays.

Sur décision de leurs organismes gestionnaires, plusieurs hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés appartenant à une même région hospitalière peuvent former un groupement d'hôpitaux à l'exception toutefois des établissements spécialisés mono disciplinaires qui assurent un service considéré comme national par le plan hospitalier.

4.2.3.3. Modes de financement des établissements hospitaliers

Le financement des établissements hospitaliers est essentiellement assuré par l'Etat et l'Assurance maladie tant en ce qui concerne les investissements que les dépenses de fonctionnement. En effet, les procédures et les mécanismes de financement sont fixés par la loi du 28 août 1998 et bénéficient à tous les établissements hospitaliers sans distinction de statut. L'article 11 de cette loi mentionne que l'Etat participe « à raison de 80% aux frais des investissements mobiliers et immobiliers des établissements hospitaliers autorisés par le ministre de la Santé ». Cela concerne les équipements et appareils coûteux nécessitant une planification nationale, et les grands projets de construction ou de modernisation.

Il est ainsi institué un fonds pour le financement des infrastructures hospitalières destiné à honorer les engagements pris par l'Etat, y compris les frais financiers.

Le fonds est placé sous l'autorité du ministre de la Santé et alimenté par des dotations budgétaires annuelles. Les dépenses imputables au fonds font l'objet d'une programmation pluriannuelle par le gouvernement⁸⁶.

Ainsi, les investissements immobiliers (construction, modernisation, mise en sécurité) et mobiliers relatifs à des équipements matériels lourds et coûteux sont pris en charge à hauteur de 80% par l'Etat sous forme de subvention. Et l'UCM prend en charge l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils n'ont pas été financés par les pouvoirs publics.

Si l'amortissement requiert une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale, l'amortissement n'est opposable à l'UCM que si cette autorisation a été accordée.

L'UCM prend aussi en charge, via les dotations aux amortissements, les investissements mobiliers et matériels médicaux (à l'exception des équipements coûteux dont il est fait mention ci-dessus). Il arrive aussi que l'UCM prenne en charge les charges d'intérêt des emprunts contractés par les établissements pour des investissements qu'elle a autorisés au préalable dans le cas où la capacité d'autofinancement n'est pas suffisante.

⁸⁶ cf. article 15

S'agissant des dépenses de fonctionnement, elles sont financées sous forme de budget global par l'UCM d'après les dispositions prévues dans la convention entre l'UCM et l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL). Le processus et les modalités techniques d'élaboration du budget sont bien codifiés.

L'agenda du processus est le suivant :

- 1^{er} juin : proposition de budgets des établissements hospitaliers à l'UCM ;
- 1^{er} septembre : UCM transmet les propositions de budgets à la Commission des budgets ;
- 15 octobre : Budgets arrêtés par la Commission des budgets (en cas de litige). En fait, en début du mois d'octobre, la négociation budgétaire est ouverte et conduite par l'UCM avec chaque établissement soutenu par un représentant de l'EHL.

Les modalités techniques d'élaboration des budgets sont contenues dans la convention générale conclue entre l'UCM et l'EHL. Cette convention fixe les principes généraux d'élaboration des budgets, les règles de comptabilité analytique qui doivent être suivies par les établissements et les dispositions particulières pour certaines charges (personnel, loyers, amortissements, intérêts, provisions, recettes en atténuation et prestations hospitalières non opposables à l'assurance maladie).

La détermination des budgets pour chaque établissement hospitalier se fait sur la base de la séparation des dépenses variables et des frais fixes.

Les dépenses variables :

Elles concernent toutes les charges directement liées à l'activité ; il s'agit en général des consommables médico-techniques (par exemple : matériel à usage unique, réactifs, médicaments, etc.). Les frais variables sont fixés par entité fonctionnelle (unités de soins, blocs opératoires, laboratoire, radiologie, etc.), en fonction des unités d'œuvre produites (journées ou séances, interventions, etc.). Ces frais variables sont payés chaque mois par l'UCM sur la base de justificatifs de l'activité.

Les dépenses fixes :

Elles correspondent aux dépenses relatives, d'une part, au matériel, et d'autre part, au personnel (hors personnel médical). Ces frais fixes, déterminés à l'issue du processus de négociation et présentés sous forme d'enveloppe annuelle, sont réglés par l'UCM au cours de l'exercice concerné par douzième.

Les frais de personnel sont calculés en utilisant la méthode PRN⁸⁷ permettant l'évaluation de la charge en soins. L'estimation de la charge en soins permet de mesurer, par unité médicale, le personnel soignant nécessaire, calculé en équivalent temps-plein, sur la base de l'activité (journées facturées). Le PRN est essentiellement utilisé dans les services d'hospitalisation. Le recueil des données PRN est effectué par du personnel infirmier de chaque institution formé au PRN par une société spécialisée. La validité du système est vérifiée annuellement par des contrôles sur dossiers tirés au hasard.

Lors de la négociation budgétaire l'UCM effectue des abattements sur les PRN calculés par les services spécialisés dans les établissements et ne prend en compte qu'un certain taux du PRN en ce qui concerne l'évaluation des charges en personnel soignant.

D'une manière générale, les modes de financement des établissements hospitaliers et leurs relations avec l'UCM sont définis dans le cadre d'une convention signée entre les deux parties en 1992 et réaffirmés par la loi du 13 janvier 2002.

Par exemple, l'article 74 de la loi du 13/01/02 stipule que : « L'Union des caisses de maladie prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital visé à l'article 60, alinéa 2 sur base de son activité prévisible pour un ou

⁸⁷ PRN = Projet de Recherche Nursing

deux exercices à venir. Sont opposables à l'Union des caisses de maladie les activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils n'ont pas été financés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable que si cette autorisation a été accordée. »

4.2.3.4. Eléments constitutifs du contrat d'agrément signé entre médecins et établissements hospitaliers

Il faut rappeler que l'exercice de l'activité médicale au Grand-Duché de Luxembourg est essentiellement libéral. Pour ce faire, l'activité médicale au niveau des établissements hospitaliers répond à la même logique, et est régie par les termes d'un contrat d'agrément signé entre les deux parties. Parmi les éléments faisant partie de tels contrats⁸⁸ d'agrément, deux aspects importants méritent d'être soulignés.

i)- Le droit d'accès et l'activité du médecin à l'établissement hospitalier ne donnent lieu à aucun transfert d'argent au profit de l'établissement.

ii)- Le médecin établira ses mémoires d'honoraires selon les modalités arrêtées conventionnellement entre le corps médical et les organismes de la sécurité sociale, respectivement par tout autre règlement en vigueur. 5 établissements hospitaliers, dont le CHL, disposent de médecins salariés. Dans ce cas de configuration, les établissements adressent les notes d'honoraires des consultations aux patients.

4.2.3.5. Structures de l'offre de soins de longue durée

Depuis l'introduction de l'assurance dépendance (AD, loi du 19 juin 1998 et les différents règlements grand-ducaux), les soins de longue durée peuvent se faire

- ✓ **soit à domicile avec l'intervention de réseaux d'aides et de soins (services agréés dans le cadre de la loi dite ASFT⁸⁹ du 8 septembre 1998 ainsi que des règlements grand-ducaux préconisant les conditions d'agrément : celui du 8 décembre 1999 étant destiné aux gestionnaires de service 'personnes âgées' et celui du 18 décembre 1998⁹⁰ étant destiné aux gestionnaires de services 'personnes handicapées');**
- ✓ **soit en institution résidentielle, à savoir :**
 - **en centre intégré pour personnes âgées (CIPA) ou en logement encadré et en maison de soins (MS)⁹¹ dans le cas des personnes âgées ;**
 - **en service d'hébergement (aussi logement adapté) pour personne handicapées**

⁸⁸ Cf. Modèle de Contrat d'agrément type, source site EHL

⁸⁹ Régulant les relations entre l'Etat et les services oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (ASFT).

⁹⁰ Qui sera modifié en préconisant des coefficients 'qualification' plus élevés pour les réseaux.

⁹¹ Notons encore que les établissements hospitaliers offrent des lits pour des 'cas d'hébergement' : il s'agit de personnes qui se trouvent en clinique en lit aigu et pour lesquelles l'UCM intervient jusqu'à une durée de 3 mois. C'est à partir des 3 mois révolus que la clinique peut faire une demande pour un 'cas de hébergement'. En général, les hôpitaux ne sont pas très intéressés de garder ces patients puisque notamment les cas d'une grave dépendance exigent des interventions intensives du personnel soignant - interventions plus chères et non adaptées aux hôpitaux.

Tous ces services doivent également être agréés dans le cadre de la loi ASFT du 8 septembre 1998 le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999.

Les bénéficiaires de l'AD sont des personnes, assurés de l'UCM,

- (a) nécessitant des aides et soins au niveau des 'actes essentiels de la vie' d'un minimum de trois heures et demie par semaine**
- (b) pouvant faire valoir un état de dépendance dépassant six mois ou étant irréversible.**

Les **motivations** essentielles pour la création de l'AD étaient les suivantes:

- le législateur voulait créer un *droit* (inscrit dans un texte de loi) à l'aide et aux soins; il s'agit d'un droit découlant de cotisations obligatoires ; les prestations sont fournies à toute personne assurée, indépendamment du revenu des bénéficiaires;
- l'Etat ne voulait plus financer les *services*, mais fournir les moyens nécessaires aux bénéficiaires pour renforcer leur position; ainsi, il ne finance plus l'aidant informel, ni non plus les services⁹².
- l'Etat voulait professionnaliser ce domaine - d'où l'obligation que les services s'organisent sous forme de réseau et offrent *tous* les aides et soins requis. Ceci revenait implicitement à une création d'emplois;
- les autorités voulaient renforcer le maintien à domicile.

4.2.3.5.1. Le maintien à domicile : pour personne âgée ou handicapée

Les services d'aides et de soins répondent aux besoins des **personnes âgées et des personnes handicapées**, aux personnes bénéficiaires de l'AD ou non. Pour les personnes bénéficiaires de l'AD, les prestations réalisées sont prises en charge par l'UCM, alors qu'elles sont facturées au prix réel aux personnes non bénéficiaires de l'AD ; au cas où le bénéficiaire non UCM ne peut pas les prendre en charge, l'Etat cofinance en suivant les principes d'une tarification sociale déterminée, individuellement, selon un barème de revenu.

Encadré 1 : les coûts de l'AD en maintien à domicile

Les *prestations en nature* sont versées directement aux prestataires sur base du système du tiers payant. Selon le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998, les actes sont définis en terme de durée, de valeur monétaire et de requis de formation.

Le tarif/heure maximal en maintien à domicile s'élève à €47,70,- (montant indexé, janvier 2004), ce qui revient, avec un maximum de 40,5 heures/semaine, à environ⁹³ €8.424,-/mois.

Seul en maintien à domicile, le bénéficiaire peut toucher la prestation en espèce, ceci pour un maximum de 10.5 heures/semaine au taux de 50% du tarif des réseaux, ce qui revient à un maximum de €1.092,-.

L'**aide à domicile** inclue toute activité d'entretien, d'assistance au niveau des activités de la vie quotidienne, d'aide au niveau des tâches domestiques, de garde, de guidance et d'orientation éducatives, d'orientation

- ✓ soit socio-familiale (visant les personnes handicapées)
- ✓ soit gérontologique (visant les personnes âgées),

d'accompagnement au niveau des démarches administratives et sociales, d'aides et de soins concernant les actes essentiels de la vie (hygiène corporelle, nutrition et mobilité), les tâches domestiques, le soutien et le conseil. S'y ajoutent la prise en charge de produits et d'appareils

⁹² qui, avant l'introduction de l'assurance dépendance, étaient financés par les autorités sur la base de conventions.

⁹³ 'Environ' : puisqu'un coefficient 'qualification' modifie encore ce montant.

nécessaires au maintien à domicile, l'adaptation du logement et des mesures en faveur de l'aidant informel (formation, conseil, soutien).

Les **soins à domicile** consistent en tout activité de prestations de soins relevant des attributions des professions de santé.

Les réseaux d'aides et de soins doivent offrir *toute* la gamme de services nécessaires au maintien à domicile. Pendant la nuit, les services ne sont pas encore assurés.

Depuis l'introduction de l'AD (janvier 1999), l'ancien système des services d'aide et de soins conventionnés avec les Ministères de la Famille et de la Solidarité Sociale (MiFa), destiné aux personnes âgées fut abolie ; celui des conventions des services destinés aux personnes handicapées fut maintenu.

4.2.3.5.2. Le centre intégré pour personnes âgées (CIPA) , logement encadré

Un CIPA est un service réservé aux *personnes âgées*, garantissant un accueil **gérontologique** et des **services d'aides et de soins** (selon la loi sur l'AD), ceci pour une durée non limitée de jour et de nuit.

Le CIPA offre

pour les personnes non bénéficiaires de l'AD l'hébergement, l'entretien et l'assistance au niveau des activités quotidiennes la guidance médico-psycho-sociale, l'animation et le loisir et en plus pour des personnes bénéficiaires de l'AD des aides et soins comprenant les actes essentiels de la vie (hygiène corporelle, nutrition et mobilité), les tâches domestiques et le soutien stationnaire pris en charge par l'AD.

Le CIPA accueille, en général, à 1/3 des personnes valides et à 2/3 des personnes dépendantes⁹⁴. L'accueil gérontologique est facturé au résident, variant d'un CIPA à l'autre⁹⁵.

La personne admise en CIPA y reste jusqu'à sa mort, même en cas d'une dépendance maximale, alors qu'elle peut être admise en état d'autonomie totale.

4.2.3.5.3. La maison de soins

Contrairement au CIPA, la MS est accessible à *toute personne* âgée et/ou handicapée dépendante et garantit un accueil **gérontologique** et des **services d'aides et de soins** (selon la loi sur l'AD), ceci pour une durée non limitée de jour et de nuit et à au moins 3 personnes, mais à condition d'avoir été évalué par le Cellule d'évaluation et d'orientation à un *seuil minimal de dépendance (en termes de l'AD) de 12 heures de prestations hebdomadaire*.

En d'autres termes, la MS accueille uniquement des personnes non-valides. Théoriquement, tous les usagers des MS sont bénéficiaires de l'AD – à l'exception de ceux qui ne relèvent pas de l'UCM (sécurité sociale du GDL) et de ceux/celles qui n'ont pas accès à l'AD en raison d'une des conditions d'entrée non remplie (art. 349 ; cf. bullet (a) en chapitre 2.5., p.1) :

La MS n'accueille que des personnes en dépendance qui y restent également jusqu'à la fin de leur vie.

4.2.3.5.4. Traits communs aux deux structures

⁹⁴ Cette répartition dépend des listes d'attentes, des urgences et du personnel affecté au CIPA en question.

⁹⁵ entre € 1.128,- et 2.525,-/mois calculé selon, calculé en fonction des frais d'hôtellerie, des frais d'activité de l'accueil gérontologique et des frais liés à l'infrastructure du bâtiment (cf. le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999). Pour les personnes nécessiteuses, le Fonds National de la Solidarité intervient en préconisant une restitution après la mort du bénéficiaire.

Les deux types de services doivent être agréés (selon la loi dite ASFT et le règlement grand-ducal du 8 décembre 1999) et avoir signé

- ✓ un contrat d'aides et de soins avec l'UCM et
- ✓ un contrat de prise en charge avec le résident des deux types de structure.

Ce dernier contrat de prise en charge englobe

- ✓ un projet d'orientation concernant l'accueil **gérontologique et thérapeutique**,
- ✓ un projet d'accueil et de soins par catégorie d'utilisateur et
- ✓ l'institution d'un service appel-assistance (opérationnelle 24 heures/ 24 heures).

Encadré 2 : les coûts de l'AD en établissement (CIPA, MS, service d'hébergement⁹⁶)

Les *prestations en nature* sont versées directement aux prestataires sur base du système du tiers payant. Selon le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998, les actes sont définis en terme de durée, de valeur monétaire et de requis de formation.

Le tarif/heure maximal en établissement s'élève à €35,80 (montant indexé, valable en janvier 2003), ce qui revient, avec un maximum de 40,5 heures/semaine, à environ⁹⁷ €6.286,41/mois.

Le prix de pension payé par le pensionnaire couvre les prestations de « l'accueil gérontologique » qui se compose

- des frais d'hôtellerie
- des frais des activités résultant de l'accueil gérontologique⁹⁸ et
- des frais liés à l'infrastructure du bâtiment (cf. règlement grand-ducal du 8 décembre 1999 qui définit les points qu'un établissement peut faire valoir comme les m², l'équipement sanitaire etc., définissant son prix de pension⁹⁹).

4.2.3.5.5. Les services d'hébergement, logement adapté

Ces services sont destinés aux personnes handicapées, devant faire fonction des mêmes prestations que les CIPA et les MS. Au lieu de l'accueil gérontologique, il s'agit d'offrir un accueil socio-familial, soumis aux mêmes règlements (prestations réalisées, conditions minimales pour les gestionnaires de services (cf. règlements grand-ducaux du 8 décembre 1999 et du 18 décembre 1998).

Le fonctionnement en maintien à domicile et en établissement est exactement le même.

L'historique et les obligations de contrat des gestionnaires de services (face à l'UCM et face aux résidents) sont les mêmes que pour les CIPA et MS.

Les structures destinées aux personnes handicapées relèvent tous du droit privé, étant régies par des associations/ONG (liste de services en 2.5.1, p. 3).

Le Ministère de tutelle était et est toujours le Ministère de la Famille.

⁹⁶ Cf. chap. 2.5.5. ci-dessous.

⁹⁷ 'Environ' : puisqu'un coefficient 'qualification' modifie encore ce montant.

⁹⁸ a) sécurité et santé

b) assistance au niveau des gestes de la vie quotidienne

c) guidance institutionnelle et socio-familiale

d) animation socioculturelle

e) promotion des compétences individuelles ; intégration et participation sociales

f) assistance philosophique et religieuse ; prise en considération des besoins affectifs et sexuels, encadrement de qualité.

⁹⁹ La construction de l'immeuble se fait normalement sur base d'une convention de construction définissant la couverture des dépenses : souvent, l'Etat intervient à 80%, les Communes à 20%. Jusqu'à présent, l'utilisateur ne participe pas aux frais de construction.

5. Synthèse transfrontalière

Avant de voir émerger les systèmes de santé dont les trois pays concernés par le programme Interreg Wallonie - Lorraine - Luxembourg se sont dotés, des systèmes de sécurité sociale ont été édifiés sur des principes bismarckiens : assurance sociale obligatoire, couverture catégorielle de type socioprofessionnelle, financement par des contributions sociales proportionnelles aux revenus du travail, gestion par les partenaires sociaux, prestations proportionnelles. Au lendemain de la seconde guerre mondiale, les assurances maladies obligatoires des trois pays se sont progressivement étendues à l'ensemble de la population. Dans chaque pays, elles couvrent aujourd'hui la quasi-totalité des résidents avec la particularité en Belgique de ne pas encore être obligatoire pour les soins dits "petits risques" (non hospitaliers) des travailleurs indépendants.

Ces édifices reposent sur le principe de solidarité. Ils assurent le financement des soins de santé curatifs et préventifs qui sont fortement concentrés, puisqu'en moyenne 5 % de la population consomment plus de 50 % des dépenses de santé. Dans les trois pays, les sources de financement de la sécurité sociale se sont diversifiées et la fiscalisation représente désormais une part importante des recettes.

Gérées au niveau national, les assurances maladies garantissent une très large couverture des soins hospitaliers. Cependant, les soins de ville en France et en Belgique laissent aux patients des restes à charge qui peuvent atteindre 40 % du montant des honoraires.

Des trois pays, le Luxembourg a le niveau de couverture socialisé le plus élevé. La prise en charge atteint en moyenne 93,5 % du coût des soins. En conséquence, les couvertures complémentaires sont embryonnaires, à l'inverse de la France où elles absorbent une partie non négligeable des dépenses de santé. Par ailleurs, le Grand-Duché de Luxembourg a créé une nouvelle assurance sociale, pour financer la prise en charge de la dépendance de ses résidents. Le niveau de cette couverture sociale est élevé.

Les prestations d'assurance maladie obligatoire sont liquidées dans les trois pays par des caisses de maladie en France et au Luxembourg et par des mutualités en Belgique. La responsabilité de la gestion globale est assurée par des organismes nationaux : l'UCM au Grand-Duché de Luxembourg, la CNAM en France et l'INAMI en Belgique.

La tarification des prestations repose sur des mécanismes similaires : une négociation nationale entre prestataires et organismes assureurs fixant un tarif de remboursement identique pour les prestations dispensées. Cependant, en France, les prestations délivrées par des médecins non conventionnés ne sont quasiment pas remboursées par le tarif d'autorité (en moyenne 0,50 €).

Le système des soins des trois pays repose sur les mêmes principes : médecine libérale, libre choix du patient et liberté thérapeutique. Ils diffèrent, cependant, sur un ensemble de points :

- Le système français repose sur une planification des soins. Fortement centralisé, il s'est doté, depuis 1996, d'organes régionaux, les ARH, chargées de définir les schémas régionaux d'organisation sanitaire, de fixer les budgets pour les soins hospitaliers et de les répartir. Le secteur hospitalier se compose d'établissements publics, de PSPH financés par un budget global et de cliniques privées où la tarification à l'acte est d'application. A la fin de l'année 2004, l'ensemble du secteur sera financé par un nouveau système sur base de l'activité (T2A). Dans la zone Interreg Luxlorsan, c'est le seul système de soins qui est doté d'une faculté de médecine et d'un CHU. Ces structures sont toutefois excentrées puisqu'elles sont implantées à Nancy, soit l'extrême sud de l'espace Interreg.

- Le système luxembourgeois présente la caractéristique principale de s'adresser à une population de taille restreinte pour développer des infrastructures de services (équipements et équipes médicales) et pour traiter certaines affections qui requièrent des seuils de population

souvent deux fois plus élevés. De plus, il doit se tourner vers l'étranger pour assurer la formation et le recrutement de ses professionnels de santé, principalement les médecins. L'offre de soins, historiquement hétérogène, pour des raisons liées en partie à la taille de la population, à l'absence de faculté de médecine et à une forte autonomie des professionnels de santé a fortement évolué au cours de la dernière décennie avec la loi de réforme du secteur hospitalier. Celui-ci compte trois régions hospitalières. Le développement des activités est soumis à autorisation. Une carte sanitaire recense l'entièreté de l'offre. Le Grand-Duché de Luxembourg s'est doté, récemment, de plateaux techniques pointus dans certaines disciplines, sans pour autant être en mesure de les utiliser avec l'intensité nécessaire requise selon des critères de gestion économique et d'exercice idoine d'une pratique médicale suffisante. C'est la raison pour laquelle, les médecins spécialistes exerçant une activité pointue tantôt cherchent à drainer des patients étrangers, tantôt exercent sur plusieurs sites au Luxembourg et ou à l'étranger.

- Le système hospitalier belge a été réformé à partir de 1982 avec une redéfinition de la fonction de l'hôpital et l'adoption d'une nouvelle loi en 1987 entraînant la fermeture des établissements de petite taille ou leur intégration dans des structures plus importantes. De nombreux lits hospitaliers ont été supprimés et certains ont été reconvertis en lits MRS (structure de soins créée fin des années 80 pour dispenser des soins aux personnes âgées dépendantes). La Province de Luxembourg a connu un important processus de restructuration de son secteur hospitalier. Celui-ci compte aujourd'hui trois établissements hospitaliers généraux et un hôpital psychiatrique. Ils dispensent des soins de proximité et réfèrent, en cas de nécessité, leurs patients à des établissements universitaires, situés en dehors de la Province pour certaines examens ou interventions pointues (Liège - Bruxelles - Mont-Godinne).

En bref, les systèmes de soins et d'accès aux soins de la région Interreg WLL font émerger des principes communs et des modes de régulation comparables. Seulement, les caractéristiques organisationnelles diffèrent car elles s'articulent au mode de gestion politique et administrative de chaque État qui repose sur une culture propre, des institutions spécifiques et un mode d'organisation tissé par l'histoire. Nonobstant ces divergences, les atouts et les faiblesses des secteurs hospitaliers des trois régions qui composent l'espace Interreg WLL plaident pour le développement d'une coopération interhospitalière basée sur la complémentarité et la synergie des plateaux techniques et des équipes médicales au bénéfice des patients.

Chapitre 3 : Les professionnels de santé

1. Introduction

Les professionnels de santé sont au cœur du système de santé. Leur disponibilité, tant du point de vue quantitatif que qualitatif, a une forte incidence sur l'offre et l'accès aux soins des populations. A cet effet, face aux préoccupations de plus en plus affirmées devant les risques de pénurie du personnel de santé au cours des prochaines années, un état de lieu de la situation dans l'espace géographique du projet LUXLORSAN s'avère nécessaire. Cet état de lieu est effectué en poursuivant un double objectif, à savoir : (i) connaître le cadre légal dans lequel l'exercice des différentes professions de santé (médicales, chirurgicales, dentaires et autres professions) s'opère dans les trois versants ; (ii) connaître les effectifs des professionnels de santé disponibles ainsi que leurs spécialités afin d'apprécier le niveau de couverture de la population en fonction de certains problèmes de santé majeurs.

Face à la diversité des professions de santé, la description de l'offre de personnel au niveau de chaque versant est faite en tenant compte à la fois des statistiques disponibles et du poids de certaines professions dans l'offre de soins. C'est ainsi qu'au niveau du Luxembourg, du fait de l'importance des travailleurs frontaliers sur son marché du travail, une analyse plus détaillée est menée en terme de nationalité et de lieu de résidence.

Par ailleurs, il faut noter que, dans la mesure où une action spécifique du projet est consacrée au thème de la démographie médicale, certains aspects liés à la problématique du personnel de santé ne sont pas développés dans ce document.

2. Les professionnels de santé en Belgique

2.1. Contexte national

Le système de santé belge se caractérise par :

- Une conception libérale de la médecine

Selon l'article 36 du code de déontologie médicale¹⁰⁰, les prestataires de soins exerçant en Belgique jouissent la liberté thérapeutique de diagnostic.

Les médecins sont libres de choisir leur mode d'exercice de la médecine : médecine de groupe ou individuelle: au forfait¹⁰¹, salaire, association.). La très grande majorité des prestataires de soins belges sont des indépendants payés à l'acte. « Les médecins généralistes exercent habituellement en cabinet individuel, tandis que les spécialistes sont attachés aux services de consultation externe des hôpitaux »¹⁰².

Les médecins sont libres d'accepter ou de refuser d'appliquer les accords tarifaires fixés par le conventionnement et donc de définir le niveau de leurs honoraires.

Le contrôle de la pratique médicale est assuré par des pairs (ordre des médecins, accréditation, GLEM ...), respectant les droits individuels en ce qui concerne les normes, les contrôles ...

¹⁰⁰ CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Code de déontologie médicale, 2002.

¹⁰¹ De plus en plus de praticiens de première ligne (médecins généralistes et paramédicaux) exercent dans des maisons médicales où ils sont rémunérés de manière forfaitaire par les mutualités.

¹⁰² MM. DAUTEL et al, *Une étude comparée de l'organisation des systèmes d'urgences dans dix pays européens*, p.70.

➤ Le libre choix des patients

Les patients soignés en Belgique sont libres de choisir leur prestataire de soins et leur établissement de soins (privé ou public). Ils peuvent consulter directement un médecin généraliste ou spécialiste. Le médecin généraliste se rend fréquemment au domicile du patient.

➤ Un régime d'assurance maladie obligatoire concerté

La gestion du régime d'assurance obligatoire soins de santé fait l'objet d'une importante concertation entre les différents acteurs du secteur, à savoir les organismes assureurs, les professionnels de la santé, les "financeurs" et les autorités publiques.

Tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, institutions de soins et paramédicaux) sont représentés au sein de l'INAMI, dans diverses instances, comités techniques et commissions. Ces acteurs interviennent de la sorte dans l'organisation de l'assurance maladie obligatoire.

2.2. Les médecins et dentistes

2.2.1. Cadre légal

➤ Définitions légales et agrément

▪ Médecin généraliste

Pour exercer la profession de médecin généraliste, il faut avoir accompli au moins six années d'études de la formation conduisant à la délivrance du diplôme de docteur en médecine ou arts ». ¹⁰³. Selon l'arrêté royal du 21 avril 1983, le médecin généraliste agréé est « le médecin ayant suivi une formation complémentaire en médecine générale, et qui est agréé comme tel (...) » ¹⁰⁴.

▪ Médecin spécialiste

Selon ce même arrêté royal, le médecin spécialiste est « le médecin ayant suivi une formation complémentaire dans une spécialité et qui est agréé comme tel (...) » ¹⁰⁵. Une durée de stages minimale est fixée pour chaque spécialité. Durant cette période, « le candidat spécialiste doit suivre la formation requise, chez un ou plusieurs maîtres de stage agréés, dans un ou plusieurs services de stage agréés, dans les conditions imposées par les critères spéciaux de la spécialité concernée » ¹⁰⁶.

L'arrêté royal du 21 avril 1983 institue auprès du Ministère de la Santé publique ¹⁰⁷ un Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes chargé d'adresser au Ministre des propositions relatives à l'agrément des médecins, des maîtres de stage et des services de stage et deux Commissions d'agrément, l'une pour les médecins spécialistes, l'autre pour les médecins généralistes. Ces Commissions ont pour mission d'une part, de donner un avis sur le plan de stage introduit par le candidat et de proposer éventuellement des dérogations aux critères d'agrément dans les limites des directives et des recommandations et d'autre part, de surveiller

¹⁰³ Arrêté ministériel du 1 octobre 2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (MB : 02/11/02), art.4.

¹⁰⁴ Arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB : 27/04/03), art.1, 3°.

¹⁰⁵ Arrêté royal du 21 avril 1983, fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB : 27/04/03), art.1, 3°.

¹⁰⁶ Arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (MB : 29/05/99), art.2, §2.

¹⁰⁷ Arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB/27/04/84).

l'exécution du plan de stage dans tous ses éléments tant par le maître de stage que par le candidat.

Pour exercer, le médecin doit d'une part, faire viser son titre auprès de la Commission provinciale du lieu où il exerce et d'autre part, être inscrit à l'Ordre des médecins. L'Ordre des médecins comprend donc « tous les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, domiciliés en Belgique et inscrits au tableau de l'Ordre de la province dans laquelle est situé leur domicile »¹⁰⁸. Enfin, les généralistes et spécialistes doivent également être agréés par le Ministère de la Santé publique.

▪ Dentiste

Selon l'arrêté royal du 10 novembre 1967, « nul ne peut exercer l'art dentaire s'il n'est porteur du diplôme de licencié en science dentaire obtenu conformément à la législation (...) »¹⁰⁹. En outre, les praticiens ne peuvent exercer leur art que « s'ils ont préalablement fait viser leur titre par la commission médicale (...) compétente en raison du lieu où ils comptent s'établir »¹¹⁰. Actuellement, il n'existe pas d'Ordre des dentistes en Belgique.

L'article 4 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991¹¹¹ établit la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art dentaire. Ces titres sont :

- dentiste généraliste ;
- dentiste, spécialiste en orthodontie ;
- dentiste, spécialiste en parodontologie.

Un dentiste généraliste ne peut cumuler un titre de spécialiste. De même, un stomatologue ne peut cumuler le titre d'une spécialité dentaire.

Selon les données de l'INAMI, un tiers de dentistes pratiquent l'orthodontie.

Pour être agréé, le dentiste généraliste doit avoir suivi une formation d'une durée d'un an avec une partie théorique et une partie clinique pratique¹¹². Le dentiste spécialiste doit quant à lui « avoir suivi une formation dans un centre de formation universitaire agréé, sous la direction d'un maître de stage-coordonateur (...) »¹¹³ : le dentiste spécialiste en parodontologie doit « avoir suivi une formation spécifique d'une durée minimale de trois années »¹¹⁴ ; le candidat spécialiste en orthodontie doit « avoir suivi une formation spécifique d'une durée minimale de quatre ans »¹¹⁵.

Remarquons qu'en Belgique, « les assistants dentaires sont rares et les hygiénistes buccaux n'existent pas »¹¹⁶.

¹⁰⁸ Arrêté royal n° 79 du 19 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins (MB : 14/11/1967), art.2.

¹⁰⁹ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB 14/11/1967), art.3.

¹¹⁰ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB 14/11/1967), art.7.

¹¹¹ Arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (MB : 14/03/92), art.4.

¹¹² Arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste (MB : 31/05/2002), art.2.

¹¹³ Arrêté ministériel du 11 juin 2001 fixant les critères généraux d'agrément des dentistes spécialistes (MB : 05/07/2001), art.2.

¹¹⁴ Arrêté ministériel du 27 juillet 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en parodontologie (MB : 29/11/2001), art.2.

¹¹⁵ Arrêté ministériel du 28 mai 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en orthodontie (MB : 10/07/2001), art.2.

¹¹⁶ D. VAN STEENBERGHE, *Fondements scientifiques du plan stratégique des soins buccaux en Belgique*, p.48.

L'arrêté royal du 25 novembre 1991¹¹⁷ établit la liste¹¹⁸ des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical.

➤ Programmation

▪ Médecins généralistes et spécialistes

En Belgique, le nombre de médecins est suffisant, voire varie légèrement pléthorique. En 1996 un *numerus clausus* à l'agrément c'est-à-dire à l'autorisation d'exercice a été instauré. Cette restriction porte sur le nombre total de médecins pratiquant ; elle ne distingue donc pas les spécialités, ni les zones géographiques. Le médecin agréé peut s'installer où il veut. Toutefois, un système d'aide à l'installation a été mis en place dans certaines zones.

Les premiers médecins auxquels auront été appliquées les nouvelles règles en la matière seront diplômés en juin 2004 : la Communauté flamande a instauré un examen à l'entrée des études tandis que la Communauté française a opté pour une sélection à la fin de la 3^e candidature¹¹⁹. Concrètement, seulement 700 médecins (dont 280 en Communauté française) obtiendront la possibilité d'entreprendre une spécialisation¹²⁰ dans le cadre de l'INAMI. Toutefois, il faudra attendre une vingtaine d'année avant d'obtenir un effet net du *numerus clausus* sur la démographie médicale.

Selon l'arrêt royal du 30 mai 2002¹²¹, le nombre de candidats ayant accès à la formation pour un titre de médecin est fixé annuellement de la façon suivante :

Tableau 1 : Nombre de candidats ayant accès à la formation pour un titre de médecin

	Total médecins 2004-2011	Spécialistes 2004-2006	Généralistes 2004-2006
Communauté flamande	420	240	180
Communauté française	280	160	120
Belgique	700	400	300

Conformément à l'article 2 de l'arrêté précité, un nombre minimum de candidats¹²² ayant accès à la formation de certaines spécialités a été défini.

▪ Dentistes

Pour la période 2002-2010, le nombre maximum de dentistes ayant annuellement accès à la profession en Belgique est de 140 . Leur répartition se fait de la façon suivante¹²³ :

¹¹⁷ Arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (MB : 14/03/1992).

¹¹⁸ Cf. Annexe 1 : Liste de médecins spécialistes énoncé par l'arrêté royal du 25 novembre 1991

¹¹⁹ Ce système choisi par la Communauté française s'est révélé difficile à pratiquer. C'est la raison pour laquelle le Parlement de la Communauté française a abrogé ce système en 2003. Mais le gouvernement fédéral n'a pas supprimé la limitation de l'accès à la profession qui est de sa compétence. Autrement dit, des étudiants diplômés après 7 ans d'études pourraient être dans l'impossibilité de pratiquer la médecine.

¹²⁰ Formation spécifique en médecine générale (médecins généralistes) ou spécialisation (médecins spécialistes)

¹²¹ Arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.06.2002), art.1, §§.1-3.

¹²² Cf. Annexe 2 : Nombre de candidats ayant accès à la formation pour un titre de médecin fixé par l'article 2 de l'arrêté royal du 30 mai 2002 (MB : 14/06/2002).

¹²³ Arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire (MB : 16/06/2002).

Tableau 2 : Nombre maximum de dentistes ayant accès à la profession (2002-2010)

	TOTAL dentistes	Dentistes généralistes	Dentistes spécialistes en parodontologie	Dentistes spécialistes en orthodontie
Communauté flamande	84	70	7	7
Communauté française	56	46	5	5
Belgique	140	116	12	12

➤ **Intervention de l'assurance maladie¹²⁴**

▪ Médecin généraliste

Les médecins généralistes et spécialistes conventionnés respectent les tarifs issus des accords médico-mutualistes pour les prestations remboursées par la sécurité sociale tandis que les médecins non-conventionnés fixent le montant de leurs honoraires.

En 2003, le coût d'une consultation chez un généraliste belge conventionné varie entre 10,69 € et 17 €. La part à charge du patient oscille entre 0,83 € et 4,63 €. La visite à domicile du médecin coûte 16,62 € ou 21,59 € selon son statut et le patient paie entre 1,60 € et 7,55 € selon ses moyens.

▪ Médecin spécialiste

L'honoraire moyen d'un spécialiste belge conventionné en 2003 s'élève à 26,41 € et coûte en moyenne 10,01 € aux patients "ordinaires" et 2,09 € aux bénéficiaires d'intervention majorée.

▪ Dentiste

Les dentistes conventionnés respectent les tarifs issus des accords dento-mutualistes pour les prestations remboursées par la sécurité sociale tandis que les dentistes non-conventionnés fixent le montant de leurs honoraires.

Au 1^{er} janvier 2004, le prix d'une consultation chez un dentiste belge s'élève à 17,58 € et coûte 4,25 € au patient. Le coût des soins préventifs varie entre 7,93 € et 50,49 € et la part à charge du patient s'élève au maximum à 3,13 €. Les soins conservateurs coûtent entre 24,27 € et 125,71 € et sont facturés au patient entre 2,53 € et 9,16 €. Le prix d'une extraction est de 35,36 € pour laquelle le patient paie 8,84 €.

2.2.2. Évolution des médecins et dentistes

Les chiffres ci-dessous représentent l'ensemble des médecins c'est-à-dire ceux avec ou sans pratique clinique.

Au cours de la dernière décennie (1992-2002), le nombre global de médecins a augmenté de 27,89 %. Ce phénomène résulte de l'accroissement constant du nombre de spécialistes (+ 63,21 %) et dans une moindre mesure des candidats spécialistes (+ 9,21 %), et ce en dépit de la diminution du nombre de généralistes enregistrée depuis 1998 (- 9,51 %).

Depuis 1996, les effectifs dentaires sont à la baisse (- 12 %).

¹²⁴ Source : INAMI, Cf. Annexe 3: Intervention de l'assurance maladie au 1er janvier 2004 (Médecins) et 4 : Intervention de l'assurance maladie au 1er janvier 2004 (Dentistes)

Tableau 3 : Evolution du nombre de prestataires en Belgique

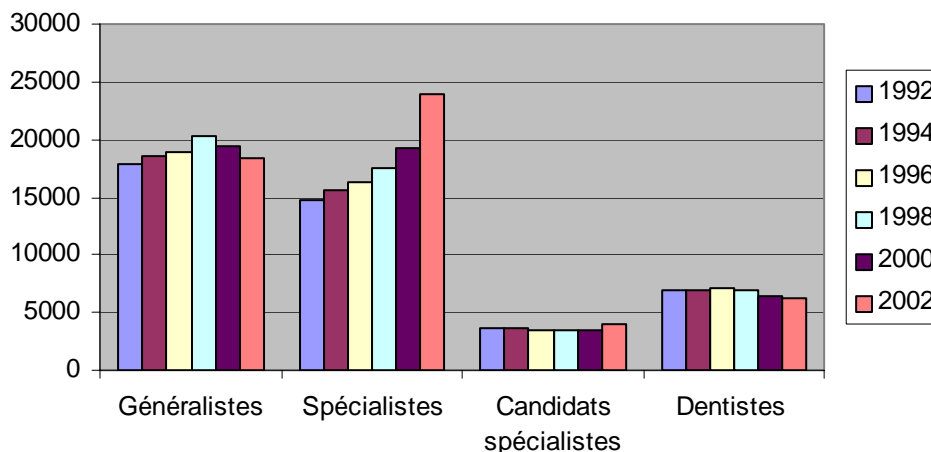
	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Généralistes	17 895	18 614	18 866	20 297	19 443	$17543 + 824^{125} = 18\,367$
Spécialistes	14 691	15 605	16 364	17 552	19 166	$22\,107 + 1871^{126} = 23\,978$
Candidats spécialistes	3 592	3 573	3 460	3 482	3 427	3 923
TOTAL	36 178	37 792	38 690	41 331	42 036	46 268
Densité de médecins (par 100 000 habitants)	381	394	401	425	430	468
Dentistes	6 850	6 961	7 035	6 966	6 362	6 189
Densité (par 100 000 habitants)	68	69	69	68	62	60

Source : MSP (médecins), INAMI (dentistes), INS

Parmi les médecins recensés en 2002, 40 299, soit 87 % ont une pratique clinique c'est-à-dire des « médecins pratiquant la médecine curative et éventuellement préventive en pratique privée ou au sein d'un institution ». La plupart d'entre eux sont des médecins spécialistes.

Les évolutions conjointes observées ci-dessus sont telles que les spécialistes sont désormais plus nombreux que les généralistes.

Graphique 1 : Evolution du personnel médical belge par catégorie (1992-2002)

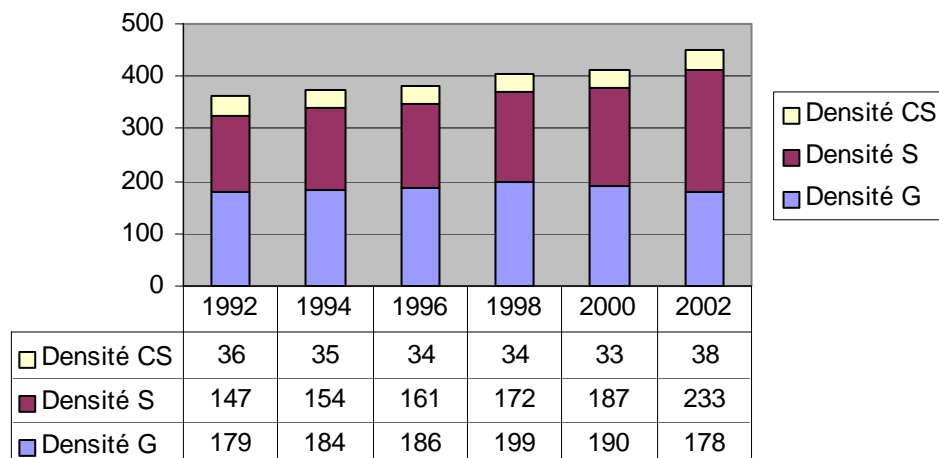


Ce constat s'applique également à l'évolution de la densité médicale.

¹²⁵ En 2002, le MSP a introduit une nouvelle distinction dans ses statistiques, celle de "candidats généralistes".

¹²⁶ En 2002, le MSP a introduit une nouvelle distinction dans ses statistiques, celle de "spécialistes pour lesquels la spécialisation est inconnue".

Graphique 2 : Evolution de la densité médicale belge par 100.000 habitants



La densité des dentistes chute de 12 % entre 1992 et 2002. Toutefois, avec 60 dentistes pour 100 000 habitants, la Belgique se situe dans la moyenne européenne.

Les études de dentisterie ont connu un fort engouement dans les années 80. Durant cette décennie, le nombre de diplômés est passé de 100 à 500 par an, avant de retomber à 200 après 1990.

2.2.3. Effectifs médicaux et dentaires en 2002

Rappelons que les données disponibles auprès du Ministère de la Santé Publique recensent l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes diplômés c'est-à-dire que les statistiques présentées ci-dessous incluent les médecins sans pratique clinique¹²⁷.

Fin 2002, le nombre de médecins en Belgique s'élevait à 46 268, soit un médecin pour 263 habitants. Globalement, la densité médicale est plus faible en province de Luxembourg qu'au niveau national (-20,5%). Par contre, la densité des généralistes y est plus élevée (+ 9%). En effet, les généralistes de la province de Luxembourg représentent 52 % des médecins alors qu'au niveau national, ceux-ci ne représentent que 40 %.

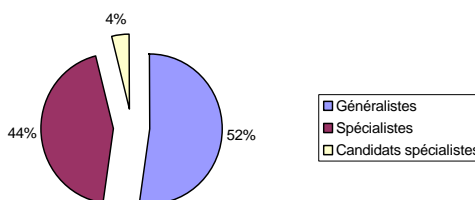
¹²⁷ Le MSP définit les médecins sans pratique clinique de la façon suivante : « il faut entendre notamment : les médecins fonctionnaires des ministères ou organismes parastataux, les médecins des mutuelles, les médecins ne pratiquant que la médecine préventive (centre P.M.S. ou Centre de Santé) ; les médecins pratiquant la médecine du travail sans être titulaire du titre de médecin spécialiste en médecine du travail ; les médecins s'adonnant à la recherche médicale ou industrielle ; les médecins n'exerçant plus aucune pratique médicale ou professionnelle ». Pour plus de détail, cf. Annexe 5 : Effectifs médicaux au 31/12/2002 (avec / sans pratique médicale)

Tableau 4 : Effectifs médicaux au 31/12/2002

	Belgique	Province de Luxembourg
Généralistes	18 367	486
Spécialistes	23 978	409
Candidats spécialistes	3 923	37
Total	46 268	932
Densité de généralistes	178	194
Densité de spécialistes	233	163
Densité de candidats spécialistes	38	15
Densité médicale (par 100 000 habitants)	468	372
Dentistes	6189	158 ¹²⁸
Densité (par 100 000 habitants)	60	63

Source : MSP 2002

Graphique 3 : Répartition des médecins en province de Luxembourg



2.2.4. Effectifs des spécialistes et candidats spécialistes

A l'exception de l'orthopédie, les concentrations de spécialistes en province de Luxembourg sont inférieures aux densités nationales. Qui plus est, plus de 40 % des spécialités n'atteignent pas la moitié de la densité nationale.

Les groupes de spécialistes les plus importants en province de Luxembourg sont identiques à ceux du niveau national, à savoir : les spécialistes en médecine interne, en radiodiagnostic, en biologie clinique, en anesthésiologie, en chirurgie, en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie, en orthopédie, en médecine du travail, en ophtalmologie, en neuropsychiatrie et en cardiologie.

¹²⁸ Cf. Annexes 6 : Répartition des dentistes en province de Luxembourg et 7 : Effectifs de dentistes en 2002

Tableau 5 : Les effectifs et les densités des spécialistes et candidats spécialistes

	Belgique		Province de Luxembourg		B/ZIB ¹²⁹
SPECIALITES	N	Densité ¹³⁰	N	Densité *	
Médecine du travail	802	7,8	19	7,6	-2,5
Anesthésiologie	1906	18,5	32	12,8	-30,9
Chirurgie	1689	16,4	29	11,6	-29,3
Neurochirurgie	146	1,4	1	0,4	-71,8
Chirurgie plastique et reconstructrice	196	1,9	3	1,2	-37,0
Neurologie	212	2,1	3	1,2	-41,7
Psychiatrie	637	6,2	8	3,2	-48,3
Psychiatrie de l'adulte	5	0,0	0	0,0	-100,0
Gynécologie - obstétrique	1458	14,1	28	11,2	-20,9
Ophtalmologie	1078	10,5	18	7,2	-31,3
ORL	635	6,2	15	6,0	-2,7
Urologie	385	3,7	4	1,6	-57,2
Orthopédie	977	9,5	24	9,6	1,1
Stomatologie	349	3,4	6	2,4	-29,2
Dermato-vénérologie	695	6,7	7	2,8	-58,5
Médecine interne	2231	21,6	41	16,4	-24,3
Pneumologie	342	3,3	4	1,6	-51,8
Gastro-entérologie	436	4,2	8	3,2	-24,5
Pédiatrie	1562	15,2	27	10,8	-28,8
Cardiologie	888	8,6	15	6,0	-30,5
Neuropsychiatrie	1458	14,1	15	6,0	-57,6
Rhumatologie	225	2,2	3	1,2	-45,1
Médecine physique	501	4,9	6	2,4	-50,7
Biologie clinique	795	7,7	10	4,0	-48,2
Radiodiagnostic	1623	15,7	38	15,2	-3,6
Radiothérapie	220	2,1	3	1,2	-43,9
Psychiatrie de l'enfant	25	0,2	0	0,0	-100,0
Médecine nucléaire	315	3,1	7	2,8	-8,5
Anatomie-pathologie	321	3,1	2	0,8	-74,3
Total	22107	214,4	376	150,2	-30,0
SUPER SPECIALISTES					
Nucléaire in vitro	237	2,3	2	0,8	-65,3
Réadaptation	903	8,8	8	3,2	-63,5
Gériatrie	277	2,7	3	1,2	-55,4
Chirurgie orale et maxillofaciale	106	1,0	1	0,4	-61,2
Soins intensifs	510	4,9	8	3,2	-35,4
Soins d'urgence	269	2,6	7	2,8	7,1
Neurologie pédiatrique	28	0,3	0	0,0	-100,0
Néphrologie	173	1,7	5	2,0	19,0
Endocrino-diabétologie	175	1,7	6	2,4	41,2
CANDIDATS SPECIALISTES					
Médecine du travail	62	0,6	3	1,2	99,2
Anesthésiologie	531	5,2	2	0,8	-84,5
Chirurgie	372	3,6	7	2,8	-22,5
Neurochirurgie	48	0,5	0	0,0	-100,0
Chirurgie plastique et reconstructrice	39	0,4	1	0,4	5,6
Neurologie	103	1,0	0	0,0	-100,0
Psychiatrie	303	2,9	10	4,0	35,9
Gynécologie - obstétrique	35	0,3	0	0,0	-100,0
Ophtalmologie	103	1,0	1	0,4	-60,0
ORL	94	0,9	0	0,0	-100,0
Urologie	71	0,7	1	0,4	-42,0
Orthopédie	172	1,7	0	0,0	-100,0
Stomatologie	29	0,3	0	0,0	-100,0

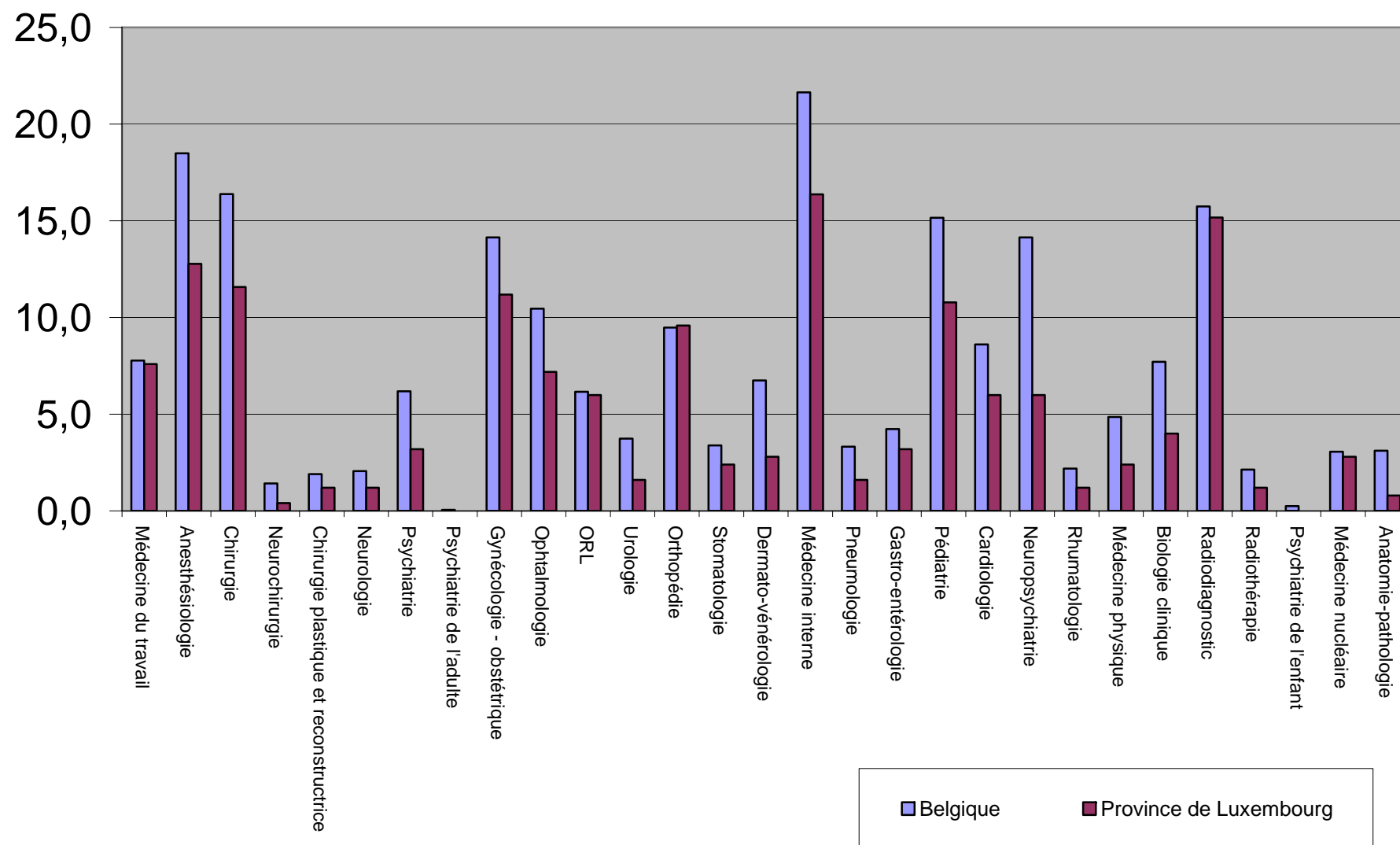
¹²⁹ Par ZIB il faut lire la zone Interreg belge qui est la Province du Luxembourg

¹³⁰ * pour 100.000 habitants

Dermato-vénérologie	84	0,8	0	0,0	-100,0
Médecine interne	669	6,5	8	3,2	-50,8
Pneumologie	51	0,5	0	0,0	-100,0
Gastro-entérologie	49	0,5	0	0,0	-100,0
Pédiatrie	281	2,7	1	0,4	-85,3
Cardiologie	94	0,9	0	0,0	-100,0
Neuropsychiatrie	0	0,0	0	0,0	-
Rhumatologie	12	0,1	0	0,0	-100,0
Médecine physique	81	0,8	0	0,0	-100,0
Biologie clinique	73	0,7	0	0,0	-100,0
Radiodiagnostic	205	2,0	1	0,4	-79,9
Radiothérapie	48	0,5	0	0,0	-100,0
Psychiatrie juvénile	20	0,2	0	0,0	-100,0
Médecine nucléaire	27	0,3	1	0,4	52,5
Anatomie-pathologie	53	0,5	0	0,0	-100,0
Total	3923	38,1	37	14,8	-61,2

Source : MSP 2002

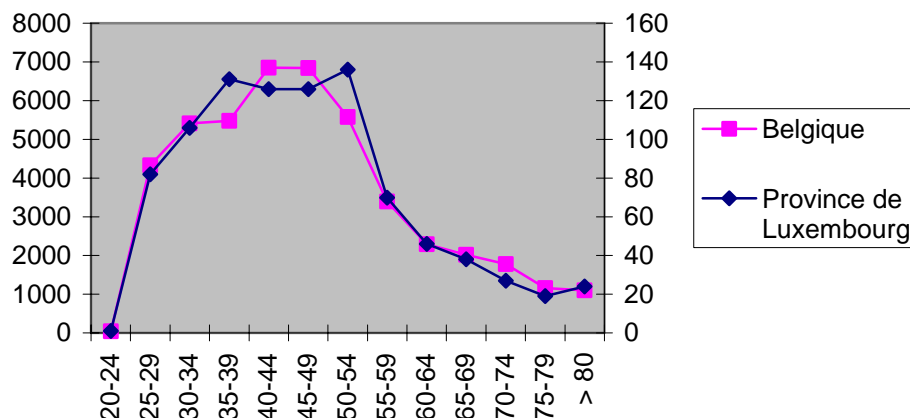
Graphique 4 : Densités des spécialistes en Belgique et province de Luxembourg pour 100.000 habitants



2.2.5. Répartition des médecins par âge

La répartition des médecins par classe d'âge en province de Luxembourg est similaire à celle observée au niveau national.

Graphique 5 : Répartition des médecins par classe d'âge



Source : MSP, 2002

La population médicale se caractérise par un vieillissement croissant. En effet, le rapport entre le nombre de médecins de moins de 50 ans et celui de plus de 50 ans est passé de 2,44¹³¹ en 1988 à 1,67 en 2002. Ce coefficient est établi à 1,59 en province de Luxembourg.

L'âge moyen des médecins¹³² est quasiment identique aux niveau national et régional : 46,1 ans au niveau national et 45,8 ans dans la zone Interreg belge.

2.2.6. Répartition des médecins par sexe

Au niveau national, les médecins masculins sont deux fois plus nombreux que leurs homologues féminins (31,1 %). Ce constat s'applique également à la province de Luxembourg (32,5 % de femmes) alors qu'en Communauté française ce taux s'élève à 34,2 %.

La proportion de spécialistes masculins est même plus élevée : 69,1 % en Belgique et 70,2 % en province de Luxembourg.

Toutefois, nous observons une féminisation de la profession.

¹³¹ MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT, INAMI, *Médecins - les aspects financiers, les activités et nombre de médecins en Belgique, Brochure d'information*, p.11.

¹³² Calculé sur les médecins de moins de 80 ans.

Tableau 6 : Répartition des médecins par sexe

		Belgique	Province de Luxembourg
Généralistes	Hommes	12461	329
	Femmes	5906	157
	Total	18367	486
Spécialistes	Hommes	16580	287
	Femmes	7398	122
	Total	23978	409
Candidats spécialistes	Hommes	1921	13
	Femmes	2002	24
	Total	3923	37
Total	Hommes	30962	629
	Femmes	15306	303
	Total	46268	932

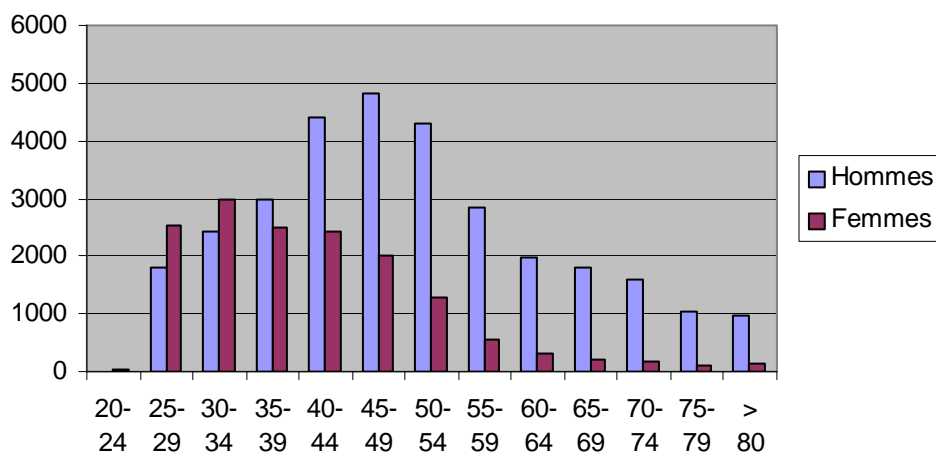
Source : Ministère de la santé publique (31/12/02)

2.2.7. Répartition des médecins par âge et par sexe

A l'instar des statistiques relatives aux candidats spécialistes, la répartition des médecins par âge et par sexe révèle une féminisation de la profession. En effet, la proportion des médecins féminins croît constamment et dépasse même celle de leurs homologues masculins dans les tranches d'âge les plus jeunes.

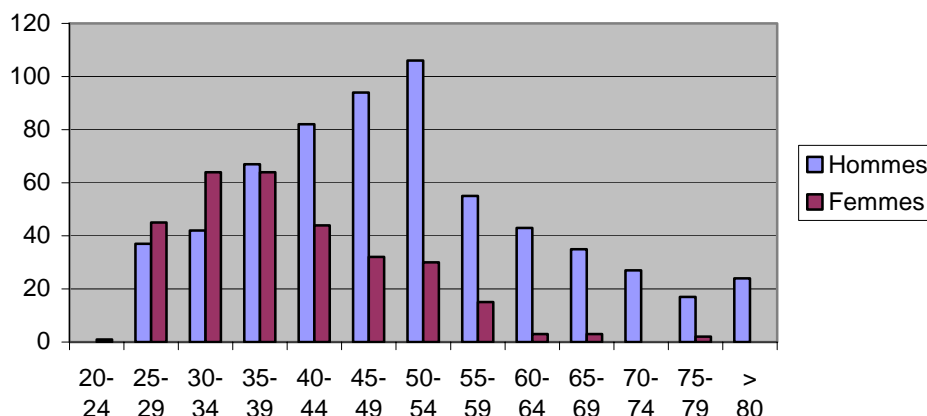
Les candidates spécialistes sont plus nombreuses que leurs homologues masculins (51 % en Belgique). Les candidates de la province de Luxembourg représentent même 64,9 %.

Graphique 6 : Répartition des médecins par âge et par sexe en Belgique



Source : Ministère de la santé publique (31/12/02)

Graphique 7 : Répartition des médecins par âge et par sexe en province de Luxembourg



Source : Ministère de la santé publique (31/12/02)

2.3. Les paramédicaux

Selon l'arrêté royal du 10 novembre 1967, les paramédicaux accomplissent habituellement des « prestations techniques auxiliaires liées à l'établissement du diagnostic ou à l'exécution du traitement »¹³³. Pour pouvoir exercer, le paramédical doit être « titulaire d'un agrément délivré par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions »¹³⁴. Qui plus est, l'exercice d'une profession paramédicale est subordonné au visa du titre professionnel par la Commission médicale provinciale.

Certains professionnels paramédicaux obtiennent leur diplôme dans une école supérieure (exemples : les infirmiers, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les logopèdes, les audiologues, les diététiciens, les technologues de laboratoire médical, les technologues en imagerie médicale ...) tandis que d'autres sont issus de l'enseignement secondaire supérieur (assistants pharmatico-techniques, puériculteurs ...).

Un Conseil national des professions paramédicales a été institué auprès du Ministère de la Santé publique. Celui-ci « donne au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, à sa demande ou d'initiative, des avis en toutes matières relatives aux professions paramédicales »¹³⁵.

Les professions paramédicales belges réglementées¹³⁶ sont les infirmiers, kinésithérapeutes, assistants pharmatico-techniques, puériculteurs - assistants nursing, technologues en imagerie médicale, technologues en laboratoire médical, podologues, diététiciens, ergothérapeutes, pharmaciens-biologistes, pharmaciens, orthoptistes, opticiens, audiologues, logopèdes et bandagistes - orthésistes (ou orthopédistes) - prothésistes.

Etant donné que nous n'avons pas été en mesure de collecter les données propres à la province de Luxembourg, nous présentons ci-dessous la situation nationale et dans certains cas celle de la Région wallonne de quelques professions paramédicales.

¹³³ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 22 §1.

¹³⁴ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art.24 §1.

¹³⁵ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art.29.

¹³⁶ Cf. infra et Annexe 8 : Autres paramédicaux belges

Les principales catégories de professionnels paramédicaux en terme d'effectifs sont les infirmiers (34,3 %) et les kinésithérapeutes (16,4 %).

2.3.1. Les praticiens de l'art infirmier

2.3.1.1. Cadre légal

Les Praticiens de l'Art Infirmier (PAI) regroupent les infirmiers gradués c'est-à-dire les étudiants diplômés de l'enseignement supérieur de type court, les infirmiers brevetés c'est-à-dire les élèves brevetés de l'enseignement secondaire supérieur professionnel du 4^{ème} niveau, les Assistants en Soins Hospitaliers - dont la formation a été suspendue dès 1994 et les aides soignants qui assistent les infirmiers dans leur travail.

Selon l'arrêté royal du 10 novembre 1967, « nul ne peut exercer l'art infirmier (...) s'il n'est agréé en tant que porteur, soit du titre professionnel de praticien infirmier, soit du titre professionnel de praticien infirmier gradué (...) »¹³⁷. Le premier titre « ne peut être accordé qu'au porteur d'un brevet ou diplôme du 4e degré de l'enseignement secondaire en soins infirmiers ou d'un brevet d'enseignement professionnel secondaire complémentaire, section nursing »¹³⁸ tandis que le second « ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement supérieur en soins infirmiers »¹³⁹.

Les études d'infirmier gradué « s'étendent sur trois années au moins. Elles sont de quatre ans au minimum pour les études d'accoucheuses »¹⁴⁰. Le détenteur de ce dernier diplôme « peut de plein droit exercer l'art infirmier dans le domaine de l'art obstétrical, du traitement de la fertilité et de la néonatalogie ».¹⁴¹

Des diplômes d'infirmier gradué spécialisé peuvent également être délivrés après une année d'étude supplémentaire. Ces diplômes « sont :

- infirmier(e) gradué(e) spécialisé(e) en pédiatrie ;
- infirmier(e) gradué(e) spécialisé(e) en santé mentale et psychiatrie ;
- infirmier(e) gradué(e) spécialisé(e) en santé communautaire ;
- infirmier(e) gradué(e) spécialisé(e) en soins intensifs et aide médicale urgente ;
- infirmier(e) gradué(e) spécialisé(e) en imagerie médicale et radiothérapie ;
- infirmier(e) gradué(e) spécialisé(e) en salle d'opération ;
- infirmier(e) gradué(e) spécialisé(e) en oncologie »¹⁴².

Un conseil national de l'art infirmier est institué auprès du Ministère de la Santé publique. Ce conseil a pour tâche de donner au Ministre « des avis en toute matière relative à l'art infirmier et, en particulier, en matière d'exercice de l'art infirmier et des qualifications requises »¹⁴³. Il peut également donner des avis relatifs aux études et à la formation de praticiens de l'art infirmier.

¹³⁷ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 21 quater, §1.

¹³⁸ Arrêté royal n° 78 relatif du 10 novembre 1967 à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 21 quater, §2.

¹³⁹ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 21 quater, §2.

¹⁴⁰ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(e) gradué(e) (MB : 12/07/1994), art.3.

¹⁴¹ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 21 quater, §4.

¹⁴² Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(e) gradué(e) (MB : 12/07/1994), art.4, §2.

¹⁴³ Arrêté royal n° 78 relatif du 10 novembre 1967 à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 21 undecies, §1.

➤ Régulation

Les praticiens de l'art infirmier et les soignants pâtissent d'une absence de planification alors qu'ils constituent la part la plus importante des professionnels de santé en Belgique.

➤ Intervention de l'assurance maladie

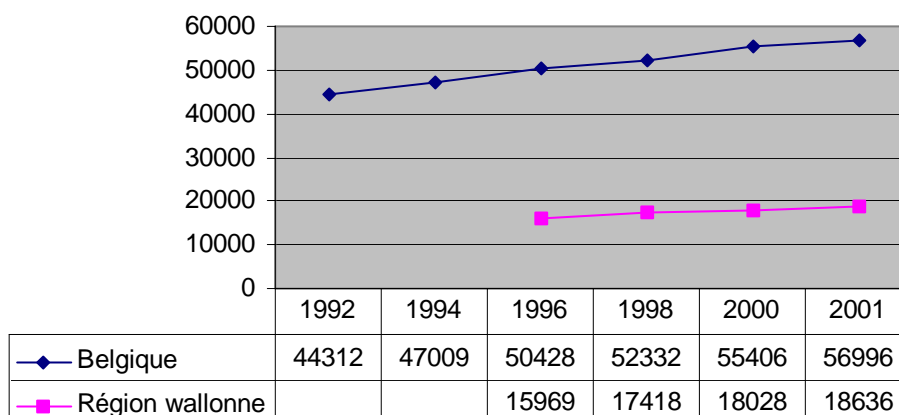
Les soins dispensés par les praticiens de l'art infirmier à domicile sont couverts par l'assurance obligatoire¹⁴⁴. Ils sont normalement facturés par prestation, mais des forfaits sont octroyés pour certaines prestations spécifiques ainsi qu'aux personnes dépendantes. Trois types de forfaits journaliers (A-B-C) sont accordés à ces personnes selon leur degré de dépendance, évalué à l'aide de l'échelle de Katz¹⁴⁵.

Le médecin-conseil de la mutualité vérifie et contrôle les critères de dépendance avant d'accorder l'autorisation d'allouer les forfaits infirmiers journaliers.

2.3.1.2. Évolution globale

En 2001, les 56 996 infirmiers exerçant en Belgique représentaient 34,3 % des professionnels de santé. Un tiers d'entre eux travaillaient en Région wallonne. Autrement dit, le Royaume comptait 555 infirmiers pour 100 000 habitants.

Graphique 8 : Evolution des effectifs infirmiers depuis 1992



Source : INAMI¹⁴⁶

Le nombre d'infirmiers a augmenté de 28,6 % entre 1992 et 2000. Toutefois, l'augmentation la plus importante a eu lieu la décennie précédente (+ 312,9 % entre 1980 et 2000). Entre 1996 et 2001, cette tendance est plus marquée en Wallonie (+ 16,7 %) qu'au niveau national (+ 13 %).

¹⁴⁴ Cf. Annexe 8 : Honoraires des infirmiers à domicile et intervention de l'assurance maladie en 2003

¹⁴⁵ Toutefois, ce système, jugé insatisfaisant, devrait être remplacé. En effet, le même besoin de soins est évalué différemment selon que la personne âgée se trouve à son domicile, réside dans une maison de repos ou dans une maison de repos et de soins. Il est donc nécessaire d'élaborer un nouvel instrument d'évaluation permettant d'analyser en détail les problèmes d'autonomie du patient. Le but est d'arriver à un instrument uniforme qui puisse s'appliquer tant aux soins à domicile qu'aux soins résidentiels et aux soins gériatriques.

¹⁴⁶ Le nombre d'infirmiers en Région wallonne s'élevait à 17 418 unités en 1999 et non en 1998.

Le taux d'attractivité des études en soins infirmiers a triplé entre 1989 et 1997 : en 1997, les étudiants/élèves en soins infirmiers représentaient 10 % des résidents belges âgés de 18 ans. Mais, ce taux n'est plus que de 8,8 % en 2001. De plus, « contrairement à la hausse des inscriptions en première année, le taux de passage des étudiants/élèves de 1^{ère} année en 2^{ème} année tend à chuter considérablement »¹⁴⁷. En outre, selon une étude récente, environ 35 % de l'effectif de départ sont susceptibles d'entrer sur le marché du travail belge. Qui plus est, le taux d'activité de la profession décroît très rapidement : « vers 40-44 ans, 60 % seulement des PAI travaillent encore dans le secteur de la santé »¹⁴⁸. Enfin, « en raison de la complexité croissante des problèmes de santé et du développement de la médecine, un besoin croissant d'infirmiers de haut niveau se fait sentir : infirmiers spécialisés, infirmiers praticiens, infirmiers actifs dans la recherche »¹⁴⁹. Les infirmiers gradués ont d'ailleurs tendance à se spécialiser davantage, principalement dans les soins intensifs et l'aide médicale urgente (40 % des inscriptions) et en pédiatrie (24 % des inscriptions). Mais selon STORDEUR S. et al., cet engouement amène les infirmiers à se détourner des unités de soins généraux et à leur préférer les unités dont l'activité correspond parfaitement à l'orientation de leur diplôme de spécialisation.

Compte tenu de ces raisons, STORDEUR S. et al. affirment qu'en dépit de l'augmentation du nombre de praticiens de l'art infirmier, « la main-d'œuvre est passée d'une situation de sureffectifs à une situation de pénurie »¹⁵⁰. Toutefois, ce constat ne fait pas l'unanimité¹⁵¹. Le gouvernement a néanmoins pris une mesure privilégiant la voie de l'extension du système d'aide soignant.

2.3.1.3. Évolution par secteur

Entre 1991 et 1997, le volume des emplois infirmiers en milieu hospitalier a enregistré une augmentation de près de 10 % : les cadres infirmiers et les infirmières augmentent respectivement de 17 % et de 15 %¹⁵² tandis que le nombre d'infirmiers brevetés ne croît que de 7 %. Parallèlement, le nombre de praticiens travaillant à temps plein diminue de 11 % (66 % en 1991 contre 55 % en 1997).

La majorité des professionnels de santé en MRS et MRPA est constituée d'aides soignants : en 1999, ceux-ci représentaient 57 % des professionnels exerçant dans ces institutions. Toutefois, l'augmentation des infirmiers y est plus importante : + 32 % entre 1993 et 1999 contre + 8 % pour les soignants. STORDEUR S. et al. expliquent ce phénomène par trois facteurs : l'augmentation globale du nombre de résidents, l'aggravation des indicateurs de dépendance et la transformation de places MRPA en MRS. De plus, « l'obligation récente d'organiser une permanence infirmière de jour comme de nuit en MRS ainsi que pour les résidents de catégorie C en MRPA est venue également accentuer les exigences de qualifications »¹⁵³. Le nombre d'infirmiers assurant des soins à domicile, tendent également à augmenter ces dernières années leur temps de travail.

¹⁴⁷ S. STORDEUR, M. HUBIN, X. LEROY, *L'offre et la demande d'infirmier(ère)s en Communauté française et germanophone de Belgique*

¹⁴⁸ Id.

¹⁴⁹ C. FONTAINE, R. LAGAE, *La profession d'infirmière demain : un défi pour les managers hospitaliers*

¹⁵⁰ S. STORDEUR, M. HUBIN, X. LEROY, *Loc. cit.*

¹⁵¹ Une enquête universitaire (KUL) estimait l'offre excédentaire entre 1.332 et 2.235 équivalents temps plein (ETP) pour cette année 2000 et entre 6.649 et 8.828 ETP en 2010.

¹⁵² STORDEUR S., HUBIN M., LEROY X., *L'offre et la demande d'infirmier(ère)s en Communauté française et germanophone de Belgique*

in S. STORDEUR, M. HUBIN, X. LEROY, *Loc. cit.*

¹⁵³ Id.

2.3.1.4. Turnover

Selon C. LIBERT¹⁵⁴, le turnover du personnel infirmier hospitalier¹⁵⁵ est environ de 9 %. Ceci est valable indépendamment de la province, du statut de l'hôpital ou du type d'hôpital. Toutefois, l'auteur note deux exceptions : le turnover de la province de Luxembourg avoisine les 18 % et celui des hôpitaux gériatriques est de 16 %. C. LIBERT explique le premier phénomène par « le fait qu'il existe pour ces hôpitaux un taux d'attractivité élevé de l'étranger, et plus particulièrement du Grand-Duché de Luxembourg qui offre au personnel infirmier des salaires supérieurs à ceux en vigueur en Belgique »¹⁵⁶. Le second résultat pourrait s'expliquer par la lourdeur des tâches et l'absence d'actes techniques dans ce type d'institution.

La province de Luxembourg enregistre « le taux de départ le plus élevé du personnel infirmier A1¹⁵⁷ (77 %) et le taux de départ le plus faible du personnel infirmier A2¹⁵⁸ (11%), par rapport aux autres provinces »¹⁵⁹.

C. LIBERT relève également que 7,2 % du personnel infirmier décident de quitter le secteur des soins de santé et que 6,3 % partent à l'étranger.

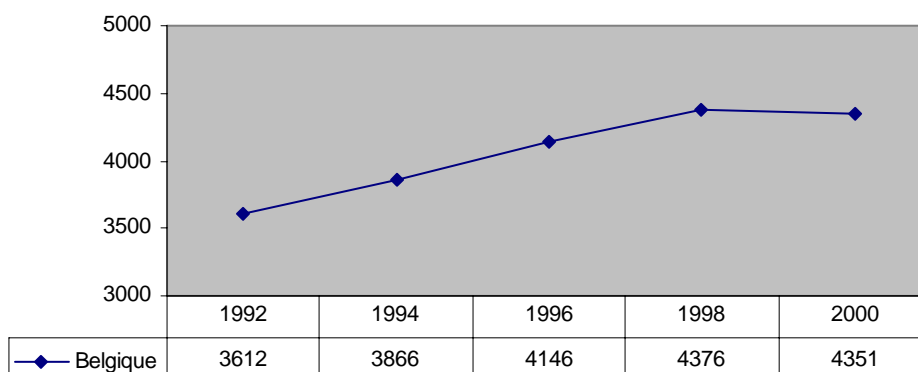
2.3.1.5. Flux transfrontaliers

Selon STORDEUR S. et al., les principaux pays d'émigration des infirmiers dotés d'un diplôme ou brevet belge sont la France et les Pays-Bas. Secondairement, ces infirmiers exercent au Luxembourg, en Italie et en Grande-Bretagne. En 20 ans, ces flux ont été trois plus importants que les entrées de diplômés européens en Belgique, soit une perte annuelle de 133 infirmiers. Par ailleurs, environ 33 % des brevets sont décernés à des étudiants étrangers ne résidant pas en Belgique, essentiellement à des étudiants français.

2.3.1.6. Les accoucheuses

Le nombre d'accoucheuses a crû jusqu'en 1998. A l'instar des praticiens de l'art infirmier, cette augmentation a été plus forte durant les années 80 (+ 92,9 %) qu'entre 1990 et 2000 (+ 32,9 %).

Graphique 9 : Evolution du nombre d'accoucheuses depuis 1992



Source : INAMI

¹⁵⁴ C. LIBERT, *Les mouvements du personnel infirmier dans les hôpitaux wallons*

¹⁵⁵ Par turnover, C. LIBERT entend le "nombre de départs en 2000 / personnel occupé au début de l'année 2000".

¹⁵⁶ C. LIBERT, *Loc. Cit.*

¹⁵⁷ Infirmiers gradués

¹⁵⁸ Infirmiers brevetés

¹⁵⁹ C. LIBERT, *Loc. Cit.*

En 2000, la densité d'accoucheuses était de 176 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 50 ans.

2.3.2. Les kinésithérapeutes

2.3.2.1. Cadre légal

Selon l'arrêté royal du 10 novembre 1967, l'agrément indispensable pour exercer la kinésithérapie « ne peut être accordé qu'au porteur d'un diplôme d'enseignement universitaire en kinésithérapie ou d'un diplôme d'enseignement supérieur non universitaire en kinésithérapie sanctionnant une formation dans le cadre d'un enseignement de plein exercice comportant au moins quatre années d'études »¹⁶⁰. Autrement dit, les étudiants peuvent obtenir leur diplôme de licence en kinésithérapie soit au sein d'une Haute Ecole supérieure soit à l'université.

Par ailleurs, un Conseil national de kinésithérapie est institué auprès du Ministre de la Santé publique. Celui-ci a pour mission « de donner au Ministre (...) des avis en toutes matières relatives à la kinésithérapie »¹⁶¹ et de « donner au Gouvernement des communautés (...) des avis en toutes matières relatives aux études et à la formation des kinésithérapeutes »¹⁶².

➤ Programmation

Un numerus clausus a été instauré : le nombre global de diplômés en kinésithérapie qui ont annuellement accès à l'agrément est limité à 450 pour chacune des années 2005, 2006 et 2007. Par communauté, ce nombre est fixé comme suit : 270 en Communauté flamande et 180 en Communauté française¹⁶³.

Il est prévu de réduire ce nombre à 350 pour les années 2008 et 2009.

➤ Intervention de l'assurance maladie

Les soins dispensés par les kinésithérapeutes sont couverts par l'assurance obligatoire¹⁶⁴. Il existe deux tarifs : le tarif A (général) et le tarif B (pendant les trois mois qui suivent une opération chirurgicale lourde ou un séjour de réanimation). Il s'applique également aux patients atteints de certaines affections graves (myopathie, sclérose en plaques, mucoviscidose, ...), après accord du médecin-conseil de l'organisme assureur.

Les remboursements varient également selon que le kinésithérapeute est ou non conventionné et selon la qualité de l'assuré (assuré ordinaire ou bénéficiaire de l'intervention majorée).

2.3.2.2. Evolution

En Belgique, les kinésithérapeutes constituent le deuxième groupe de prestataires de soins en terme d'effectifs après les infirmiers. En effet, les 27 262 kinésithérapeutes recensés en 2001 représentent 16,4 % des dispensateurs de soins. Environ un tiers des kinésithérapeutes exercent en Région wallonne.

¹⁶⁰ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 21 bis §2.

¹⁶¹ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 21 ter, § 1^{er}.

¹⁶² Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art. 21 ter, §2.

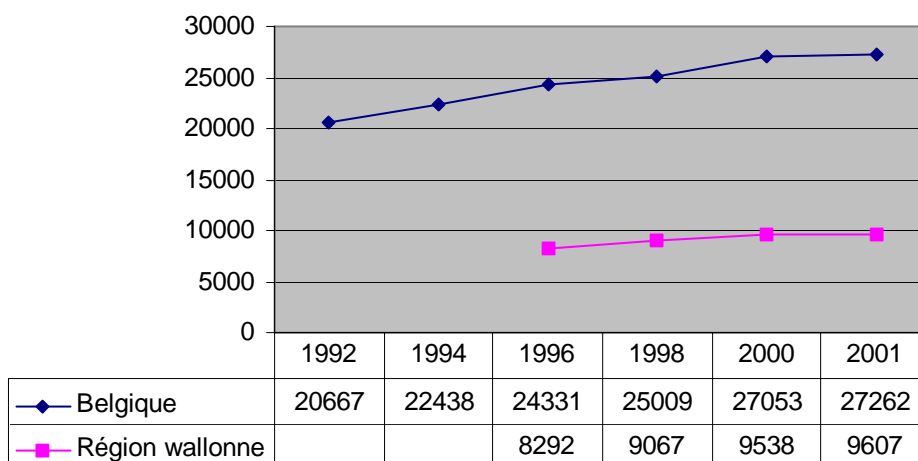
¹⁶³ Arrêté royal du 23 novembre 2000 modifiant l'arrêté royal du 3 mai 1999 fixant le nombre global de kinésithérapeutes, réparti par Communauté, ayant accès au titre professionnel de kinésithérapie. (MB : 14/12/2000), art. 1

¹⁶⁴ Cf. Annexe 10 : Honoraires des kinésithérapeutes et intervention de l'assurance maladie en 2003 — Tarifs en vigueur le 1^{er} août 2003

Selon l'Enquête Santé de 1997¹⁶⁵, la plupart des kinésithérapeutes travaillent dans les hôpitaux, les centres de révalidation, les institutions pour maladies chroniques de longue durée ou les homes pour personnes âgées. Toutefois, un nombre non négligeable de kinésithérapeutes n'est pas lié à ce genre d'institutions et possède un cabinet indépendant.

Au cours de la dernière décennie, le nombre de kinésithérapeutes a augmenté de 42,2 % et de 160,9 % depuis 1980. Toutefois, l'instauration du *numerus clausus* freinera cette progression.

Graphique 10 : Evolution du nombre de kinésithérapeutes depuis 1992



Source : MSP¹⁶⁶

En 2001, la Belgique disposait de 265 kinésithérapeutes par 100 000 habitants tandis que cette proportion était de 105 en 1980. La densité est même plus élevée en Région wallonne (287). La densité de diplômés en province de Luxembourg se situe quant à elle entre les deux (258). Celles-ci sont les plus élevées de l'Union européenne.

En 1999, 68,72 % des diplômés sont actifs. Ce taux est légèrement supérieur en Région wallonne (70,12 %) mais chute à 63,41 % en province de Luxembourg. Ainsi, les 402 kinésithérapeutes actifs en 1999 dans la zone belge Interreg, couvrant un bassin de population de 245 140 habitants¹⁶⁷, représentent une densité de 163 prestataires par 100 000 habitants.

Tableau 7 : Kinésithérapeutes actifs / inactifs

	Ensemble des kinésithérapeutes		Kinésithérapeutes actifs		Kinésithérapeutes inactifs	
	Nombre	Densité par 100 000 habitants	Nombre	Densité par 100 000 habitants	Nombre	Densité par 100 000 habitants
Belgique	26 007	254	17 871	175	8 136	79,5
Région wallonne	9 093 ¹⁶⁸	272	6 376	191	2 717	81,4
Province de Luxembourg	634	258	402	164	232	95

Source : MSP, 1999

¹⁶⁵ Cf. <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his97fr/his9462.pdf>

¹⁶⁶ Le nombre de kinésithérapeutes en Région wallonne s'élevait à 17 418 unités en 1999 et non en 1998.

¹⁶⁷ Source : INS

¹⁶⁸ 9067 selon les statistiques de la Région wallonne (Cf. supra).

SOMER A. et VAN OUYTSEL A.¹⁶⁹ constatent que les kinésithérapeutes constituent une population relativement jeune : 60 % d'entre eux ont moins de 40 ans et 30 % moins de 30 ans. 51,7 % des actifs sont des femmes.

2.3.3. Logopèdes

Selon l'arrêté royal du 20 octobre 1994¹⁷⁰, la profession de logopède est une profession paramédicale dont l'exercice est réservé aux personnes détenant un diplôme obtenu après une formation, théorique et pratique orientée sur la logopédie, d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice.

En 1999, les missions de la Commission de planification-offre médicale ont été élargies « à la profession paramédicale de logopède »¹⁷¹.

En Belgique, le nombre de logopèdes a chuté de 40,2 % entre 1992 et 2001. En terme de densité, ceux-ci étaient 55 pour 100 000 habitants en 1992 contre 32 en 2001.

Tableau 8 : Evolution des logopèdes

	1994	1996	1998	2000	2001
Effectifs	5947	6504	5443	2983	3287
Densité pour 100 000 habitants	58	64	53	29	32

2.3.4. Bandagistes - Orthésistes (ou Orthopédistes) - Prothésistes

Le Bandagiste – Orthésiste – Prothésiste est un professionnel de la santé qui doit être capable de concevoir, fabriquer un appareillage et de l'adapter en fonction de l'évolution du patient en tenant compte de ses besoins réels.

La profession de bandagiste ne peut être exercée que par les personnes détenant « un diplôme, sanctionnant une formation d'au moins trois ans dans une section bandages, complétée par deux ans de patronat, les deux suivies dans un établissement créé, subventionné ou agréé par l'autorité compétente, consécutive à l'enseignement secondaire supérieur »¹⁷².

La profession d'orthésiste ne peut être exercée que par les personnes détenant « un diplôme, sanctionnant une formation d'au moins trois ans dans une section orthèses, complétée par deux ans de patronat, les deux suivies dans un établissement créé, subventionné ou agréé par l'autorité compétente, consécutive à l'enseignement secondaire supérieur »¹⁷³.

La profession de prothésiste ne peut être exercée que par les personnes détenant « un diplôme, sanctionnant une formation d'au moins trois ans dans une section prothèses, complétée par deux

¹⁶⁹ A. SOMER et A. VAN OUYTSEL, *Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie*, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, p.12.

¹⁷⁰ Arrêté royal du 20 octobre 1994 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le logopède peut être chargé par un médecin (MB : 06/12/1994), art. 1 et 3.

¹⁷¹ Arrêté royal du 3 mai 1999 élargissant la compétence de la Commission de planification-offre médicale à la profession paramédicale de logopède, (MB : 24.06.1999), art.1.

¹⁷² Arrêté royal du 6 mars 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin (MB : 15/05/1997), art. 4.

¹⁷³ Arrêté royal relatif du 6 mars 1997 au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin (MB : 15/05/1997), art.5.

ans de patronat, les deux suivies dans un établissement créé, subventionné ou agréé par l'autorité compétente, consécutive à l'enseignement secondaire supérieur »¹⁷⁴.

Pour être agréés, les bandagistes, orthésistes et prothésistes doivent faire viser leur diplôme par le Ministre qui à la Santé publique dans ses attributions.

La croissance des effectifs des bandagistes au cours de la période 1992-2001 a été de l'ordre de 27,6 %. En 2001, on dénombrait 8267 bandagistes, soit 80 pour 100 000 habitants.

Tableau 9 : Evolution des bandagistes

	1994	1996	1998	2000	2001
Effectifs	6915	7404	7740	8083	8267
Densité pour 100 000 habitants	68	73	76	79	80

La Belgique disposait de 786 bandagistes - implants en 2001, soit 4,9 % de plus qu'en 1995. La densité de cette catégorie de paramédicaux est de 7/100 000 habitants.

Tableau 10 : Evolution des bandagistes-implants

	1995	1997	1999	2001
Effectifs	749	686	733	786
Densité pour 100 000 habitants	7	7	7	7

Le nombre d'orthopédistes s'élevait à 562 en 2001 (5 pour 100 000 habitants), soit une augmentation de 11,3 % depuis 1992.

Tableau 11 : Evolution des orthopédistes

	1994	1996	1998	2000	2001
Effectifs	510	521	531	551	562
Densité pour 100 000 habitants	5	5	5	5	5

2.3.5. Audiciens

A l'heure actuelle, la profession d'audicien ne fait l'objet d'aucune réglementation c'est-à-dire que la vente d'appareils auditifs ne nécessite aucun diplôme particulier. Toutefois, une loi pourrait transformer l'audicien en profession paramédicale et confier aux audiciens la responsabilité complète des adaptations de prothèses ; ils ne travailleraient donc plus sous la responsabilité d'un médecin.

Le nombre d'audiciens exerçant en Belgique en 2001 est de 911, soit une densité de 9 pour 100 000 habitants. Les effectifs de cette profession ont augmenté de 34 % entre 1992 et 2001.

Tableau 12 : Evolution des audiciens

	1994	1996	1998	2000	2001
Effectifs	690	724	784	869	911
Densité pour 100 000 habitants	7	7	8	8	9

¹⁷⁴ Arrêté royal du 6 mars 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin (MB : 15/05/1997), art.6.

2.3.6. Opticiens

Par opticien, il y a lieu d'entendre celui ou celle qui, de manière habituelle et indépendante, exerce une ou plusieurs des « activités suivantes :

- la proposition au choix du public, la vente, l'entretien et la réparation d'articles d'optique destinés à la correction et/ou compensation de la vision ;
- l'essai, l'adaptation, la vente et l'entretien des yeux artificiels ;
- l'exécution des prescriptions des médecins-oculistes en vue de la correction et/ou compensation de la vision.

Hormis le cas où elles s'accomplissent sur prescriptions médicales, ces activités auront pour unique objet la correction des défectuosités purement optiques de la vision à l'exclusion de tout traitement des défectuosités pathologiques de l'œil »¹⁷⁵.

Les opticiens sont issus de l'enseignement secondaire supérieur ou sont détenteurs du certificat de qualification d'opticien.

En 2001, il y avait 3325 opticiens, soit 32 pour 100 000 habitants. Entre 1992 et 2001, le nombre d'opticiens est resté relativement inchangé (+ 13 %).

Tableau 13 : Evolution des opticiens

	1994	1996	1998	2000	2001
Effectifs	2992	3095	3200	3280	3325
Densité pour 100 000 habitants	29	31	31	32	32

2.3.7. Orthoptistes

La profession d'orthoptiste peut être exercée par les diplômés en ergothérapie, kinésithérapie, logopédie ou en art infirmier détenant également un « diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins deux ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de promotion sociale »¹⁷⁶.

Les orthoptistes proposent des séances de rééducation et de soins qui apprennent aux patients à mieux se servir de leurs yeux.

Si le nombre d'orthoptistes a augmenté de 43,8 % entre 1995 et 2001, la densité par 100 000 habitants reste au environ de 1.

Tableau 14 : Evolution des orthoptistes

	1995	1997	1999	2001	2001
Effectifs	57	67	74	82	82
Densité pour 100 000 habitants	1	1	1	1	1

¹⁷⁵ Arrêté royal du 30 octobre 1964 instaurant des conditions d'exercice de l'activité professionnelle d'opticien[...] dans les petites et moyennes entreprises du commerce et de l'artisanat.] (MB : 24/12/1964), art.2.

¹⁷⁶ Arrêté royal du 24 novembre 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'orthoptiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont l'orthoptiste peut être chargé par un médecin (MB : 25/12/1997), art.3.

2.3.8. Pharmaciens

Selon l'arrêté royal du 10 novembre 1967, « nul ne peut exercer l'art pharmaceutique s'il n'est porteur du diplôme légal de pharmacien »¹⁷⁷ et s'il n'a pas préalablement fait viser son titre par la commission médicale compétente en raison du lieu où il compte s'établir.

Par conséquent, les personnes ne remplissant pas ces conditions ne peuvent effectuer des actes ayant pour objet la préparation, la vente en détail et la délivrance, même à titre gratuit, de médicaments.

La Belgique compte 10939 pharmaciens en 2001, soit une densité de 106 / 100 000 habitants. L'évolution des pharmaciens est de 15,2 % entre 1995 et 2001.

Tableau 15 : Evolution des pharmaciens

	1995	1997	1999	2001
Effectifs	9499	9879	10087	10724
Densité pour 100 000 habitants	94	97	102	106

2.3.9. Pharmaciens-biologistes

Selon l'arrêté ministériel du 3 septembre 1984, « pour accéder à la formation de pharmacien spécialiste en biologie clinique, le candidat doit être porteur du diplôme légal de pharmacien »¹⁷⁸. La durée de la formation est de cinq ans au moins, dont au moins deux années de formation de base et au moins trois années de formation supérieure.

En Belgique, le nombre de pharmaciens-biologistes est stable. Leur densité est de 6 pour 100 000 habitants.

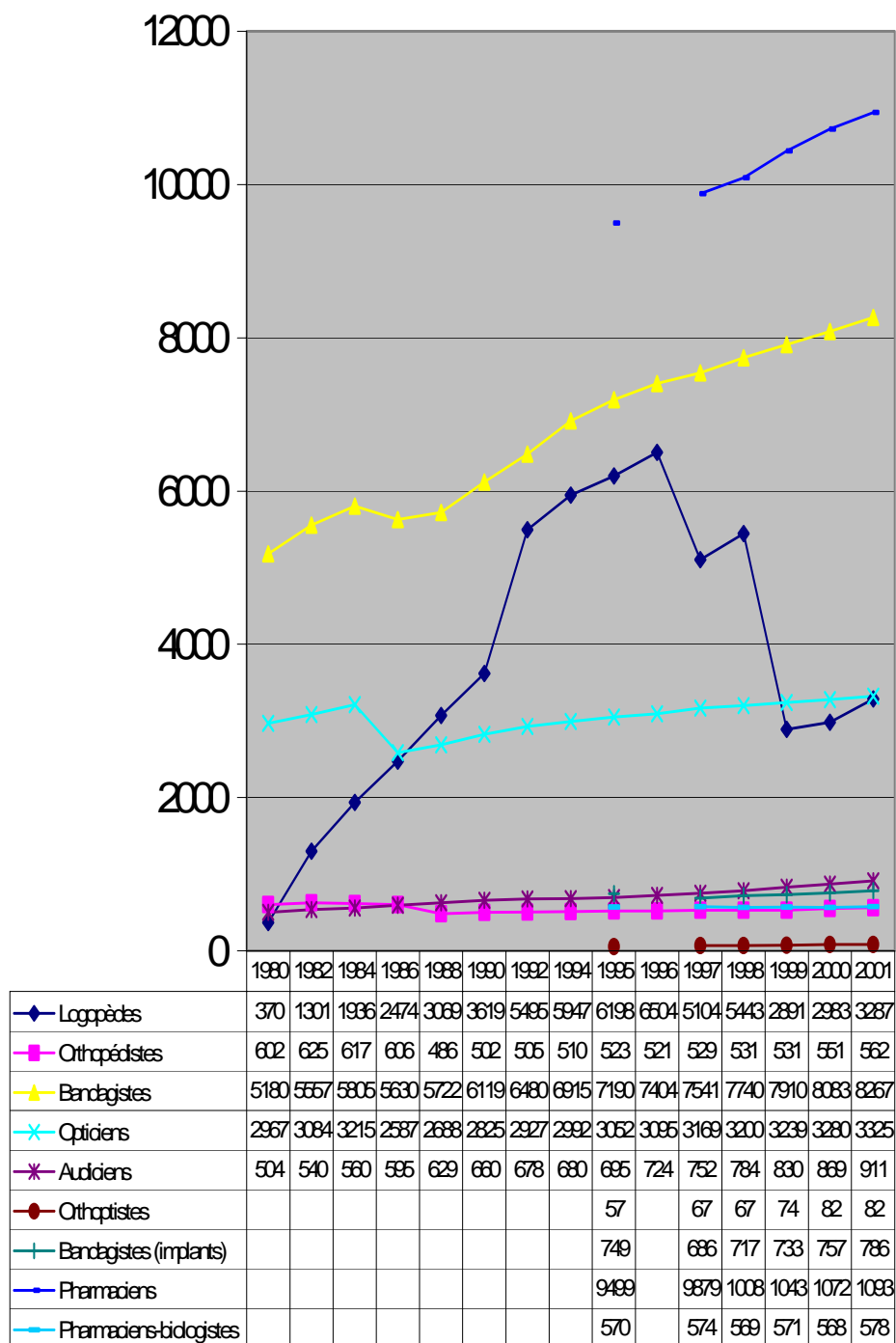
Tableau 16 : Evolution des pharmaciens-biologistes

	1995	1997	1999	2001
Effectifs	570	574	571	578
Densité pour 100 000 habitants	6	6	6	6

¹⁷⁷ Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB : 14/11/1967), art.4, §1.

¹⁷⁸ Arrêté ministériel du 3 septembre 1984 fixant les critères d'habilitation et d'agrément des pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique et d'agrément des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de biologie clinique (MB : 07/09/1987), Annexe.

Graphique 11: Evolution du nombre de paramédicaux en Belgique



3. Les prestataires de santé en France

3.1. Le contexte national

Selon le Code de la Santé Publique, les professionnels de santé doivent contribuer « à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par

son état de santé et à assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »¹⁷⁹.

Le Code de la Santé Publique précise également que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire »¹⁸⁰.

Le champ des acteurs professionnels de la santé est un ensemble à géométrie variable. Dans son acceptation la plus large, il recouvre l'ensemble des professions réglementées par le Code de la Santé Publique ainsi que les autres intervenants de la production de services de santé tels que les aides soignantes, les ambulanciers, les agents hospitaliers, les psychologues ... Selon la législation française, les professions de santé sont les professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition législative ou par un texte pris en application de la loi. Les psychologues et les psychanalystes sont donc exclus de cette définition.

Dans la présente section, nous adoptons cette seconde approche car d'une part, il s'agit de la définition la plus couramment retenue dans les études statistiques et d'autre part, elle recouvre la liste des professionnels du fichier ADELI (Automatisation Des Listes des professions de santé) tenue par le ministère de la santé. Nous traiterons donc ci-dessous des catégories professionnelles suivantes : les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes.

3.2. Les professions médicales et assimilées

3.2.1. Les professions médicales

3.2.1.1. Le cadre légal

➤ Définitions légales et agrément

Les professions médicales regroupent certes les médecins, mais également les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Leur formation commence par une année d'étude commune (1^{ère} année de médecine), avant d'accéder ensuite, via un concours, au cursus choisi.

Ces professions sont caractérisées par :

- une réglementation du diplôme et de l'exercice dans le Code de la Santé Publique,
- l'inscription à un Ordre professionnel,
- et le bénéfice d'un monopole d'exercice (liste préfectorale tenue par la DDASS).

▪ Les médecins

Pour exercer la profession de médecin en France, il faut, conformément aux diplômes, certificats et titres exigés en application du 1^o de l'article L.4111-1 du Code de la Santé Publique, être titulaire :

- soit du diplôme français d'Etat de docteur en médecine ;
- soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat-membre de la CE ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'un des diplômes cités dans l'article L.4131-1 du Code de la Santé Publique.

Les médecins exerçant en France pratiquent soit à titre libéral, soit en tant que salariés. Ces derniers exercent dans un établissement public ou privé dans le domaine des services médicaux,

¹⁷⁹ Art L. 110 du Code de la Santé Publique.

¹⁸⁰ Art L. 110 du Code de la Santé Publique.

de la médecine préventive, du contrôle, de l'enseignement, de la recherche ou de l'administration. Bien que les médecins hospitalo- universitaires à plein temps puissent avoir une pratique privée dans un hôpital, ils sont considérés comme des salariés.

- Les chirurgiens-dentistes

Pour exercer la profession de chirurgien-dentaire en France, il faut, conformément aux diplômes, certificats et titres exigés en application du 1° de l'article L.4111-1 du Code de la Santé Publique, être titulaire :

- soit du diplôme français d'Etat de docteur en chirurgie dentaire ;
- soit du diplôme français d'Etat de chirurgien-dentiste ;
- soit, si l'intéressé est ressortissant d'un Etat-membre de la CE ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, d'un des diplômes cités dans l'article L.4141-3 du Code de la Santé Publique.

Selon le Code de la Santé Publique, la pratique de l'art dentaire comporte le diagnostic ou le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents et des maxillaires, suivant les modalités fixées par le Code de déontologie de la profession.¹⁸¹ Pour ce faire, les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les médicaments nécessaires à l'exercice de leur art.

Les chirurgiens-dentistes pratiquent soit à titre libéral (seul ou en sociétés telles que SCP¹⁸², SEL¹⁸³ ...), soit en tant que salarié.

- Les sages-femmes

La profession de sage-femme est classée comme médicale parce que les conditions d'exercice de cette profession sont analogues à celles des médecins (diplôme d'Etat, nationalité, ordre professionnel, code de déontologie). Toutefois, :

- *La compétence des sages-femmes est limitée* (diagnostic et surveillance de la grossesse, accouchement et soins postnataux, participation aux activités de planification familiale ...) ;
- *La profession est dépendante du corps médical*, ce qui se traduit par la présence et la présidence médicale dans les conseils de l'Ordre et la mise sous responsabilité d'un médecin directeur technique ;
- *La profession se rattache plutôt au groupe des paramédicales* et plus particulièrement à la profession infirmière, quant au niveau statutaire, aux dispositions de la convention nationale avec l'assurance maladie et à la formation.

➤ Formation et programmation

- Les médecins

En France, les études médicales sont composées de trois cycles et durent de 9 à 11 années selon la filière choisie. Actuellement, le cursus comporte deux concours : celui en fin de première année servant à la sélection et celui de fin de deuxième cycle orientant les étudiants vers leur filière professionnelle. Toutefois, cette organisation risque d'être bouleversée par de nombreuses réformes en préparation et en particulier, par celle "licence - master - doctorat" qui vise à uniformiser les études universitaires dans l'espace européen.

- Le concours de première année

¹⁸¹ Article L. 4127-1 du Code de la Santé Publique

¹⁸² SCP, Société Civile Professionnelle

¹⁸³ SEL, Sociétés d'Exercice Libéral

La première année d'étude est terminée par un concours de sélection commun aux trois filières "officielles" des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes. Le nombre d'admis en deuxième année¹⁸⁴ est fixé chaque année par les ministères de tutelle de l'Education et de la Santé.

Ce numerus clausus a été instauré en vue de réguler le nombre trop élevé de diplômés dans les années 70 (60 000 médecins formés en 8 ans). Mais, en raison de la pénurie annoncée de nombreux métiers médicaux à l'horizon 2010, les autorités desserrent le numerus clausus depuis quatre ans. En 2003, le nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année est de 5100 pour l'ensemble des facultés de médecine et devrait être prochainement augmenté à 7000.

- Le concours d'internat

En fin de deuxième cycle, les étudiants en médecine passent un concours national : l'Examen Classant National (remplaçant du concours d'internat). Celui-ci vise à orienter les étudiants dans leur filière professionnelle. En effet, il permet à l'étudiant, selon son classement ou ses ambitions, de choisir une spécialité ou de devenir médecin généraliste.

- Le troisième cycle

Le troisième cycle de médecin généraliste ou de spécialité constitue le véritable cadre de la formation professionnelle.

Le troisième cycle de médecine générale dure trois ans, stages compris.

Au cours de son troisième cycle de spécialité, le jeune médecin peut acquérir deux types de diplôme :

- le Diplôme d'Etudes de Spécialité (DES) : l'interne est amené à choisir l'un des 36 DES en fonction de son niveau de réussite au concours d'internat. Celui-ci s'acquiert après quatre années de formation pour la plupart des disciplines, voire cinq années pour les disciplines chirurgicales, la médecine interne et la radiologie.
- le Diplôme d'Etudes de Spécialités Complémentaires (DESC) : les DESC, d'une durée de deux ans, apportent une compétence complémentaire au DES.

- La thèse de médecine

La thèse de médecine est obligatoire pendant le troisième cycle et nécessaire à l'installation ainsi que pour devenir médecin hospitalier. La soumission de cette thèse à un jury et la satisfaction à l'ensemble des exigences du troisième cycle permet à l'étudiant de porter le titre de docteur en médecine avec la mention médecine générale ou spécialiste.

- Les chirurgiens-dentistes

Les deux cycles d'enseignement, répartis sur cinq années, sont dispensés par les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires.

Le premier cycle d'études dure désormais deux ans. A l'issue de la première année d'études commune avec les études médicales, les étudiants passent un concours : les étudiants choisissent de s'inscrire en chirurgie dentaire ou en médecine selon leur rang de classement, leurs aspirations et les places disponibles dans l'une des deux filières.

Le numerus clausus des chirurgiens-dentistes a diminué de 52 % entre 1978 et 2001, ce qui représente une perte moyenne annuelle de 38 "places de formation" depuis 1978.

Tableau 17 : Nombre de place d'accès à la formation de chirurgiens-dentistes

¹⁸⁴ Le nombre est d'abord fixé au niveau national, puis par faculté.

Années	1978	1984	1990	2001
Numerus clausus chirurgiens-dentistes	1675	1020	850	801

La seule spécialité reconnue, l'orthopédie dento-faciale, s'acquiert après quatre années de formation complémentaire.

- Les sages-femmes

Les étudiants admis après la première années de médecine à l'école des sages-femmes y suivent une formation de quatre ans.

En Lorraine, le nombre d'étudiants Sages Femmes a augmenté de 5.5% en cinq ans, sur la période 1995/2000.

Tableau 18 : Organisation et planification pour les sages-femmes en Lorraine

	Durée de formation (National)	Nombre de formations (Lorraine)	Etudiants en Lorraine			
			95/96	97/98	99/00	00/01
Sages femmes	4 ans	2	199	213	212	210

Mais au cours de cette même période, le nombre de diplômés lorrains a chuté de 2,2 %.

Diplômes de sages-femmes délivrés en Lorraine

	1995 Lorraine	1997 Lorraine	1999 Lorraine	2000 Lorraine	2000 FRANCE
Diplômés Sages-femmes	44	40	39	43	561

A partir de 2002, le nombre de sages-femmes formées annuellement est fixé à 900.

➤ L'organisation des professions

- Les médecins
- Ordre National des médecins

L'Ordre National des médecins regroupent obligatoirement tous les médecins habilités à exercer. Cet ordre veille au maintien des principes de moralité, de probité, de "compétence" et de dévouement indispensables à l'exercice de leur art, et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de la Déontologie¹⁸⁵.

- Conseil National et Chambre Disciplinaire Nationale

Le Conseil National de l'ordre veille également à l'observation des devoirs professionnels et des règles édictées par le Code de la Déontologie. De plus, il étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le Ministre chargé de la santé.

Les membres inscrits à l'ordre ont pour obligation de verser une cotisation¹⁸⁶.

¹⁸⁵ Art L. 4127-1 du Code de la Santé Publique « une code de déontologie, propre à chacune des professions de médecin, chirurgien-dentiste, et sage-femme, préparé par le Conseil National de l'Ordre intéressé, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat ».

¹⁸⁶ Art L.4122-2 du Code de la Santé Publique « le Conseil National fixe le montant unique de la cotisation qui doit être versée à chaque ordre par chaque médecin (ou chirurgien dentiste, ou sage femme). Il fixe également les quotités de cette cotisation qui seront attribuées à chaque Conseil Départemental, Régional ou Interrégional et au Conseil National, en précisant la part consacrée au fonctionnement des chambres disciplinaires placées auprès de ces instances ».

La chambre disciplinaire nationale est saisie en appel des décisions des chambres disciplinaires de première instance¹⁸⁷. Les décisions de la chambre disciplinaire nationale sont rendues en formation collégiale.

- **Conseils départementaux**

Le conseil départemental exerce, dans le cadre départemental et sous le contrôle du Conseil National, les attributions générales de l'ordre. Il statue notamment sur les inscriptions au tableau.

Les membres de ce conseil sont élus par l'AG des médecins inscrits au tableau.

- **Unions Régionales des Médecins Libéraux (U.R.M.L.)**

Dans chaque région, il existe une union des médecins exerçant à titre libéral. Ces organismes de droit privé contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins en informant, en liaison avec l'ANAES¹⁸⁸, les médecins libéraux sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives. Les URML organisent également des actions d'évaluation des pratiques de ces médecins et contribuent à la diffusion des méthodes et référentiels d'évaluation.

Chaque médecin en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel est tenu de verser une contribution à l'URML.

- Les chirurgiens-dentistes

- **Ordre National des chirurgiens-dentistes**

L'Ordre National des chirurgiens-dentistes regroupe obligatoirement tous les chirurgiens-dentistes habilités à exercer et assure, par l'intermédiaire des conseils départementaux et des conseils régionaux ou interrégionaux, les mêmes missions que l'Ordre National des médecins (cf. supra).

- **Conseil National et Chambre Disciplinaire Nationale**

A l'instar du Conseil National des médecins, il existe un Conseil National de l'Ordre National des chirurgiens dentistes dont les 19 membres sont élus pour six ans. Le Conseil National élit son Président et son bureau tous les deux ans. Cet organe est assisté par un conseiller d'Etat nommé par le Ministre de la justice.

Une chambre disciplinaire nationale siège auprès du Conseil National.

- **Conseils départementaux**

Des conseils départementaux, semblables à ceux des médecins, statuent sur les inscriptions au tableau des chirurgiens-dentistes. Le nombre de représentants varie selon le nombre de chirurgiens dentistes inscrits au tableau.

- Les sages-femmes

- **Ordre National des sages-femmes**

¹⁸⁷ Art. L. 4124-1 du Code de la Santé Publique « la chambre disciplinaire de première instance doit statuer dans les six mois du dépôt de la plainte. A défaut le président de la chambre disciplinaire nationale peut transmettre la plainte à une autre chambre disciplinaire de première instance »

¹⁸⁸ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

L'Ordre National des sages-femmes regroupe obligatoirement toutes les sages-femmes habilitées à exercer et assure, par l'intermédiaire des conseils départementaux et des conseils régionaux ou interrégionaux, les mêmes missions que l'Ordre National des médecins (cf. supra).

- **Conseil national**

A l'instar du conseil national des médecins, il existe un conseil national de l'ordre national des sages-femmes. Celui-ci « est composé de 5 sages-femmes élues par les conseils départementaux. Le mandat des membres du conseil national de l'ordre des sages-femmes est de six ans »¹⁸⁹

- **Conseils départementaux**

Des conseils départementaux, semblables à ceux des médecins et des chirurgiens-dentistes, statuent sur les inscriptions au tableau des sages-femmes. Le nombre de représentants varie selon le nombre de sages-femmes inscrites au tableau.

➤ L'intervention de l'assurance maladie pour les prestations des médecins

En France, 99,4 % des médecins sont **conventionnés**. Cela signifie qu'ils ont passé un accord avec l'Assurance Maladie pour exercer en secteur 1 ou secteur 2 (cf. infra). Seuls les médecins conventionnés permettent au patient d'être remboursé sur base des tarifs officiels.

Lorsqu'un patient fait appel à un médecin **non-conventionné** (qui n'a donc pas passé d'accord avec l'Assurance Maladie), il est remboursé sur base des tarifs d'autorité c'est-à-dire qu'il n'est pratiquement pas remboursé par l'Assurance Maladie (moins de 1€ pour une consultation)

Les dispositions conventionnelles stipulent que les médecins appliquent les tarifs conventionnels, sauf dans les cas suivants :

- application d'honoraires différents par les médecins qui relèvent du secteur 2 (à honoraires différents),
- application du droit permanent à dépassement (DP),
- application d'un dépassement pour exigence particulière du malade.

Dans ces trois cas de dépassements autorisés, le médecin doit fixer ses honoraires avec tact et mesure, conformément aux obligations qui résultent du Code de déontologie médicale (article 53).

Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie et restent donc à la charge du patient ou peuvent éventuellement être remboursés par son assurance complémentaire (mutuelle, assurance santé).

Autrement dit, les tarifs des médecins généralistes et spécialistes conventionnés et a fortiori la part à charge des patients varient selon le secteur choisi par le médecin :

- Le médecin qui exerce en secteur 1 est engagé à appliquer les tarifs officiels, fixés dans le cadre des conventions passées avec l'Assurance Maladie. Il ne peut donc facturer des dépassements d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'une exigence particulière du patient.
- Le médecin qui exerce en secteur 2, dit secteur "à honoraires libres", fixe lui-même ses tarifs.

La grande majorité des médecins conventionnés exerce en secteur 1 (85 % des médecins généralistes et 63 % des médecins spécialistes). Leurs tarifs sont les suivants :

¹⁸⁹ extrait du Code de la Santé Publique, Art. L-4152-1

Tarifs à compter du 27 septembre 2003

GENERALISTE CONVENTIONNE EN SECTEUR 1	
Consultation	20 €
Consultation approfondie	26 €
Visite à domicile médicalement justifiée de jour	30 €
Visite médicalement justifiée de nuit (selon l'heure)	58,50 €- 63,50 €
SPECIALISTE CONVENTIONNE EN SECTEUR 1	
Consultation chez un spécialiste en dermatologie et vénéréologie, endocrinologie et métabolismes, cardiologie, gastro-entérologie et hépatologie, gynécologie médicale, hématologie, médecine interne, médecine physique et de réadaptation, néphrologie, oncologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, rhumatologie	25 €
Consultation chez le médecin spécialiste en neurologie, neuropsychiatrie ou psychiatrie	37 €
Consultation chez le médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.	45,73 €
Consultation chez un autre spécialiste	23 €

Les médecins exerçant en secteur 2 fixent des tarifs supérieurs aux tarifs officiels. Ils sont tenus de les afficher dans leur salle d'attente.

Toutefois, notons que les jeunes médecins qui s'installent aujourd'hui n'ont plus le choix de se conventionner entre le secteur 1 ou 2 : Ils peuvent se conventionner (secteur 1), ou ne pas se conventionner. Aussi, si le jeune médecin veut fixer librement ses tarifs, il ne doit pas être conventionné (le non conventionnement limite le remboursement du patient à moins de 1€ par consultation).

Pour les médecins conventionnés, le remboursement de l'Assurance Maladie est le même : 70 % des tarifs officiels. Il existe toutefois des exceptions :

- si le patient est affilié au régime local d'Alsace-Moselle, il est remboursé à 90 % des tarifs officiels ;
- si le patient est pris en charge à 100 % (CMU, ALD), il est remboursé de l'intégralité des tarifs officiels.

Rappelons que les dépassements d'honoraires imposés par les médecins conventionnés en secteur 1 et l'écart entre le prix payé chez un médecin conventionné en secteur 2 et le tarif officiel ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.

3.2.1.2. Evolution des prestataires médicaux en Lorraine¹⁹⁰

En Lorraine, la densité des médecins généralistes enregistre une évolution modérée mais constante depuis 10 ans (+ 17 points soit +12,9 %). L' évolution positive du nombre de médecins spécialistes, toutes spécialités confondues, est beaucoup plus marquée : +36 points soit + 33 %. La population des chirurgiens-dentistes en Lorraine reste quant à elle constante. De même, les effectifs des sages-femmes ont très peu évolué.

Tableau 19 : Evolution du nombre des professions médicales en Lorraine

		1992	1996	1998	2000	2001	2002
Effectifs	Généralistes	3 049	3 268	3 284	3 264	3 311	3 455
	Spécialistes	2 513	2 865	3 022	3 123	3 151	3 369
	TOTAL médecins	5 562	6 133	6 306	6 387	6 462	6 824
	Chirurgiens -Dentistes	1 403	1 400	1 442	1 456	1 442	14 30
	Sages- Femmes	644	690	729	750	775	768
¹⁹⁰ Les effectifs de médecins stomatologistes sont inclus dans le nombre de médecins		concernent	les médecins actifs libéraux et salariés. Notons que les	les médecins	tandis que les dentistes ne le sont pas.		

	POPULATION Lorraine	2 307 592	2 315 782	2 312 566	2 313 004	2 316 936	2 316 936
Densité par 100 000 habitants	Densité tous médecins	241	265	273	276	279	295
	Densité médecins généralistes	132	141	142	141	143	149
	Densité médecins spécialistes	109	124	131	135	136	145
	Densité chirurgiens- dentistes	61	60	62	63	62	62
	Densité sages-femmes	28	30	32	32	33	33

Sources : STATISS des DRASS (service statistique) ; INSEE

3.2.1.3. Les prestataires médicaux en France et en Lorraine en 2002

En 2002, la situation en Lorraine reste en dessous de la moyenne française avec 294 médecins pour 100 000 habitants, contre 335 pour 100 000 habitants au niveau national.

La région Lorraine dispose proportionnellement de moins de médecins généralistes et spécialistes qu'au niveau national. En effet, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en région Lorraine est inférieure de 15 points (- 10 %) par rapport au niveau national. L'écart est encore plus marqué pour les médecins spécialistes (- 26 points ou - 18 % par rapport à la moyenne nationale). Notons que contrairement à la situation nationale, la Lorraine enregistre un nombre de médecins généralistes plus élevé que le celui des spécialistes.

La densité de chirurgiens-dentistes en région Lorraine se situe quasiment au même niveau que la moyenne nationale.

La région bénéficie d'une densité de sages-femmes supérieure de 8 points (+ 32 %) à celle du niveau national.

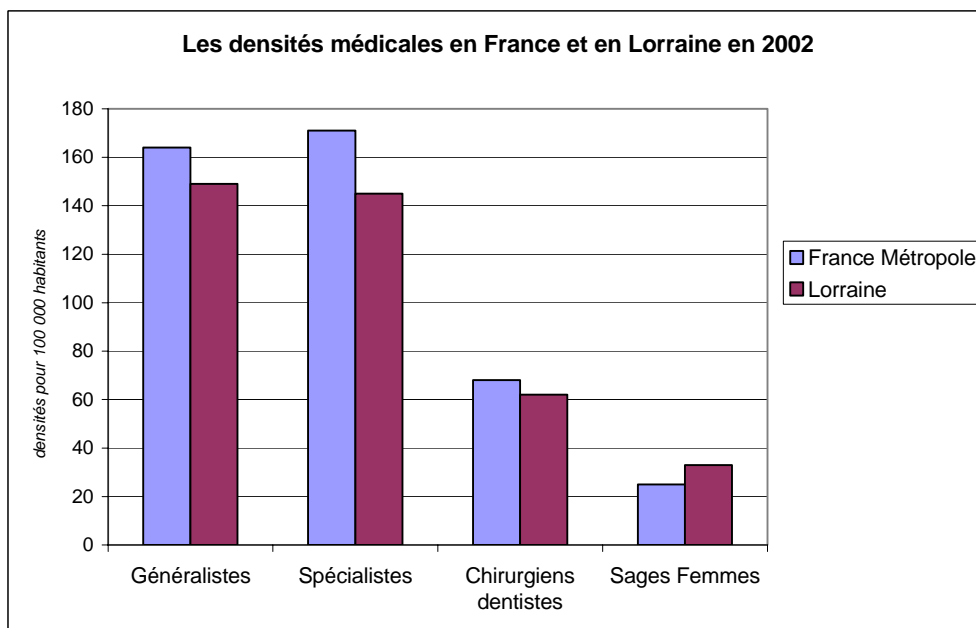
Tableau 20 : Les professions médicales en France et en Lorraine en 2002

		France métropole	Lorraine
Effectifs	Généralistes	97 327	3 455
	Spécialistes	101 370	3 369
	Chirurgiens-dentistes	40 483	1 430
	Sages-femmes	15 128	768
Densité par 100 000 habitants	Densité généralistes	164	149
	Densité spécialistes	171	145
	Densité chirurgiens- dentistes	68	62
	Densité sages-femmes	25	33

Source : INSEE estimations 2002 ; DRASS STATISS 2003

Ces constats peuvent également être illustrés par le graphique ci-dessous :

Graphique 12 : Les densités médicales en France et en Lorraine en 2002

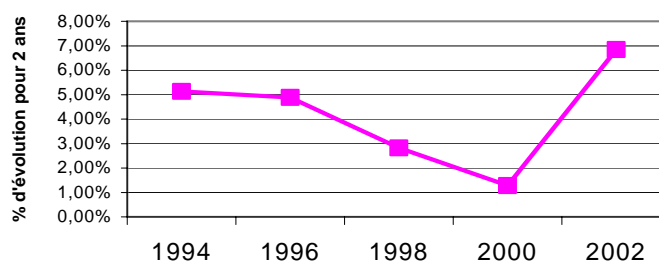


Sources : STATISS DRASS et INSEE

3.2.1.4. Evolution des médecins

La population médicale lorraine (médecins généralistes et spécialistes) a augmenté continuellement entre 1992 et 2002. Si la croissance de la population médicale s'est essouffée entre 1992 et 2000, elle enregistre un nouveau regain depuis 2000.

Graphique 13 : Evolution de la population médicale (médecins généralistes et spécialistes)



3.2.1.4.1. Evolution des médecins généralistes

Les densités de médecins généralistes révèlent une augmentation modérée mais constante de ces professionnels depuis 10 ans (+ 15 points soit +11,3 %) en Lorraine. Dans la zone Interreg (hors Vosges), cette tendance est plus marquée en Meuse (+ 13 %).

En 2002, la densité de généralistes dans la zone Interreg est de 150 praticiens pour 100 000 habitants. Leur répartition est la suivante : 49,4 % en Moselle, 42 % en Meurthe-et-Moselle et 8,6 % en Meuse, soit des densités respectives de 140, 171 et 130/ 100 000 habitants.

Tableau 21 : Les médecins généralistes en Lorraine depuis 1992

		1992	1996	1998	1999	2001	2002
Effectifs	Meurthe et Moselle	1 088	1 219	1 211	1 196	1 229	1 224
	Meuse	225	238	236	237	240	250
	Moselle	1 284	1 315	1 341	1 333	1 331	1 437
	Zone Interreg	2597	2772	2788	2766	2800	2911
	LORRAINE	3 049	3 268	3 284	3 264	3 311	3 435
Densités pour 100 000	Meurthe et Moselle	153	172	169	168	172	171
	Meuse	115	124	122	123	125	130
	Moselle	127	130	132	130	130	140
	Zone Interreg	136	145	145	143	145	150
	LORRAINE	133	143	142	141	143	148

Sources : Répertoire Adeli, STATISS DRASS et INSEE

En 2001, 69 % des médecins généralistes de la zone Interreg sont des libéraux. Ce taux est légèrement inférieure à la situation de 1996 (71,3%) mais supérieure à celle de 1992 (63,8%).

3.2.1.4.2. Evolution des médecins spécialistes

Entre 1992 et 2002, l'augmentation des psychiatres, des spécialistes médicaux et chirurgicaux (respectivement 21,3 %, 26,1 % et 24,4 %) est modérée comparativement à celles des médecins en biologie médicale (+115,4 %) et de ceux exerçant la médecine du travail ou "santé publique" (+295,7%).

Tableau 22 : Evolution du nombre de médecins spécialistes (libéraux et salariés) en Lorraine depuis 1992

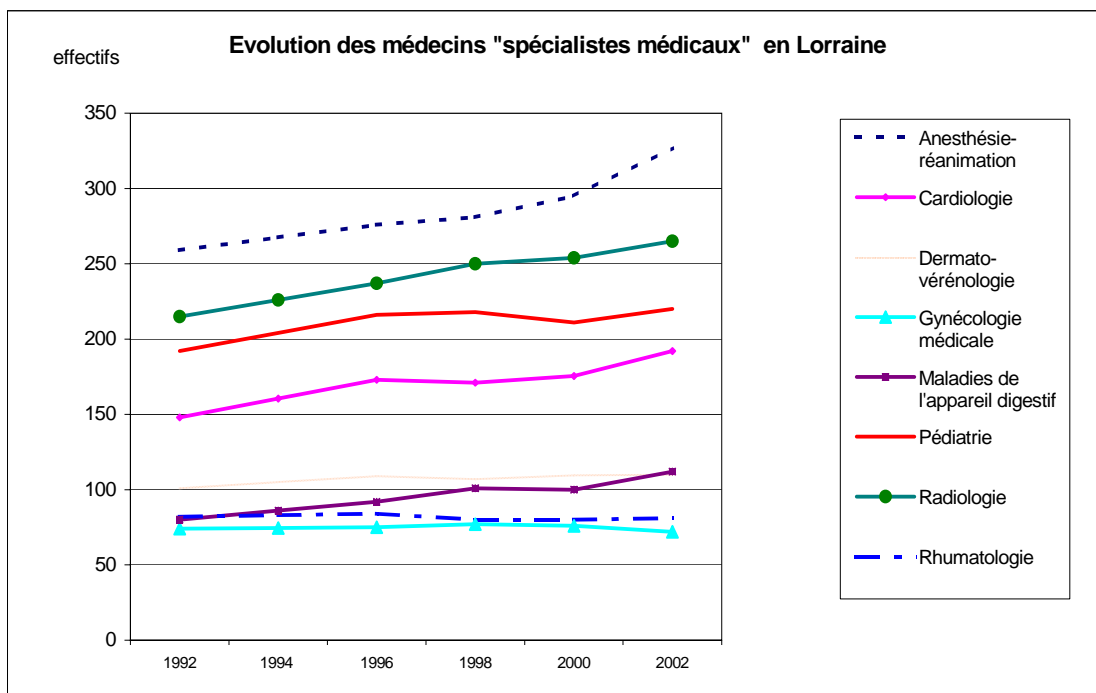
	1992	1996	1998	1999	2001	2002	Evolution 2002/1992	Evolution 1992-2002 %
SPECIALITES MEDICALES	1492	1669	1723	1746	1761	1882	+390	+26,1%
Anesthésie- réanimation	259	276	281	298	292	327	+68	+26,3%
Cardiologie	148	173	171	172	179	192	+44	+29,7%
Dermato-vérérologie	101	109	107	109	110	110	+9	+8,9%
Gynécologie médicale	74	75	77	77	75	72	-2	-2,7%
Maladies de l'appareil digestif	80	92	101	97	103	112	+32	+40,0%
Pédiatrie	192	216	218	212	210	220	+28	+14,6%
Radiologie	215	237	250	249	259	265	+50	+23,3%
Rhumatologie	82	84	80	80	80	81	-1	-1,2%
SPECIALITES CHIRURGIC.	635	718	725	735	745	790	+155	+24,4%
Chirurgie générale	164	138	120	165	164	175	+11	+6,7%
Gynécologie- obstétrique	146	180	185	188	188	194	+48	+32,9%
Ophthalmologie	165	175	168	171	173	175	+10	+6,1%
Oto-rhino-laryngologie	85	91	89	82	84	86	+1	+1,2%
Stomatologie	22	15	12	15	14	14	-8	-36,4%
PSYCHIATRIE	277	317	333	322	311	336	+59	+21,3%
BIOLOGIE MEDICALE	39	65	68	76	78	84	+45	+115,4%
MEDECINE DU TRAVAIL, STE PUBLIQUE	70	96	173	244	256	277	+207	+295,7%

Sources : STATISS des DRASS, service statistique

Sur une décennie, on peut identifier une baisse sensible des rhumatologues et des médecins gynécologue. Pour les autres spécialités médicales, de façon générale, on constate une

augmentation régulière du nombre de spécialistes médicaux en Lorraine. Proportionnellement, les augmentations les plus significatives concernent les spécialistes en maladies digestives (+40 %), en cardiologie (+29,7 %), en anesthésie-réanimation (+26,3%) et en radiologie (+23,3 %).

Graphique 14



Concernant l'évolution des spécialités chirurgicales, la gynécologie obstétrique enregistre l'augmentation de praticiens la plus importante (+32,9 %). Par contre, les autres spécialités n'évoluent quasiment pas.

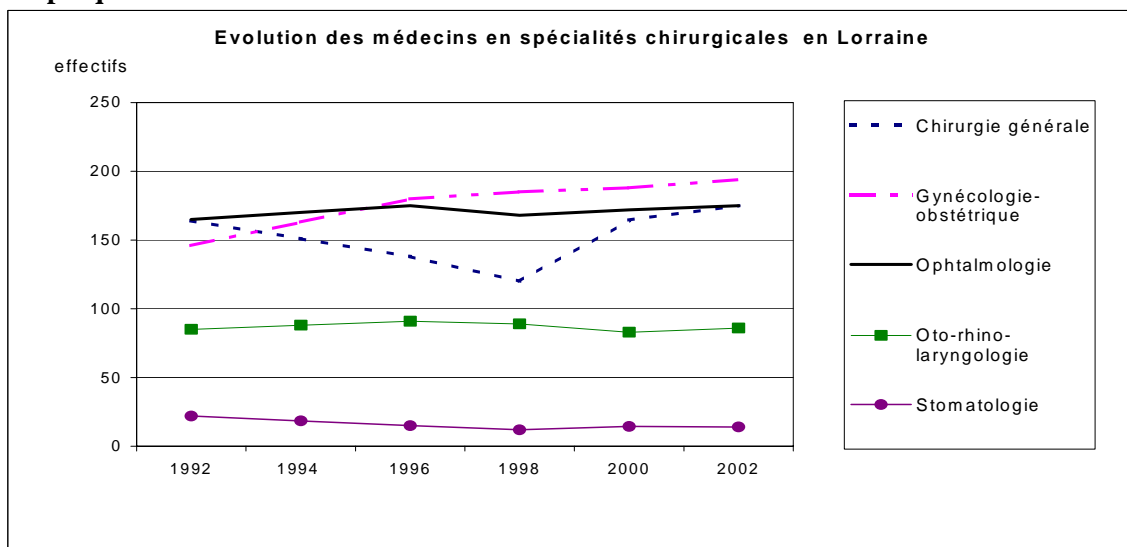
Le nombre de praticiens a baissé entre 1994 et 1998 mais a récupéré son niveau de 1992 en 2001.

En dépit d'une diminution sensible du nombre de chirurgiens spécialisés en ophtalmologie jusqu'en 1998, le nombre d'ophtalmologues en 2002 est identique à celui de 1996.

Le nombre de spécialistes en ORL reste quant à lui relativement constant (+1,2 %).

Par contre, les effectifs en stomatologie régressent fortement entre 1992 et 2002 (- 36,4 %).

Graphique 15



Au niveau de la densité des spécialistes, il existe une grande disparité entre les départements de la zone Interreg. Globalement, le département de la Meurthe et Moselle est le mieux pourvu en matière de densité de spécialistes (222,9/ 100 000 habitants), suivi du département de la Moselle (125,9) et de la Meuse (77,8). La densité de la Meurthe et Moselle est donc 42 % plus élevée que la moyenne de la zone Interreg tandis que celles de la Moselle et de la Meuse sont respectivement 19,8 % et 50,4 % inférieures à celle de la zone.

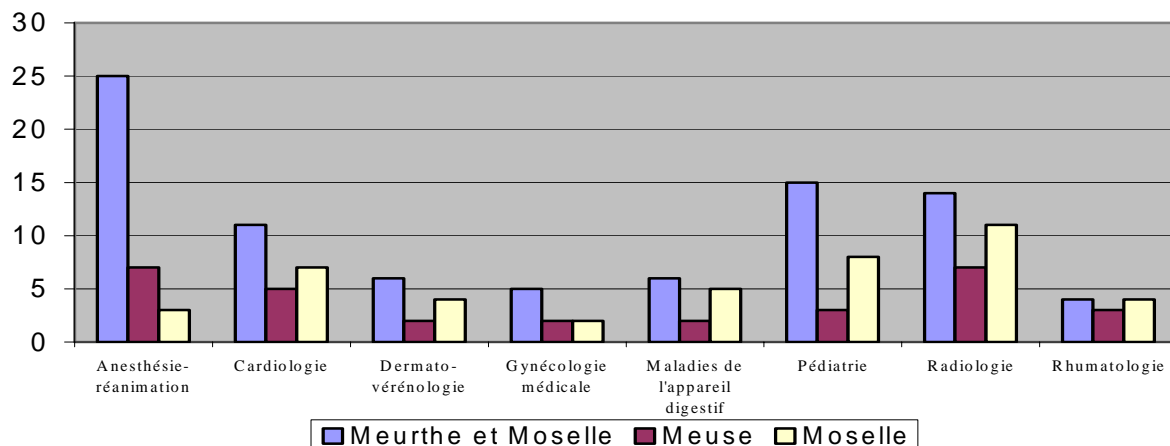
Tableau 23 : Les effectifs de médecins spécialistes (libéraux et salariés) en Lorraine en 2002

	LORRAINE		Zone Interreg française		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
	N	Densité	N	Densité	N	Densité	N	Densité	N	Densité
SPECIALITES MEDICALES	1882	81,2	1656	85,6	866	120,9	78	40,7	712	69,3
Anesthésie-réanimation	327	14,1	216	11,2	177	24,7	13	6,8	26	2,5
Cardiologie	192	8,3	162	8,4	77	10,7	9	4,7	76	7,4
Dermato-vérérologie	110	4,7	96	5,0	46	6,4	4	2,1	46	4,5
Maladies de l'appareil digestif	112	4,8	97	5,0	42	5,9	4	2,1	51	5,0
Pédiatrie	220	9,5	191	9,9	104	14,5	6	3,1	81	7,9
Radiologie	265	11,4	228	11,8	98	13,7	13	6,8	117	11,4
Rhumatologie	81	3,5	74	3,8	31	4,3	6	3,1	37	3,6
SPECIALITES CHIRURGICALES	790	34,1	687	35,5	324	45,2	41	21,4	322	31,4
Chirurgie générale	175	7,6	153	7,9	76	10,6	11	5,7	66	6,4
Gynécologie-obstétrique	180	8,4	155	8,0	65	9,1	8	4,2	82	8,0
Ophthalmologie	175	7,6	152	7,9	76	10,6	8	4,2	68	6,6
Oto-rhino-laryngologie	86	3,7	72	3,7	30	4,2	4	2,1	38	3,7
Stomatologie	14	0,6	14	0,7	6	0,8	0	0,0	8	0,8
PSYCHIATRIE	336	14,5	299	15,5	141	19,7	22	11,5	136	13,2
BIOLOGIE MEDICALE	84	3,6	165	8,5	139	19,4	0	0,0	26	2,5
MEDECINE DU TRAVAIL, SANTE PUBLIQUE	277	12,0	232	12,0	127	17,7	8	4,2	97	9,4
TOTAL SPECIALISTES	3369	145,4	3039	157,0	1597	222,9	149	77,8	1293	125,9

Sources : STATISS des DRASS 2003

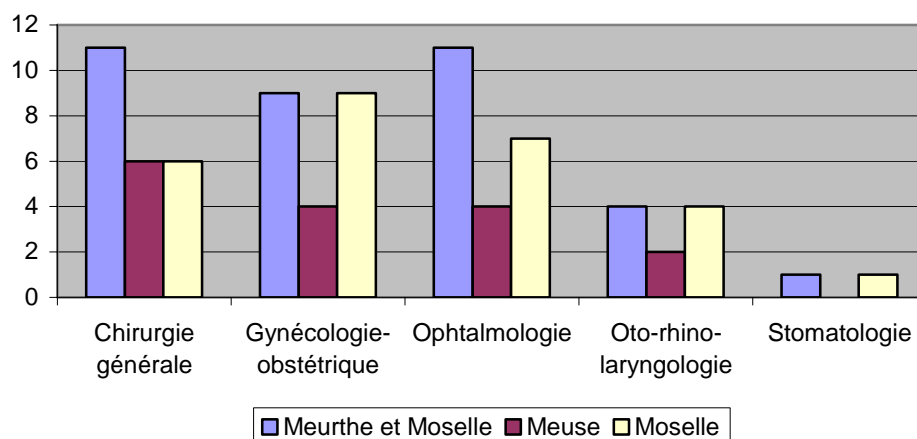
Globalement, les spécialistes médicaux en Meuse ont une densité 40,7 praticiens pour 100 000 habitants alors que celle de la zone Interreg est de 85,6. En Meuse, plusieurs disciplines ont une densité inférieure à 50 % de celle de la zone Interreg française : la pédiatrie, la dermatologie et la spécialité "maladie de l'appareil digestif". Remarquons également que la densité de spécialistes en anesthésie-réanimation n'est que de 2,5/ 100 000 habitants en Moselle contre 24,7 en Meurthe et Moselle et 6,8 en Meuse.

Graphique 16 : Densité des spécialistes médicaux dans la zone Interreg française en 2002



La disparité entre les départements en matière de spécialistes chirurgicaux est moins marquée, mais la Meuse reste le département le moins doté. Il n'y a notamment pas de stomatologue.

Graphique 17 : Densité des spécialistes chirurgicaux dans la zone Interreg française en 2002



Dans la zone Interreg, la densité de psychiatres est de 15,5 praticiens pour 100 000 habitants. Les spécialistes en biologie médicale sont concentrés dans le département de la Meurthe et Moselle (19,4/100 000 habitants contre 2,5 en Moselle et 0 en Meuse). Enfin, la densité des médecins du travail et "santé publique" est de 12 dans la zone Interreg mais est seulement de 4,2 en Meuse.

3.2.1.4.3. La répartition des médecins par sexe : une féminisation sensible¹⁹¹

Au niveau national, « les femmes représentent un peu moins de 37 % des médecins actifs. Cette population est quasi identique chez les spécialistes (37 %) et les généralistes (35,8 %).

¹⁹¹ Cf. Annexe 13

Les femmes sont majoritaires (56 %) chez les moins de 35 ans, il y a parité pour les moins de 40 ans.

Alors qu'elles avaient tendance à se tourner vers des spécialités médicales, elles s'orientent principalement vers la médecine générale depuis une dizaine d'années.

Dans la tranche d'âge " 34 ans et moins ", 31 % des femmes sont des généralistes.

Les femmes sont majoritaires dans 8 spécialités (anatomo-pathologie, dermatologie, endocrinologie, génétique, gynécologie médicale, pédiatrie, médecine du travail et santé publique). Elles sont en revanche minoritaires dans toutes les spécialités chirurgicales. »¹⁹²

3.2.1.4.4. La répartition des médecins par âge : un vieillissement global

En France, « l'âge moyen des médecins en activité est de 46 ans, 44 ans pour les femmes et 47 ans pour les hommes.

L'effectif des médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans. Aussi d'ici une dizaine d'années les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes.

Les généralistes sont globalement plus jeunes que les spécialistes qui deviennent numériquement plus nombreux dans les classes d'âges supérieures à 50 ans.

3.2.1.5. Les chirurgiens dentistes

3.2.1.5.1. Les chirurgiens-dentistes en France

De 1976 à 1992, le nombre de chirurgiens-dentistes a augmenté plus vite que la population française. Mais cette croissance s'est ensuite ralentie en raison de l'installation du *numerus clausus*. Depuis 2001, on assiste même à une baisse du nombre de chirurgiens-dentistes. Globalement, le taux de croissance des effectifs entre 1985 et 2001 est de l'ordre de 16 %.

Le nombre total de chirurgiens-dentistes exerçant en France varie selon les sources retenues : 42 378 praticiens sont inscrits à l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (dont 2 044 sans exercice) tandis que la DRESS en recense de 40 481 au 1^{er} janvier 2002, soit une densité respective de 71 et 68 pour 100 000 habitants. Ces densités correspondent à la moyenne européenne.

Au 31 décembre 2000, les chirurgiens dentistes (omnipraticiens et odontologistes) se répartissent de la manière suivante :

Modes d'exercice	N	%
Cabinets individuels	20892	48,6
Associations	13810	32,2
Assistanat	2402	5,6
Enseignants, temps-plein	338	0,8
Salariés	2476	5,8
Chirurgiens-dentistes conseils	387	0,9
Autres (remplaçants, gérants)	57	0,1
Sans exercice	2589	6,0
TOTAL	42951	100

Source : Ordre National des chirurgiens-dentistes, « les études »

¹⁹² extrait de MISSION SUR LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ, "Rapport Berland"

Environ 90 % des chirurgiens-dentistes sont en exercice libéral. Proportionnellement, la Lorraine enregistre davantage de chirurgiens-dentistes libéraux (93 %). Presque tous sont conventionnés sans autorisation de dépassement.

3.2.1.5.2. Evolution des chirurgiens-dentistes dans la zone Interreg française

L'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes entre 1996 et 2002 dans la zone Interreg française est relativement constante (+ 2,8 %). Mais au niveau départemental, le Meuse enregistre une décroissance de 9,5 %.

Evolution des effectifs et densité de chirurgiens-dentistes en Lorraine

Effectifs Chirurgiens-dentistes	1996	1998	1999	2001	2002
Meurthe et Moselle	525	536	544	550	534
Meuse	84	83	84	79	76
Moselle	589	620	623	610	622
Zone Interreg française	1198	1239	1251	1239	1232
LORRAINE	1400	1442	1456	1442	1430
Densités en Lorraine, pour 100 000 habitants	60	62	63	62	62

Sources : STATISS, DRASS service statistique, INSEE

En 2002, la zone Interreg française comptait 1232 chirurgiens-dentistes, soit une densité de 64 pour 100 000 habitants (- 4 points par rapport à la moyenne nationale).

Le département de la Meuse reste le département le moins doté par rapport à celui de Meurthe et Moselle qui connaît la densité de chirurgiens-dentistes la plus élevée de la zone Interreg française.

Tableau 24 : les densités départementales de chirurgiens-dentistes en Lorraine en 2002

	N 2002	DENSITE
Meurthe et Moselle	534	75
Meuse	76	40
Moselle	622	61
Zone Interreg français	1232	64
Lorraine	1430	61

Source : STATISS DRASS, service statistique, INSEE

3.2.1.5.3. La répartition par âge

Au niveau national, « la profession qui est majoritaire dans la tranche d'âge 40-50 ans (7 748), entre dans une phase de départs à la retraite des classes d'âge à effectifs importants¹⁹³. Ainsi, en 2009, plus de 1 400 chirurgiens-dentistes pourront faire valoir leurs droits à la retraite.

3.2.1.5.4. La répartition par sexe

En France, « les femmes représentent 33 % des chirurgiens-dentistes en 2002. Ce taux est en augmentation de 3,3 % par rapport à 1999. Cette proportion devrait nettement s'accroître dans

¹⁹³ extrait de **MISSION SUR LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ, "Rapport Berland"**

quelques années car les Facultés d'odontologie enregistrent actuellement près de 60 % de femmes dans les premières années d'études. »¹⁹⁴

3.2.1.6. Les sages-femmes

3.2.1.6.1. Evolution des sages-femmes

La croissance du nombre de sages-femmes est régulière depuis les années 80, passant de 8 000 en 1981 à 14 400 en 2000 puis à 15 122 en 2002. Au total, le taux de croissance des effectifs s'élève à plus de 60 % entre 1985 et 2001. Mais cette croissance est plus marquée au début de la période. En effet, entre 1992 et 2002, les effectifs ne croissent que de 19 %. Au cours de cette même période, la densité, calculée sur le nombre de femme âgées de 20 à 59 ans, augmente de 17 %.

L'augmentation des effectifs a essentiellement bénéficié au secteur hospitalier public.

Tableau 25 : Evolution des sages-femmes en Lorraine

	1992	1994*	1996	1998	2000*	2002
Effectifs	644	667	690	729	763	768
Densité pour 100 000 habitants	28	29	30	32	33	33
Densités pour 100 000 femmes	55	56	58	62	65	65
Densités pour 100 000 femmes de 20 à 59 ans	105	108	111	118	124	123

Source : estimation par régression linéaire

3.2.1.6.2. Les effectifs en 2002

Au 1^{er} janvier 2002, la DREES recense 15 122 sages-femmes, soit une densité de 104 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

La Lorraine présente, avec la région Rhône Alpes, la plus forte densité de sages-femmes de France.

Toutefois, les disparités entre départements restent relativement marquées : les densités pouvant varier du simple au double (87 en Meuse, 169 en Meurthe et Moselle).

Tableau 26 : Les sages-femmes en Lorraine en 2001

	Effectifs	Densités pour 100 000 femmes 15-49 ans*
Meurthe et Moselle	304	169
Meuse	42	87
Moselle	312	121
Lorraine	775	133
Zone Interreg française	658	135

Source : STATISS DRASS- service statistique, INSEE ; * Sur population estimée

3.2.1.6.3. La répartition par âge

En France, « l'âge moyen des sages-femmes est de 40 ans et les études démographiques montrent que la profession est beaucoup plus jeune qu'il y a 25 ans. Elle commence cependant à vieillir lentement depuis quelques années du fait d'une baisse du quota annuel d'entrée dans les

¹⁹⁴ extrait de **MISSION SUR LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ, "Rapport Berland"**

écoles au milieu des années 80. Le passage en 1998 à quatre années d'études (au lieu de trois) devrait également contribuer à vieillir la profession. »

3.2.1.6.4. La répartition par sexe

Au niveau national, « le taux de féminisation est supérieur à 99 %. Le nombre des hommes dans cette profession augmente cependant très légèrement puisque l'on compte environ 2 % d'hommes parmi les étudiants, contre 1 % au début des années 90. »¹⁹⁵

3.2.2. Les professions médicales assimilées : les professions pharmaceutiques

3.2.2.1. Le cadre légal

➤ Définition légale et agrément

« Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'offre toutes garanties de moralité professionnelle et s'il ne réunit les conditions suivantes :

- être titulaire du diplôme, certificat ou autre titre définis aux articles L. 4221-2 à L. 4221-8,
- être de nationalité française, ressortissant d'un Etat membre de la CE ou partie de l'accord sur l'Espace économique européen, ou ressortissant d'un pays dans lequel les Français peuvent exercer la pharmacie lorsqu'ils sont titulaires du diplôme qui en ouvre l'exercice aux nationaux de ce pays,
- être inscrit à l'ordre des pharmaciens. »¹⁹⁶

Les conditions d'exercice décrites dans le Code de la Santé Publique sont donc analogues à celles des médecins : diplôme d'Etat et inscription à l'Ordre des pharmaciens. Ce dernier est divisé en sections qui correspondent aux formes d'activité (officine, fabrication, droguistes, hôpitaux, direction de laboratoire).

Un Code de déontologie des pharmaciens a été créé en 1995.

➤ Formation et agrément

Comme pour la médecine un "numerus clausus" est établi à l'entrée de la deuxième année dans les universités d'enseignement en pharmacie. Depuis 1980, le nombre d'admis en deuxième année s'élève à 2250.

➤ Organisation de la profession

Dans chaque région, les pharmaciens qui tiennent une officine ouverte sont inscrits sur un tableau établi et tenu à jour par le conseil régional de l'Ordre des pharmaciens d'officine. Ce tableau est affiché aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales et déposé chaque année dans les préfectures et aux parquets des tribunaux de la région.

L'Ordre National des pharmaciens a pour objet :

- d'assurer le respect des devoirs professionnels ;
- d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ;
- de veiller à la compétence des pharmaciens.

¹⁹⁵ extrait de MISSION SUR LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ, "Rapport Berland"

¹⁹⁶ Code de la Santé Publique, Art. L 4221-1

Cet Ordre National regroupe les pharmaciens exerçant leur art en France.

Il coordonne l'action des conseils centraux des sections de l'Ordre et joue un rôle d'arbitrage entre les différentes branches de la profession.

3.2.2.2. L'offre de pharmaciens

3.2.2.2.1. Evolution des pharmaciens et officines pharmaceutiques

Le nombre de pharmaciens a augmenté de 17,5 % entre 1996 et 2001 dans la zone Interreg française. Le nombre d'officine est quant à lui resté constant au cours de la même période (+ 0,5 %).

Tableau 27 : Nombre de pharmaciens et officines pharmaceutiques en la Lorraine

	1996	1997*	1998	1999	2000*	2001
PHARMACIENS						
Meurthe et Moselle	698	715	731	760	773	786
Meuse	152	154	155	161	169	177
Moselle	632	679	726	739	759	778
Zone Interreg française	1482	1547	1612	1660	1700	1741
Lorraine	1797	1862	1927	1980	2033	2086
OFFICINES						
Meurthe et Moselle	278	278	277	277	278	278
Meuse	67	67	67	67	67	67
Moselle	254	255	256	257	257	257
Zone Interreg française	599	599	600	601	601	602
Lorraine	747	748	749	750	750	750

Sources : STATISS DRASS- service statistique ; * estimation par régression linéaire

3.2.2.2.2. Les pharmaciens en 2002

L'Ordre des pharmaciens recensait 66 648 pharmaciens en exercice, en 2002 . Conformément à la volonté du législateur, ceux-ci étaient répartis en six sections:

Tableau 28 : Répartition des effectifs par section

	N	%
PHARMACIENS D'OFFICINE :		
Titulaires d'officine	27493	38,8
Pharmaciens adjoints	25829	41,3
PHARMACIENS DE L'INDUSTRIE	670	1,0
PHARMACIENS DE LA DISTRIBUTION EN GROS	158	0,2
PHARMACIENS HOSPITALIERS ET MUTUALISTES	3430	5,1
PHARMACIENS BIOLOGISTE	7900	11,9
PHARMACIENS D'OUTRE-MER	1168	1,8
TOTAL	66 648	100

Peu de pharmaciens sont recensés comme responsables de l'industrie ou de la distribution en gros. Mais cette proportion ne reflète sans doute pas la réalité car tous ne sont pas inscrits à l'ordre. Aussi un travail d'homogénéisation des données semblable à celui qui a été réalisé pour les médecins est nécessaire pour les pharmaciens.

La densité des pharmaciens en métropole est de 105 pour 100 000 habitants. Toutefois, ce chiffre n'a pas de réelle signification, compte tenu de la disparité des métiers au sein de la profession. Pour les pharmaciens titulaires, la densité moyenne est de 46,98 pour 100 000 habitants.

La densité moyenne des officines établies en métropole est de 38,84 pharmacies pour 100 000 habitants.

Dans la zone Interreg, la densité des pharmaciens est de 90,2 par 100 000 habitants et celles des officines s'élève à 32,2/100 000 habitants en 2001.

3.2.2.2.3. La répartition par âge au niveau national

L'âge moyen des pharmaciens exerçant en France est de 44,1 ans mais les pharmaciens hospitaliers sont légèrement plus jeunes (42,8 ans).

Tableau 29 : Age moyen des pharmaciens par type de poste

Titulaires d'officine	47,1
Pharmaciens adjoints	40
Pharmaciens de l'industrie	47,7
Pharmaciens de la distribution en gros	46,7
Pharmaciens hospitaliers	42,8
Pharmaciens biologiste	47,1
TOTAL	44,1

3.2.2.2.4. La répartition par sexe au niveau national

Selon la DREES, la répartition des pharmaciens en 2002 est de 39 116 femmes (63%) et de 22938 hommes (37%). Le taux de féminisation dans le secteur hospitalier est même de 75 %. Selon l'Ordre, la profession est composée de 42 743 femmes (64,09%) et de 23951 hommes (35,91%).

3.3. Les professions paramédicales

Les professions rangées sous ce vocable couvrent un large spectre d'activités touchant les soins de nature médicale (infirmières, pédicures ...), la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes ...) et l'assistance technique (techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie ...).

Une distinction importante doit être faite entre les professions réglementées et protégées et celles qui ne le sont pas. Les professions réglementées et protégées sont régies par le Code de la Santé Publique sous le titre général "d'auxiliaires médicaux".

Elles partagent certaines caractéristiques des professions médicales : exigence d'un titre, monopole pour l'exercice de la fonction, obligation du secret professionnel. Des règles professionnelles ont été instituées en 1993 pour les infirmières et des règles ordinales pour les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues (loi du 4 février 1995).

La compétence des paramédicaux est bien définie et leur activité professionnelle peut s'exercer soit sous la forme salariée, soit sous la forme libérale, voire dans certains cas, à titre commercial (opticiens-lunetiers).

Une sous-distinction doit être faite parmi les auxiliaires médicaux. En effet, une partie d'entre-eux seulement peut effectuer des actes cotés et remboursés par la Sécurité Sociale.

Trois sortes de disposition commune aux auxiliaires médicaux peuvent être relevées :

- les quotas d'entrée dans les écoles ;
- les règles communes de fonctionnement des écoles paramédicales ;
- l'exercice libéral en commun.

Notons qu'un diplôme de cadre de santé est délivré aux membres des diverses professions paramédicales ayant suivi une formation dans un institut agréé à cet effet dans le cadre d'une sélection et d'une formation appropriée.

Les professions paramédicales sont encadrées par le Conseil supérieur des professions paramédicales. Celui-ci regroupe « obligatoirement les personnes exerçant en France, à titre libéral, les professions d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste et orthoptiste. Ce conseil, doté de la personnalité morale¹⁹⁷, a pour but l'étude des problèmes généraux ou d'exercice concernant une ou plusieurs des professions participantes. Il contribue à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins dispensés par ses membres. Il participe à cet effet à l'évaluation des pratiques professionnelles, à l'élaboration, à la diffusion et au respect des règles de bonnes pratiques paramédicales et veille au maintien des connaissances professionnelles.

Le conseil est composé, au niveau régional, de collèges professionnels, d'une assemblée interprofessionnelle et d'une chambre disciplinaire de première instance, et au niveau national, d'une assemblée interprofessionnelle, de collèges professionnels et d'une chambre disciplinaire d'appel.

- Le **collège professionnel** statue sur l'inscription au tableau du conseil. Il exerce en cas de litige entre professionnels du collège, une mission de conciliation. Il se prononce sur la suspension d'exercice d'un professionnel exerçant à titre libéral en cas de danger lié à une infirmité ou à un état pathologique. Il notifie ses décisions au représentant de l'Etat dans le département. Il évalue également les actions de formation continue.
- L'**assemblée interprofessionnelle régionale** représente les membres du conseil auprès des autorités compétentes de la région. Elle coordonne l'activité des collèges professionnels.
- L'**assemblée interprofessionnelle nationale** est consultée par le ministre chargé de la santé sur toutes les questions intéressant les professions constituant le conseil. Elle coordonne l'élaboration des règles de bonnes pratiques qu'elle soumet à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Elle donne un avis sur la démographie des professions relevant du conseil. Elle coordonne l'activité des collèges professionnels nationaux. Des représentants des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale assistent aux séances de l'assemblée interprofessionnelle avec voix consultative.
- Le **collège professionnel** représente la profession auprès de l'assemblée interprofessionnelle. Il participe à l'élaboration des règles de bonnes pratiques.

3.3.1. Les infirmiers

➤ Dispositions générales

La profession infirmière a été progressivement revalorisée. Cette revalorisation s'est exprimée par :

- une charte des règles professionnelles (décret du 16 février 1993) détaillant les devoirs généraux, les obligations envers les patients, les règles applicables en exercice libéral et en exercice salarié¹⁹⁸. ;.
- une extension des compétences : les textes récents tentent de faire de l'infirmier davantage un « collaborateur » qu'un « subordonné » du médecin en lui attribuant un rôle propre et en élargissant la liste des actes de soins professionnels autonomes (décret du 15 mars 1993).
- une amélioration des carrières et des conditions de travail dans l'ensemble des établissements sanitaires et sociaux du secteur public, et du secteur privé non lucratif sous compétence tarifaire de l'Etat.

Il existe plusieurs spécialités de la profession :

¹⁹⁷ Art. L. 4391-1 du Code de la Santé Publique

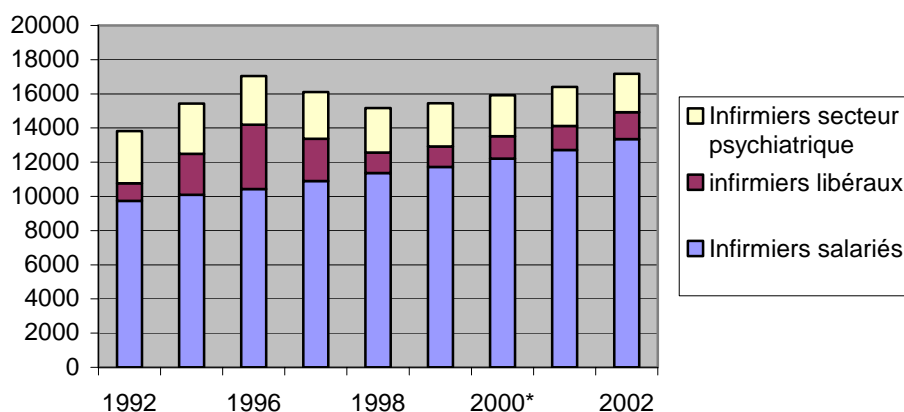
¹⁹⁸ Le manquement aux règles professionnelles peut entraîner des poursuites devant la commission de discipline des infirmiers

- Les puéricultrices disposent d'un diplôme d'Etat sanctionnant un enseignement spécialisé d'un an ouvert aux seuls titulaires d'un diplôme d'Etat d'infirmier, de sage-femme ou s'assistant de service social.
Les puéricultrices sont souvent assistées par des « *auxiliaires de puériculture* » formées dans des écoles agréées.
- Les infirmiers spécialisés en anesthésie-réanimation détiennent un certificat délivré aux IDE¹⁹⁹ après deux années d'études supplémentaires.
- Les infirmiers de salle d'opération détiennent quant à eux un certificat d'aptitude délivré aux IDE après une scolarisation complémentaire pouvant durer jusqu'à 18 mois.

➤ Evolution des infirmiers en Lorraine

Globalement le nombre d'infirmiers en Lorraine a constamment augmenté au cours de la période 1992-2002 (+ 24,2 %). Cette croissance est plus marquée chez les infirmiers libéraux (+ 53 %) que les salariés (+ 37,2 %). Par contre, le nombre d'infirmiers psychiatriques régresse constamment depuis 1992 (-26,8 %).

Graphique 18 : Evolution des effectifs infirmiers en Lorraine



Source : STATISS des DRASS, service statistique ;

* Estimation par régression linéaire

En 2002, la Lorraine comptait 17167 infirmiers, soit 741 infirmiers par 100 000 habitants. Parmi ceux-ci, 89 % sont des salariés en 2002. Ce taux est comparable à celui de 1992 (90 %). La densité des infirmiers en secteur psychiatrique s'élève quant à elle à 96,4.

Les 12 764 infirmiers recensés en 2001 dans la zone Interreg sont répartis de la façon suivante : 49,6 % en Moselle, 41,2 % en Meurthe-et-Moselle et 9,2 % en Meuse.

Des disparités apparaissent au niveau des densités. La densité d'infirmiers en Meurthe et Moselle (737) est plus élevée qu'en Moselle (619) et en Meuse (608).

Tableau 30 : Les infirmiers d'Etat et du secteur psychiatrique dans la zone Interreg française (2001)

	Lorraine	ZIF	M & M	Meuse	Moselle
Infirmiers d'Etat et autorisés	12 709	10 903	4667	899	5337
Infirmiers du secteur psychiatrique	1888	2307	594	269	998

¹⁹⁹ Infirmières d'Etat

TOTAL	14989	12764	5261	1168	6335
Densité des infirmiers d'Etat et autorisés	550	565	654	468	522
Densité des infirmiers du secteur psychiatrique	82	120	83	140	98
Densité totale	649	662	737	608	619

Source : STATISS DRASS, service statistique

3.3.2. Les masseurs-kinésithérapeutes

➤ Dispositions générales

Selon le Code de la Santé Publique, « la profession de Masseur Kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale. La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisé par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'académie nationale de médecine²⁰⁰ »²⁰¹

« Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les MK pratiquent leur art sur ordonnance médicale et peuvent prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de la profession. La liste de ces dispositifs est fixée par Arrêté des ministères chargés de la sécurité sociale, après avis de l'académie nationale de médecine. »²⁰²

➤ Evolution des masseurs-kinésithérapeutes

Le nombre de kinésithérapeutes en Lorraine a augmenté de 27,2 % entre 1992 et 2002, mais cette croissance était plus importante au début de la décennie (+ 17 % les cinq premières années contre + 8,7 % des les cinq années suivantes).

La densité de cette profession est de 108,3 professionnels pour 100 000 habitants.

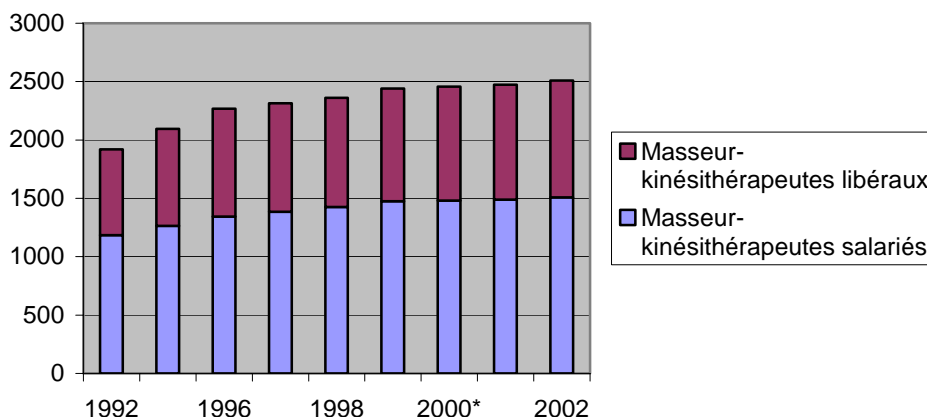
Contrairement à la profession infirmière, les masseurs-kinésithérapeutes exercent davantage sous le mode libéral. Leur proportion est toutefois passée de 61,8 % en 1992 à 60,1 % en 2002.

²⁰⁰ Décret n°96-897 du 8 octobre 1996

²⁰¹ Art. L. 4321-1 du Code de la Santé Publique

²⁰² L.2002-303 du 4 mars 2002, art.48

Graphique 19 : Evolution des effectifs de kinésithérapeutes



➤ Répartition des masseurs-kinésithérapeutes dans la zone Interreg

Les masseurs-kinésithérapeutes de la zone Interreg sont répartis de la façon suivante : 47,8 % en Meurthe-et-Moselle, 44,8 % en Moselle et 7,3 % en Meuse.

En 2001, la densité de kinésithérapeutes dans la zone Interreg est de 65 pour 100 000 habitants. Mais nous constatons une disparité entre les départements de la zone. Le département de Meurthe et Moselle enregistre une densité de 84, contre 55 en Moselle et 48 pour le département de la Meuse qui reste le moins pourvu.

	EFFECTIFS	DENSITES
Meurthe-et-Moselle	600	84
Meuse	92	48
Moselle	562	55
Zone Interreg française	1254	65
Lorraine	1489	64

Source : STATISS DRASS, service statistique

3.3.3. Les ergothérapeutes

➤ Dispositions générales

La loi du 4 février 1995 a redéfini conjointement les deux professions liées à la rééducation que sont les ergothérapeutes et les psychomotriciens. Ces professions protégées partagent donc des **dispositions communes** concernant :

- l'exercice illégal de la profession au pénal ;
- l'inscription sur une liste dressée par le préfet de la résidence professionnelle à partir du diplôme déposé à la DDASS.

Les ergothérapeutes sont des professionnels de la réadaptation fonctionnelle et professionnelle que l'on trouve aussi dans les équipes de soins en psychiatrie. Un premier décret du 6 novembre 1970, modifié a reconnu la nécessité de la fonction et d'une formation préparant à cette fonction. Les autorités ont donc créé un diplôme d'Etat.

Le décret du 21 novembre 1986 a ensuite déterminé les personnes qui, outre les diplômes d'Etat, peuvent, après contrôle des connaissances, contribuer à de tels traitements dans les établissements à caractère sanitaire et social.

➤ Evolution des ergothérapeutes

Entre 1996 et 2002, le nombre d'ergothérapeutes a augmenté de 24,6 % ; la densité est quant à elle passée de 7 praticiens pour 100 000 habitants à 9 en 2002.

	1996	1997*	1998	1999	2000*	2001	2002
Effectifs ergothérapeutes	171	181	190	191	202	212	213
Densité ergothérapeutes	7	8	8	8	9	9	9

Sources : STATISS - DRASS service statistique, INSEE ; * estimation par régression linéaire

Les ergothérapeutes de la zone Interreg sont concentrés en Meurthe-et-Moselle (63,9 % contre 25,1 % en Moselle et 11 % en Meuse).

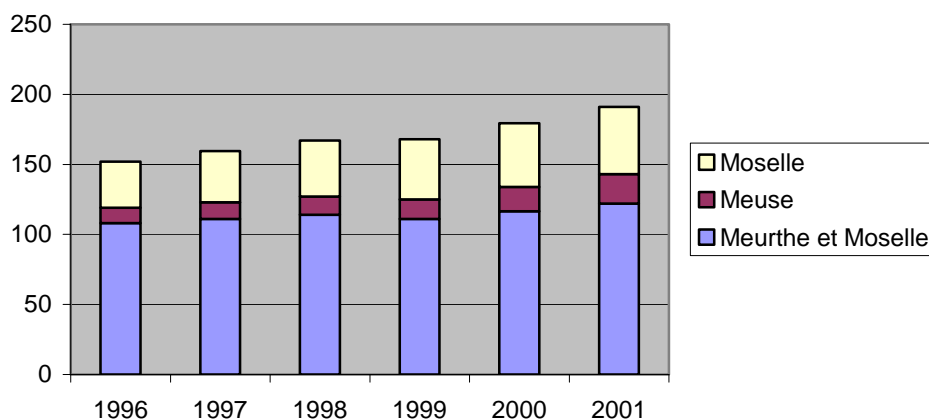
La densité d'ergothérapeutes dans la zone Interreg est de 9,9 paramédicaux pour 100 000 habitants tandis que celle du département de la Moselle n'est que de 5.

Tableau 31 : Les ergothérapeutes dans la zone Interreg (2001)

	EFFECTIFS	DENSITES
Meurthe-et-Moselle	122	17
Meuse	21	11
Moselle	48	5
Zone Interreg française	191	10
Lorraine	212	9

Source : STATISS DRASS, service statistique

Graphique 20 : Evolution des ergothérapeutes dans la zone Interreg française



3.3.4. Les psychomotriciens

➤ Dispositions générales

A l'instar des ergothérapeutes, les psychomotriciens sont régis par la loi du 4 février 1995. Cette profession est donc concernée par les dispositions suivantes :

- l'exercice illégal de la profession au pénal ;
- l'inscription sur une liste dressée par le préfet de la résidence professionnelle à partir du diplôme déposé à la DDASS.

Le décret du 7 février 1985 crée le diplôme d'état de psychomotricien permettant à ses titulaires d'accomplir, sur prescription médicale, les actes de rééducation psychomotrice définis par décret du 6 mai 1988 et principalement orientés vers la rééducation d'affections pouvant résulter

d'un trouble d'ordre physique se situant au carrefour de pathologies somatiques et psychiques et qui peuvent interférer avec les compétences des éducateurs spécialisés ou des masseurs-kinésithérapeutes.

➤ Evolution des psychomotriciens

Les effectifs de psychomotriciens ont augmenté de 36,4 % durant la période 1996-2002. La densité est par contre restée relativement stable (+ 1 point).

	1996	1997*	1998	1999	2000*	2001	2002
Effectifs psychomotriciens	88	95	101	105	110	114	120
Densité psychomotriciens	4	4	4	5	5	5	5

Sources : STATISS - DRASS service statistique, INSEE ; * estimation par régression linéaire

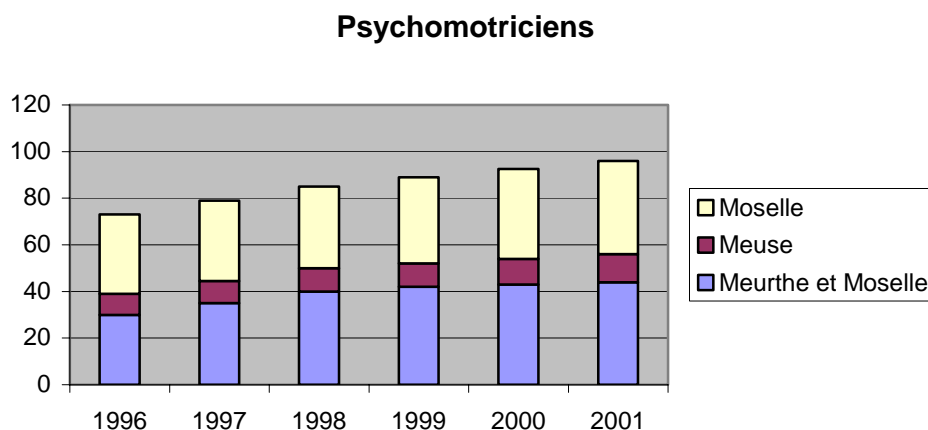
Les psychomotriciens de la zone Interreg sont géographiquement répartis de la manière suivante : 45,8 % en Meurthe et Moselle, 41,6 % en Moselle et 12,5 % en Meuse.

La Meurthe et Moselle et la Meuse ont une densité identique (6/100 000 habitants).

	EFFECTIFS	DENSITES
Meurthe-et-Moselle	44	6
Meuse	12	6
Moselle	40	4
Zone Interreg française	96	5
Lorraine	114	5

Source : STATISS DRASS, service statistique

Graphique 21 : Evolution des psychomotriciens dans la zone Interreg française



3.3.5. Les orthophonistes

➤ Dispositions générales

Les orthophonistes exécutent les actes de rééducation constituant un traitement de nature pathologique de la voix, de la parole ou du langage, oral ou écrit, sur prescription médicale. La liste de ces actes professionnels est limitative.

➤ Evolution des orthophonistes

Le taux de croissance des orthophonistes entre 1996 et 2002 est de 17,4 %. De même, leur densité a augmenté de 3 points.

	1996	1997 *	1998	1999	2000*	2001	2002
Effectifs Orthophonistes	373	378	383	397	409	420	438
Densité Orthophonistes	16	16	17	17	18	18	19

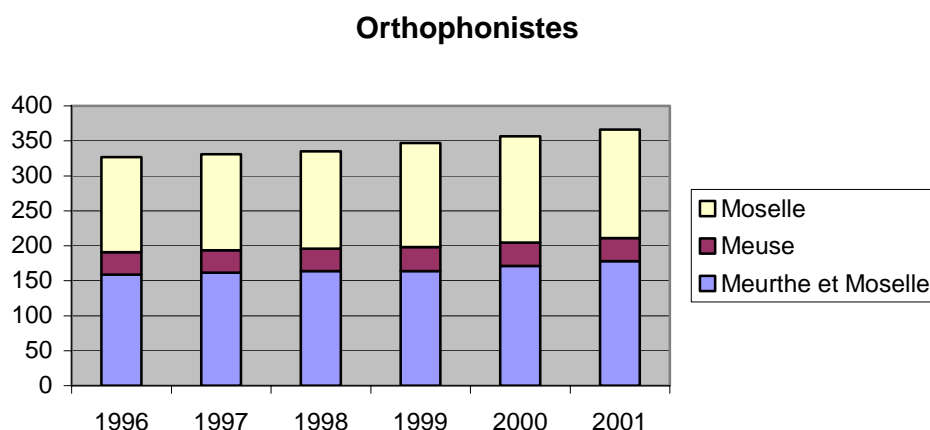
Les orthophonistes de la zone Interreg sont géographiquement répartis de la manière suivante : 45,8 % en Meurthe et Moselle, 41,6 % en Moselle et 12,5 % en Meuse.

En 2001, la densité de la zone Interreg est de 19 orthophonistes pour 100 000 habitants ; la Meurthe et Moselle est le département le plus densément peuplé (25) et la Moselle, le moins densément peuplé (15).

	EFFECTIFS	DENSITES
Meurthe-et-Moselle	178	25
Meuse	33	17
Moselle	155	15
Zone Interreg française	366	19
Lorraine	420	18

Source : STATISS DRASS, service statistique

Graphique 22 : Evolution des orthophonistes dans la zone Interreg française



3.3.6. Les orthoptistes

➤ Dispositions générales

Les orthoptistes exécutent, uniquement sur prescription médicale, des actes liés au traitement des troubles de la vision.

➤ Evolution des orthophonistes

Le nombre d'orthophoniste a diminué de 7,3 % mais la densité de cette profession est restée constante (4 / 100 000 habitants).

	1996	1997 *	1998	1999	2000*	2001	2002
Effectifs Orthoptistes	96	92	88	81	86	91	89
Densité Orthophonistes	4	4	4	4	4	4	4

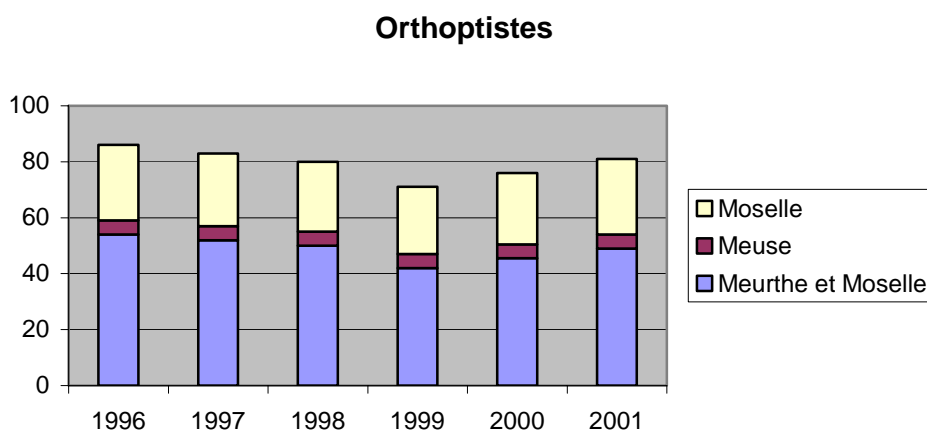
Les orthophonistes de la zone Interreg sont géographiquement répartis de la manière suivante : 48,6 % en Meurthe et Moselle, 42,3 % en Moselle et 9 % en Meuse.

Les trois départements frontaliers lorrains présentent une densité d'orthoptistes de 4 pour 100 000 habitants. Celle de la Meurthe et Moselle s'élève quant à elle à 7/100 000 habitants.

	EFFECTIFS	DENSITES
Meurthe-et-Moselle	49	7
Meuse	5	3
Moselle	27	3
Zone Interreg française	81	4
Lorraine	91	4

Source : STATISS DRASS, service statistique

Graphique 23 : Evolution des orthoptistes dans la zone Interreg française



4. Les médecins et autres professions de santé au Grand-Duché de Luxembourg

4.1. Contexte national et cadre légal d'exercice professionnel

Le système de santé luxembourgeois est caractérisé, pour les professionnels de santé, par un cadre d'exercice professionnel d'une médecine libérale (généralisée).

Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé exerçant dans le pays sont régies par un système de conventionnement général et obligatoire, spécifique à chaque profession de santé (médicale ou paramédicale). Dans ce cadre, tous les professionnels de santé doivent respecter les nomenclatures et les tarifs fixés par convention.

La rémunération des professionnels de santé se fait sur la base du paiement à l'acte pour une grande majorité d'entre eux.

Le système de santé bénéficie, à l'instar des autres secteurs d'activité, du dynamisme de l'économie nationale qui fait du Grand-Duché de Luxembourg un marché d'emploi très attractif au sein de la Grande Région. En effet, le système de santé compte, parmi son personnel, une grande part de professionnels de nationalités différentes et de non-résidents.

Le cadre législatif et réglementaire qui régit l'exercice des différentes professions médicales et des autres professions de santé précise pour chacune d'elles les conditions et le niveau de qualification et/ou de formation. Car, il faut le souligner, les professions médicales et autres professions de santé font partie des métiers réglementés au Grand-Duché de Luxembourg qui nécessitent une reconnaissance professionnelle.

L'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire était régi par la loi du 29 avril 1983 qui a été modifiée par la loi du 31 juillet 1995.

Pour la profession de médecin et de médecin-dentiste, outre le fait que le candidat doit être ressortissant luxembourgeois ou ressortissant d'un autre Etat membre de l'Union européenne, il doit être titulaire :

- soit d'un des diplômes, certificats ou autres titres de médecin (ou de praticien de l'art dentaire) dont la liste est publiée par le ministre de la santé et qui sont visés par la directive 93/16/CEE (ou 78/687/CEE pour les dentistes) et les directives modificatives ultérieures et répondent aux critères de formation y prévus, sous réserve des droits acquis ; ils sont dispensés de la procédure d'homologation prévue par la loi modifiée du 18 juin 1969²⁰³ ;
- soit d'un des diplômes, certificats ou autres titres de médecin (ou de praticien de l'art dentaire) délivrés dans un pays non membre de l'Union européenne, à condition que le diplôme ait été homologué conformément aux dispositions de la loi modifiée du 18 juin 1969. (art.1, loi du 31 juillet 1995)

Les demandes en autorisation d'exercer sont soumises au Collège médical, sans préjudice des attributions de la direction de la santé prévues par la loi du 21 novembre 1980 portant organisation de la direction de la santé.

Le médecin et le médecin-dentiste établis au Luxembourg sont tenus de participer, respectivement, au service médical et dentaire d'urgence dont l'organisation et les modalités sont fixées par règlement grand-ducal à prendre sur avis du Conseil d'Etat.

Un code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste est édicté par le Collège médical et approuvé par le ministre de la santé.

Pour la profession de pharmacien, la loi du 31 juillet 1991 détermine les conditions d'autorisation d'exercer la profession de pharmacien. L'accès aux activités de pharmacien et leur exercice au Luxembourg sont subordonnés à une autorisation du ministre de la Santé qui est délivrée sur avis du collège médical et de la direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments, aux conditions suivantes :

- a) le candidat doit être ressortissant luxembourgeois ou ressortissant d'un autre Etat membre de la Communauté européenne ;
- b) il doit être titulaire d'un des diplômes de pharmacien prévus ;
- c) il doit remplir les conditions d'honorabilité et de moralité ainsi que de santé physique et psychique nécessaires à l'exercice de la profession de pharmacien (art. 1, loi 31/07/1991).

Sont reconnus pour l'exercice de la profession de pharmacien au Luxembourg, les diplômes :

- d'Etat luxembourgeois ;
- délivrés dans un autre Etat membre de la Communauté européenne prévus à l'article 4 de la directive 85/433/CEE visant la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres en pharmacie et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement pour certaines activités du domaine de la pharmacie ;
- délivrés dans un pays non membre de l'Union européenne, à condition qu'ils aient été homologués conformément aux dispositions de la loi modifiée du 18 juin 1969.

L'autorisation est également accordée aux candidats pouvant se prévaloir de l'application de l'article 7 de la directive du Conseil 90/658/CEE du 4 décembre 1990 prévoyant des adaptations, en raison de l'unification allemande, de certaines directives relatives à la reconnaissance mutuelle des diplômes.

²⁰³ Loi du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur

Concernant les autres professions de santé, le cadre légal de l'exercice des professions de santé est précisé par la loi du 26 mars 1992.

4.2. *Personnel médical*

Le système de santé du Luxembourg repose principalement sur des médecins libéraux, qu'il s'agisse de soins extra-hospitaliers ou de soins hospitaliers. Toutefois, les médecins du Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL), de l'Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Chirurgie Interventionnelle (INCCI), du Centre Hospitalier Neuro - Psychiatrique (CHNP), du Centre National de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnels (CNRRF) et du Centre national de Radiothérapie François Baclesse (CFB) sont salariés. Les autres médecins sont payés à l'acte.

Pour les médecins ayant un agrément avec un établissement hospitalier, il ne leur est pas exigé de reverser une quote-part de leurs honoraires à l'établissement. Cela s'explique par deux raisons principales, à savoir : le mode de financement des investissements hospitaliers (fortes subventions de l'Etat) et le contenu de la nomenclature des actes effectués en milieu hospitalier qui ne prend en compte que la prestation intellectuelle et technique ; l'utilisation du matériel technique²⁰⁴ en est exclue contrairement à ce qui se passe pour les soins extra-hospitaliers (médecine de ville). En effet, les frais d'appareil et de matériel, dont les tarifs sont signalés respectivement par les lettres "X" et "M", ne peuvent être pris en compte qu'à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que l'appareil soit, le cas échéant, dûment autorisé et que l'acte (technique) soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question (UCM, Tarifs 2004, p.9).

4.2.1. Situation du personnel médical en 2002

Au 31 décembre 2002, le Ministère de la Santé recensait 1157²⁰⁵ médecins répartis sur l'ensemble du territoire, soit 258,09 praticiens pour 100 000 habitants²⁰⁶. Cet effectif de médecins est composé de 25,9% de femmes et de 74,1% d'hommes. On constate, entre les deux sexes, des différences importantes, comme par exemple le fait qu'il y avait 54,3% de médecins femmes âgées d'au plus 44 ans contre 34,2% seulement de médecins hommes. Autrement dit, le personnel médical féminin est beaucoup plus jeune. Par ailleurs, 9,4% des médecins étaient âgés d'au moins 65 ans.

Il faut souligner qu'il y avait 391 médecins généralistes sur 1157 médecins, soit environ un tiers (33,8%) de l'effectif total de médecins. C'est une situation assez exceptionnelle, car les médecins spécialistes représentaient près du double des médecins généralistes. A titre de comparaison, en France, au 1^{er} janvier 2001, les spécialistes étaient devenus plus nombreux que les généralistes (respectivement 99 700 et 96 200)²⁰⁷ mais la différence ne représentait que

²⁰⁴ Cf. article 15 Frais d'appareil et frais de matériel, Règlement grand-ducal portant nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, in UCM : Tarifs 2004, p.9.

²⁰⁵ Ce chiffre n'inclut pas les médecins-dentistes et les stomatologues. Il s'agit de médecins autorisés à exercer et en activité.

²⁰⁶ Comme les données de population se rapportent au 1^{er} janvier de l'année et celles relatives aux professionnels de santé au 31 décembre, nous utilisons les chiffres de la population de l'année n+1 pour calculer les densités de couverture du personnel de l'année n. La population totale du pays était estimée à 448300 habitants au 1^{er} janvier 2003 par le STATEC. Par ailleurs, les résultats définitifs du recensement général de la population du 15 février 2001 indiquent une population totale égale à 441092 habitants (tandis que les résultats provisoires la chiffraient à 439539 habitants). Cf. site Internet du STATEC : www.statec.lu/html_fr/statistiques/statistiques_par_domaine/population/... ; Dernière mise à jour de la page population le 05/05/2003.

²⁰⁷ D'après les statistiques de la DREES publiées par l'observatoire régional de la santé Pays de la Loire, 2002.

3,6%. Parmi les médecins généralistes, l'effectif de médecins de sexe féminin représente un tiers de l'effectif total de cette catégorie de personnel médical.

Par ailleurs, on observe une concentration de médecins autour de 10 spécialités médicales. En effet, un peu plus d'un quart des spécialités médicales rassemble environ 68% du total des médecins spécialistes (soit 520 spécialistes sur 766 au total). Ces dix spécialités médicales possèdent toutes plus de 30 médecins spécialistes (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 32 : Principales spécialités médicales selon l'effectif du personnel médical, année 2002

SPECIALITES	EFFECTIF	
	Nombre	%
Anesthésie-réanimation	64	8,4
Cardiologie et angiologie	33	4,3
Chirurgie générale	58	7,6
Gynécologie-obstétrique	56	7,3
Médecine interne	102	13,3
Ophtalmologie	43	5,6
Oto-rhino-laryngologie	33	4,3
Pédiatrie	55	7,2
Psychiatrie	40	5,2
Radio-diagnostic	36	4,7
<i>Sous-total</i>	<i>520</i>	<i>67,9</i>
Autres	246	32,1
TOTAL	766	100

Source : Ministère de la Santé

Les spécialités les moins dotées en personnel médical sont celles qui ont notamment moins de 5 médecins, et la situation semble plus préoccupante pour la chirurgie thoracique, l'hématologie biologique et la santé publique avec seulement un spécialiste en 2002.

Si, dans l'ensemble, environ les trois quarts des médecins (74%) sont des hommes, on observe néanmoins une prédominance de femmes pour deux spécialités médicales, à savoir : la dermatovénéréologie (13 femmes contre 9 hommes, soit respectivement 59% et 41%) et la pédiatrie (29 femmes contre 26 hommes, soit respectivement 52,7% et 47,3%).

La densité médicale est très variable selon les spécialités. Ainsi, il y avait en 2002, par exemple, 87,21 médecins généralistes pour 100 000 habitants, 65,12 spécialistes en pédiatrie pour 100 000 habitants et 12,94 spécialistes en chirurgie générale (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 33 : Présentation de la densité médicale en 2002

<i>Professions médicales</i>	<i>Densités pour 100 000 habitants</i>
Médecins généralistes	87,21
Spécialistes en anesthésie – réanimation	14,28
Spécialistes en cardiologie et angiologie	7,36
Spécialistes en gynécologie – obstétrique ²⁰⁸	58,09
Spécialistes en pédiatrie ²⁰⁹	65,12
Spécialistes en psychiatrie	8,92
Spécialistes en médecine interne	22,75
Spécialistes en ophtalmologie	9,59
Spécialistes en gastro-entérologie	3,79
Spécialistes en oto-rhino-laryngologie	7,36
Spécialistes en radiodiagnostic	8,03
Spécialistes en neurologie	4,46
Spécialistes en urologie	4,68
Spécialistes en chirurgie générale	12,94
Spécialistes en neuropsychiatrie	3,57
Spécialistes en neurochirurgie	1,57
Spécialiste en médecine nucléaire	0,89

Source : Calculs des auteurs d'après les données du Ministère de la Santé

Cette différence de densité est illustrée clairement par le graphique ci-dessous.

4.2.2. Évolution du nombre²¹⁰ de médecins et de médecins-dentistes

L'évolution du nombre total des médecins autorisés à exercer au Grand-Duché de Luxembourg de 1991 à 2001 est marquée par une augmentation de 38,3%. Au cours de cette période, c'est le nombre des médecins généralistes qui a le moins augmenté, passant de 311 en 1991 à 389 en 2001, soit une hausse de 25,1%. Le nombre de médecins spécialistes et de médecins-dentistes a évolué presque dans les mêmes proportions, respectivement +44,2% et +43,8%. Les effectifs sont donc passés de 521 spécialistes en 1991 à 751 en 2001, et de 201 à 289 médecins-dentistes au cours de la même période.

Le tableau ci-dessous présente ces évolutions par nationalité et par catégorie professionnelle.

²⁰⁸ La population de référence pour calculer la densité est celle des femmes âgées de 15 à 44 ans. Elle était estimée à 96407 femmes au 31 décembre 2002.

²⁰⁹ La population de référence utilisée est celle âgée de moins de 15 ans. Selon nos calculs, la population des moins de 15 ans était évaluée à 84 456 habitants au 31 décembre 2002.

²¹⁰ Pour l'analyse de l'évolution des effectifs, nous avons recours à d'autres données du Ministère de la Santé qui comprennent les effectifs des dentistes.

Tableau 34 : Évolution des effectifs de médecins autorisés à exercer au Grand-Duché de Luxembourg de 1991 à 2001

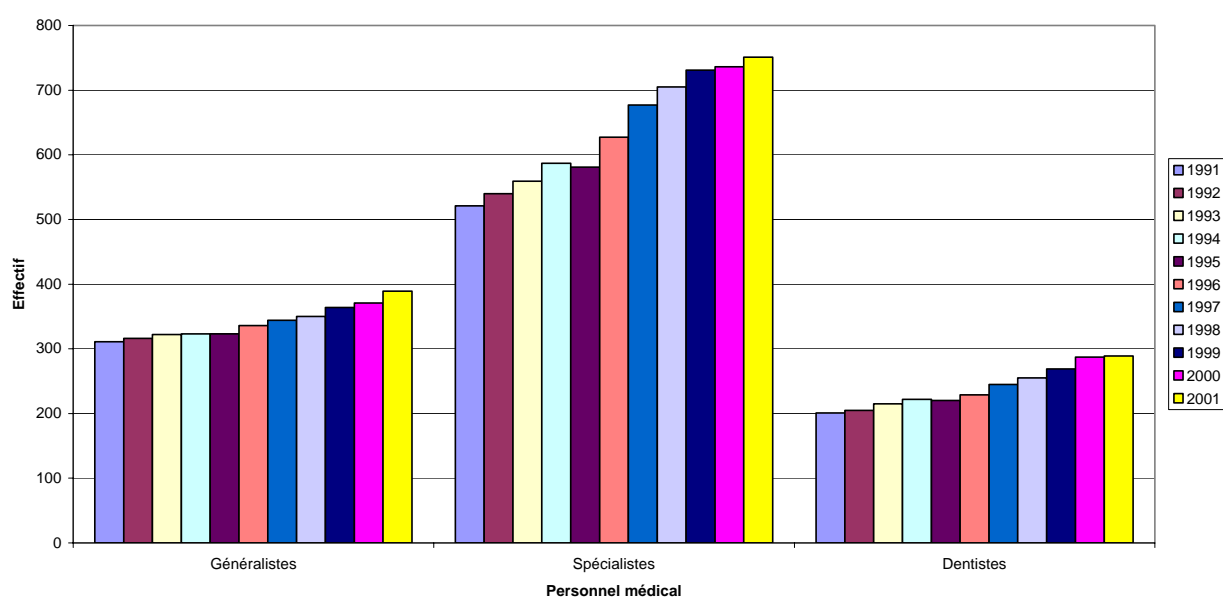
Nationalité	Catégories	1991	1992	1994	1996	1998	2000	2001
Luxembourgeois		893	907	931	963	1011	1022	1013
	Généralistes	270	274	271	278	281	289	290
	Spécialistes	458	468	489	511	555	555	548
	Dentistes	165	165	171	174	175	178	175
Allemands		18	21	34	42	55	71	78
	Généralistes	2	2	5	5	6	7	7
	Spécialistes	13	15	24	32	41	49	57
	Dentistes	3	4	5	5	8	15	14
Belges		58	63	82	93	120	149	171
	Généralistes	17	17	18	17	19	24	32
	Spécialistes	22	25	37	45	57	73	80
	Dentistes	19	21	27	31	44	52	59
Français		48	53	55	61	77	94	108
	Généralistes	14	15	17	21	25	29	36
	Spécialistes	26	30	30	31	37	42	49
	Dentistes	8	8	8	9	15	23	23
Autres		16	17	30	33	47	58	59
	Généralistes	8	8	12	15	19	22	24
	Spécialistes	2	2	7	8	15	17	17
	Dentistes	6	7	11	10	13	19	18
Ensemble		1033	1061	1132	1192	1310	1394	1429
	Généralistes	<i>311</i>	<i>316</i>	<i>323</i>	<i>336</i>	<i>350</i>	<i>371</i>	<i>389</i>
	Spécialistes	<i>521</i>	<i>540</i>	<i>587</i>	<i>627</i>	<i>705</i>	<i>736</i>	<i>751</i>
	Dentistes	<i>201</i>	<i>205</i>	<i>222</i>	<i>229</i>	<i>255</i>	<i>287</i>	<i>289</i>

Sources : Données du Ministère de la Santé, Années 1991-2001

Le graphique ci-dessous illustre l'évolution du nombre de médecins et de médecins-dentistes de 1991 à 2001. On y observe une forte progression des effectifs de spécialistes.

Graphique 24

Evolution du personnel médical par catégorie (1991-2001)



4.2.2.1. Évolution par *nationalité*

L'analyse par nationalité²¹¹ fait ressortir des différences importantes. D'abord, la part des médecins non luxembourgeois dans l'effectif global a plus que doublé au cours de la période 1991-2002. Cette part était de 13,55% en 1991 et elle représentait environ trois médecins sur dix (31,8%) en 2002 (contre 29,1% en 2001).

Les effectifs de médecins non luxembourgeois, ressortissants de pays frontaliers du Grand-Duché de Luxembourg, ont tous cru au cours de la période considérée. La plus forte progression est enregistrée de la part des médecins allemands avec un quadruplement de leur nombre (soit +333,3%), suivie de médecins classés « Autres pays » qui ont plus que triplé leur nombre (soit +268,8%), de médecins belges avec un triplement aussi des effectifs (soit +194,8%) et de médecins français avec +125% de progression. La plus faible progression est observée au niveau des effectifs de médecins de nationalité luxembourgeoise avec seulement 13,4% d'augmentation (les effectifs passant de 893 médecins en 1991 à 1013 médecins en 2001).

Il faut noter aussi que l'accroissement des effectifs de médecins provenant des pays frontaliers au Grand-Duché de Luxembourg est plus fort au cours de la deuxième moitié de la décennie 90 pour les médecins français et belges. En revanche, l'accroissement du nombre de médecins allemands était moins forte au cours de cette sous-période. La réforme²¹² de l'assurance maladie et du secteur de la santé entrée en vigueur en janvier 1994 ainsi que le programme de modernisation de l'offre hospitalière pourraient expliquer en partie cette situation en ce qui concerne les médecins français et belges.

La répartition des médecins et des dentistes par catégorie et par nationalité donne une indication intéressante en ce qui concerne, d'une part, l'orientation professionnelle du corps médical de nationalité luxembourgeoise et, d'autre part, le profil des personnels médicaux et des dentistes qui choisissent de travailler au Grand-Duché de Luxembourg.

Ainsi, au regard des chiffres du tableau ci-dessous pour l'année 2001, on remarque que :

- le personnel médical de nationalité luxembourgeoise est en majorité constitué de spécialistes (54,1%) ;
- les médecins allemands au Grand –Duché de Luxembourg sont principalement des spécialistes (73,1%) ;
- la mobilité de médecins belges concerne en grande partie des spécialistes (46,8%) et des dentistes (34,5%) ;
- la mobilité des médecins français touche aussi beaucoup de spécialistes (45,4%) et de généralistes (33,3%).

Tableau 35 : Répartition des médecins par catégorie et par nationalité, Année 2001

Catégories de personnels	Nationalités					Total
	Luxembourgeois	Allemands	Belges	Français	Autres	
Généralistes	28,6%	9,0%	18,7%	33,3%	40,7%	27,2%
Spécialistes	54,1%	73,1%	46,8%	45,4%	28,8%	52,6%
Dentistes	17,3%	17,9%	34,5%	21,3%	30,5%	20,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Une analyse des catégories professionnelles par nationalité indique aussi, à juste titre, que les médecins de nationalité luxembourgeoise sont encore largement majoritaires par rapport à leurs

²¹¹ Pour le personnel médical, l'analyse par pays de résidence est inappropriée du fait que l'exercice de la profession médicale s'accompagne, quasi automatiquement, d'une installation dans le pays d'accueil. Ainsi, la mobilité transfrontalière du personnel médical dans l'espace LLS doit s'apprécier par rapport au rythme des installations ou des autorisations par nationalité.

²¹² Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé

homologues étrangers. Ils représentaient en 2001, 74,55% des généralistes, 73% des spécialistes et 60,55% des dentistes.

Nationalité	Généralistes		Spécialistes		Dentistes	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Luxembourgeois	290	74,55	548	72,97	175	60,55
Allemands	7	1,80	57	7,59	14	4,84
Belges	32	8,23	80	10,65	59	20,41
Français	36	9,25	49	6,52	23	7,96
Autres	24	6,17	17	2,27	18	6,23
Total	389	100,00	751	100,00	289	100,00

4.2.2.2. Évolution par sexe

L'évolution des effectifs de médecins au cours de la période 1991-2001 est marquée aussi par une féminisation progressive de la profession médicale, même si les médecins de sexe masculin représentaient encore près des trois quarts (74%) des effectifs globaux. En effet, au cours de cette période, la proportion des femmes est passée de 18,3% en 1991 à 26% en 2001 et celle des hommes a baissé, passant de 81,7% en 1991 à 74% en 2001. Cette situation est bien perceptible lorsque l'on se réfère aux trois catégories professionnelles examinées (cf. tableau ci-dessous). Ainsi, on constate que les femmes représentaient 33,2% des médecins généralistes, 28% des dentistes et 21,4% des spécialistes en 2001 contre respectivement 23,5%, 21,9% et 13,8% en 1991.

Tableau 36 : Évolution de la répartition des médecins par catégorie et par sexe entre 1991 et 2001

	1991		1994		1996		1998		2000		2001	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Généralistes	76,5%	23,5%	74,6%	25,4%	71,7%	28,3%	70,0%	30,0%	67,4%	32,6%	66,8%	33,2%
Spécialistes	86,2%	13,8%	84,8%	15,2%	83,3%	16,7%	80,1%	19,9%	78,8%	21,2%	78,6%	21,4%
Dentistes	78,1%	21,9%	75,2%	24,8%	74,7%	25,3%	73,3%	26,7%	72,1%	27,9%	72,0%	28,0%
Global	81,7%	18,3%	80,0%	20,0%	78,4%	21,6%	76,1%	23,9%	74,4%	25,6%	74,0%	26,0%

Il en résulte, de manière générale, que la progression des effectifs de médecins de sexe féminin a été plus forte au cours de la période considérée par rapport à leurs homologues masculins. Le taux de croissance des effectifs de femmes était de +96,3% contre seulement +25,4% pour les hommes.

Chez les femmes, la plus forte progression a été constatée au niveau des spécialistes (+123,6%), suivie des dentistes (+84,1%) et des généralistes (+76,7%).

Chez les hommes, les dentistes enregistraient une augmentation de +32,5% au cours de la période, les spécialistes 31,4% et les généralistes n'augmentaient que de 9,2%.

4.2.2.3. Évolution par âge

L'évolution de la répartition des effectifs de médecins par âge n'échappe pas au phénomène général du vieillissement de la population en Europe. Ce qui exacerbe le problème de la démographie médicale, déjà préoccupant dans un pays qui n'a pas de faculté de médecine²¹³. Par exemple, la part des médecins âgés de moins de 45 ans est passée de 47,3% en 2000 à 39,4% en 2002, soit une diminution de 7,9 points. Cette diminution est plus prononcée chez les hommes médecins. La part des médecins âgés d'au moins 65 ans a baissé d'un point entre 2000

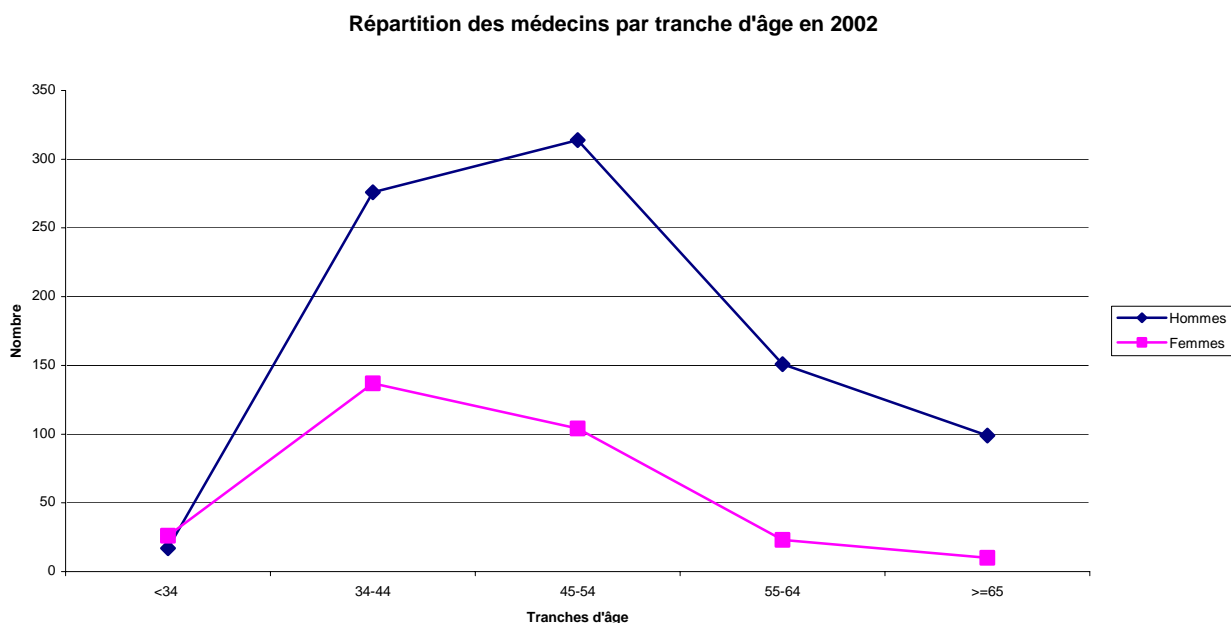
²¹³ Néanmoins, afin de contourner la difficulté d'entrée dans les facultés de médecine d'autres pays, dont l'accès est soumis au numerus clausus, une 1^{ère} année de médecine est préparée à la faculté des sciences de l'université de Luxembourg pour les étudiants désireux de suivre les études de médecine. Par ce moyen, les étudiants luxembourgeois peuvent ainsi accéder directement en 2^{ème} année de médecine dans une université étrangère ayant signé des accords avec l'université de Luxembourg.

et 2002, respectivement 10,4% et 9,4%. C'est, en grande partie, grâce à la féminisation progressive de la profession médicale que le pourcentage des médecins seniors est quasi stable. En effet, il y avait en 2002 près de 54,3% de médecins de sexe féminin qui avaient moins de 45 ans contre seulement 34,2% chez leurs homologues de sexe masculin.

Cependant, la comparaison de la structure de l'âge des médecins par sexe indique que ni la féminisation en cours de la profession, ni l'arrivée de nouveaux médecins de sexe masculin ne pourra compenser à court et moyen termes les départs à la retraite des médecins seniors.

Le graphique ci-dessous donne une illustration de la structure par âge des médecins au Luxembourg en 2002.

Graphique 25



4.2.3. Rémunération des médecins et des médecins-dentistes

La rémunération des médecins et des médecins-dentistes varie en fonction, d'une part, du mode d'exercice professionnel (exercice libéral versus exercice salarial) et d'autre part, de la nature des actes généraux et techniques à réaliser ainsi que des conditions de leur réalisation (consultation/visite - milieu hospitalier/extra-hospitalier, ...). Mais, dans cette section, il s'agit de renseigner simplement un des aspects de la rémunération des médecins. Pour cela, le choix a porté sur le niveau des honoraires des consultations²¹⁴. Même à ce niveau, des tarifs différents sont fixés selon le type de consultations considéré. En effet, l'union des caisses de maladie distingue pour les consultations, notamment, ce qui suit : les consultations normales, les consultations majorées et les consultations spéciales.

Les consultations majorées du médecin généraliste et de certains médecins spécialistes doivent avoir une durée sensiblement supérieure à celle des consultations normales et suffisante pour permettre un examen exhaustif.

Les consultations spéciales sont des consultations :

- urgentes,

²¹⁴ C'est le premier niveau de contact du patient avec le prestataire de soins dont le tarif d'honoraires lui donne une indication sur ce que pourrait être ses coûts. Pour le reste, il faudra se référer aux tarifs relatifs aux différentes nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes publiés chaque année par l'Union des caisses de maladie.

- du soir demandées et faites entre 20 et 22 heures,
- de dimanche et de jour férié légal,
- de nuit demandées et faites entre 22 et 7 heures.

Il faut noter que les tarifs des actes techniques font également l'objet de majoration tarifaire sous certaines conditions. Ainsi, par exemple, une majoration de 100% du tarif des actes techniques est appliquée si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour férié légal, sauf si le libellé de l'acte exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte.

S'agissant des consultations normales des médecins (généralistes et spécialistes), il existe 11 tarifs différents, allant de 20,0 € pour une consultation du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation à 37,4 € pour une consultation du médecin spécialiste en neurologie et en neuropsychiatrie. Le tarif de consultation normale du médecin généraliste est de 29,6 € contre 23,5 € pour une consultation, par exemple, du médecin spécialiste en cardiologie et angiologie (cf. tableau ci-dessous).

La différence de tarif provient du coefficient associé à l'acte car la valeur monétaire de la lettre-clé, négociée à 3,2610 € au 1^{er} janvier 2004, est la même pour tous. Les consultations des médecins sont signalées par la lettre-clé C.

Les consultations des médecins-dentistes sont désignées par la lettre-clé DC. La valeur monétaire négociée de la lettre-clé de la nomenclature des médecins-dentistes est fixée à 3,7174 €

Plus globalement, le tarif d'un acte est obtenu en multipliant la valeur monétaire de la lettre-clé à son coefficient. Le taux de prise en charge par l'assurance maladie des actes et services médicaux peut être de 100%, de 95% ou de 80% selon les cas prévus par les statuts de l'UCM. Les articles 35 et 39 du titre 2 portant sur les règles particulières pour l'obtention et la prise en charge des différentes catégories de prestations de soins de santé et de fournitures précisent les modalités de prise en charge (CAS, 2001, p.434 et p.436).

La liste complète des nomenclatures des actes et services est publiée régulièrement par l'union des caisses de maladie. D'après la loi du 22 juillet 2003, la valorisation des lettres-clés est négociée tous les deux par les parties signataires de la convention.

	Code	Tarif
Consultations normales		
Médecin généraliste	C1	29,6
Médecin spécialiste en : médecine interne, endocrinologie, maladies du métabolisme et la nutrition, Hématologie, Néphrologie	C2	30,0
Médecin spécialiste en cardiologie et angiologie	C3	23,5
Médecin spécialiste en gastro-entérologie	C4	23,5
Médecin spécialiste en pneumologie	C5	25,0
Médecin spécialiste en pédiatrie pour un enfant dont l'âge est <=14 ans	C6	32,7
Médecin spécialiste en pédiatrie	C7	23,5
Médecin spécialiste en dermato-vénéréologie	C8	30,2
Médecin spécialiste en psychiatrie ou psychiatrie infantile	C9	23,5
Médecin spécialiste en neurologie et en neuropsychiatrie	C10	37,4
Médecin spécialiste en rhumatologie	C11	27,5
Médecin spécialiste en rééducation et en réadaptation fonctionnelles	C12	25,6
Médecin spécialiste en : chirurgie générale, orthopédie, chirurgie plastique, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, chirurgie pédiatrique, neurochirurgie, chirurgie gastro - entérologique, chirurgie maxillo-faciale	C13	23,5
Médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	23,5
Médecin spécialiste en urologie	C15	23,5
Médecin spécialiste en ophtalmologie	C16	32,3
Médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	C17	23,5
Médecin spécialiste en stomatologie	C18	23,5
Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation	C19	20,0
Médecin spécialiste en radiodiagnostic, en radiothérapie, en médecine nucléaire	C20	23,5
Consultation faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C29	23,5
Consultations spéciales		
Consultation urgente de tous les médecins (sauf les spécialistes en pédiatrie)	C51	33,8
Consultation urgente du médecin spécialiste en pédiatrie	C55	46,8
Consultations du médecin-dentiste		
Consultation du médecin-dentiste	DC1	24,8
Renouvellement d'ordonnance	DC2	12,9
Pansements en série, par séance	DC3	12,9
Consultation urgente	DC4	35,8
Consultation demandée et faite le soir entre 20 et 22 heures	DC6	47,0
Consultation demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	DC7	47,0
Consultation demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures	DC8	69,5

Source : UCM, 2004, Tarifs applicables à partir du 1/01/2004

4.2.4. Les pharmaciens

Le nombre de pharmaciens en activité est en forte augmentation entre 1994 et 2000, passant respectivement de 263 à 364 pharmaciens²¹⁵. Cela correspond à une croissance de 38,4% en sept années. En 2000, 85,4% des pharmaciens travaillaient dans les officines contre seulement 4,4% dans les pharmacies d'hôpitaux.

²¹⁵ Statec (2002) : Annuaire statistique du Luxembourg

4.3. *Autres professions de santé*²¹⁶

Les professionnels²¹⁷ des autres professions de santé (autres que les professions médicales) jouent un rôle important dans le fonctionnement des unités de soins et la prise en charge des patients. L'exercice libéral est aussi admis pour cette catégorie de personnels de santé et, pour ce faire, ils sont soumis également au conventionnement généralisé. Mais, contrairement au corps médical, le personnel des professions de santé est largement salarié.

La loi du 26 mars 1992 codifie, notamment, les conditions d'exercice et de revalorisation des professions de santé. Les dispositions de cette loi s'appliquent aux professions de santé suivantes²¹⁸ :

- Aide-soignant
- Assistant-senior
- Assistant technique médical
- Infirmier
- Infirmier en anesthésie et réanimation
- Infirmier en pédiatrie
- Infirmier psychiatrique
- Masseur
- Sage-femme
- Assistant d'hygiène sociale
- Assistant social
- Diététicien
- Ergothérapeute
- Infirmier gradué
- Laborantin
- Masseur-kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Orthoptiste
- Pédagogue curatif
- Rééducateur en psychomotricité.

L'exercice d'une de ces professions est subordonné à une autorisation du ministre ayant la santé dans ses attributions qui est délivrée aux conditions suivantes :

- (1) le candidat doit être titulaire soit d'un diplôme luxembourgeois relatif à la profession concernée, soit d'un diplôme étranger reconnu par le ministre de l'Education nationale ;
- (2) il doit remplir les conditions de santé physique et psychique nécessaires à l'exercice de la profession ;
- (3) il doit répondre aux conditions d'honorabilité et de moralité nécessaires à l'exercice de la profession.

Les professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes ...) exécutent les actes pris en charge par l'UCM en accord avec les règlements fixant leurs attributions sur la base de la loi du 26 mars 1992 ci-dessus mentionnée. Les actes effectués par ces professionnels de santé dans les

- hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés,
- établissements de cures thérapeutiques,
- établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles,
- cabinets médicaux,

²¹⁶ Au Grand-Duché de Luxembourg, cette appellation est préférée à celle plus courante et internationale de professions paramédicales. Dans la pratique, les deux appellations recouvrent la même réalité, celle des professions ainsi désignées. Le lecteur est invité à considérer les deux termes comme étant équivalents.

²¹⁷ Dans cette section, le terme professionnel de santé est utilisé pour désigner le personnel paramédical.

²¹⁸ Et à bien d'autres professions de santé ayant globalement un champ d'action semblable.

ne sont pas mis en compte (pour leur tarification) car ceux-ci sont pris en charge par le budget de chaque établissement.

Suite à la mise en place de l'assurance dépendance en 1998, et afin de répondre aux besoins en personnel découlant de la prise en charge de cette nouvelle prestation, les autorités ont créé la profession d'aide socio-familiale dont les modalités de formation sont précisées dans le règlement grand-ducal du 21 mai 1999²¹⁹. Cette formation est dispensée en cours d'emploi et s'adresse d'abord à des personnes adultes qui exercent des fonctions d'aide socio-familiale au sein d'institutions et de services qui proposent des prestations socio-familiales. La formation est également ouverte à des personnes qui exercent des fonctions d'aide socio-familiale :

- soit dans le cadre du placement ou de l'accueil éducatif à domicile ;
- soit dans le cadre de leurs responsabilités familiales au bénéfice d'enfants ou de personnes âgées, handicapées ou malades. (art.1)

La formation s'étale sur au moins deux ans et implique une démarche personnelle et professionnelle du stagiaire.

4.3.1. Situation en 2002

Les professionnels de santé en activité au 31 décembre 2002 étaient évalués à 6300. Leur composition reflétait bien la situation générale du marché de l'emploi au Luxembourg qui est caractérisée par un niveau élevé de recrutement de main-d'œuvre transfrontalière. En effet, il y avait 60,5% des professionnels résidant au Luxembourg au 31/12/2002 contre 39,5% vivant dans les pays frontaliers.

Tableau 37 : Répartition des professionnels de santé en activité au 31/12/2002 par pays de résidence

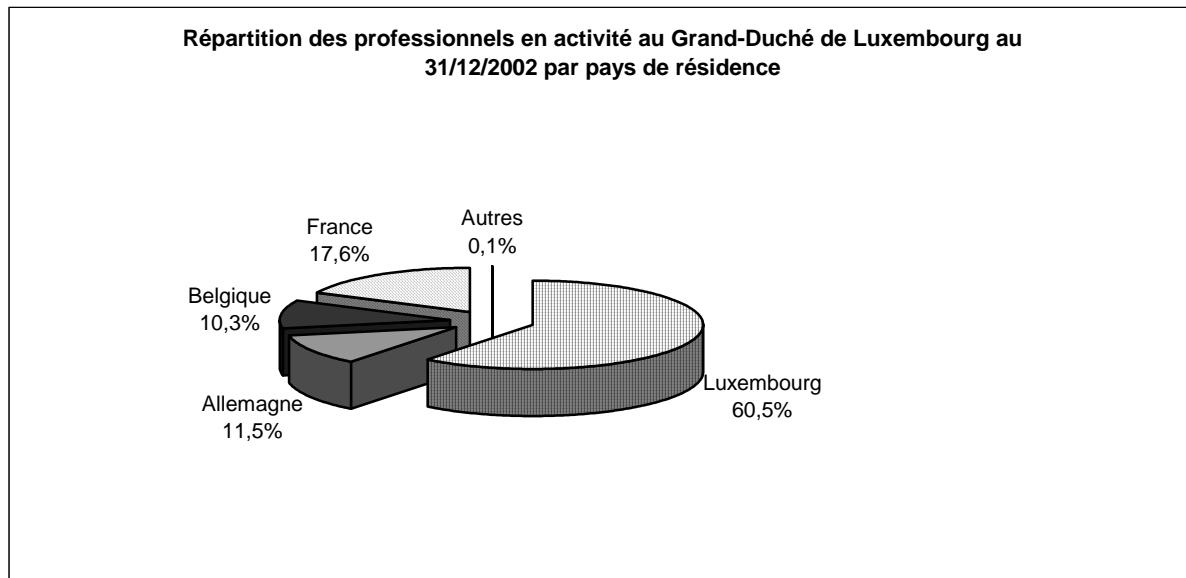
Pays de résidence des professionnels de santé	Effectifs	Pourcentage
Luxembourg	3 813	60,5%
Allemagne	722	11,5%
Belgique	649	10,3%
France	1 108	17,6%
Autres	8	0,1%
Ensemble	6 300	100,0%

Source : Ministère de la Santé /Direction de la Santé, 2003

Cette répartition des professionnels peut encore être illustrée par le graphique ci-dessous.

²¹⁹ Il s'agit du règlement grand-ducal du 21 mai 1999 instituant une formation aux fonctions d'aide socio-familiale.

Graphique 26

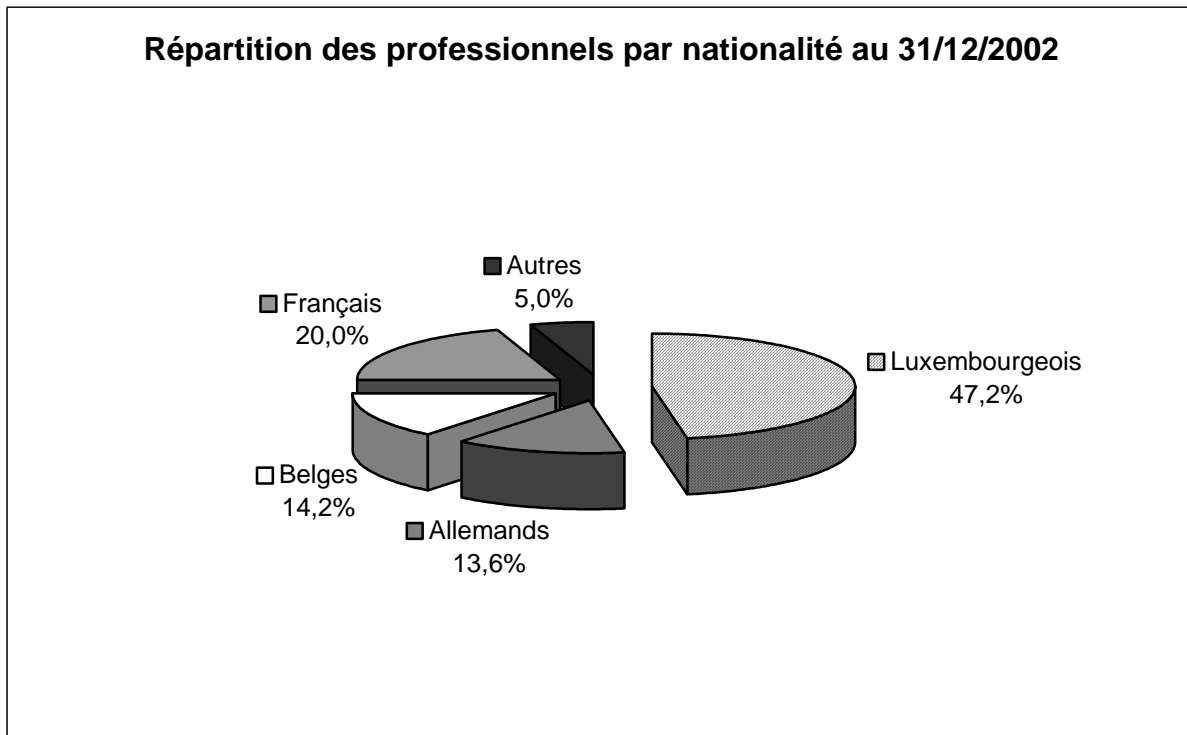


Par ailleurs, parmi les frontaliers (2487 au total), 44,6% résidaient en France, 29,0% en Allemagne, 26,1% en Belgique et 0,3% ailleurs.

La structure par sexe des professionnels révèle une très grande féminisation des professions de santé car environ huit agents sur dix sont des femmes.

La répartition par nationalité révélait en 2002 une majorité de professionnels non luxembourgeois égale à 52,8% de l'effectif total contre 51,5% en 2001. Les professionnels de nationalité luxembourgeoise ne représentaient que 47,2% du total en 2002 contre 48,5% en 2001 (cf. graphique ci-dessous). Une situation qui aurait tendance à s'accroître d'année en année.

Graphique 27



Les cinq principales professions de santé, en terme d'effectifs, sont les infirmiers (y compris les infirmiers spécialisés), les aides soignants, les masseurs kinésithérapeutes, les assistants sociaux et les assistants techniques. Elles représentent ensemble 85,7% des effectifs des professionnels en 2002.

4.3.2. Évolution des effectifs des professions de santé

Au cours de la période 1991-2002, on observe une augmentation continue des effectifs de professions de santé autorisés à exercer au Grand-Duché de Luxembourg. Ces effectifs sont passés de 3792 en 1991 à 6300 en 2002, soit une augmentation de 66,1%.

Cette augmentation a été plus forte de 1991 à 1996 (+40,8%) par rapport à la période 1996-2002 (+18%) (cf. tableau ci-dessous). Cela a eu pour effet une amélioration continue de la couverture générale de la population en professionnels de santé.

Ainsi, la densité en personnel des professions de santé, pour 100 000 habitants, est passée de 1185,30 en 1994 à 1276,94 en 1996, puis à 1405,31 en 2002. Une évolution favorable entretenue grâce à l'attrait qu'exerce le Luxembourg sur le personnel qualifié des pays voisins intéressé par des conditions de travail et de rémunération plus confortables.

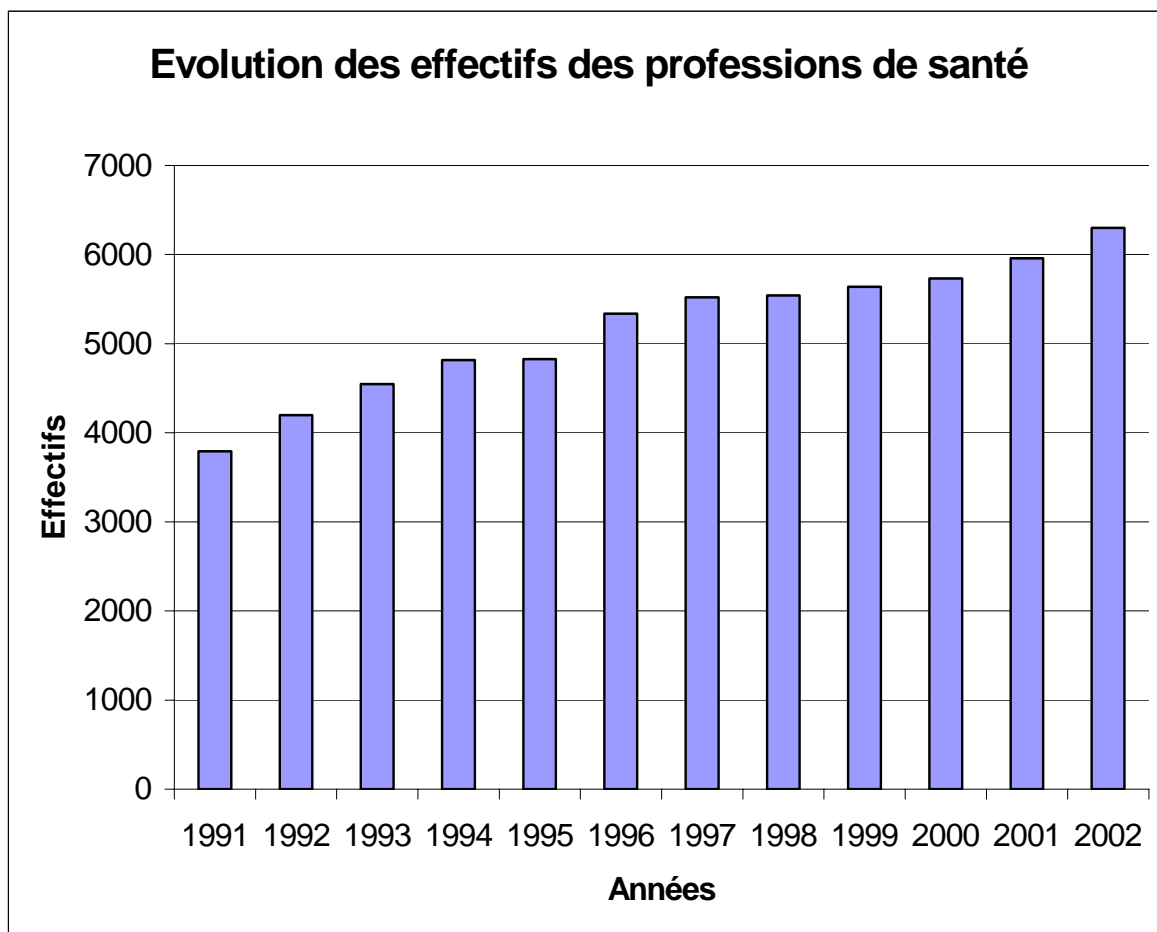
Tableau 38 : Évolution des effectifs des professions de santé

PROFESSIONS	EFFECTIFS						
	1991	1992	1994	1996	1998	2000	2002
Aides soignant(e)s	786	882	1025	1124	1159	1194	1379
Assistant(e)s d'hygiène	102	107	118	123	122	117	122
Assistant(e)s senior	16	17	20	21	19	17	16
Assistant(e)s social(e)s	89	104	115	127	133	129	171
Assistant(e)s techniques méd. chirurgie	63	72	76	80	85	100	107
Assistant(e)s techniques méd. laboratoire	123	131	145	167	159	153	165
Assistant(e)s techniques méd. radiologie	88	96	113	127	128	140	146
Diététicien(ne)s	14	17	18	19	18	23	23
Ergothérapeutes	37	45	48	66	73	78	109
Infirmier(e)s en anesthésie et réanimation	161	170	196	217	221	231	229
Infirmier(e)s gradué(e)s	94	100	104	121	126	128	126
Infirmier(e)s	1542	1732	2026	2257	2377	2497	2725
Infirmier(e)s en pédiatrie	102	106	125	142	142	143	151
Infirmier(e)s psychiatriques	125	128	135	139	128	121	126
Laborantin(e)s	134	142	158	167	174	186	191
Masseur-Kinésithérapeutes	197	216	245	268	278	273	294
Masseurs	20	24	25	26	26	28	32
Orthoptistes	6	6	6	7	7	7	8
Pédagogues curatifs	15	15	16	17	23	23	22
Orthophonistes	11	13	16	22	34	32	35
Ré-éducateur(rice)s en psychomotricité	9	10	10	11	12	11	16
Sages-femmes	56	63	72	81	85	97	103
Non indiqué	2	2	5	9	12	3	4
Total	3792	4198	4817	5338	5541	5731	6300

Source : Ministère de la Santé/Direction de la Santé.

L'évolution globale de l'ensemble des effectifs des professions de santé est illustrée par le graphique ci-dessous.

Graphique 28



Etant donné la diversité des professions, la suite de l'analyse est consacrée à quelques professions de santé comme :

- les infirmiers ;
- les masseurs-kinésithérapeutes ;
- les orthophonistes ;
- les ré-éducateurs en psychomotricité ;
- les sages-femmes ;
- les assistants techniques médicaux de chirurgie, de laboratoire et de radiologie.

4.3.2.1. Les infirmiers

Les infirmiers représentent plus de la moitié des effectifs du personnel paramédical au Luxembourg. On en comptait 3357 en 2002, toutes catégories confondues, soit 53,3% du total des paramédicaux. Cela représentait une densité de 748,83 infirmiers pour 100 000 habitants. Leur nombre a beaucoup augmenté entre 1991 et 2002, passant respectivement de 2024 infirmiers à 3357, soit 65,9% de croissance.

Cette forte croissance des effectifs infirmiers est rendue possible grâce au recrutement important « du personnel infirmier qualifié étranger en quantité faramineuse »²²⁰ qui, selon l'Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois (ANIL), représentait 64,3% des infirmiers en soins généraux exerçant au Luxembourg en 2003,. Cette situation est révélatrice d'un certain nombre de problèmes nationaux relatifs à la valorisation de la formation et de la profession d'infirmier. On note, par exemple, une baisse importante du nombre des élèves infirmiers en 1^{ère} année en 2003-2004 par rapport aux années antérieures. Selon l'ANIL, on comptait entre 200 et 230 élèves en 1^{ère} année entre 1997 et 2000, alors qu'il y en a eu seulement 90 nouvelles inscriptions pour la rentrée 2003-2004.

En outre, il faut noter que la formation des infirmiers dure trois années et est sanctionnée par un double diplôme : un diplôme de fin d'études secondaires techniques (Bac technique) et un diplôme d'infirmier.

Par ailleurs, il est important d'examiner la situation des infirmiers spécialisés dont la disponibilité dans les établissements hospitaliers n'est pas toujours suffisamment assurée. Il s'agit, notamment, d'infirmiers spécialisés en anesthésie –réanimation, en pédiatrie, et en psychiatrie.

Les infirmiers en anesthésie et réanimation :

Le nombre d'infirmiers anesthésistes a augmenté de 42,2% entre 1991 et 2002. Il y avait 51,08 infirmiers en anesthésie et réanimation pour 100 000 habitants en 2002 au Luxembourg, soit un effectif de 229 infirmiers spécialistes en anesthésie et réanimation. Cette densité est en légère baisse continue depuis 1996 comme le montre le tableau ci-dessous..

La formation des infirmiers en anesthésie et réanimation dure deux ans après l'obtention du diplôme d'infirmier.

Tableau 39 : Évolution des effectifs et de la densité des infirmiers anesthésistes

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	196	217	221	231	229
Densité pour 100000 habitants	48,23	51,91	51,52	52,37	51,08

Les infirmiers en pédiatrie :

La croissance des effectifs au cours de la période 1991-2002 a été de l'ordre de 48%. On dénombrait 178,79 infirmiers en pédiatrie pour 100 000 habitants de la population cible (c'est-à-dire la population âgée de moins de 15 ans) en 2002.

La spécialisation en pédiatrie dure 12 mois et elle se fait après l'obtention du diplôme d'infirmier.

Tableau 40 : Évolution des effectifs et de la densité des infirmiers en pédiatrie

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	125	142	142	143	151
Densité pour 100000 habitants	-	-	-	171,28	178,79

Les infirmiers en psychiatrie :

²²⁰ Cf. Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois (ANIL), lettre au Ministre de la Santé datée du 15 décembre 2003.

En 2002, il y avait 28,11 infirmiers spécialisés en psychiatrie pour 100 000 habitants. Entre 1991 et 2002, le nombre d'infirmiers spécialisés en psychiatrie est resté relativement inchangé, passant respectivement de 125 à 126. Mais cela cache, en fait, une évolution plutôt irrégulière des effectifs puisque, depuis 1997, les effectifs baissent et augmentent d'une année à l'autre. En effet, l'évolution de cette catégorie d'infirmiers a été positive entre 1991 et 1997, avec une progression de +12,8%. Elle a été négative (-10,6%) entre 1997 et 2002, passant de 141 infirmiers à 126, respectivement.

La densité du personnel suit également cette évolution.

La spécialisation en psychiatrie s'effectue en une année.

Tableau 41 : Évolution des effectifs et de la densité des infirmiers en psychiatrie

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	135	139	128	121	126
Densité pour 100000 habitants	33,22	33,25	29,84	27,43	28,11

4.3.2.2. Les masseurs – kinésithérapeutes

Le Luxembourg disposait de 65,58 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en 2002 contre 61,89 en 2000 et 64,81 en 1998. Cette catégorie de personnel a beaucoup augmenté au cours de la période 1991-2002, passant respectivement de 197 masseurs-kinésithérapeutes à 294, soit 49,2% de plus.

Tableau 42 : Évolution des effectifs et de la densité des masseurs-kinésithérapeutes

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	245	268	278	273	294
Densité pour 100000 habitants	60,29	64,11	64,81	61,89	65,58

4.3.2.3. Les orthophonistes

En terme absolu, les effectifs d'orthophonistes ont triplé entre 1991 et 2002, passant respectivement de 11 à 35 orthophonistes. Cela a eu pour effet d'améliorer la densité de couverture de la population en orthophonistes qui a quasiment doublé entre 1994 et 2002. On dénombrait 7,81 orthophonistes pour 100 000 habitants en 2002 contre 3,94 en 1991.

Tableau 43 : Évolution des effectifs et de la densité des orthophonistes

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	16	22	34	32	35
Densité pour 100000 habitants	3,94	5,26	7,93	7,25	7,81

4.3.2.4. Les rééducateurs en psychomotricité

Leur nombre a augmenté et est passé de 9 rééducateurs en psychomotricité en 1991 à 16 en 2002, soit un accroissement de 77,8%. Cet effectif correspondait à une densité de 3,57 rééducateurs en psychomotricité pour 100 000 habitants en 2002.

Tableau 44 : Évolution des effectifs et de la densité des rééducateurs en psychomotricité

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	10	11	12	11	16
Densité pour 100000 habitants	2,46	2,63	2,80	2,49	3,57

4.3.2.5. Les sages-femmes²²¹

Leur nombre a régulièrement augmenté entre 1991 et 2000 avant de diminuer en 2001 puis d'augmenter à nouveau en 2002. Au total, les effectifs de sages-femmes ont augmenté d'environ 83,9% entre 1991 et 2002, passant respectivement de 56 à 103 sages-femmes.

La densité de couverture de la population cible en 2002 est estimée à 106,84 sages-femmes pour 100 000 habitants.

Les études et attributions de la profession de sage-femme sont définies au Grand-Duché de Luxembourg dans le règlement grand-ducal du 11 décembre 1981. La formation des sages-femmes est considérée comme une spécialisation qui n'est possible qu'après l'obtention d'un diplôme d'infirmière. Cette formation dure quatre semestres.

Tableau 45 : Evolution des effectifs et de la densité des sages-femmes

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectif	72	81	85	97	103
Densité pour 100000 habitants	-	-	-	100,81	106,84

4.3.2.6. Les assistants techniques médicaux de chirurgie

Le Luxembourg comptait 23,87 assistants techniques médicaux (ATM) de chirurgie pour 100 000 habitants en 2002. Les effectifs ont augmenté de 69,8% entre 1991 et 2002, passant respectivement de 63 à 107 assistants techniques médicaux de chirurgie.

La formation de l'A.T.M. de chirurgie compte comme spécialisation et n'est possible qu'après l'obtention du diplôme d'infirmier. Elle dure dix- trois semestres.

Tableau 46 : Évolution des effectifs et de la densité des ATM de chirurgie

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	76	80	85	100	107
Densité pour 100000 habitants	18,70	19,14	19,81	22,67	23,87

4.3.2.7. Les assistants techniques médicaux de laboratoire

En 2002, il y avait 36,81 assistants techniques médicaux de laboratoire pour 100 000 habitants au Luxembourg. Cette densité, bien qu'en augmentation par rapport à 2001 (34,69 ATM Labo pour 100 000 habitants), demeure toutefois inférieure à celle atteinte en 1996 (39,95 ATM Labo pour 100 000 habitants).

Les effectifs ont cru régulièrement de 1991 à 1997, atteignant 39% d'augmentation au cours de cette sous-période avant d'amorcer une baisse durant deux années (1998 et 1999) puis de remonter en 2001 et 2002.

²²¹La définition internationale de la sage-femme est la suivante : « Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période de post-partum, d'aider lors d'accouchements sous sa propre responsabilité et de prodiguer des soins au nouveau-né et au nourrisson. (...) Elle doit pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou à tout autre endroit. » (Confédération internationale des sages-femmes, Fédération internationale des gynécologues-obstétriciens et Organisation mondiale de la santé, 1972. cf. Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes --ALSF- site <http://www.sages-femmes.lu/definition.html>).

De façon globale, le nombre d'ATM de laboratoire a augmenté de +34,1% entre 1991 et 2002.

Les candidats à cette catégorie de profession de santé doivent avoir le niveau d'une classe de 11^{ème} de l'enseignement secondaire technique ou d'une classe de 3^{ème} secondaire classique²²². La formation dure trois ans. L'examen de fin d'études réussi conduit à l'obtention d'un bac technique et d'un diplôme d'Etat donnant droit au titre professionnel d'assistant technique médical de laboratoire.

Tableau 47 : Évolution des effectifs et de la densité des ATM de laboratoire

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	145	167	159	153	165
Densité pour 100000 habitants	35,68	39,95	37,07	34,69	36,81

4.3.2.8. Les assistants techniques médicaux de radiologie

Leur nombre a augmenté et est passé de 88 assistants techniques médicaux de radiologie en 1991 à 146 en 2002, soit un accroissement de 65,9%. La densité du personnel ATM de radiologie s'est améliorée de façon continue entre 1998 et 2002. Ainsi, on dénombrait 32,57 assistants techniques médicaux de radiologie pour 100 000 habitants en 2002 contre 29,84 en 1998.

La formation d'ATM de radiologie dure trois ans et débute en classe de 11^{ème} du régime technique et/ou en 3^{ème} du régime classique.

Tableau 48 : Évolution des effectifs et de la densité des ATM de radiologie

	1994	1996	1998	2000	2002
Effectifs	113	127	128	140	146
Densité pour 100000 habitants	27,81	30,38	29,84	31,74	32,57

4.3.3. Évolution des effectifs des professions de santé selon le pays de résidence

Un examen de l'évolution des effectifs, par pays de résidence, révèle que les augmentations de professionnels de santé sont plus fortes chez les frontaliers que chez les résidents au Luxembourg. En effet, au cours de la période 1991-2002, le nombre de professionnels de santé frontaliers a augmenté de 192,6% tandis que celui des professionnels de santé résidents ne progressait que de 29,6%.

Bien que la croissance du nombre de professionnels de santé frontaliers soit forte dans l'ensemble, on observe néanmoins quelques spécificités liées au pays de résidence du personnel. Ainsi, la plus forte augmentation des effectifs est enregistrée chez les frontaliers résidant en France (+235,8%), suivie de ceux résidant en Allemagne (+177,7%) et en Belgique (+149,6%) au cours de la période 1991-2002 (cf. graphique ci-dessous).

En 1991, l'écart entre les frontaliers français et les autres frontaliers (allemands et belges) était de l'ordre de 26,9%. Cet écart s'est amplifié au fil du temps, atteignant en 2002 70,7% par rapport aux frontaliers allemands et 53,5% par rapport aux frontaliers belges.

Cette situation a eu pour effet d'absorber massivement la main-d'œuvre qualifiée disponible dans les bassins d'emploi de l'espace transfrontalier du Grand-Duché de Luxembourg ; créant de fait des pénuries de personnel dans certains établissements de soins, en particulier, en France.

²²² Ce qui est équivalent à la 3^{ème} en France ou à la 3^{ème} humanité en Belgique.

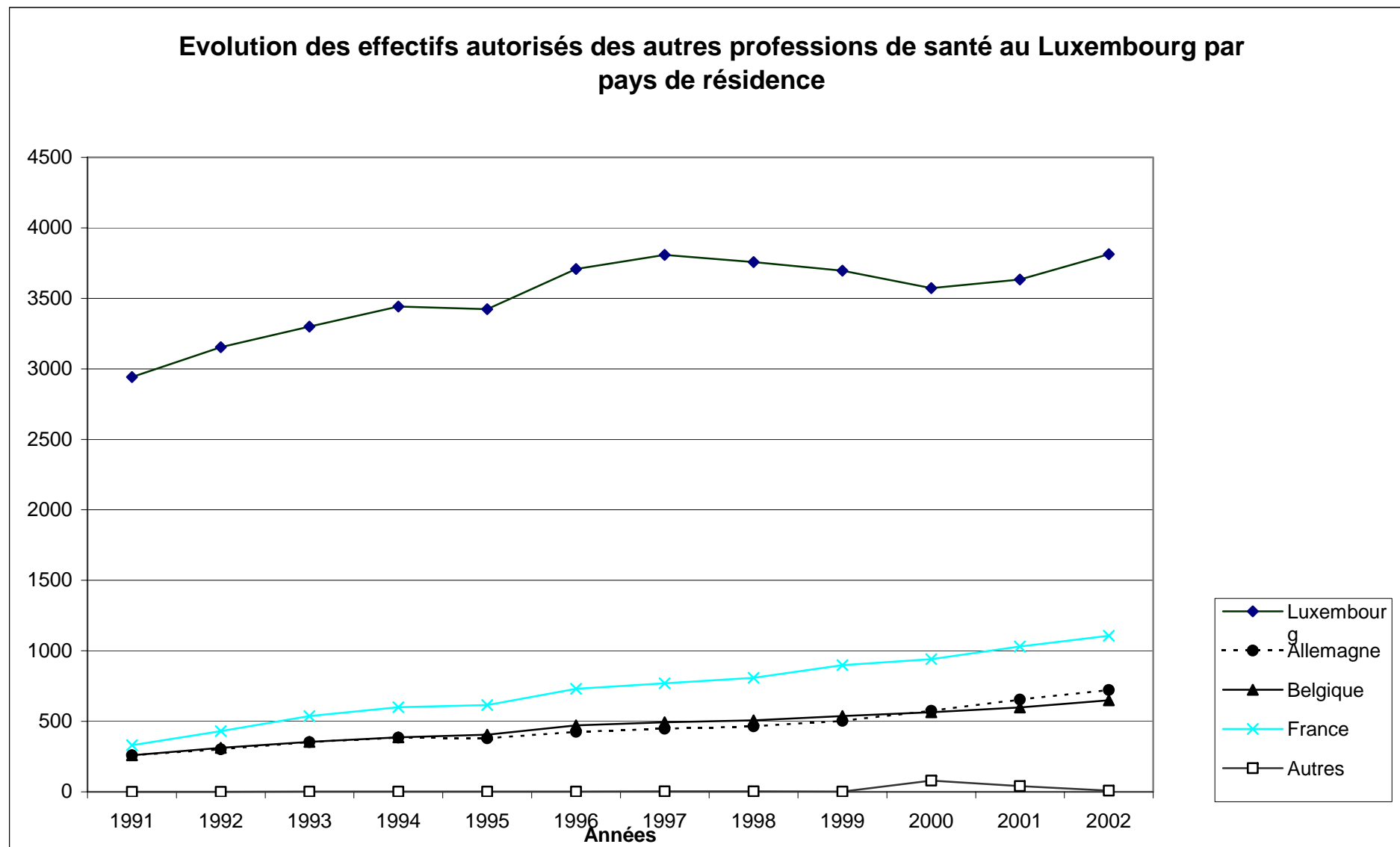
D'un point de vue national, la forte augmentation des effectifs des frontaliers a entraîné une baisse continue de la part des personnels paramédicaux résidant au Luxembourg entre 1991 et 2002. En effet, cette part est passée de 77,6% en 1991 à 60,5% en 2002.

* * *

Au total, de par son dynamisme économique et son environnement socioculturel favorable (notamment, le multilinguisme), le Grand-Duché de Luxembourg attire de nombreux professionnels de santé - médicaux et paramédicaux - qualifiés qui permettent au pays de faire face aux besoins de santé de la population et de ne pas connaître encore de véritable pénurie de personnels. Ainsi, le Luxembourg peut bénéficier d'une offre de personnel variée ayant des formations et des expériences diverses susceptibles d'enrichir les pratiques médico-techniques, tant en milieu stationnaire qu'en milieu ambulatoire.

Cependant, d'un point de vue purement national, il y a lieu de souligner, à ce stade, que le pays reste exposé à la pénurie de professionnels de santé que connaissent déjà avec acuité ses principaux voisins. Aussi, conscient de ce problème, le ministère de la Santé a entrepris une action de sensibilisation dans les écoles pour susciter des vocations parmi les jeunes. Nous aborderons, dans une prochaine action, l'épineuse question de la démographie médicale (avec en corollaire les problèmes de formation, de cursus et de valorisation des programmes) dans l'espace géographique transfrontalier Wallonie - Lorraine - Luxembourg.

Graphique 29



5. Synthèse transfrontalière

L'exercice des professions médicales et paramédicales dans chaque pays est caractérisé par la prédominance d'une pratique médicale libérale. L'exercice salarié est limité et est en grande partie le fait des autres professions de santé ou professions paramédicales.

Les personnels de santé exercent dans un secteur d'activité réglementé qui nécessite une reconnaissance professionnelle préalable. Celle-ci est assurée, notamment, pour les professions médicales, par :

- le Conseil supérieur des médecins généralistes et spécialistes et les commissions d'agrégation en Belgique ;
- l'Ordre national des médecins, en France, et ;
- le Collège médical, au Luxembourg.

Dans chacun des trois pays, les cadres législatifs et réglementaires régissant l'exercice des différentes professions médicales et des autres professions de santé précisent, pour chacune d'elles, les conditions d'exercice et les niveaux de qualification et/ou de formation.

Outre la condition de nationalité ou de ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne exigée dans chaque pays, les candidats à l'exercice de leur profession dans l'un des trois pays doivent être titulaires :

- soit d'un des diplômes, certificats ou autres titres dont la liste est publiée par le ministre de la santé et qui sont visés par l'une des directives de l'UE ;
- soit d'un des diplômes, certificats ou autres titres délivrés dans un pays non membre de l'UE, à condition que le diplôme ait été homologué conformément aux dispositions des lois en vigueur.

Les versants belges et français, ayant connu depuis quelques années des problèmes de financement de leurs systèmes de santé, ont mis en place des mécanismes de programmation des effectifs de personnels de santé à travers l'instauration du *numerus clausus*. Le versant luxembourgeois n'en a pas mis en place, et cela peut s'expliquer notamment par deux raisons : i) le pays ne dispose pas de faculté de médecine même s'il forme sur place des étudiants de 1^{ère} année de médecine à la faculté des sciences ; ii) le secteur de la santé est en pleine phase de développement et de modernisation qui nécessite un personnel de santé qualifié accru.

Des disparités de couverture de la population en personnel de santé existent dans la zone du programme INTERREG. Une comparaison des densités médicales, illustrées dans le tableau ci-dessous, révèle quelques situations favorables pour chacun des trois versants. Par exemple, la province de Luxembourg dispose de la meilleure densité en médecins généralistes (194 pour 100 000 habitants), celle-ci représente plus du double de celle observée au Luxembourg (89 pour 100 000 habitants). Le Luxembourg a, en revanche, la densité de spécialistes la plus élevée et notamment en ce qui concerne l'ophtalmologie, la chirurgie générale et la médecine interne. La Lorraine possède la densité médicale la plus élevée en ce qui concerne l'anesthésie-réanimation et la cardiologie – angiologie (cf. tableau ci-dessous).

Au total, le Luxembourg attire surtout les médecins spécialistes puisque dans les diverses disciplines reprises dans le tableau ci-dessous, c'est sur ce versant que la densité est la plus élevée.

Densité de couverture de la population par les médecins et les dentistes en 2002

	Province de Luxembourg*	Lorraine**	Luxembourg
Médecins généralistes	194	149 ^(a)	89,0
Dentistes	63		68,70
Spécialistes	163	145 ^(a)	173,54
Anesthésie-réanimation	12,8	15,09	14,28
Ophtalmologie	7,2	7,85	9,59
Chirurgie générale		7,90	12,94
Cardiologie et angiologie	6,0	8,37	7,36
Médecine interne	16,4		22,75

(*) Belgique; (**) Région de Lorraine sans le département des Vosges ; ^(a) Ensemble de la Lorraine.

L'analyse de la situation du personnel de santé par nationalité et par pays de résidence au Luxembourg a confirmé l'attrait du pays vis-à-vis des professionnels de santé originaires d'autres pays. Ainsi, pour les professions médicales et dentaires, on recense une proportion importante de médecins non luxembourgeois égale à 31,8% en 2002 (contre 29,1% en 2001) dont 13,1% de belges, 6,4% d'allemands et 8,2% de français.

S'agissant des autres professions de santé (ou professions paramédicales), il y avait en 2002 une majorité de personnels de nationalité étrangère (3326 unités, soit 52,8% du nombre total). Parmi ceux-ci, il y avait environ trois-quarts de frontaliers et un quart de résidents.

La répartition des paramédicaux par pays de résidence se présentait comme suit :

Luxembourg :	60,5%
Allemagne :	11,5%
Belgique :	10,3%
France :	17,6%
Autres pays :	0,1%

Chapitre 4 - Les établissements hospitaliers

1. Introduction

L'offre hospitalière dans l'espace Interreg est au centre des préoccupations en matière de couverture sanitaire, d'accessibilité géographique et de qualité de soins dispensés aux populations. Son organisation, son fonctionnement et son financement reposent, dans chacun des trois versants du projet, sur des considérations nationales des politiques hospitalières et sur des contingences macro-économiques. Ces dernières déterminent, depuis quelques décennies déjà, tant l'évolution de l'offre hospitalière que les capacités de restructuration et de modernisation du secteur de la santé, notamment, en matière d'équipements lourds.

Afin de mieux appréhender la situation au niveau des trois versants, il s'avère intéressant, d'une part, d'examiner le cadre général dans lequel se développe le secteur hospitalier, et d'autre part, d'analyser l'offre hospitalière proprement dite. Pour ce dernier aspect, il était nécessaire de faire un état des lieux en s'appuyant sur la réalisation d'une enquête auprès des établissements hospitaliers.

Le principal objectif de cette enquête était de recueillir des informations susceptibles de guider la réflexion autour de la promotion des complémentarités éventuelles entre les établissements des trois versants. Ces informations portent, notamment, sur la disponibilité des services hospitaliers et sur les capacités techniques et humaines de chaque établissement. L'enquête a eu lieu au cours du second semestre de l'année 2003.

Pour mener à bien une telle démarche, il a fallu utiliser des concepts consensuels susceptibles d'être compris partout. Ce qui a eu pour effet, dans certains cas, d'introduire certains biais dans les réponses. Un des aspects de ce risque peut être illustré, par exemple, par le terme de service qui, dans certains cas, a été admis comme étant équivalent à celui d'activité. Car, on peut ou ne pas avoir de service spécifique pour une spécialité mais avoir une activité liée à cette spécialité médicale ou chirurgicale. Dans le premier cas, le service renvoie plus particulièrement à l'organisation interne, tandis que dans le second cas, l'activité fait référence à la pratique ou à la production de soins et services de santé. En conséquence, des précautions s'imposent dans l'interprétation des résultats, et nous proposons de considérer les deux termes ensemble (service/activité) d'autant plus que l'organisation interne de la plupart des hôpitaux ne se prête pas beaucoup à la classification détaillée opérée dans le questionnaire.

2. Les établissements hospitaliers en Belgique

2.1. Le cadre général

2.1.1. Evolution de la politique hospitalière

Comme développé dans le rapport Peers de 1999²²³, la politique hospitalière belge a connu plusieurs étapes que nous rappelons brièvement ci-dessous.

En 1963, trois instruments ont été adoptés pour mettre en œuvre la politique hospitalière en Belgique, à savoir²²⁴ :

²²³ Rapport PEERS, *Op. cit.*, pp. 38-43.

- le financement par le prix de journée en vue d'assurer la viabilité des établissements et une égalité de traitement ;
- l'agrément en vue de garantir la qualité des soins et ;
- la programmation en vue d'assurer une distribution géographique optimale de l'offre.

A cette époque, les autorités ont relié la programmation aux aides financières à la construction. Toutefois, « les nouvelles constructions et la création de nouveaux services étaient toujours possibles même s'ils ne respectaient pas les critères de programmation, mais ces travaux n'étaient alors pas subsidiés »²²⁵.

Il y eut par conséquent une augmentation du nombre de lits hospitaliers et une croissance des coûts. Ce sont les raisons pour lesquelles, à partir de 1973, les autorités n'ont plus permis « de construire, d'étendre, de reconverter ou de modifier la destination d'un hôpital ou d'un service sans que cette décision ne s'intègre dans la programmation »²²⁶.

Ainsi, comme le précise le rapport Peers, en l'espace de 10 ans, nous sommes passés d'une "programmation incitative" à une "programmation impérative".

Mais, le rapport Peers souligne qu'entre la déclaration d'intention des pouvoirs publics visant à instaurer une programmation et la publication finale des arrêtés d'exécution y afférents (1973-1976), le ministre compétent de l'époque a octroyé de nombreux accords de principe qui ont engendré la création de 12 000 lits.

Compte tenu de l'insuffisance du système de programmation mis en place en 1973, un moratoire stoppant la croissance du secteur a été imposé en 1982 : depuis cette date, la création de lits n'est possible que pour autant qu'ils remplacent ceux supprimés dans un autre service.

Depuis 1982, « la réduction de la capacité hospitalière totale est obtenue par l'imposition de contraintes financières et de normes d'agrément de plus en plus strictes (taille minimale ...) qui ont forcé les hôpitaux à fermer ou à réduire leur nombre de lits »²²⁷.

Afin de réguler et de maîtriser de manière indirecte le volume d'actes et a fortiori de dépenses, une planification des appareils médicaux lourds²²⁸ a également été définie. Dès 1986, la limitation des services médico-techniques lourds a été obtenue via une programmation implicite c'est-à-dire « via l'adoption de normes d'agrément ou d'activité trop exigeantes pour être satisfaites dans beaucoup d'établissements »²²⁹. En outre, selon la loi coordonnée des hôpitaux, « l'intervention dans le financement des frais d'investissement en matière d'appareillage médical lourd (...) ne sera octroyée qu'à condition que l'installation dudit appareillage s'inscrive dans le cadre d'un programme (...) »²³⁰. Qui plus est, l'exploitation de tels équipements est soumise à l'autorisation préalable des Communautés.

Par ailleurs, les collaborations entre les hôpitaux ont été encouragées par divers facteurs²³¹ (le coût des nouvelles technologies médicales, la restructuration du paysage hospitalier, les contraintes budgétaires...). Celles-ci peuvent prendre trois formes :

- La fusion (pour les hôpitaux distants de moins de 35 km)

²²⁴ Id., p.38.

²²⁵ Ibid.

²²⁶ Ibid.

²²⁷ A.C. MASSART, *Comment ça marche : Les hôpitaux* 3, p.4.

²²⁸ Les appareillages médicaux lourds sont des appareils ou équipements d'examen ou de traitement coûteux soit en raison de leur prix d'achat, soit en raison de leur manipulation par du personnel hautement spécialisé. Cf. Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art. 37.

²²⁹ A.C. MASSART, *Loc. cit.*, p.5.

²³⁰ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art. 39.

²³¹ A.C. MASSART, *Loc. cit.*, p.4.

- Le groupement (pour les hôpitaux distants de moins de 25 km)
- L'association (pour des coopérations ciblées, motivées et réglées par convention)

2.1.2. Définitions des structures hospitalières

2.1.2.1. Missions des hôpitaux

La loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987 définit les hôpitaux comme des « établissements de soins de santé où des examens et/ou traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais »²³².

2.1.2.2. Types d'établissements hospitaliers

2.1.2.2.1. Par statut d'établissement

En Belgique, le statut des établissements hospitaliers distingue :

- les cliniques privées gérées par des médecins, coopératives, congrégations ... ;
- les hôpitaux publics gérés par un CPAS, une ville, une intercommunale, une province ou une université ;
- les établissements mixtes où existe un accord de coopération entre un hôpital public et un établissement privé.

Ces trois types d'établissements sont régis par la loi précitée.

2.1.2.2.2. Par catégorie d'établissement

Compte tenu de leurs attributions, on peut distinguer plusieurs types d'hôpitaux :

- L'hôpital psychiatrique²³³ est exclusivement destiné à des patients psychiatriques. On y dispense des soins psychiatriques intensifs et spécialisés.
- 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.
- L'hôpital général ou aigu n'est ni un hôpital psychiatrique ni un hôpital spécialisé. Le « nouveau concept hospitalier pour les hôpitaux généraux développé par le Conseil national

²³² Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.2.

²³³ Pour information : outre les sections psychiatriques des hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques, la prise en charge des patients psychiatriques est également assurée par d'autres structures :

- La Maison de Soins Psychiatriques accueille les personnes ayant des problèmes psychiques dont l'état s'est stabilisé et qui ne nécessitent plus d'admission en milieu hospitalier. Il s'agit donc d'un accompagnement spécialisé dans un cadre résidentiel.
- L'habitation protégée permet au patient de vivre de manière autonome tout en bénéficiant d'un soutien et d'un accompagnement, l'objectif étant la réintégration sociale.
- Les places en milieu familial ont également pour objectif la réintégration, et font l'objet d'un accompagnement médical approprié.

Les représentants des quatre types de prise en charge psychiatrique en institution se retrouvent au sein d'une plate-forme de concertation structurée sur base provinciale.

Pour plus d'information, l'AR 10/07/1990 est la base légale qui a réformé la prise en charge psychiatrique en élargissant son public cible aux profils de patients sociaux et en structurant la prise en charge de patients stabilisés.

des établissements hospitaliers ne définit (...) plus l'hôpital en terme d'infrastructure et d'équipements mais de programme de soins »²³⁴. L'hôpital général traite donc un large éventail de pathologies, il peut même inclure des sections de psychiatrie.

➤ Lorsque celui-ci contient des lits universitaires, on parle alors d'hôpital mixte.

➤ L'hôpital universitaire²³⁵ 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 établi un nombre restreint de lits universitaires dans des hôpitaux généraux : ces lits doivent répondre aux mêmes normes que celles imposées aux services universitaires.

« Les établissements psychiatriques fermés, les établissements médico-pédagogiques et les établissements destinés au simple hébergement de personnes âgées ou d'enfants »²³⁶ ne sont pas considérés comme des hôpitaux ; ce sont des établissements médico-sociaux.

2.1.2.3. Les services d'un hôpital

2.1.2.3.1. Les services de soins

L'hôpital est organisé en services de soins²³⁷.

Afin d'y structurer l'activité médicale et l'activité infirmière²³⁸, chaque hôpital dispose de :

- un médecin en chef, responsable du bon fonctionnement du département médical,
- un médecin-chef de service pour chacun des différents services du département médical,
- un staff médical comprenant tous les médecins de l'hôpital,
- un chef du département infirmier, responsable de l'organisation et de la coordination des soins infirmiers,
- les infirmiers-chefs de services qui assistent le chef du département infirmier,
- un cadre infirmier comprenant tous les infirmiers en chef assisté le cas échéant des infirmiers en chef-adjoint,
- un staff infirmier comprenant tous les infirmiers hospitaliers et le personnel soignant.

Les patients intègrent ces services selon trois types d'admissions et visites :

- l'hospitalisation classique lorsque le séjour dépasse la journée ;
- l'hospitalisation de jour pour les séjours de moins de 24 heures²³⁹ ;
- l'ambulatoire hospitalier qui consiste en des soins et actes techniques.

2.1.2.3.2. Les consultations externes

Dans chaque hôpital, les patients peuvent également consulter un spécialiste dans des disciplines pointues. Ces consultations externes peuvent éventuellement être préalables à l'hospitalisation.

2.1.2.3.3. Les soins de rééducation

²³⁴ SESA, *Chapitre 1 : Les secteurs - Le fonctionnement des différents secteurs*, p.11.

²³⁵ Il en existe sept en Belgique : AZ VUB, CHU de Liège, Cliniques Universitaires Saint Luc, Hôpital Erasme, UZ Leuven, UZ Gent, UZ Antwerpen.

²³⁶ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.5.

²³⁷ Cf. Annexe 1 : Codification des services hospitaliers

²³⁸ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.13 et 17 bis.

²³⁹ L'hospitalisation de jour ne possède pas de définition légale, même si cette organisation est reconnue au niveau tarifaire. Il s'agit d'une hospitalisation programmée du patient afin de réaliser des actes chirurgicaux ou un ensemble de prestations de diagnostic ou thérapeutique pouvant être accomplis en une journée.

Les soins de réadaptation fonctionnelle font l'objet de conventionnement entre les organismes assureurs et les prestataires de soins. Outre le cadre budgétaire, les conventions déterminent la composition du personnel d'encadrement et l'activité minimum que le service conventionné doit prêter.

La réforme entamée dans ce domaine des soins de santé n'a pas été menée jusqu'à une structuration cohérente et durable. C'est la raison pour laquelle cette appellation couvre un grand nombre de prises en charge²⁴⁰. Celles-ci peuvent avoir lieu tant en service hospitalier, en institution spécialisée ou en structure résidentielle ou par séance de jour.

2.1.2.3.4. Le plateau technique

Les hôpitaux disposent d'appareillages médicaux lourds c'est-à-dire « des appareils ou équipements d'examen ou de traitement coûteux soit en raison de leur prix d'achat, soit en raison de leur manipulation par du personnel hautement spécialisé »²⁴¹. L'installation des ces appareillages fait l'objet d'une programmation.

2.1.2.3.5. Les services médico-techniques lourds

Les hôpitaux disposent de services médico-techniques lourds²⁴², faisant l'objet de normes d'agrément spécifiques définies par les régions, en l'occurrence la Région wallonne. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer les services d'imagerie médicale où est installé un scanner, une résonance magnétique nucléaire (RMN), les services de radiothérapie, les services de médecine nucléaire où est installé un scanner PET, les services de dialyse, les services d'hémodialyse chronique en milieu hospitalier, les services d'autodialyse collective, les services de cathétérisme cardiaque pour examens invasifs, les services de cathétérisme cardiaque pour la cardiologie interventionnelle ...

2.1.2.3.6. Les urgences

Selon l'arrêté royal du 8 juillet 1964, l'aide médicale urgente est « la dispensation de secours appropriés à toutes les personnes dont l'état de santé par suite d'un accident ou d'une maladie soudaine ou de la complication soudaine d'une maladie requiert une intervention urgente après un appel au système d'appel unifié par lequel sont assurés les secours, le transport et l'accueil dans un service hospitalier adéquat »²⁴³.

Pour ce faire, il existe plusieurs moyens d'intervention (urgences extra-hospitalières) :

- Ambulance 100 : il s'agit d'un véhicule à bord duquel une équipe de secouristes-ambulanciers est chargée d'assurer le transport vers l'hôpital le plus proche ;
- Equipe SMUR de l'hôpital, composée d'un médecin et d'un infirmier spécialisé dans les soins d'urgences qui effectuent les soins de réanimation nécessaires sur place, avec l'aide d'une équipe de secouristes ambulanciers 100 ;
- Médecin généraliste de garde de la commune ;
- Hélicoptère (usage limité en Belgique).

et deux types de structures hospitalières assurant une permanence médicale 24h/24h (urgences hospitalières) :

- La fonction de "première prise en charge des urgences" dont doivent disposer, à l'exception des services de gériatrie isolés (index G), et des hôpitaux qui disposent uniquement de

²⁴⁰ Cf. Annexe 2 : Les domaines de rééducation

²⁴¹ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.37.

²⁴² Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.44.

²⁴³ Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente (MB : 25/07/64).

services spécialisés pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (indice Sp)»²⁴⁴, tous les hôpitaux ne disposant pas d'une fonction "soins urgents spécialisés". Cette fonction doit disposer au minimum de 3 lits de soins intensifs ou, si l'hôpital ne dispose pas d'une fonction agréée de soins intensifs, il doit conclure une convention de collaboration avec un hôpital qui dispose d'une telle fonction²⁴⁵.

- La fonction "soins urgents spécialisés" « doit être en mesure de préserver, de stabiliser, et de restaurer les fonctions vitales et est chargée de la prise en charge de toute personne qui s'y présente ou y est transporté et dont l'état de santé requiert ou est susceptible de requérir des soins immédiats »²⁴⁶. Pour ce faire, il doit disposer au minimum de 3 lits de soins intensifs, d'un bloc opératoire, d'un laboratoire de biologie clinique, d'un service d'imagerie médicale et d'un service d'archivage de dossiers médicaux accessible en permanence.

2.1.2.3.7. L'officine hospitalière

Selon l'arrêté royal du 30 janvier 1989, à l'exception des services de gériatrie isolés (index G), chaque hôpital doit disposer d'une activité de base en officine hospitalière. « Pour ce qui concerne les prestations qui ne relèvent pas de l'activité de base, il suffit que l'hôpital puisse faire appel, dans le cadre d'un accord de collaboration, à une fonction complète »²⁴⁷.

2.1.2.3.8. Les services administratifs

Les services administratifs assurent le bon fonctionnement de l'hôpital : budget, gestion du personnel, gestion de la logistique, travaux, systèmes d'information ...

Des services d'appui logistique assurent diverses missions d'interface avec les services de soins : restauration, approvisionnement, entretien, blanchisserie ...

2.1.3. Autorités de gestion

2.1.3.1. Les autorités de gestion internes

En Belgique, chaque hôpital a une gestion distincte et est géré par « une personne morale dont le seul objet statutaire est l'exploitation d'un ou plusieurs hôpitaux ou établissements de soins de santé ou institutions médico-sociales »²⁴⁸.

Le gestionnaire assume « la responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du personnel ainsi que sur le plan financier »²⁴⁹. Autrement dit, le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital.

« Dans chaque hôpital, il y a un directeur qui est directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire. Le directeur collabore étroitement avec le médecin en chef, le chef du département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et financiers et des services techniques et avec le pharmacien hospitalier »²⁵⁰.

²⁴⁴ Loi du 18 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "première prise en charge des urgences" pour être agréée (MB : 15/04/1998).

²⁴⁵ Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction " première prise en charge des urgences " pour être agréée (MB : 19/06/1998), art.3.

²⁴⁶ Arrêté royal du 27 avril 1998 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction "soins urgents spécialisés " (MB : 19/06/1998), art.1.

²⁴⁷ Arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter. (MB : 21/02/1989), art.2 §1. 3°. e).

²⁴⁸ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.10 §2.

²⁴⁹ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.11 §1.

²⁵⁰ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.12.

Dans chaque hôpital, il y a un Conseil médical c'est-à-dire un « organe représentant les médecins hospitaliers par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décisions à l'hôpital »²⁵¹. Celui-ci donne des avis au gestionnaire sur un ensemble de matières défini par la loi et sur toutes les matières que le gestionnaire lui soumet²⁵². Si le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis du Conseil médical, il se concerta avec le Conseil médical ou avec une délégation de celui-ci. Si cette concertation n'aboutit pas à un consensus, le problème peut, d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical, être soumis à un médiateur²⁵³.

Cette procédure « peut, sur proposition du gestionnaire, être remplacée par une procédure de concertation directe entre le gestionnaire et le Conseil médical, à la condition que ce dernier marque son accord par écrit »²⁵⁴.

La concertation directe entre le gestionnaire et les médecins hospitaliers se fait au sein d'un Comité permanent de concertation composé, d'une part, d'une délégation mandatée par le gestionnaire et, d'autre part, d'une délégation mandatée par le Conseil médical.

La transparence financière des flux financiers à l'intérieur de l'hôpital est garantie soit par le comité permanent de concertation, soit par une commission financière²⁵⁵ composée paritairement d'une part, d'une délégation du gestionnaire et, d'autre part, d'une délégation du conseil médical.

2.1.3.2. Les autorités de gestion externes

La programmation hospitalière est régie par arrêtés royaux. En effet, le Ministre de la Santé publique « fixe, (...), les critères qui sont d'application pour la programmation des différentes sortes d'hôpitaux, services hospitaliers, (sections hospitalières, fonctions hospitalières) et groupements d'hôpitaux, visant notamment leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités, compte tenu des besoins généraux et spéciaux de la population à desservir et des impératifs d'une saine gestion, ainsi que des prévisions concernant l'évolution des équipements sanitaires qui, sans appartenir directement au secteur hospitalier, sont de nature à influencer ces critères de programmation »²⁵⁶. La programmation hospitalière vise également à réaliser une répartition équitable des lits entre les divers secteurs représentant les pouvoirs organisateurs d'hôpitaux.

La notion de répartition géographique telle qu'incluse dans les cartes sanitaires françaises et luxembourgeoises ou les schémas régionaux français n'est mise en oeuvre que pour les services de soins palliatifs et des SMUR.

Les normes d'agrément sont fixées par le Ministère de la Santé Publique tandis que la procédure d'agrément et l'application des normes sont assurées par les exécutifs régionaux et communautaires.

On distingue 3 sortes de normes :

➤ Les normes générales applicables à tout établissement hospitalier (architecture, fonctionnement, organisation, sécurité) et les normes spécifiques de services : ces normes sont notamment relatives aux conditions minimales en matière de capacité de lits, d'équipement technique, de personnel médical, paramédical et soignant, et au niveau d'activité²⁵⁷.

²⁵¹ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.120.

²⁵² Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.126.

²⁵³ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.127 §2.

²⁵⁴ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.129 §1.

²⁵⁵ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.129 bis.

²⁵⁶ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.23.

²⁵⁷ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.68.

Ces normes générales encadrent également l'organisation des soins médicaux urgents en collaboration avec le corps médical.

- Les normes complémentaires telles que la taille minimale des établissements (150 lits — sauf dérogation), un niveau minimum d'activité de l'hôpital ...
- Les normes pour les services médico-techniques lourds contribuent à l'octroi d'une autorisation pour la mise en place des services d'examen ou de traitement coûteux en raison de l'appareillage ou du personnel hautement qualifié (exemple : radiothérapie). Ces normes incluent également des niveaux minimums d'activité.

2.1.4. Financement des hôpitaux

En Belgique, les règles de financement sont identiques pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés. Ceux-ci bénéficient de diverses sources de financement : les subsides pour investissements, le budget couvrant les coûts d'exploitation, les interventions de l'Assurance maladie et les participations financières des patients.

2.1.4.1. Financement à l'investissement

Les autorités régionales interviennent « sous forme de subsides dans les frais de construction et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, ainsi que dans 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 programme (...) [défini par le Ministre qui a la Santé dans ses attributions] »²⁵⁸.

Cette subvention représente 60 % coûts totaux ; les 40 % restant sont couverts par le prix de journée (Cf. ci-dessous).

2.1.4.2. Financement des coûts d'exploitation : le budget des moyens financiers

Conformément à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions fixe annuellement, dans les limites d'un budget global, un budget des moyens financiers pour chaque hôpital. Ce budget, composé d'une partie fixe et d'une partie variable, est destiné à couvrir essentiellement le personnel soignant, les frais de fonctionnement et l'amortissement de l'infrastructure.

Pour ce faire, le Ministre se base sur les données collectées via le Résumé Clinique Minimum (RCM), à savoir « des informations relatives à l'hôpital, aux services, aux données des patients, aux séjours, aux diagnostics et aux procédures éventuelles »²⁵⁹. Le RCM permet notamment au Ministère de la Santé publique de répartir l'enveloppe nationale fermée entre les différents hôpitaux. Autrement dit, « ce sont les patients et leurs pathologies qui déterminent la répartition du budget réservé aux hôpitaux »²⁶⁰.

Les budgets des moyens financiers²⁶¹ sont divisés en plusieurs catégories (A, B et C) et sous-catégories dont les plus importantes sont B1 (coûts des services communs) et B2 (coûts des services cliniques) qui représente 55 % de l'enveloppe.

Pour ce faire, le Ministère de la Santé publique procède de la façon suivante :

1. calcul des différentes sous-parties ;
2. pour la sous-partie B2 : calcul d'un nombre de points par lits justifiés. Le nombre de lits justifiés est le reflet de l'activité (journée) justifiée. Celle-ci est déterminée par le nombre d'admissions et la durée de séjour standardisée.

²⁵⁸ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), article 46.

²⁵⁹ Cf. <http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mkg/finance/>

²⁶⁰ D. LIENARD, *Hôpitaux privés / Hôpitaux publics : financement, déficit, patientèle sociale*, p.10.

²⁶¹ Cf. Annexe 3 : Budget d'un hôpital

Lorsque les sous-parties sont calculées, l'enveloppe de l'hôpital est liquidée, pour les patients AMI, par un montant par admission et par douzième.
Dans ce système, la répartition du budget se fait sur base d'une activité justifiée.

Le budget de fonctionnement représente environ 50 % des recettes des hôpitaux et est financé à 75% par l'assurance obligatoire soins de santé et à 25% par l'Etat fédéral (MASSPE²⁶²)²⁶³.

Compte tenu de ce qui précède, le budget des moyens financiers de l'hôpital n'inclut pas²⁶⁴ :

- le prix des médicaments
- les honoraires des médecins et des praticiens paramédicaux pour certaines prestations (exemples : soins dentaires conservateurs, soins donnés par les kinésistes, la fourniture de lunettes ...)
- les analyses de biologie clinique et
- dans certains cas, les coûts liés au matériel endoscopique et au matériel de viscérosynthèse.

Ces éléments sont pris conjointement en charge par l'assurance maladie et les patients.

2.1.4.3. L'intervention de l'assurance maladie

Pour un assuré qui est hospitalisé, l'organisme assureur (A.M.I.) paie à l'hôpital le prix de la journée d'entretien fixé par le Ministre de la Santé publique. Ce forfait couvre les frais résultant du séjour du malade et de la délivrance des soins dans l'hôpital. En 2002, celui-ci s'élève en moyenne à 210,71 €

En cas d'hospitalisation de jour, l'hôpital facture une partie du prix d'une journée d'entretien selon l'importance de la prestation fournie (mini ou maxiforfait). Il existe également des interventions forfaitaires accordées par les organismes assureurs.

Par ailleurs, les mutualités paient directement à l'hôpital une partie des honoraires et des médicaments.

2.1.4.4. La participation financière du patient

Compte tenu du système de tiers payant assuré par les organismes assureurs, le patient doit seulement payer une intervention personnelle et des suppléments.

L'intervention personnelle, fixée légalement, varie selon la catégorie d'assurés à laquelle appartient le patient :

Tableau 1 : Intervention personnelle selon la catégorie d'assurés du patient

Bénéficiaires	1 ^{er} jour	A partir du 2 ^{ème} jour
Assurés ordinaires sans personne à charge	39,34 €	12,07 €
Assurés ordinaires avec personne(s) à charge	39,34 €	12,07 €
Enfant(s) à charge d'assurés ordinaires	31,56 €	4,29 €
Assurés bénéficiant de l'intervention majorée et leurs personnes à charge	4,29 €	4,29 €
Chômeurs (chefs de ménage ou isolés) indemnisés depuis 12 mois et leurs personnes à charge	31,56 €	4,29 €
Assurés tenus par décision judiciaire ou par acte notarié de verser une pension alimentaire et leurs personnes à charge	39,34 €	12,07 €

Source : <http://www.cocof.be/telecharge/DOCS/sante/infosante8.pdf>

²⁶² Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement

²⁶³ Cf. www.health.fgov.be/vesalius/factory/organisation/healthcarestructure/ggbossb/fr/page13.htm

²⁶⁴ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.95.

En plus de ce forfait, des coûts supplémentaires²⁶⁵ peuvent être ajoutés à la facture du patient :

- les suppléments pour les chambres particulières ou à deux lits ;
- le coût des médicaments non remboursés ;
- les suppléments d'hôtel (télévision, le téléphone, les boissons, le lit supplémentaire pour le conjoint, la morgue, le transport des malades) ;
- les suppléments de matériel pour les pansements, le matériel de viscérosynthèse, les implants, les cathéters, les pompes anti-douleur... ;
- les suppléments d'honoraires des médecins.

Les montants à payer par le patient ou des tiers « couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales, tels que, notamment, les frais afférents aux personnels médical, infirmier, paramédical, soignant, technique, administratif, d'entretien, ainsi qu'à un autre personnel auxiliaire, les frais afférents à l'utilisation de locaux, les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis, les frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux, ainsi que les frais afférents aux biens et aux services fournis par des tiers dans le cadre des services collectifs, qui ne sont pas financés par le budget des moyens financiers »²⁶⁶.

²⁶⁵ <http://vandenbroucke.fgov.be/zvragen%20ziekenhuisfactuur%20antwoord.htm>

²⁶⁶ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art. 139 bis.

Tableau 2 : Les différentes sources de financement des hôpitaux en Belgique

	Que couvrent ces montants ?	Qui décide des montants ?	Financement public	Quote-part du patient
Le financement de l'investissement et de l'activité hospitalière non médicale				
L'investissement	Les frais de construction, d'aménagement, de transformation et d'équipement de l'hôpital	Fixation par la Région sur base du devis	60 % Région 40% prix de journée	
Le prix de journée	Toute l'activité non médicale pour les patients hospitalisés càd principalement le personnel infirmier, l'infrastructure et l'hôtellerie	MSP	<ul style="list-style-type: none"> +/- 25% région +/- 75% INAMI 	<ul style="list-style-type: none"> 1 forfait par jour 1 forfait par admission
L'hôpital de jour	Toute l'activité non médicale càd principalement le personnel infirmier, l'infrastructure et l'hôtellerie liés à l'activité HDJ	Commissions de convention hôpitaux / OA	INAMI	
La dialyse	Toute l'activité non médicale (le personnel infirmier, l'infrastructure et l'hôtellerie), l'activité médicale (honoraires) et le matériel	Commissions de convention hôpitaux / OA	INAMI	
La disponibilité d'une chambre à deux lits ou privée ou éléments de confort	<ul style="list-style-type: none"> les frais liés à la disponibilité d'une chambre privée ou à deux lits la mise à disposition de services tels que le téléphone ou la T.V. 	Hôpital		Totalité du supplément
Le financement de l'activité de l'hôpital				
Les honoraires à l'acte	<ul style="list-style-type: none"> soit seulement la prestation intellectuelle du médecin soit la prestation intellectuelle plus une partie du matériel et du personnel technique et infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> Commission de convention médecins/mutualités Commission de convention kinés /OA ... 	INAMI	<ul style="list-style-type: none"> Tickets modérateurs (TM) Suppléments
Les honoraires forfaitaires liés à des prestations	<ul style="list-style-type: none"> les analyses de biologie clinique 	<ul style="list-style-type: none"> MSP Commission de convention 	INAMI	TM sous forme de forfaits par admission

médicales - par admission - par journée	<ul style="list-style-type: none"> la radiologie la surveillance médicale 	médecins/mutualités		
Le financement du matériel et des médicaments				
Le matériel, les implants et les prothèses	Le coût de ce matériel, de ces implants ou prothèses	<ul style="list-style-type: none"> Commission de convention fournisseurs d'implant / OA Hôpital ou médecin 	<ul style="list-style-type: none"> INAMI Parfois pris en charge par l'hôpital dans le prix de journée 	Supplément souvent facturé au patient
	Le matériel associé à certaines interventions par voies endoscopiques	Commission de convention hôpitaux / OA	INAMI	Interdiction de facturation de suppléments au patient
Les médicaments	Le médicament (pas sa délivrance)	...	INAMI pour les médicaments remboursés	<ul style="list-style-type: none"> Forfait par jour pour les TM A la pièce pour les médicaments non remboursés

Source : A.M. MASSART, Comment ça marche les hôpitaux (1) ?, in *Fiche-Info*, Juillet-Août 1998, n°183, pp.4-5

2.1.5. Mode d'exercice des médecins

Contrairement à la majorité des pays européens, les médecins hospitaliers en Belgique sont essentiellement des médecins libéraux : « à part quelques exceptions, les médecins généralistes et spécialistes sont des indépendants qui sont payés à la prestation »²⁶⁷.

Comme expliqué dans le chapitre 2, la Commission nationale médico-mutualiste, composée des organisations professionnelles représentatives du corps médical et des organismes assureurs, négocie un accord sur les honoraires médicaux. Celui-ci est validé par l'INAMI et par l'adhésion d'un nombre minimal de prestataires.

Les médecins ayant adhéré à l'accord médico-mutualiste sont tenus de respecter ces tarifs. En cas d'hospitalisation, « les médecins hospitaliers conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs de l'accord aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes »²⁶⁸. Mais un médecin conventionné peut demander des suppléments d'honoraires aux patients hospitalisés dans une chambre particulière. Un médecin non conventionné peut quant à lui toujours demander des suppléments d'honoraires sauf aux BIM.

Dans les hôpitaux, les médecins hospitaliers peuvent être rémunérés selon les systèmes suivants²⁶⁹ :

- la rémunération à l'acte ;
- la rémunération fondée sur la répartition d'un "pool" de rémunérations à l'acte établi pour l'ensemble de l'hôpital ou par service ;
- la rémunération constituée d'un pourcentage, fixé contractuellement ou statutairement, de la rémunération à l'acte ou d'un "pool" de rémunérations à l'acte ;
- la rémunération forfaitaire, constituée d'un salaire²⁷⁰ ;
- une indemnité fixe éventuellement majorée d'une fraction du "pool" des rémunérations à l'acte.

Mais « tous les spécialistes hospitaliers sont tenus de céder en moyenne 40 % de leurs honoraires à l'hôpital (...) »²⁷¹.

« Quel que soit le système de rémunération en vigueur à l'hôpital, tous les montants à payer par les patients ou par des tiers, qui sont destinés à rémunérer les prestations des médecins hospitaliers se rapportant aux patients hospitalisés, sont perçus de façon centrale »²⁷².

Par ailleurs, les médecins des hôpitaux gérés par une personne morale de droit public peuvent, sous certaines conditions, prétendre à une pension de retraite²⁷³.

2.2. L'offre hospitalière de soins

2.2.1. Contexte national

Depuis les années 80, 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 multi-sites »²⁷⁴. Ainsi, entre 1995 et 2003, le nombre de petites structures a

²⁶⁷ J.A. GRUWEZ, *Quelle orientation donner aux soins de santé en Belgique ?*, p.5.

²⁶⁸ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.138.

²⁶⁹ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.132.

²⁷⁰ Exemple : les hôpitaux universitaires

²⁷¹ J.A. GRUWEZ, *Loc. cit.*

²⁷² Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art.133.

²⁷³ Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987), art. 142 bis.

²⁷⁴ X. LEROY, M. HUBIN, M. SALHI, S. STORDEUR, H. DRAELANTS, B. DE BACKER, *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*, p.6.

diminué de plus de la moitié tandis que celui des grandes entités fusionnées d'une capacité égale ou supérieure à 300 lits a augmenté.

Tableau 3 : Evolution de la taille des établissements en Région wallonne (hors hôpitaux psychiatriques)

Année	< 150	150-299	300-499	> 500	Total	Nb de lits	Cap. moyenne	Nb lits/1000 hab.
1980	100	30	11	5	146	21515	147	6,68
1985	66	35	14	6	121	21636	179	6,75
1990	37	38	11	6	92	19117	208	5,87
1995	16	27	12	9	64	17989	281	5,42
2003	8	11	16	11	46	16568	360	4,91

Source : MSP

Cette diminution s'inscrit dans « le souci de réserver les hôpitaux aux personnes nécessitant des soins aigus et intensifs tandis que les autres situations sont orientées vers des structures alternatives »²⁷⁵.

Cette réforme des structures s'est donc accompagnée d'une modification de l'activité des hôpitaux. En effet, en dépit de la diminution du nombre de lits, le nombre de patients accueillis dans les hôpitaux généraux de la Région wallonne est plus élevé qu'auparavant. Toutefois, l'augmentation du nombre d'admissions après 1992 est plus modérée²⁷⁶. La durée des séjours a diminué suite aux progrès considérables apportés aux traitements.

2.2.2. Les établissements de la zone Interreg

2.2.2.1. Les hôpitaux généraux

2.2.2.1.1. Les établissements

Les établissements de la province de Luxembourg sont tous trois constitués en intercommunale où la province est partie prenante à 49 %.

Tableau 4 : Sites hospitaliers implantés dans la zone Interreg belge²⁷⁷

Institutions	Statuts	Sites	Localités	Activités	Lits
Intercommunale Famenne - Ardenne - Condroz ²⁷⁸ (IFAC)	Intercommunale (Société coopérative)	Hôpital Princesse Paola	Marche-en-Famenne (Aye)	HG	166
		Sainte-Thérèse	Bastogne	HG	100
Centre Hospitalier de l'Ardenne (CHA)	Intercommunale (AIOMS ²⁷⁹)	CHA	Libramont	HG	194
		CHA	Sainte-Ode	Hôpital gériatrique	135
Cliniques du Sud Luxembourg (CSL)	Intercommunale (Société coopérative)	Saint-Joseph	Arlon	HRG ²⁸⁰	258
		Clinique Edmond Jacques	Virton (Saint-Mard)	HG	96
		Clinique Belle-Vue	Aubange (Athus)	Hôpital spécialisé ²⁸¹	60
Source : MSP 2003, Enquête LI S 2002				Total	1009

Source : MSP 2003, Enquête LLS 2002

La dispersion des sites hospitaliers permet un accès aux soins au plus grand nombre, « seule la partie occidentale de la province (Gaume) n'est pas couverte »²⁸².

La clinique Belle-Vue à Athus est devenue une Maison de soins psychiatriques (30 lits) en décembre 2003 tandis que les sites de Virton et de Sainte-Ode hébergent tout ce qui est gériatrie et revalidation²⁸³.

²⁷⁵ Id., p.7.

²⁷⁶ Id., p.5.

²⁷⁷ Cf. Carte "Les établissements hospitaliers de la zone Interreg Luxlorsan".

²⁷⁸ Cette intercommunale gère également une polyclinique (40 lits), située à Vielsam.

²⁷⁹ Association Intercommunale Œuvres Médico-Sociales

²⁸⁰ Hôpital Régional Général

²⁸¹ Maison de Soins Psychiatrique (30 lits) depuis décembre 2003

²⁸² T. DETIENNE, *Programme d'investissement des structures hospitalières*, p.19.

Si les sites hospitaliers sont répartis sur l'ensemble de la province, la densité de lits diffère d'un arrondissement à l'autre. En effet, plus de la moitié des lits sont concentrés dans les arrondissements d'Arlon et de Bastogne.

Tableau 5 : Densité de lits par arrondissement

Arrondissements	Nombre de lits	Densité de lits (1000 habitants)
Arlon	318	6,03
Bastogne	235	5,66
Neufchâteau	166	2,96
Marche-en-Famenne	194	3,80
Virton	96	1,96
Zone Interreg	1009	4,03

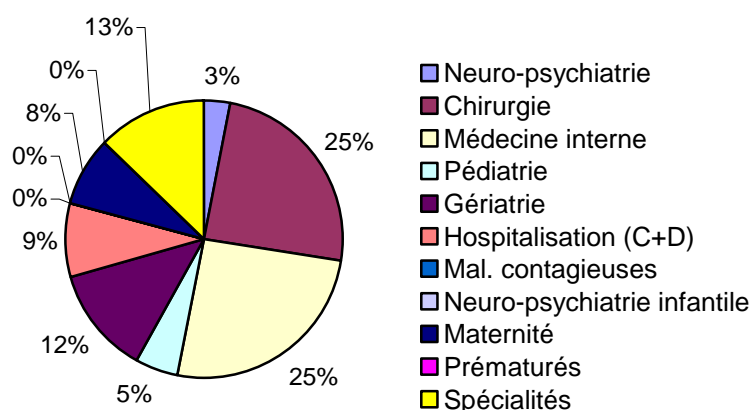
Source : MSP, INS

Notons que la densité totale de lits par 100 000 habitants dans la zone Interreg belge est de 4,03 tandis que celle de la Région wallonne s'élève à 4,91.

2.2.2.1.2. Les services des hôpitaux généraux

Afin d'esquisser une comparaison avec la classification française, les lits de médecine, de chirurgie et de maternité représentent 58 % du nombre total de lits des hôpitaux généraux de la province de Luxembourg.

Graphique 1 : Répartition des lits par service dans les hôpitaux généraux de la province de Luxembourg



Source : MSP

Les densités de lits par service du niveau provincial sont largement et systématiquement inférieures à celles du niveau national. La province de Luxembourg enregistre au total une densité de lits en hôpital général inférieure de 57,68 % par rapport au niveau national.

La province enregistre même une absence de lits dans les services "Neuropsychiatrie infantile", "Prématurés" et "Maladies contagieuses". Toutefois, l'enquête LLS "Offre hospitalière de soins" révèle qu'un établissement assure la prise en charge des maladies infectieuses.

Tableau 6 : Densité de lits par service

Services	Code ²⁸⁴	Lits		Densité (par 100 000 habitants)		
		B	PL	B	PL	Dif. (PL-B)

²⁸³ http://www.regions.be/Regions/Luxembourg/page_4300_173430.shtml

²⁸⁴ Cf. Annexe 1: Codification des services hospitaliers

Neuro-psychiatrie	A+T	2308	30	22,39	6,76	-69,82%
Chirurgie	C	16010	248	155,29	55,85	-64,04%
Médecine interne	D	15794	257	153,20	57,88	-62,22%
Pédiatrie	E	2834	50	27,49	11,26	-59,04%
Gériatrie	G	6708	126	65,06	28,38	-56,39%
Hospitalisation (C+D)	H	2284	88	22,15	19,82	-10,55%
Mal. contagieuses	L	38	0	0,37	0,00	-100,00%
Neuro-psychiatrie infantile	K	275	0	2,67	0,00	-100,00%
Maternité	M	3153	81	30,58	18,24	-40,35%
Prématurés	N	460	0	4,46	0,00	-100,00%
Spécialités	S	5496	129	53,31	29,05	-45,50%
TOTAL		55360	1009	536,97	227,23	-57,68%

Source : MSP 2003

Médecine

L'ensemble des spécialités médicales recensées dans l'enquête LLS²⁸⁵ est assuré par les établissements de la province de Luxembourg ; la majorité d'entre elles sont d'ailleurs pratiquées dans les trois hôpitaux. Toutefois, les spécialités "Immunologie" et "Maladies infectieuses" ne sont assurées que dans un seul établissement.

A l'exception de la gériatrie, les lits ne sont pas individualisés mais globalement, les services médicaux comportent environ une moyenne de 125 lits, soit 1,5 lits de médecine par 1000 habitants.

Chirurgie

A l'exception de la chirurgie cardiaque, l'ensemble des services chirurgicaux sont assurés en province de Luxembourg.

La densité de lits de chirurgie par 1000 habitants s'élève à 1,2.

Mère - enfant

Les trois établissements de la province de Luxembourg assure la prise en charge des mères et de leurs enfants. Ces services "mère-enfant", composés d'environ une quarantaine de lits, sont encadrés par 19 gynécologues-obstétriciens — dont 13 travaillent à temps plein, 12 pédiatres généraux — dont 7 travaillent à temps plein et un pédiatre spécialisé en cardiologie. Notons qu'aucun chirurgien pédiatrique n'exerce en province de Luxembourg.

Psychiatrie (en hôpital général)

Outre l'hôpital psychiatrique de la province de Luxembourg (cf. infra), deux établissements généraux prennent en charge des patients psychiatriques, dont l'un dans des lits de médecine. Depuis décembre 2003, le sud de la province dispose d'une MSP de 30 lits. Ceux-ci sont encadrés par 6 psychiatres travaillant à temps partiel, mais aucun pédopsychiatre n'est recensé dans ces hôpitaux.

En synthèse, les établissements de la province de Luxembourg comptent une moyenne d'environ 120 prestataires médicaux dont 66 % sont des médecins, 27 % des chirurgiens²⁸⁶ et 7 % des assistants.

Environ 3/4 d'entre eux y travaillent à temps plein, mais cette proportion chute à 50 % pour les chirurgiens.

2.2.2.1.3. Les soins spécifiques dans les hôpitaux généraux²⁸⁷

²⁸⁵ Médecine interne générale, cardiologie et maladies vasculaires, dermato-vénérologie, endocrinologie et maladies métaboliques, gériatrie, gynécologie, hématologie, immunologie, maladies infectieuses, néphrologie, neurologie, oncologie, pneumologie et rhumatologie.

²⁸⁶ Inclus les gynécologues-obstétriciens

²⁸⁷ Cf. Enquêtes LLS (2002)

En dépit des densités de lits plus faibles qu'au niveau régional, les hôpitaux généraux de la province de Luxembourg assurent de nombreux soins spécifiques et des fonctions telles que les soins intensifs, les soins néonataux locaux, les programmes de soins pathologie cardiaque, un programme de soins médecine de la reproduction, la radiothérapie, la dialyse ...

Plusieurs soins neurologiques, cardiaques, les greffes, la thérapie cellulaire et la prise en charge des grands brûlés ne sont toutefois pas assurés en province de Luxembourg.

2.2.2.1.4. L'hospitalisation de jour

La suppression de lits hospitaliers et les progrès technologiques et pharmaceutiques favorisent le développement de l'hospitalisation de jour. Celle-ci concerne essentiellement les prestations médico-chirurgicales. En province de Luxembourg, l'hospitalisation de jour a représenté 25 % des hospitalisations en 2001²⁸⁸.

Selon l'enquête LLS, le nombre de places disponibles en hospitalisation de jour dans les trois hôpitaux généraux de la province de Luxembourg s'élève à 90, soit 0,39 places pour 1000 habitants. Celles-ci sont plus ou moins²⁸⁹ réparties de la manière suivante : 33 en médecine, 49 en chirurgie et 8 en "mère-enfant".

Les spécialités médicales traitées en hospitalisation de jour dans la province sont l'oncologie, l'hématologie, la gastro-entérologie et la gériatrie.

Les spécialités chirurgicales sont quant à elle plus nombreuses : il s'agit des chirurgies orthopédique, générale, ophtalmologique, gynécologique, endovasculaire, ORL, digestive (endoscopie) et de l'urologie.

Les Cliniques du Sud Luxembourg disposent également de deux places destinées aux soins palliatifs.

Par contre, l'hospitalisation de jour en psychopathologie et en révalidation n'est pas développée dans les hôpitaux généraux de la province.

2.2.2.2. L'hôpital psychiatrique²⁹⁰

2.2.2.2.1. L'établissement

La zone Interreg belge compte un hôpital psychiatrique ("La Clairière"), situé dans l'arrondissement de Neufchâteau. Celui-ci fait partie des services publics de la province de Luxembourg.

Tableau 7 : Hôpital psychiatrique implanté dans la zone Interreg belge

Institution	Statut	Site	Localisation	Activité	Lits
Institut neuropsychiatrique	Public	La Clairière	Bertrix	HP (CUP ²⁹¹)	199

Source : MSP 2003

L'hôpital de 199 lits agréés dispose de l'infrastructure médico-technique et hôtelière pouvant desservir en priorité la population de la province de Luxembourg²⁹².

2.2.2.2.2. Les services

²⁸⁸ Cf. RCM 2001

²⁸⁹ Les lits ne sont pas toujours individualisés.

²⁹⁰ Compte tenu de la spécificité de cet hôpital, le questionnaire "Offre de soins" n'a pas été envoyé à cet établissement.

²⁹¹ Centre Universitaire Provincial

²⁹² Cf. www.province.Luxembourg.be

A l'instar du constat observé pour les hôpitaux généraux de la province de Luxembourg, la densité des lits par service au niveau provincial est largement et systématiquement inférieure au niveau national. Le déficit moyen est de 83,43 %.

Services	Code ²⁹³	Lits		Densité (100 000 habitants)		
		B	ZIB	B	ZIB	Dif. (ZI-B)
Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement	A	9150	99	88,75	22,29	-74,88%
Hospitalisation de jour en service A	A1	1225	0	11,88	0,00	-100,00%
Hospitalisation de nuit en service A	A2	74	0	0,72	0,00	-100,00%
Services de neuropsychiatrie infantile	K	1207	14	11,71	3,15	-73,07%
Hospitalisation de jour en service K	K1	320	6	3,10	1,35	-56,47%
Hospitalisation de nuit en service K	K2	140	0	1,36	0,00	-100,00%
Service neuropsychiatrique de traitement	T	11722	48	113,70	10,81	-90,49%
Hospitalisation de jour en service T	T1	985	16	9,55	3,60	-62,29%
Hospitalisation de nuit en service T	T2	124	16	1,20	3,60	199,58%
Placement familial intramuros	Tfb	125	0	1,21	0,00	-100,00%
Placement en milieu familial	Tfp	835	0	8,10	0,00	-100,00%
Psychogériatrie	Tvp	840	0	8,15	0,00	-100,00%
Spécialisation en psycho-gériatrie	S6	1137	0	11,03	0,00	-100,00%
TOTAL		27884	199	270,46	44,81	-83,43%

Source : MSP 2002

Toutefois, rappelons que deux hôpitaux généraux de la province accueillent des patients psychiatriques. Ces mêmes hôpitaux assurent également la prise en charge de patients en urgences. Qui plus est, les patients chroniques peuvent être hébergés dans une maison de soins psychiatriques²⁹⁴ située à Athus.

2.2.2.2.3. Les fonctions

Une équipe pluridisciplinaire assure les prestations suivantes²⁹⁵ :

- Admissions 24 heures sur 24,
- Consultations des médecins psychiatres, des psychologues, du neurologue,
- Laboratoires d'investigations neurophysiologiques,
- Laboratoire de sommeil,
- Services de kinésithérapie, physiothérapie, hydrothérapie, logopédie, ergothérapie,
- Pharmacie,
- Pavillons d'hospitalisation à temps plein: adultes et adolescents, à temps partiel (jour/nuit),
- Service de post-cure,
- Centre social.

2.2.2.3. Les lits universitaires

La répartition des lits universitaires au niveau national est constante (≈7200 lits, soit 70 lits pour 100 000 habitants).

En province de Luxembourg, l'hôpital psychiatrique La Clairière (Bertrix) est un centre universitaire provincial dont la direction médicale et scientifique est assurée par le service de psychiatrie du CHU de Liège.

²⁹³ Le code A concerne les séjours de moins de 60 jours ; le code T, ceux de plus de 60 jours et le code K, les enfants.

²⁹⁴ Les maisons de soins psychiatriques se rapprochent du fonctionnement des hôpitaux psychiatriques : il s'agit de communautés, créées suite au décret du 10 juillet 1990, accueillant des résidents dont les pathologies psychiatriques sont stabilisées. La MSP leur offre une structure d'accueil à caractère résidentiel ou une approche active permettant leur réinsertion sociale.

²⁹⁵ Cf. www.province.Luxembourg.be

Le Centre Hospitalier de l'Ardenne (Libramont) accueille une antenne du service de radiothérapie du CHU de Liège.

Par ailleurs, les hôpitaux d'Arlon et de Libramont assurent un programme de soins de pathologie cardiaque B1 en collaboration avec la Clinique universitaire de Mont-Godinne (Yvoir - Province de Namur)²⁹⁶.

2.2.2.4. Les équipements lourds

Etant donné que la province de Luxembourg a une faible densité de population, « ses hôpitaux ne peuvent jamais prétendre obtenir l'autorisation d'exploiter des appareillages ou des services médico-techniques lourds pour lesquels les règles de programmation reposent sur un nombre d'habitants (élevé) ou sur un nombre d'admissions (important)»²⁹⁷.

Toutefois, les hôpitaux de la province disposent d'un certain nombre d'équipements, recensés ci-dessous :

²⁹⁶ Mont Godinne est agré pour les 4 niveaux en chirurgie cardiaque, à savoir pour A : programme de base, B 1 : coronographie pour diagnostic, B 2 : coronographie interventionnelle et B 3 : chirurgie ; la CSJ à Arlon est agréé pour les niveau A et B 1.

²⁹⁷ T. DETIENNE, *Loc. cit.*

Tableau 8 : Les équipements lourds dans les hôpitaux généraux de la province de Luxembourg

IMAGERIE	Nb d'app.
Angiographe	3
Coronographe	2
Compteur de la radioactivité totale	3
Pet Scan	0
Imagerie par Résonance magnétique	1
Mammographe	8
Radiologie conventionnelle	18
Scanographe de simulation en radiothérapie	1 ²⁹⁸
Scanner hélicoïdal	7
Table numérisée pour biopsie mammaire	2
Tomodensitométrie axiale	2
Echographes	10
Panoramiques dentaires	4
EQUIPEMENTS DE SUPPLEANCE FONCTIONNELLE	
Appareil de dialyse	50
Caisson hyperbare	1
EQUIPEMENT DE THERAPIE	
Accélérateur de particules hors cyclotron	0
Appareil de cobaltothérapie	0
Appareillages neurochirurgicaux comprenant la stéréotaxie neurologique	0
Cathétérisme cardiaque	1
Cyclotron	1
Lithotripteurs	2
AUTRES	
Equipelement permettant la chirurgie assistée par ordinateur	0
Polysomnographe	8 dont 4 enfants

Source : Enquête Luxlorsan 2002

2.2.2.5. Les soins de suite et de réadaptation

Les différents types de prise en charge des patients en réadaptation peuvent avoir lieu à l'hôpital, dans une institution spécialisée, dans une structure spécialisée ou par séance de jour.

En province de Luxembourg, les hôpitaux généraux de la province de Luxembourg assurent essentiellement de la rééducation gériatrique. Par contre, aucun d'entre eux n'assure de rééducation neurologique.

²⁹⁸ Le CHA dispose d'un accélérateur linéaire, les simulations se font au CHU de Liège.

Tableau 9 : Les soins de suite et de rééducation dans les hôpitaux généraux de la province de Luxembourg

SSR	Lits (N)
Rééducation cardio-respiratoire	n.d.
Rééducation neurologique	0
Rééducation locomotrice - fonctionnelle	30
Rééducation gériatrique	132 ²⁹⁹
Soins palliatifs	12
Rééducation psychiatrique	n.d.
Rééducation maladies métaboliques	n.d.

Source : Enquête LLS 2002

L'hôpital psychiatrique de la province de Luxembourg prend également en charge des patients en rééducation. Qui plus est, ce type de patient peut être pris en charge dans les services de psychiatrie et/ou de gastro-entérologie des hôpitaux généraux. De même, les patients atteints de maladies métaboliques sont rééduqués dans des lits de médecine interne.

Par ailleurs, rappelons que les hôpitaux généraux de la province n'assurent pas d'hospitalisation de jour en la matière.

2.2.2.6. Les soins à domicile

En Belgique, le concept d'hospitalisation à domicile n'existe pas. Les soins à domicile comprennent les soins infirmiers et un ensemble de services tel que les aides ménagères, le matériel sanitaire etc.³⁰⁰. Les trois hôpitaux généraux de la province sont impliqués dans les soins à domicile. Certains d'entre eux assurent notamment l'oxygénothérapie à domicile et l'autosurveillance à domicile pour une catégorie définie de patients diabétiques. L'un d'entre eux dispose également d'un service de pédiatrie organisant la surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile.

Par ailleurs, la province du Luxembourg se caractérise par une forte ruralité et une tradition de mourir à domicile (6/10 contre 2/10 en Belgique)³⁰¹, accompagnés d'équipes multidisciplinaires. Les soins palliatifs se sont donc prioritairement développés à domicile en province de Luxembourg : ces équipes ne remplacent pas le médecin, l'infirmière ou le kinésithérapeute auxquels le patient est habitué ; elles procurent aux prestataires de soins, au patient et à ses proches des conseils et un soutien sur le plan des soins palliatifs. Autrement dit, les équipes palliatives assurent la coordination des soins palliatifs, l'encadrement des soins professionnels à domicile existants ainsi que la bonne transition entre les soins à domicile et les soins en institution. Cette tendance est caractéristique de la province du Luxembourg mais tend à gagner du terrain. En effet, de nombreuses initiatives visent à atténuer le clivage hôpital/domicile (exemple : remboursement de la visite quotidienne du médecin traitant à l'hôpital).

2.2.2.7. Les services d'urgences

Selon l'arrêté ministériel du 29 janvier 2003, les sites des hôpitaux de la province de Luxembourg disposant des fonctions "service mobile d'urgence" sont³⁰² :

- Les Cliniques du Sud Luxembourg - site d'Arlon
- Le Centre Hospitalier de l'Ardenne - site de Libramont

²⁹⁹ Incluant des lits de gériatrie générale (médecine).

³⁰⁰ En effet, les autorités belges ont mis en œuvre différentes structures et prises en charge³⁰⁰ : service d'aides aux familles et aux personnes âgées, soins palliatifs à domicile, centres de coordination des soins à domicile, centres d'accueil de jour, centre de soins de jour, centres de court séjour, résidences-services.

³⁰¹ Entretien avec le Dr Marion de la plateforme de soins palliatifs - Mars 2003

³⁰² Arrêté ministériel du 29 janvier 2003 intégrant des fonctions " service mobile d'urgence " agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente (MB : 31/01/2003), art.1.

- L'Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz - site de Bastogne
 - L'Intercommunale Hospitalière Famenne Ardenne Condroz - site de Aye - Marche-en-Famenne
- Toutefois, le site de Virton dispose également d'un SMUR.

Au total, ces hôpitaux comptabilisent 5 véhicules d'urgences, soit 2 pour 100 000 habitants. Chaque SMUR couvre en moyenne un territoire de 888 km².

Selon l'arrêté ministériel du 19 janvier 2000³⁰³, à l'exception du site de Virton, ces mêmes sites hospitaliers disposent des fonctions "soins urgents spécialisés". Ceux-ci possèdent environ 60 lits dont plus de 2/3 en réanimation et réanimations médicale et chirurgicale, les autres étant destinés aux soins urgents de proximité.

Les hôpitaux de la province ne disposent pas de lits en soins intensifs cardiaques, ni en soins intensifs néonataux.

3. Les établissements hospitaliers en France

3.1. Cadre général

3.1.1. Evolution de la politique hospitalière

L'hôpital français s'est constitué grâce à une politique hospitalière à laquelle ont contribué l'Etat et la Sécurité sociale en dirigeant des ressources importantes vers l'équipement hospitalier, en réformant les études médicales, en faisant de l'hôpital un pôle hautement technique de soins, d'enseignement et de recherche et en mettant en place une véritable organisation hospitalière. L'augmentation constante et soutenue des dépenses hospitalières a conduit à instaurer une régulation de plus en plus encadrée du système.

Quatre périodes pour la politique hospitalière :

➤ *Les années 40 : la fin de l'hôpital hospice*

- 1941 : accessibilité de l'hôpital à tous ;
- 1943 : vocation sanitaire de l'hôpital ;
- 1945 : création de la sécurité sociale qui permet véritablement la mutation de l'hôpital en lui apportant des ressources stables et importantes

➤ *De l'après-guerre aux années 80 : le développement*

- 1958 : **création du plein-temps hospitalier**, des CHU et entrée dans la médecine de haute qualité ;
- 1970 : mise en place d'une planification hospitalière qui vise à répondre à trois objectifs :
 - développer l'offre de soins pour pouvoir répondre de façon équitable à l'ensemble des besoins sur tout le territoire ;
 - rationaliser l'offre de soins et lutter contre le développement sans contrainte des établissements ;
 - assurer une complémentarité entre l'équipement hospitalier public et l'équipement privé tout en mettant en place le cadre d'un véritable service public hospitalier qui par son caractère attractif doit attirer la majeure partie des établissements.

L'instrument principal de cette planification est la **carte sanitaire**.

- jusqu'en 1975 : « **hospitalo-centrisme** ».

➤ *De 1985 à 1996 : l'encadrement*

³⁰³ Arrêté ministériel du 19 janvier 2000 intégrant des fonctions " soins urgents spécialisés " agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente (MB : 28/01/2000), art.1.

- **1984 : instauration du budget global** pour tenir compte de la dérive des dépenses d'hospitalisation. Auparavant, les hôpitaux étaient tarifés sur la base du prix de journée, mécanisme dont l'impact inflationniste était fort, chaque hôpital ayant intérêt à augmenter le nombre des journées pour accroître ses sources de financement. Les effets de l'instauration de ce financement global ont été immédiats : la croissance en volume des dépenses a été pratiquement ramenée à celle du PIB, au moins durant les 5 premières années d'application. Ce mode de financement provoque toutefois certains effets pervers puisqu'il favorise de fait l'inactivité et pénalise les hôpitaux qui réalisent des économies par un effort de productivité.
- **1989 : apparition du PMSI** : afin de remédier aux problèmes récurrents de l'évaluation de l'activité, le Ministère de la Santé rend obligatoire le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les établissements publics et privés participant au service public ayant plus de 100 lits de court séjour.
Le PMSI sera ensuite étendu à tous les établissements privés pour leur activité de court séjour à partir de janvier 1997.
- **1991** une loi renforce la **planification hospitalière** avec, aux côtés de la carte sanitaire maintenue, la création de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), qui répartissent qualitativement les équipements hospitaliers entre les hôpitaux et les cliniques privées. Malgré certaines avancées évidentes, l'équilibre escompté entre le secteur public et le secteur privé lucratif au niveau de l'offre de soins n'a pas eu lieu. L'ensemble du système de santé souffre toujours de la coexistence souvent conflictuelle d'un financement très encadré (par le budget global) pour l'hôpital public et d'un système de prix de journée très avantageux pour le secteur privé.

➤ *Depuis 1996 : la restructuration et la recherche d'une modernisation*

- **les ordonnances Juppé de 1996 : régionalisation, restructuration et accréditation.**
Jusqu'en 1996, la planification sanitaire n'était que très peu articulée avec le financement des établissements de santé conduisant souvent à des arbitrages budgétaires tenant peu compte des besoins sanitaires de la population. De plus, l'évaluation à l'hôpital n'était que peu valorisée. Les apports de la réforme de l'hospitalisation publique et privée instaurée par l'ordonnance du 24 avril 1996 ont été marquants sur le pilotage et les instruments du système hospitalier :
 - volonté d'encadrer les dépenses dans le cadre d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM),
 - clarification des responsabilités au niveau régional en les regroupant au sein des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH),
 - négociation de contrats entre l'ARH et tous les établissements de santé publics et privés,
 - introduction de l'accréditation comme outil d'amélioration de la qualité dans le cadre d'une procédure externe d'évaluation.
- **le plan Hôpital 2007** : une série de mesures poursuivant principalement deux objectifs : l'allègement des contraintes extérieures aux établissements et la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics
 - **le passage à une tarification à l'activité** : l'intention est de rénover le mode de financement des établissements, estimant que la dotation globale est un système sclérosant. En 2003, des expérimentations se déroulent dans une quarantaine d'établissements volontaires. La généralisation est en cours depuis 2004.
 - **une organisation sanitaire simplifiée, déconcentrée et rénovée** : le dispositif de planification repose actuellement sur la combinaison de trois principaux outils, à savoir le SROS, la carte sanitaire et les autorisations qui rendent la planification de l'offre sanitaire complexe. Deux mesures de simplification visent à permettre une planification régionale plus simple et efficace :
 - ▲ la suppression de la carte sanitaire et des indices : c'est dans une nouvelle annexe du SROS que figurera désormais la répartition quantitative des activités et des équipements par territoire de santé,
 - ▲ la déconcentration aux ARH de toutes les autorisations.

- **des coopérations entre secteurs public et privé facilitées** : les groupements de coopération sanitaire (GCS) seront ouverts aux professionnels de santé libéraux et la coopération entre établissements publics de santé et établissements privés sera favorisée, notamment pour répondre à la pénurie que connaissent les établissements publics pour certaines disciplines médicales et chirurgicales.
 - **des modalités d'achat renouvelées** : il est prévu dans un premier temps d'aligner la réglementation nationale sur la réglementation européenne afin d'adapter et assouplir les procédures d'achat pour les hôpitaux publics.
 - **une modernisation de la gestion interne des hôpitaux** : deux voies seront explorées, l'une consacrée aux statuts de l'hôpital, l'autre à sa gestion sociale.
 - **une relance de l'investissement hospitalier** dans les domaines de l'immobilier, de l'équipement et des systèmes d'informations.
- Le dispositif introduit un assouplissement des conditions de souscription des marchés pour les hôpitaux de statut public en vue de raccourcir les délais de procédure et de mise en œuvre des opérations immobilières. Il prévoit une enveloppe sur 5 ans destinée à relancer les investissements de 6 milliards d'euros.

3.1.2. Définition des structures hospitalières

En France, le système hospitalier se compose d'établissements de santé publics et d'établissements de santé privés qui gèrent environ 525 000 lits dans une proportion de deux tiers pour le public et d'un tiers pour le privé.

3.1.2.1. Types d'établissements de santé

3.1.2.1.1. Par statut d'établissement

Les hôpitaux publics sont des établissements publics, rattachés à une collectivité publique territoriale. Le code de la santé publique précise que les établissements publics de santé sont "*communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux*".

Les règles applicables au fonctionnement de l'hôpital public relèvent du droit public.

Les établissements de santé privés peuvent relever des différents statuts prévus par le droit civil et le droit des sociétés. De ce fait, ils peuvent être placés sous des régimes juridiques très diversifiés. Parmi l'ensemble des établissements privés on peut distinguer :

- Les hôpitaux privés à but lucratif sont des sociétés commerciales. Il s'agit soit d'établissements relevant de la création d'une entreprise individuelle dont la propriété et la gestion dépendent d'une personne civile physique, soit d'établissements sous forme de groupements à but lucratif dont la propriété et la gestion peuvent relever de sociétés de personnes, de sociétés de capitaux (SA, SARL ...).
 - Les hôpitaux privés à but non lucratif sont soit des associations loi 1901, éventuellement reconnues d'utilité publique, soit des établissements gérés par des mutuelles et organismes de sécurité sociale ou des fondations.
- La participation d'une partie de ces établissements au service public hospitalier modifie les règles de gestion et de financement qui leur sont applicables puisque relevant en partie de celle des hôpitaux publics. Ainsi, ces établissements sont en général possédés et gérés par une personne privée, leur personnel relève du régime des conventions collectives, leur comptabilité est privée, mais leur mode de financement est le même que les établissements publics de santé.

3.1.2.1.2. Par catégorie d'établissement

Parmi les hôpitaux publics, il existe plusieurs catégories devant permettre de répondre au mieux, sur l'ensemble du territoire, aux besoins de la population :

- Les Centres Hospitaliers Régionaux : ils ont une vocation régionale liée à une haute spécialisation impliquant de disposer de la gamme la plus complète possible des moyens techniques de

diagnostic, de traitement de soins.. La quasi-totalité de ces établissements a passé une convention avec une faculté et sont à ce titre des Centres Hospitaliers Universitaires qui dispensent et réalisent des activités d'enseignement et de recherche de haut niveau.

- les Centres Hospitaliers : ils peuvent dispenser toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée.
- les Hôpitaux Locaux : ils se distinguent des centres hospitaliers par un niveau de médicalisation plus faible répondant à leur champ d'activité qui est défini réglementairement. Ces établissements ont pour mission d'assurer une offre de soins de proximité.
- les Centres Hospitaliers Spécialisés : ils assurent la prise en charge médicalisée des patients en santé mentale.
- Les établissements de santé privés sont quant à eux classés selon le type de soins ou le mode de prise en charge (cf. diagramme page suivante).

3.1.2.1.3. Les régimes particuliers

Les lois portant réforme hospitalière de 1970 et 1991 ont considérablement unifié le fonctionnement interne des établissements hospitaliers publics. Une organisation spécifique a toutefois été maintenue en raison des considérations historiques ou géographiques ou d'activités de soins spécialisés, pour certains d'entre eux :

- l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, les Hospices Civils de Lyon, et l'Assistance Publique de Marseille,
- les trois établissements publics de santé nationaux,
- le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre.

Parmi les établissements privés, les centres de lutte contre le cancer sont pourvus d'une organisation légale particulière.

Le schéma ci-dessous retrace la définition des structures hospitalières selon les trois axes les plus couramment utilisés pour le représenter : la catégorie d'établissement, le statut juridique (secteur public / secteur privé) et le mode de fixation des ressources.

Partage du champ selon :	ETABLISSEMENT DE SANTE				
La catégorie d'établissement	ETABLISSEMENTS PUBLICS		ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVES		
	Centre hospitaliers régionaux	Centres hospitaliers	Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	Hôpitaux locaux	Etablissements de soins de courte durée
					Etablissements de soins de suite et de réadaptation
					Etablissements de lutte contre les maladies mentales, les toxicomanies et l'alcoolisme
					Etablissement de traitement et soins à domicile et de dialyse ambulatoire
	SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PRIVE		
		Secteur non lucratif	Secteur lucratif		
Le statut juridique	ETABLISSEMENTS PUBLICS en DG		ETABLISSEMENTS PRIVES en DG	ETABLISSEMENTS PRIVES sous OQN	
	90% Dotation globale annuelle (fixée dans le cadre d'un budget autorisé par l'ARH) 10% Tarification A l'Activité (T2A)		MCO	Tarification A l'Activité (dès le 01/10/04)	
	(répartition en 2004. L'augmentation de la part de la T2A se fera régulièrement jusqu'à représenter 100% des ressources)		Autres	Tarif des prestations	

3.1.2.2. Les missions des hôpitaux

Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils participent également à des missions de santé publique.

En outre, l'hôpital assure des missions de sécurité préventive, de naissance, de réponse aux situations exceptionnelles (ORSEC, guerre, catastrophes ...), de lutte contre les fléaux sociaux (vaccinations, cancer, maladies mentales, toxicomanie, sida ...), de recherche et de dons d'organes. Ils ont également une mission d'enseignement (CHU).

3.1.2.3. La mission de service public

Les établissements publics assurent une mission de service public. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat (Ministère de la santé, Agence régionales d'Hospitalisation, Préfet), mais restent rattachés à une commune en général (le maire est président du Conseil d'Administration dans la plupart des cas, parfois il s'agit d'un autre élu local), et jouissent d'une certaine autonomie de gestion.

Les hôpitaux publics sont soumis au droit public, alors que les hôpitaux privés sont soumis au droit privé.

Au titre de ses missions de service public, l'hôpital public répond à l'intérêt général et aux besoins des populations.

Les dirigeants, les médecins et les personnels, les femmes et les hommes au service de l'hôpital, exercent leur fonction dans le respect fondamental de l'être humain.

Cette attitude implique l'accueil sans discrimination des usagers, le traitement déférent et unique de chaque personne, la stricte application du secret médical et professionnel, la dispense de soins parfaitement conformes à l'éthique et la protection des malades et des résidents durant leur séjour.

Cet engagement personnel envers autrui repose sur les règles collectives inaltérables qui régissent le service public hospitalier : l'universalité, la lutte contre l'exclusion et la ségrégation, l'attention aux plus démunis.

L'hôpital accueille tous les patients sans distinction 24h/24 et 7 jours/7, grâce à un service de garde, et à un service minimum obligatoire en cas de grève.

3.1.2.4. Les services d'un hôpital

3.1.2.4.1. Les services de soins

L'hôpital est organisé en services de soins.

Chaque service est dirigé par un médecin chef de service, chargé de l'organisation médicale du service, nommé pour 5 ans par le Ministre de la santé.

Il est assisté de médecins de différents statuts (praticiens hospitaliers, médecins attachés ou assistants, internes ...) qui peuvent travailler à l'hôpital à plein temps ou à temps partiel.

Un surveillant ou cadre de santé assiste le chef de service. Celui-ci est chargé de l'organisation matérielle du service au quotidien et de l'encadrement des équipes soignantes.

3.1.2.4.2. Les urgences

Les services d'urgence répondent 24h/24 aux problèmes médicaux urgents. Il existe des services d'urgence de différents niveaux, selon le degré d'équipement des établissements :

- SAU (Services d'accueil et d'urgence) permettant l'accès en urgence à toutes les disciplines médicales ou chirurgicales,
- UPATOU (Unités de Proximité, d'Accueil et de Traitement et d'Orientation des Urgences) qui disposent d'installations et d'équipes de base, et peuvent adresser les cas les plus aigus qu'elles ne peuvent traiter vers un SAU,
- des services d'urgence hyper spécialisés (chirurgie cardiaque, neurochirurgie) qui sont assurés uniquement par des CHU,
- des SMUR (Services Médicalisés d'Urgence et de Réanimation) coordonnés par le SAMU ont pour mission d'assurer l'intervention d'une équipe médicalisée à l'extérieur de leur hôpital de rattachement.

3.1.2.4.3. Les consultations externes

Dans chaque hôpital, des services de consultation externes permettent aux patients de rencontrer un spécialiste dans des disciplines pointues. Ces consultations peuvent être ou non préalables à une hospitalisation.

3.1.2.4.4. Les services médico-techniques

Les services médico-techniques sont des prestataires internes répondant aux demandes des services cliniques. Ils sont notamment chargés de réaliser des examens : radiologie, examens de laboratoire, stérilisation ...

3.1.2.4.5. Le plateau technique

Chaque établissement dispose d'un plateau technique plus ou moins étendu constitué de matériel de radiologie, de matériel lourd d'imagerie médicale (scanner, IRM ...), de salles d'opération ...

3.1.2.4.6. Les services administratifs

Les services administratifs assurent le bon fonctionnement de l'hôpital : budget, gestion du personnel, gestion de la logistique, travaux, systèmes d'information ...

Des services d'appui logistique assurent diverses missions d'interface avec les services de soins : restauration, approvisionnement, entretien, blanchisserie ...

3.1.3. Autorités de gestion interne

Les établissements publics de santé se caractérisent par une unicité de règles de leur organisation interne, tant administrative que médicale, qui n'existe que partiellement au sein des établissements de santé privés. Dans ces derniers, les modalités d'exercice de la médecine (exercice libéral ou salarié) ont des conséquences importantes sur leur gestion interne.

3.1.3.1. Organisation administrative des établissements publics de santé

3.1.3.1.1. Organes décisionnels

Le conseil d'administration, composé d'élus locaux, de médecins, de membres du personnel, de représentants des usagers, de personnalités qualifiées, est généralement présidé par le maire. Les autorités de l'Etat peuvent assister aux délibérations avec voix consultative.

Le conseil d'administration est chargé des grandes décisions (projet d'établissement, programme d'investissement, budget ...)

Le directeur exécute les décisions du conseil d'administration et dispose également d'un champ de compétence propre. Il est nommé par le Ministre de la santé après avis du président du Conseil d'administration et peut déléguer des compétences à ses directeurs adjoints.

Le directeur est chargé de la conduite générale de l'établissement (dépenses, passation des marchés, actions en justice, gestion du patrimoine, gestion des personnels...) Il est également responsable de l'admission et de la sortie des patients, établit le service des gardes et est chargé du maintien du bon ordre dans l'établissement.

3.1.3.1.2. Organes représentatifs

La commission médicale d'établissement (CME), composée des médecins de l'hôpital représente le corps médical et est associée à la gestion de l'établissement (avis consultatifs sur l'organisation, le budget ...). Elle donne également des avis en matière de choix médicaux (nominations de médecins, projet médical...). Tous les médecins chefs de service siègent à la C.M.E. tandis que les autres membres sont élus par leurs pairs.

Le comité technique d'établissement (CTE) : c'est l'instance de représentation des personnels. Il est obligatoirement consulté sur les décisions ayant des implications sur la gestion de l'établissement (organisation, budget, politique du personnel...)

Les autres commissions se réunissent régulièrement à l'hôpital sur des questions d'ordre technique. Parmi celles-ci, on peut ainsi citer le Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), les conseils de service au sein de chaque service de soin, les commissions d'appel d'offre pour le choix des marchés publics, ou encore le Comité de Lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), chargé de la mise en place et du suivi de la prévention des infections à l'hôpital.

3.1.3.2. Gestion interne des établissements de santé privés

Les modes de gestion des établissements de santé privés sont liés à leur statut (entreprise individuelle, société, association ...), à leur vocation lucrative ou non et pour les personnels salariés, aux obligations issues des dispositions du code du travail.

3.1.3.2.1. Organes de direction

Les personnes morales gestionnaires des établissements de santé privés confient d'une manière générale leur gestion quotidienne à des mandataires (dénommés « gérants » ou « administrateurs »). Leurs fonctions sont déterminées avec une liberté plus ou moins grande par le cadre légal du groupement et les dispositions adoptées dans les statuts. Une ligne de partage distingue, de façon très générale, les établissements à but lucratif, le plus souvent créés à l'origine par des médecins qui ont besoin d'une structure matérielle pour l'exercice à titre libéral de leur profession, et les établissements à but non lucratif, créés pour une cause désintéressée, au sein desquels une majorité des médecins est salariée.

Par ailleurs, la gestion hospitalière prend naturellement des formes distinctes selon qu'il s'agit d'un établissement familial ou d'un établissement faisant partie d'une chaîne de cliniques. L'implication plus ou moins importante et intéressée des médecins est bien entendu déterminante dans le mode de fonctionnement courant des établissements. Les établissements privés sont dépourvus d'une organisation médicale interne réglementée telle qu'elle existe pour les établissements publics.

3.1.3.2.2. Participation des médecins à la gestion des établissements privés

La loi du 31 juillet 1991 a rendu obligatoire au sein des établissements privés la constitution d'organes internes organisant la participation des médecins à la gestion de leur établissement. La fonction de ces organes est comparable à celle des commissions médicales d'établissement (CME) des établissements publics. Il convient toutefois de distinguer :

- la conférence médicale, formée de plein droit par les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé ne participant pas au service public hospitalier, est chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. Elle donne également son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement
- la commission médicale, constituée obligatoirement dans tout établissement de santé privé participant au service public hospitalier, est consultée sur le projet d'établissement et sur le projet de budget.

3.1.3.2.3. Participation des personnels salariés à la gestion des établissements privés

Les personnels salariés des établissements de santé gérés par des personnes privées sont dans la même situation que ceux de toute entreprise privée. Les diverses obligations du droit du travail relatives à la participation à la vie d'entreprise sont applicables dans ces établissements selon le droit commun. Ceci concerne notamment les dispositions relatives aux syndicats professionnels aux délégués du personnel, aux comités d'entreprise, à l'intéressement, à la participation.

3.1.4. Autorités de gestion externe

L'organisation politique et administrative de la santé en France, et notamment le rôles, missions et outils de l'ARH, sont développés dans le chapitre 2.

3.1.5. Financement et tarification

Le système de santé français se caractérise par une dualité du mode de financement des établissements.

Les hôpitaux publics et privés sans but lucratif sont depuis 1984 soumis au régime de la dotation globale tandis que les cliniques à but lucratif sont financées en proportion des actes et des journées réalisés.

3.1.5.1. Etablissements de santé publics et privés PSPH

Les modalités de financement des établissements publics et privés PSPH ont évolué pour prendre en compte l'inflation des dépenses hospitalières (constituées principalement pour environ 60% de frais de personnel, 16% de frais médicaux, 7,5% de frais d'hôtellerie).

- Avant 1984 : tarification au prix de journée
 - 1984 : enveloppe annuelle de dépenses fixée a priori pour chaque hôpital (évolution de cette enveloppe à l'aide d'un taux directeur national fixé par le ministère)
 - 1997 : dotation globale fixée par le directeur de l'ARH (en fonction des engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens).
- La dotation globale représente, en moyenne, 74 % des recettes des hôpitaux publics.

3.1.5.2. Etablissements privés non PSPH

Le financement des établissements privés hors PSPH ne comprend pas les honoraires médicaux.

En effet, les médecins exercent à titre libéral dans les cliniques et sont rétribués par les patients, directement ou au travers des protections complémentaires.

Il ne s'agit donc que des dépenses de fonctionnement et de personnel, à l'exclusion des médecins et autres praticiens libéraux.

Les dépenses remboursées des cliniques privées sont soumises, de la même manière que pour les autres prestataires de soins, à un taux d'évolution national, voté par le Parlement : l'Objectif Quantifié National (OQN), modulé pour chaque établissement et chaque discipline par le directeur de l'ARH compétente.

Cette rémunération est versée sous forme de forfait de salle d'opération et de prix de journée.

3.1.5.3. Vers un financement plus juste des hôpitaux et des cliniques privées : la tarification à l'activité

3.1.5.3.1. La finalité

La dichotomie du mode de financement des hôpitaux français a fait l'objet de nombreux travaux qui mettent en évidence les insuffisances de l'un et l'autre système sans compter leur hétérogénéité qui rend impossible toute comparaison.

Le gouvernement souhaite unifier les modes de rémunération des deux secteurs en mettant en œuvre la tarification à l'activité.

Cette dernière, expérimentée et mise en place dans plusieurs pays européens (Allemagne, Espagne, Suède et Portugal) a été préparée en France par l'instauration en 1995 du PMSI (Programme Médicalisé de Systèmes d'Information). Elle a fait l'objet d'une phase d'expérimentation auprès d'établissements de santé volontaires.

Les objectifs de la réforme portent sur :

- une plus grande médicalisation du financement,
- une harmonisation des modes de financement entre les deux secteurs, tout en respectant les spécificités de chacun,
- une plus grande responsabilisation des acteurs,
- une généralisation du contrôle de gestion et de la comptabilité analytique au sein des établissements.

3.1.5.3.2. Le champ

En 2004, la nouvelle tarification s'appliquera à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). Si les établissements sont également titulaires d'autorisations de lits ou places de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de psychiatrie, seule la partie des activités de MCO sera concernée. Les hôpitaux locaux sont temporairement maintenus en dehors du champ de la réforme.

La tarification à l'activité s'applique à toutes les activités de soins MCO quelles que soient leurs modalités : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile ainsi que consultations et soins externes.

La part de l'activité non concernée par la réforme, à savoir les soins de suite et de réadaptation ainsi que la psychiatrie, demeurera financée selon le modèle d'allocation de ressources actuellement en vigueur.

3.1.5.3.3. Les modalités

Les principes fondamentaux de la réforme sont :

- une prise en charge financière adaptée à la nature des soins prodigués, avec des tarifs de séjour basés sur la classification en groupe homogène de malades (GHM), du PMSI, dans une nouvelle version ;
- la reconnaissance des cas les plus lourds avec une facturation possible des suppléments pour les séjours qui se prolongent et les séjours de réanimation ;
- un financement qui tient compte du nombre de patients qui se présentent aux urgences, en consultation ou en soins externes ;
- un paiement qui préserve l'innovation grâce à la facturation complémentaire d'un certain nombre de médicaments et de dispositifs médicaux particulièrement onéreux ;
- des forfaits annuels pour les activités d'urgences et de prélèvements d'organes ;
- les missions d'intérêt général (enseignement, recherche, innovation...) et le soutien à la contractualisation garantis par une enveloppe spécifique (MIGAC).

Cette réforme fera l'objet d'un dispositif approprié de suivi et d'évaluation.

3.1.6. Mode d'exercice des médecins

3.1.6.1. Médecins exerçant au sein des établissements de santé publics

L'article L. 6151-1 du code de la santé publique énumère les catégories de personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé : médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens, ayant la qualité de titulaires, contractuels ou attachés. Contrairement aux personnels non médical, les personnels médicaux donc soumis à une pluralité de statuts qui des règles différentes selon la nature de l'établissement où ils exercent (CHU ou CH) et la quotité de temps qu'ils consacrent à leur fonction (temps plein ou temps partiel).

Certaines règles fondamentales font la spécificité de la situation des praticiens hospitaliers :

- bien que placés dans une position légale et réglementaire, ils ont la qualité d'agents publics non fonctionnaires,
- leur condition de personne salariée de l'hôpital ne fait pas obstacle au respect du principe de l'indépendance du professionnel du praticien dans l'exercice de son art dont la manifestation première réside dans la liberté thérapeutique,
- les praticiens statutaires à temps plein ont la faculté d'exercer une activité libérale à l'hôpital selon des modalités strictement définies par les textes,
- ils sont soumis au code de déontologie médicale et peuvent se voir sanctionner disciplinairement par le conseil de l'Ordre en cas de manquement aux règles de ce code,
- ils sont assujettis à des contraintes de service public notamment à l'obligation d'effectuer des gardes et astreintes pour assurer la continuité du service,
- ils ont comme devoir professionnel d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances (formation médicale continue obligatoire).

3.1.6.1.1. Le personnel médical des CHU

Les membres du personnel enseignant et hospitalier assurent une triple fonction d'enseignement (formation initiale et continue), de recherche et de soins. Du fait qu'ils relèvent simultanément de deux établissements publics distincts (université et établissement de santé) et exercent conjointement les

fonctions universitaires et hospitalières, ils perçoivent une double rémunération en qualité d'enseignant des universités et de praticien hospitalier.

Le personnel médical des CHU regroupent trois catégories :

- les personnels titulaires ou permanents : professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH) et les maîtres de conférence des universités - praticiens hospitaliers (MCU-PH),
- les personnels temporaires : praticiens hospitaliers - universitaires (PHU),
- les personnels non titulaires : chefs de clinique dans des universités - assistants des hôpitaux (CCA) dans les disciplines cliniques et les assistants hospitaliers universitaires (AHU) dans les disciplines biologiques et mixtes.

3.1.6.1.2. Le personnel médical à temps plein

L'exercice de la médecine à temps plein dans les établissements hospitaliers est possible aussi bien dans les CHU que dans les hôpitaux non universitaires.

Les PH temps plein sont nommés à titre permanent et consacrent la totalité de leur activité professionnelle (dix demi-journées hebdomadaires). Ils sont recrutés par la voie d'un concours national.

Les assistants des hôpitaux exercent également à temps plein (dix demi-journées hebdomadaires), sous l'autorité du chef de service, dans trois catégories d'établissement : les hôpitaux non universitaires, les services de biologie des CHU, les services des pharmacies de CHU.

Ces assistants sont classés en quatre catégories : assistants généralistes, assistants associés généralistes, assistants spécialistes et assistants associés spécialistes. Ils sont recrutés par contrat écrit passé avec le directeur de l'établissement, sur proposition du chef de service, après avis de la CME et du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

La durée initiale du contrat est d'un an, renouvelable à concurrence d'une durée totale d'engagement de six ans.

3.1.6.1.3. L'exercice médical à temps partiel à l'hôpital

Cet exercice présente de nombreux avantages du fait de la souplesse qu'il introduit dans l'organisation hospitalière et des liens qu'il permet d'entretenir avec la médecine de ville.

Deux modalités sont prévues dans les textes :

- Les praticiens hospitaliers à temps partiel exercent dans les mêmes établissements que les praticiens hospitaliers à temps plein et accomplissent les mêmes tâches. Leur recrutement intervient à l'issue d'un concours organisé par région et par discipline ou spécialité. Les obligations de service sont fixées à six demi-journées hebdomadaires. Ils peuvent exercer une activité libérale à l'extérieur de l'hôpital.
- les attachés des hôpitaux comprennent des attachés et des attachés associés. Ils sont nommés par le directeur de l'établissement, après avis du chef de service sous la responsabilité duquel ils sont placés. Les recrutements interviennent dans la limite du nombre de vacations attribué au service. Les attachés sont nommés initialement pour une période d'un an renouvelable (3 ans maximum sous condition). Leur fonction est de seconder le chef de service dans les activités de soins, sauf en ce qui concerne les attachés associés qui ne peuvent participer à l'activité hospitalière que sous la responsabilité directe du chef de service ou l'un de ses collaborateurs.

3.1.6.1.4. Les praticiens contractuels

La possibilité pour les établissements publics de santé de recruter des praticiens contractuels date de la loi du 31 juillet 1991 pour répondre à deux objectifs :

- assouplir les règles du fonctionnement médical des hôpitaux ;
- pourvoir les postes vacants de praticiens hospitaliers en donnant aux établissements une certaine liberté quant aux conditions de recrutement de ses praticiens.

Le terme de praticien contractuel recouvre deux catégories distinctes :

- les praticiens contractuels recrutés par contrat administratif écrit, conclu avec le directeur de l'établissement après avis du chef de service, de la CME et du directeur régional des Affaires sanitaires et sociales.
- les praticiens adjoints contractuels (médecins ou pharmaciens), corps nouveau créé en 1995. Les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme étranger équivalent à celui de docteur en médecine et ayant exercé pendant trois ans au moins des fonctions d'attaché dans un établissement public de santé peuvent exercer cette qualité. Ces praticiens peuvent être recrutés par contrat administratif de trois ans, renouvelable par reconduction expresse, par les établissements publics de santé, les établissements privés PSPH et par l'Etablissement français du sang. Ils ont la possibilité d'être candidat aux concours de praticiens hospitaliers.
- Les internes en médecine, pharmacie et odontologie et résidents en médecine dont le statut est fixé par un décret. Les internes, bien qu'étant des praticiens en formation, contribuent à assurer la permanence médicale au sein des hôpitaux.

3.1.6.2. Médecins exerçant au sein des établissements de santé privés

Très généralement, les médecins des établissements privés sont placés, de leur propre volonté, dans une situation contractuelle. Il sont liés :

- soit par un contrat d'exercice (tout en étant, le cas échéant, propriétaires ou actionnaires de l'établissement). Cette situation est la plus fréquente dans les établissements à but lucratif et peut se combiner avec la conclusion de contrats par lesquels les praticiens se regroupent entre eux.
- soit par contrat de travail.

Ceci n'exclut pas la possibilité pour un praticien salarié d'un établissement à but non lucratif de mener également, selon des conditions définies par contrat, une activité libérale.

Dans certains cas et de façon exceptionnelle, les médecins exerçant au sein des établissements de santé privés peuvent exercer en situation de détachement d'un établissement public de santé.

Dans tous les cas, l'exercice habituel de la médecine, en droit privé doit faire l'objet d'un contrat écrit. Ce contrat doit être communiqué au conseil départemental concerné par l'Ordre de Médecins qui en vérifie la conformité aux prescriptions du code de déontologie.

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les cliniques concluent le plus souvent avec la société exploitant leur établissement, individuellement, des « contrats d'exercice ».

Ces contrats définissent les rapports entre l'établissement et le professionnel et doivent prévoir clairement les responsabilités et obligations réciproques des deux parties. Ils précisent notamment :

- les conditions de versement des redevances dues par les praticiens à la société d'exploitation ;
- les modalités de l'exercice libéral au sein de la clinique.

Il est fréquent de distinguer :

- le contrat dit « de carrière » ou de longue durée, cessible, confère à l'établissement et au médecin des garanties de stabilité. Il est généralement conclu en contrepartie d'un apport financier et d'une exclusivité d'exercice.
- le contrat de courte durée (deux à cinq ans), souvent incessible.

En pratique, toutes les combinaisons sont possibles. On peut ainsi rencontrer des contrats de longue durée non cessibles, des contrats de longue durée cessibles, les uns et les autres avec ou sans apport financier initial, des contrats avec ou sans exclusivité.

Afin d'harmoniser leurs conditions d'exercice, les médecins des cliniques se regroupent fréquemment face à leur établissement, soit par une convention d'exercice en commun, soit en constituant une société civile professionnelle (qui peut comprendre jusqu'à dix praticiens).

Les praticiens exerçant au sein des établissements privés peuvent être salariés et donc liés à leur établissement par un contrat régi par le Code du Travail (ils sont en revanche fréquemment exclus du champ des conventions collectives). Ceci constitue un statut licite dès lors que le rapport de

subordination induit par le contrat de travail ne met pas en cause leur indépendance et se limite à l'organisation générale du travail.

L'exercice salarié est la situation prévue par le Code de la santé publique, sauf exception, pour les praticiens des établissements privés participant au service public hospitalier (art R 715-6-10 C santé publ.).

L'exception consiste en ce que ces établissements peuvent faire appel, par voie de détachement des intéressés depuis leur établissement public d'origine, à des personnels enseignants et hospitaliers des CHU ou à des praticiens hospitaliers de statut public et exerçant à temps plein ou temps partiel. Ces personnels demeurent dans ce cas régis par les statuts qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne leur rémunération, assurée toutefois par l'établissement où ils exercent en détachement (Art R 715-6-11 Code de la Santé Publique).

Les établissements à but non lucratif peuvent recruter des praticiens par des contrats à durée déterminée, par dérogation aux dispositions du Code du Travail, pour une période maximale de quatre ans. Ils ne peuvent qu'à titre exceptionnel rémunérer leurs praticiens par référence à un volume d'actes médicaux (R 715-6-10 Code de la Santé Publique).

3.2. L'offre hospitalière de soins dans la zone Interreg française

3.2.1. Remarques méthodologiques

Rappelons que le versant français de la zone Interreg comprend les trois départements suivants : la Moselle, la Meuse et la Meurthe et Moselle.

Afin de se conformer au domaine de l'enquête LLS "Offre hospitalière de soins", l'investigation a porté sur le champ hospitalier hors long séjour. De même, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ont été exclus.

Le questionnaire d'enquête LLS "Offre hospitalière de soins" a donc été envoyé à 71 établissements de la zone Interreg. Mais le taux de réponse varie considérablement d'un département à l'autre. En effet, celui-ci oscille entre 100 % en Meuse (sur 5 établissements) et 27 % en Meurthe-et-Moselle. La Moselle enregistre quant à elle un taux de réponse de 63 %.

Dans ce cadre, les informations ont été confrontées et complétées à l'aide d'autre sources d'information : les capacités installées issues de la SAE 2002 ont notamment été prises en compte.

Néanmoins, force est de constater que certaines données collectées via le questionnaire LLS "Offre hospitalière de soins" ne sont répertoriées dans aucune autre base de données.

C'est la raison pour laquelle la description de certains aspects de l'offre de soins notamment les soins spécifiques et équipements lourds, de la Meurthe-et-Moselle et dans une moindre mesure de la Moselle n'est que partielle.

3.2.2. Les établissements hospitaliers de la zone Interreg française

(tableau n°10 et tableau n°11)

Au total, la zone Interreg comporte 86 sites géographiques d'établissements hospitaliers hors long séjour : 38 sont situés en Meurthe et Moselle, 7 en Meuse et 41 en Moselle. L'enquête LLS "Offre hospitalière de soins" concerne quant à elle 71 établissements hospitaliers hors long séjour de la zone Interreg française : 30 d'entre eux sont situés en Meurthe et Moselle, 5 en Meuse et 36 en Moselle.

Pour une taille moyenne de 158 lits par établissement les extrêmes varient de 8 lits pour le plus petit (Maison Hospitalière De Baccarat) à 1866 lits pour le plus grand (CHU de Nancy).

Tableau 10 : Nombre de lits d'Hospitalisation Complète (HC) de la zone Interreg française selon la catégorie d'établissement

Statut	Catégorie d'établissement	Lits en hospitalisation complète
P r	Centre de lutte contre le cancer	155

	Centre de postcure pour alcooliques	56
	Etablissement de convalescence et de repos	410
	Etablissement de réadaptation fonctionnelle	605
	Etablissement de soins chirurgicaux	396
	Etablissement de soins médicaux	319
	Etablissement de soins pluridisciplinaires	3126
	Maison de régime	55
	Maison de santé pour malades mentales	52
	Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	45
	Total	13600
Public	Centre hospitalier (non dénommé ailleurs)	2879
	Centre hospitalier pr. spécialisés dans lutte maladies mentales	1744
	Centre hospitalier régional (C.H.R.)	3322
	Hôpital local	152
	Syndicat interhospitalier	284

Source : SAE 2002

Commentaires tableau 1 :

La part de l'offre hospitalière publique est largement prépondérante puisqu'elle occupe 61,62 % de l'ensemble des capacités installées dans la zone Interreg française, dont 24 % pour les 2 CHR de la région. (CHU de Nancy et CHR de Metz- Thionville)

Tableau 11 : Nombre de lits d'hospitalisation complète (HC) consolidé en MCO, SSR et psychiatrie et de places d'alternatives MCO par département*

Département	Lits hospit complète	Places alternatives HC	Pop lorraine 2002	Densité HC pour 100000 hab	Densité places alternatives HC pour 100000 hab
Meurthe-et-Moselle	5810	557	716577	811	78
Meuse	1229	198	191575	642	103
Moselle	6561	680	1026990	639	66
TOTAL ZIF	13600	1435	1935142	703	74

Source : SAE 2002 - données démographique STATISS 2003 Lorraine

* hors USLD (Unités de soins de longue durée)

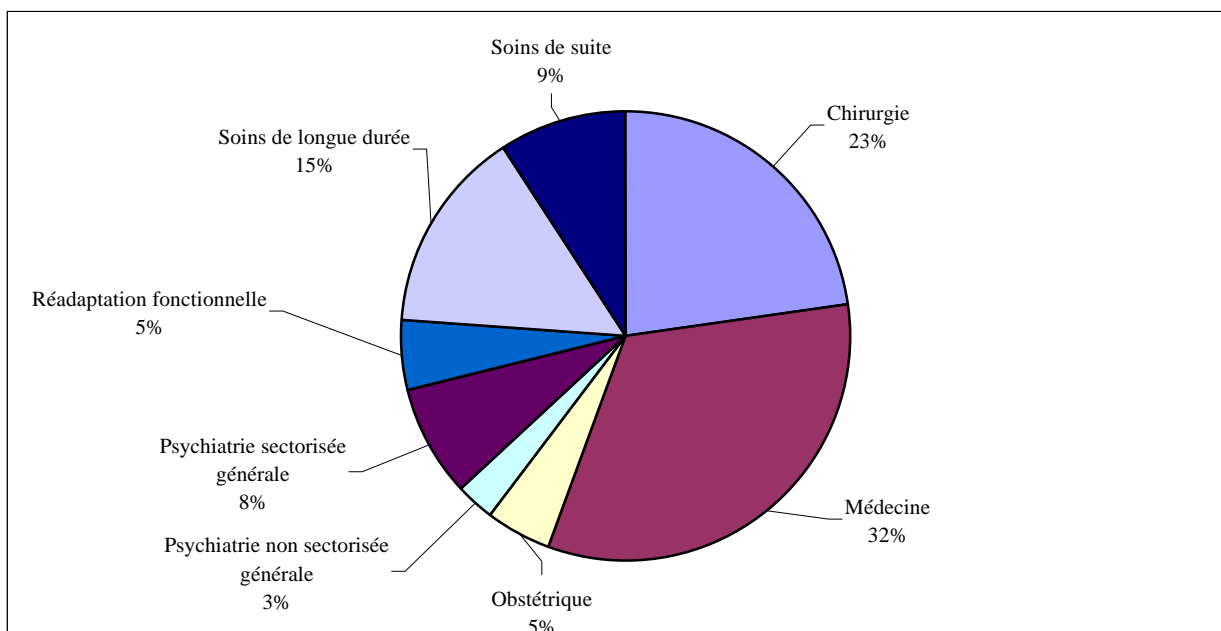
3.2.3. Les services hospitaliers de la zone Interreg française

➤ Le nombre de lits par service

(Graphique 1 et tableau 12)

Graphique 1 : Répartition de lits par service dans les hôpitaux de la zone Interreg française

Source : SAE 2001



Commentaires graphique 1 :

- Dans la ZI française, 60 % des lits se trouvent en services MCO [(médecine (32 %), chirurgie (23 %) et obstétrique (5 %)].
- Globalement, la psychiatrie (sectorisée générale, non sectorisée générale et sectorisée infanto-juvénile) occupe 11 % des lits.
- Les 30 % restant se répartissent pour moitié avec les lits en "soins de longue durée" et l'autre moitié avec les lits en "soins de suite" et "réadaptation fonctionnelle".

Tableau 12 : Nombre de lits par discipline en hospitalisation complète et par département

Disciplines	ZIF		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
	Nb lits	Densité	Nb lits	Densité	Nb lits	Densité	Nb lits	Densité
Chirurgie	3447	178	1659	232	283	148	1505	147
Médecine	4783	247	2089	292	406	212	2288	223
Obstétrique*	826	157	316	160	63	130	447	160
TOTAL MCO	9056	468	4064	567	752	393	4240	413
Psychiatrie non sectorisée	517	27	32	4	0	0	485	47
Psychiatrie sectorisée générale	1490	77	449	63	295	154	746	73
Psychiatrie sectorisée infanto-juvénile**	32	12	28	236	4	14	0	0
TOTAL PSYCHIATRIE	2039	105	509	71	299	156	1231	120
Réadaptation fonctionnelle	885	46	431	60	48	25	406	40
Soins de suite	1620	84	806	112	130	68	684	67
Total Soins de suite et de réadaptation	2505	129	1237	173	178	93	1090	106
TOTAL	13600	703	5810	811	1229	642	6561	639

Sources : STATISS 2003, DRASS et INSEE;

* densité calculée sur femmes de 20 à 59 ans

**densité calculée sur enfants de 6 à 16 ans

Commentaires tableau 12 :

- **Globalement** (c'est à dire pour les disciplines MCO, Psychiatrie et SSR), les lits d'hospitalisation complète sont répartis de la façon suivante entre les départements frontaliers lorrains : 48,3 % en Moselle, 42,7 % en Meurthe et Moselle et 9 % en Moselle. Toutefois, la Meurthe et Moselle présente

la densité de lits par 100 000 habitants la plus élevée de la zone (811) tandis que celle de la Moselle et de la Meuse sont inférieures et relativement équivalentes (respectivement 639 et 642).

- En **MCO**, si la Moselle présente le nombre de lits le plus élevé, ce département enregistre une densité de services par 100 000 habitants plus faible (413) que la moyenne de la zone Interreg française (468).
- Si en terme de nombre de lits installés et de densité de l'offre de soins, la Meuse est toujours classée en dernière position, elle dispose de la densité de lits en **psychiatrie** la plus élevée : 156 lits par 100 000 habitants, contre 120 en Moselle et 71 en Meurthe et Moselle. Toutefois, rappelons que ce département ne dispose pas de service de psychiatrie non sectorisée.
- En matière de lits en **soins de suite et de réadaptation**, la Meurthe et Moselle est le département qui enregistre l'offre de soins par habitant la plus importante de la zone concernée, et ce tant pour la réadaptation que pour les soins de suite. La densité totale de lits oscille entre 93 lits pour 100 000 habitants en Meuse et 173 lits en Meurthe et Moselle.

➤ Les lits MCO

(tableau 13 et tableau 14)

Les tableaux ci-dessous recensent, de façon consolidée, pour les trois départements de la Zone Interreg, le nombre de lits en hospitalisation complète et de places en alternatives à l'hospitalisation complète pour chacune des disciplines MCO selon les grandes disciplines de l'offre de soins et le statut public ou privé des établissements.

❖ L'hospitalisation complète (tableau 13)

Tableau 13 : Lits d'hospitalisation complète dans la zone INTERREG pour les établissements MCO

Lits hospitalisation complète installés en 2002	Statut	TOTAL ZIF		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
		N	Densité	N	Densité	N	Densité	N	Densité
Médecine	Public	3321	172	1630	227	396	207	1295	126
	Privé	1462	76	459	64	10	5	993	97
Total médecine		4783	247	2041	285	406	212	2255	220
Chirurgie	Public	1638	85	957	134	155	81	526	51
	Privé	1809	93	702	98	128	67	979	95
Total chirurgie		3447	178	1659	232	283	148	1505	147
Gynéco-obstétrique	Public	503		204		63		236	
	Privé	323		112		0		211	
Total Gynéco obstétrique		826		316		63		447	
Total Lits hospitalisation complète MCO		9056	468	4064	567	752	393	4240	413

Source: SAE 2002

Commentaires tableau 13 :

- En hospitalisation complète, 60% des lits MCO sont installés dans des établissements publics. On peut toutefois relever que l'offre de soins en hospitalisation complète en chirurgie est légèrement plus importante dans le secteur privé (PSPH: participant au service public hospitalier et privés à but lucratif) qui représente 52 % des lits de chirurgie.
- Parmi les disciplines MCO, le nombre de lits de médecine en hospitalisation complète représente un peu plus de la moitié (53 %) de l'offre totale de lits pour l'ensemble des établissements MCO de la ZI française, 70 % de ces lits sont installés au sein des établissements publics de santé tandis que la chirurgie représente 38 % des lits et l'obstétrique 9 %.
- Globalement, la Meurthe et Moselle enregistrent la densité de lits MCO la plus élevée de la zone Interreg : 569 lits pour 100 000 habitants contre 413 en Moselle et 391 en Meuse. Ce constat est

également vrai pour la médecine et la chirurgie, respectivement + 16 % et + 30 % par rapport à la moyenne de la zone. En médecine, la Meurthe et Moselle dispose de 30% de lits en plus pour 100 000 habitants par rapport à la Moselle et en chirurgie, ce département bénéficie de 66% de lits en plus pour 100 000 habitants par rapport à la Meuse.

- La répartition des lits en obstétrique est plus équilibrée. Toutefois, la Meuse dispose d'une densité inférieure de 27 points par rapport à la moyenne de la zone. La densité de l'offre de soins en gynécologie obstétrique étant équivalente en Moselle et en Meurthe et Moselle.

❖ L'alternative à l'hospitalisation (tableau 14)

Les alternatives à l'hospitalisation complète recouvrent :

- en médecine, l'hospitalisation de jour qui concerne plus généralement la médecine gériatrique et la prise en charge des chimiothérapies ;
- en chirurgie, les interventions effectuées en ambulatoire c'est-à-dire avec une durée d'hospitalisation inférieure à 24 heures ;
- en gynécologie obstétrique (IVG...)

Tableau 14 : Nombre de places en alternative à l'hospitalisation complète des établissements hospitaliers généraux de la zone INTERREG de Lorraine

Places d'alternatives à l'hospitalisation complète installés en 2002	Statut	Total Zone INTERREG		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
		N	Densité	N	Densité	N	Densité	N	Densité
Médecine	Public	133	7	63	9	6	3	64	6
	Privé	104	5	41	6	2	1	61	6
Total médecine		237	12	104	15	8	4	125	12
Chirurgie	Public	41	2	21	3	3	2	17	2
	Privé	149	8	61	9	13	7	75	7
Total chirurgie		190	10	82	11	16	8	92	9
Gynéco-obstétrique	Public	28		16		0	0	12	
	Privé	2		0		0	0	2	
Total Gynéco obstétrique		30		16		0	0	14	
Total nombre de places d'alternative à l'hospitalisation complète MCO		457	24	202	28	24	12	231	22

Source : SAE 2002

Commentaires tableau 14 :

- Dans la zone Interreg, les places de médecine représentent 53 % des places d'alternative à l'hospitalisation, contre 41 % pour la chirurgie et 6 % pour la gynécologie- obstétrique. On retrouve donc une répartition comparable à celle des lits en hospitalisation complète.
- A l'instar de l'hospitalisation complète, la Meurthe et Moselle dispose de plus de places en alternative à l'hospitalisation complète, que les autres départements de la ZI française, et ce pour chaque discipline. **Globalement** (c'est à dire pour MCO, Chirurgie et Gynécologie obstétrique), ce département dispose de 28 places pour 100 000 habitants contre 22 en Moselle et 12 en Meuse, soit 2,3 fois plus de places pour 100 000 habitants en Meurthe et Moselle qu'en Meuse.

❖ Médecine (tableau 15 et tableau 16)

Selon les résultats de l'enquête LLS, 65 % des établissements de la zone Interreg disposent de services de médecine. Les autres établissements sont exclusivement psychiatriques, de soins suite et réadaptation ou de chirurgie.

Les lits de médecine recensés en 2002 par l'enquête se répartissent de la manière suivante :

Tableau 15 : les lits de médecine dans la Zone Interreg française

	lits	Densités Par 100 000 hab.
Meurthe-et-Moselle	2050	286
Meuse	396	207
Moselle	2149	209
Zone Interreg	4595	237

Source : Enquête LLS

Commentaires tableau 15 :

Si le département de la Moselle dispose de la capacité de lits installés la plus importante, le nombre de lits par habitant est plus élevé dans le département de la Meurthe et Moselle qui dispose d'une densité supérieure de 38 % à celle des départements de la Meuse et de la Moselle.

Les établissements ayant répondu à l'enquête prennent en charge des patients dans les domaines suivants :

Tableau 16 : Offre de soins par spécialités médicales

	ZI		Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle
	N	%	Nombre Etbts	Nombre Etbts	Nombre Etbts
Médecine interne générale	31	43,7	14	3	14
Cardiologie et maladies vasculaires	16	22,5	6	2	8
Dermato-vénérologie	6	8,5	2 (CHU de Nancy, CH de Briey)	0	3 (CHR Metz et Thionv., Hôp. de Creutzwald, Hôp. de Freyming-Merlebach)
Endocrinologie et maladies métaboliques	12	16,9	4	2	6
Gastro-entérologie	20	28,2	7	1	12
Gériatrie	18	25,4	8	2	8
Gynécologie	13	18,3	5	2	6
Hématologie	5	7,0	2 (CHU de Nancy, AHBL)	2 (CH de Verdun, CH de Bar le Duc)	1 (CHR Metz-Thionv.)
Immunologie	2	2,8	1 (CHU de Nancy)	1 (CH de Bar le Duc)	0
Maladies infectieuses	1	1,4	1 (CHU de Nancy)	0	0
Néphrologie	9	12,7	4 (CHU de Nancy, Polyclinique de Nancy, CH de Lunéville, AHBL)	1 (CH de Verdun)	3 (CHR de Metz et de Thionv., Hôp. St-André, Hôp. de Freyming-Merlebach)
Neurologie	9	12,7	4 (CHU de Nancy, Polyclinique de Nancy, CH St-Charles, AHBL)	1 (CH de Verdun)	4 (CHR de Metz et de Thionv., Hôp. de Sarrebourg, Hôp. de Freyming-Merlebach)
Oncologie	10	14,1	3 (CHU de Nancy, Centre A. de Vautrin, AHBL)	2 (CH de Verdun, CH de Bar le Duc)	5 (CHR de Metz et de Thionv., Hôp. de Sarrebourg, Alpha-Santé, H.C. Cl. Bernard)
Pneumologie	20	28,2	6	2	12
Rhumatologie	9	12,7	4 (CHU de Nancy, Polyclinique de Nancy, CH de Briey, AHBL)	2 (CH de Verdun, CH de Bar le Duc)	3 (CHR Metz et Thionv., Hôp. de Creutzwald, Hôp. Belle-Isle)

Source : Enquête LLS, 2002

❖ **Chirurgie** (tableau 17 et tableau 18)

44 % des établissements de la zone Interreg disposent d'un service de chirurgie.

Les lits de chirurgie recensés en 2002 par l'enquête se répartissent de la manière suivante :

Tableau 17 : Les lits de chirurgie dans la Zone Interreg française

	lits	Densités Par 100 000 hab.
Meurthe-et-Moselle	1546	216
Meuse	155	81
Moselle	1463	142
Zone Interreg	3164	164

Source : Enquête LLS, 2002

Commentaires tableau 17 :

Une nouvelle fois, le département de la Meurthe et Moselle dispose de plus de lits que les autres départements de la ZI française : la densité de lits de chirurgie en Meurthe et Moselle est 1.6 fois supérieure à celle de la Meuse.

L'enquête LLS permet de préciser l'offre de soins en chirurgie dans la zone Interreg française :

Tableau 18 : Offre de soins par spécialités chirurgicales

	ZI		Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle
	N	%	Nombre Etbts	Nombre Etbts	Nombre Etbts
Chirurgie générale	19	26,8	9	1	9
Chirurgie abdominale	8	11,3	1 (CHU de Nancy)	1 (CH de Verdun)	5 (CHR Metz-Thionv., HC Cl. Bernard, Clinique ND, Hôp. St-Nabor, CH Ste-Barbe Hospitalor St-Avold, CH Lemire de St-Avold et MM de Forbach)
Chirurgie cardiaque	6	8,5	1 (CHU de Nancy)	1 (CH de Verdun)	2 (CHR Metz et Thionv., HC Cl. Bernard, Hôp. de Sarrebourg)
Chirurgie thoraco-vasculaire	10	14,1	2	1	7
Chirurgie digestive	18	25,4	5	1	12
Chirurgie ophtalmologique	15	21,1	4	1	10
Chirurgie dentaire/stomatologique	17	23,9	5	1	11
Chirurgie ORL	17	23,9	5	1	11
Chirurgie gynécologique	16	22,5	4	1	11
Chirurgie pédiatrique	3	4,2	1 (CHU de Nancy)	0	2 (CHR Metz-Thionville, Hôp. Belle-Isle)
Chirurgie de la main	13	18,3	4	1	8
Chirurgie orthopédique	18	25,4	5	1	12
Chirurgie plastique/réparatrice	13	18,3	6	0	7
Neurochirurgie	2	1,4	1 (CHU de Nancy,)	0	0
Urologie	16	22,5	4	1	11

Source : Enquête LLS, 2002

❖ **Mère enfant** (tableau 19, tableau 20)

Selon les résultats de l'enquête LLS, les parturientes peuvent être prises en charge dans 16 établissements. Les services "mère-enfant" de la zone française comptent en moyenne 35 lits.

Les lits de « mère- enfant » recensés en 2002 par l'enquête se répartissent de la manière suivante:

Tableau 19 : les lits « mère enfant » dans la zone Interreg française

	Effectifs	Densités Par 100 000 hab.
Meurthe-et-Moselle	211	29
Meuse	53	28
Moselle	303	30
Zone Interreg	567	29

Source : Enquête LLS, 2002

Commentaires tableau 19 :

Pour ces services « mère enfant », l'écart en densité de lits, entre les trois départements, est très faible ; contrairement aux lits en services de MCO ou de Chirurgie (cf. tableau 6 et tableau 8).

La Moselle dispose de 30 lits pour 100 000 habitants, la Meurthe et Moselle 29 et la Meuse 28.

Outre la gynécologie-obstétrique, certains de ces établissements disposent de services plus spécialisés :

Tableau 20 : Les services spécialisés du secteur « mère enfant » dans la zone Interreg française

		Néonatalogie	Néonatalogie intensive	Pédiatrie
Meurthe et Moselle	AHBL	X	X	X
	Maternité régionale A. Pinard		X	
	CH de Briey	X		X
Meuse	CH de Verdun	X		X
Moselle	CHRMetz-Thionville	X	X	X
	Maternité Hôpital Ste-Croix	X	X	
	Hôpital Clinique Claude Bernard	X	X	X
	CH du Parc			X
	CH de Sarrebourg			X
	Hospitalor St-Avold			X
	CH Marie-Madeleine de Forbach	X	X	X

Source : Enquête LLS, 2002

Commentaires tableau 20 :

Outre la gynécologie- obstétrique, certains des établissements de la ZI française disposent de services plus spécialisés. En effet, 7 établissements mentionnent un service de néonatalogie et 6 mentionnent un service de néonatalogie intensive.

Ces établissements peuvent également bénéficier de la compétence de plusieurs spécialistes intervenant en pédiatrie :

- en cardiologie (Hôpital Clinique Claude Bernard)
- en endocrinologie (CH de Briey, Hôpital Ste-Croix, CH Ste-Barbe Hospitalor St-Avold)
- en pneumologie (CH de Briey, CH Ste-Barbe Hospitalor St-Avold, CH Lemire de St-Avold et MM de Forbach)
- en neurologie (CH Ste-Barbe Hospitalor St-Avold)
- en allergologie (CH du Parc)

Enfin, notons que le CH Spécialisé de Lorquin dispose d'un pédopsychiatre.

➤ **Les services de psychiatrie**

(tableau 21, tableau 22)

Les établissements psychiatriques des départements frontaliers lorrains sont listés en annexe, par groupe de secteur³⁰⁴.

Tableau 21 : Lits d'hospitalisation complète dans la zone INTERREG pour les établissements psychiatriques

Nombre de lits d'hospitalisation complète en Psychiatrie	Statut	Zone Interreg		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
		N	Densité	N	Densité	N	Densité	N	Densité
Psychiatrie adulte	Public	1898	98	458	64	295	154	1145	111
	Privé	109	6	23	3	0	0	86	8
Total psychiatrie adulte		2 007	104	481	67	295	154	1231	120
Psychiatrie infanto juvénile	Public	32	12	28	236	4	14	0	0
	Privé	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Psychiatrie infanto juvénile		32	12	28	236	4	14	0	0

Source : SAE 2002 ; psychiatrie infanto-juvénile : calculée sur population âgée de 6 à 16 ans (en dessous de 6 ans, les enfants sont admis en pédiatrie).

Commentaires tableau 21 :

En psychiatrie, 95 % des lits sont installés dans des établissements publics de la zone Interreg.

En psychiatrie adulte, la Meuse dispose de 2,3 fois plus de lits que la Meurthe et Moselle pour 100 000 habitants.

Par contre, pour la psychiatrie infanto-juvénile, la Meuse dispose de 7 fois moins de lits que la Meurthe et Moselle. Il s'agit exclusivement d'établissements publics. La Moselle ne dispose pas, quant à elle, de service de ce type.

³⁰⁴ La carte sanitaire et le SROS sont arrêtés par zones sanitaires. Le SROS PSYCHIATRIE découpe la Lorraine en 5 groupes de secteurs de psychiatrie.

Tableau 22 : Nombre de places en alternative à l'hospitalisation complète des établissements hospitaliers psychiatriques de la zone INTERREG de Lorraine

Nombre de places d'hospitalisation de jour et de nuit en Psychiatrie	Statut	Zone Interreg		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
		N	Densité	N	Densité	N	Densité	N	Densité
Psychiatrie adulte	Public	396	20	118	16	115	60	163	16
	Privé	1	0	1	0	0	0	0	0
Total psychiatrie adulte		397	21	118	16	115	60	163	16
Psychiatrie infanto juvénile	Public	259	93	92	91	53	189	114	76
	Privé	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Psychiatrie infanto juvénile		259	93	92	91	53	189	114	76

Nombre de places d'accueil familial thérapeutique en Psychiatrie	Statut	Zone Interreg		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
		N	Densité	N	Densité	N	Densité	N	Densité
Psychiatrie adulte	Public et Privé	117	8	64	8	10	5	43	4
Psychiatrie infanto juvénile	Public et Privé	39	14	11	11	6	21	22	15

Source : SAE 2002

Commentaires tableau 22 :

En matière de prise en charge des patients psychiatriques hors hospitalisation complète, les places sont concentrées en Meuse. En effet, le nombre de places d'alternative à l'HC en psychiatrie adulte pour 100 000 habitants est de 60, contre 16 pour la Moselle et 16 pour la Meurthe et Moselle. Cet ordre vaut également pour la psychiatrie infanto-juvénile (respectivement 189 places/ 100 000 habitants, 76 et 91).

➤ **Les services et lits de soins de suite et de réadaptation**

(tableau 23, tableau 24)

Tableau 23: Lits d'hospitalisation complète dans la zone INTERREG pour les établissements de soins de suite et de réadaptation.

Lits en hospitalisation complète de Soins de suite et de réadaptation		Zone INTERREG		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
		N	Densités	N	Densités	N	Densités	N	Densités
Réadaptation fonctionnelle	Public	30	2	49	7	48	25	203	20
	Privé	585	30	382	53	0	0	203	20
Total Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle (RRF) *		885	46	431	60	48	25	406	40
Soins de suite polyvalents	Public	689	36	324	45	130	68	235	23
	Privé	931	48	482	67	0	0	449	44
Total Soins de Suite polyvalents (SS poly)*		1620	84	806	112	130	68	684	67

Source SAE 2002

* SSR= RRF + SS polyvalents

Commentaires tableau 23 :

La Meurthe et Moselle dispose de davantage de lits en RRF, en hospitalisation complète, avec 60 lits pour 100 000 habitants contre 25 pour 100 000 habitants dans la Meuse (soit près de 2.5 fois plus de

lits pour 100 000 habitants) et 40 en Moselle. Ce constat vaut également pour les lits en soins de suite polyvalents : la densité est 112 lits par 100 000 habitants en Meurthe et Moselle, soit presque deux fois plus de lits par 100 000 habitants qu'en Moselle et en Meuse.

Tableau 24: Nombre de places en alternative à l'hospitalisation complète des établissements hospitaliers SSR de la zone INTERREG de Lorraine

Places d'hospitalisation de jour en Soins de suite et de réadaptation		Zone INTERREG		Meurthe et Moselle		Meuse		Moselle	
		N	Densités	N	Densités	N	Densités	N	Densités
Réadaptation fonctionnelle	Public	22	1	0	0	6	3	16	2
	Privé	258	13	126	18	0	0	132	13
Total RRF *		280	14	126	18	6	3	148	14
Soins de suite polyvalents	Public	0	0	0	0	0	0	0	0
	Privé	12	1	4	1	0	0	8	1
Total soins de suite polyvalents*		12	1	4	1	0	0	8	1

Source SAE 2002

* SSR= RRF + SS polyvalents

Commentaires tableau 24 :

- On remarque très nettement un très faible nombre de places d'hospitalisation de jour en RRF pour la Meuse avec seulement 3 places pour 100 000 habitants contre 14 places en Moselle et 18 en Meurthe et Moselle.

92% des places d'hospitalisation de jour en RRF se trouvent dans le privé. (sur la ZI)

- Les places en soins de suite polyvalents sont très peu nombreuses en Meurthe et Moselle (4 places) et en Moselle (8 places). L'ensemble de ces places se trouvent en établissement privé. Aussi, on ne recense aucune place de ce type dans le département de la Meuse.

3.2.4. Les soins spécifiques

(tableau 25)

Les hôpitaux des trois départements lorrains prodiguent des soins spécifiques, recensés ci-dessous. Ceux-ci sont principalement concentrés dans les établissements de la Moselle. Toutefois, notons qu'il n'a pas été possible de recenser l'ensemble des établissements prodiguant les soins listés ci-dessous pour les établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête LLS.

Tableau 25: les soins spécifiques dans la zone Interreg

	ZI		Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle
	N	%	N (Établissements)	N (Établissements)	N (Établissements)
Angioplastie coronaire <i>* complété avec données internes CRAM</i>	5	7	1 (CHU de Nancy)	0	4 (CHR Metz et Thionville ; Hôp. Ste-Blandine ; HC. Cl. Bernard)
Angioplastie neurologique <i>* complété avec données internes CRAM</i>	1	1,4	1 (CHU de Nancy)	0	0
Neurochirurgie vasculaire périphérique <i>* complété avec données internes CRAM</i>	3	4,2	1(CHU de Nancy)	0	2 (Hôp. Ste-Blandine ; HC. Cl. Bernard)
Hémodialyse chronique conventionnelle <i>* complété avec données internes CRAM</i>	10	14	5 (Polyclin. de Nancy, IMNE Essey, CHU de Nancy, ALTIR (multi-sites), AHBL Mt Saint Martin)	1 (CH de Verdun)	4 (CHR Metz et Thionv. ; Hôp. St-André ; Hôp de Freyming-Merlebach)
Hémodialyse en centre d'autodialyse <i>* complété avec données internes CRAM</i>	8	11		1 (CH de Verdun)	2 (CHR Metz-Thionv. ; CH de Sarrebourg Association St André à Metz)
Dialyse péritonéale à domicile <i>* complété avec données internes CRAM</i>	4	5,6	1 (ALTIR – multi sites)	1 (CH de Verdun)	3 (CHR Metz-Thionv. ; Assoc. St-André)
Endoscopie diagnostique cardiaque	3	4,2	0	0	3 (CH Cl. Bernard ; CH de Sarrebourg ; CH Lemire de St-Avold et MM de Forbach)
Endoscopie diagnostique pulmonaire	12	16,9	1	1	10
Photothérapie et traitement de psoriasis	5	7,0	1 (CH de Briey)	1 (CH de Verdun)	3 (CHR de Metz et Thionv. ; Hôp. de Freyming-Merlebach)
Médecine physique	6	8,5	1 (CH de Briey)	1 (CH de Verdun)	4 (CHR de Metz et Thionv. ; Hôp. Belle-Isle ; CH Ste-Barbe)
Radiothérapie	4	5,6	1 (Polyclinique de Nancy)	0	3 (CHR de Metz et Thionv. ; CH Cl. Bernard)
Thérapie cellulaire et moléculaire	0	0,0	0	0	0
Transplantation d'organes	3	4,2	1 (CHU de Nancy)	0	2 (CHR de Metz et Thionv.)
Utilisation diagnostique et thérapeutique de radioéléments sources non scellées	3	4,2	0	0	3 (CHR de Metz et Thionv. ; Hôp. de Freyming-Merlebach)
Traitement des grands brûlés	3	4,2	1 (CHU de Nancy)	0	2 (CHR de Metz et Thionv.)
Procréation Médicalement Assistée	1	1,4			1 (Maternité Hôp. St-Croix)
Pratiques anesthésiques particulières (hypnose)	2	2,8			2 (Maternité Hôp. St-Croix ; HC Cl. Bernard)

Source : Enquête LLS,2002

3.2.5. Les équipements lourds

(tableau 26, tableau 27, tableau 28, tableau 29)

Les hôpitaux des trois départements lorrains disposent des équipements, recensés ci-dessous. Toutefois, notons qu'il n'a pas été possible de recenser l'ensemble des appareils listés ci-dessous pour les établissements qui n'ont pas répondu à l'enquête LLS.

Tableau 26 : Proportion d'établissements ayant des équipements lourds dans la Zone Interreg

		ZIF		Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle
		N	%	N (Établissements)	N (Établissements)	N (Établissements)
Imagerie médicale	Angiographe	8	11,3	2 (Polyclin. de Nancy ; Clin. A. Paré)	0	6 (CHR Metz et Thionv. ³⁰⁵ ; H.C Cl. Bernard ; H. St-André ; H. Ste-Blandine ; H. de Freyming-M.)
	Coronarographe	5	7,0	2 (CHU de Nancy ; Clin. A. Paré)	0	3 (CHR Metz et Thionv. ; H.C Cl. Bernard)
	Compteur de la radioactivité totale	2	2,8	0	0	2 (CHR Metz et Thionv.)
	PET Scan	1	1,4	1 (CHU de Nancy)	0	0 ³⁰⁶
	Imagerie par Résonance Magnétique <i>* complété avec données internes CRAM</i>	9	12,7	4 (CHU de Nancy ; Centre A. de Vautrin SOLINE Nancy, IMNE d'Essey,)	2 (CH de Bar le Duc ; CH de Verdun)	3 ³⁰⁷ (CHR Metz et Thionv. ; hôpital de Freyming-Merlebach*)
	Mammographe	17	23,9	1 (CH de Briey)	3 (CH de Bar le Duc ; CH de Verdun ; CH St-Charles)	13
	Radiologie conventionnelle	33	46,5	3	3	24
	Scanographe de simulation en radiothérapie <i>* complété avec données internes CRAM</i>	2	2,8	6	4	2 (CHR Metz et Thionv.)
	Scanner hélicoïdal <i>* complété avec données internes CRAM</i>	9	12,7	7 (CH de Briey ; Soline de Nancy, IMNE d'Essey, AHBL Mt St Martin, CHU Nancy (multi-sites), Centre Alexis Vautrin, GIE de Lunevillois)	2 (CH de Verdun CH de Bar le Duc)	7 ³⁰⁸ (CHR Metz et Thionv. ; H.C Cl. Bernard (SCM centre d'imagerie Claude Bernard) CH de Sarrebourg ; Hospitalor St-Avoid ; H. de Freyming-Merlebach) CH de Sarreguemines
	Table numérisée pour biopsie mammaire	2	2,8	0	0	2 (Maternité H Ste-Croix ; H.C Cl. Bernard)
ESF	Appareil de dialyse <i>* complété avec données internes CRAM</i>	11	15,5	5 (Polyclin. de Nancy, IMNE Essey, CHU de Nancy, ALTIR (multi- sites), AHBL Mt Saint Martin)	1 (CH de Verdun)	5 (CHR Metz et Thionv. ; H.C Cl. Bernard ; H. St-André ; H. de Freyming-M.)
	Caisson hyperbare	0	0,0	0	0	0

³⁰⁵ Le CHR de Metz est composé de deux sites, l'un à Metz, l'autre à Thionville. Ceux-ci se sont vus administrer chacun un questionnaire et sont donc comptabilisés deux fois.

³⁰⁶ Installation d'un Petscan en 2006 (CHR Metz - Thionv.)

³⁰⁷ Installation de 2 IRM en 2004 (CH Bar le Duc ; Hôpital de Freyming Merlebach)

Un IRM est installé au CELODIM (centre Lorrain de Diagnostic pour l'imagerie médicale) dans les locaux de l'hôpital belle île,

Un IRM est actuellement installé au GIE CIMPM : centre d'imagerie privé Messin

Un IRM a été autorisé au CH du parc de Sarreguemines et devrait faire l'objet d'une installation prochaine.

³⁰⁸ Installation d'un scanner en 2004 + 1 autorisation de l'ARH.

Équipements de thérapie	Accélérateur de particules hors cyclotron	4	5,6	1 (Polyclin. de Nancy)	0	3 (CHR Metz et Thionv. ; H.C Cl. Bernard)
	Appareil à cobaltothérapie	0	0,0	0	0	0
	Appareillages neurochirurgicaux comprenant la stéréotaxie neurologique	0	0,0	0	0	0
	Cathétérisme cardiaque	4	5,6	1 (CH de Briey)	0	3 (CHR Metz et Thionv. ; H.C Cl. Bernard)
	Cyclotron	0	0,0	0	0	0
	Lithotripteurs	5	7,0	1 (CHU de Nancy)	0	4 (CHR Metz et Thionv. ; H.C Cl. Bernard ; H. St-André)
Autres	Equipement permettant la chirurgie assistée par ordinateur	0	0,0	0	0	0
	Polysomnographie	8	11,3	1 (CH de Briey)	1 (CH de Verdun)	6 (CHR Metz et Thionv. ; H. Belle-Isle ; CH Ste-Barbe ; CH Ste-Barbe Hosp. St-Avoid)

Source : Enquête LLS, 2002

❖ Complément d'information : imagerie médicale

Tableau 27 : Fonctionnement des Gamma caméras dans la Zone Interreg française

Secteur Sanitaire	Raison sociale	Nombre d'équipements
Secteur 1 : Lorraine Nord Est	Hôpital de Freyming-Merlebach	2
Secteur 2 : Lorraine Nord	CHR METZ	3
	CHR Thionville	2
.....Secteur 3 : Etablissement concerné Hors ZI française		
Secteur 4 : Lorraine Centre	CHU CENTRAL	3
	CHU BRABOIS	4
	C. Imagerie J Callot Nancy	2
TOTAL ZI		15

Source : SROS 2002-2004, Imagerie médicale, ARH, septembre 2002

Commentaires tableaux 26-27: Imagerie médicale

- IRM

Le nombre d'IRM autorisé sur l'ensemble de la région Lorraine s'élève actuellement à 17 dont 15 au niveau de la zone Interreg. Le dernier bilan de la carte sanitaire de décembre 2003 ne permet pas de délivrer de nouvelle autorisation .

- Scanners

Pour les scanners, l'indice de besoins maximal permet d'attribuer une machine pour 90 000 habitants. Soit 26 scanners pour la région Lorraine, et 21.5 pour la Zone Interreg française.

Certains appareils d'imagerie lourde du CHU de Nancy peuvent avoir une utilisation spécifique qui ne permet pas de les comparer aux autres équipements.

« L'ensemble des SAU de Lorraine dispose d'un scanner ».³⁰⁹

Le dernier bilan de la carte sanitaire ne permet pas de délivrer de nouvelle autorisation.

❖ Complément d'information : Radiothérapie

Tableau 28 : Les appareils en radiothérapie externe dans la Zone Interreg française

³⁰⁹ SROS 2002-2004, Imagerie Médicale, ARH, septembre 2002

Etablissements	Nb Accélérateurs	Nb Télé cobalts
CAV - Vandoeuvre	3	1
Polyclinique de Gentilly	1	1
CHR Metz	3	
CHR Thionville	2	
Claude Bernard- AIMO- Metz	2	

Source : SROS 2002-2004, Radiothérapie, ARH, septembre 2002

Tableau 29 : les équipements en Curiethérapie dans la Zone Interreg française

Etablissements	Curiett bas débit avec proj. Sources (nb équipt)	Curiett bas débit sans proj. Sources (nb équipt)	Curiett haut débit (nb équipt)
CAV - Vandoeuvre	6		1
Polyclinique de Gentilly	1		
CHR Metz		1	1
CHR Thionville	1	1	
Claude Bernard- AIMO- Metz	1		

Source : SROS 2002-2004, Radiothérapie, ARH, septembre 2002

Commentaires tableaux 28 et 29 : Radiothérapie

- « En France, l'arrêté du 21 décembre 2001 a fixé l'indice de besoins nationaux à certains appareils de radiothérapie oncologique. Une fourchette nationale est la suivante : un appareil minimum pour 165 000 habitants, soit 14 appareils pour la région Lorraine (**Vosges inclus**) ; un appareil maximum pour 140 000 habitants, soit 16.5 appareils pour la région Lorraine (**Vosges inclus**).

A l'heure actuelle, la région aurait un besoin de 16 appareils alors qu'il n'en existe que 15 autorisés et que 326 patients lorrains sont irradiés en Alsace, soit l'utilisation d'un appareil. »³¹⁰

- «C'est dans le département de la Moselle, en particulier dans le bassin houiller (Forbach, St Avold, Freyming- Merlebach et Sarreguemines) et à plus faible échelle à Metz, que les besoins ne sont pas couverts. Les études de « fuites » des patients hors région montrent que ce sont les patients de Moselle, en particulier originaires du bassin de population de Moselle-Est, qui sont à l'origine de l'essentiel des flux vers l'Alsace. De plus, 30% des patients pris en charge à la Clinique Claude Bernard, de Metz, viennent de ce bassin houiller. C'est à la clinique Claude Bernard de Metz que les délais les plus longs de mise en route des traitements sont constatés »³¹¹

3.2.6. L'hospitalisation à domicile (hors hôpitaux locaux)

Tableau 30 : L'hospitalisation à domicile en Lorraine

	Nb de journées	Etablissements.
Médecine	2 535	1 structure (HAD Ste Blandine, METZ)
Gynécologie - Obstétrique	660	5 structures
Total s. courte durée	3 195	
Psychiatrie générale	0	
Psychiatrie infanto-juv	0	
Total soins de suite	2 305	1 structure Centre J. Parisot, Bainville
<i>-dont réa. fonctionnelle</i>	0	
Soins longue durée	0	
Autres disciplines	21 267	1 structure dialyse, ALTIR
TOTAL	26 767	

³¹⁰ SROS 2002-2004, Radiothérapie, ERH, septembre 2002

³¹¹ SROS 2002-2004, Radiothérapie, ARH, septembre 2002

Source : SAE, 2001

3.2.7. Les services d'urgences

(tableau 31, tableau 32, tableau 33)

Selon les résultats de l'enquête, seuls 39,4 % des établissements de la zone Interreg française assurent une prise en charge des urgences. Il existe une disparité en la matière entre les départements lorrains. En effet, ce taux est de 60 % en Meuse, de 45,9 % en Moselle et de 27,6 % en Meurthe-et-Moselle. Parmi ceux-ci, 15 % des mentionnent une unité de proximité.

Dans la zone Interreg française, 17 services de réanimation ont été recensés, dont 14 en Moselle. Hormis les lits du CHU de Nancy³¹², on recense en moyenne 9 lits par service.

Tableau 31: Nombre d'établissements assurant un service d'urgence

	ZI		Moselle	Meuse	Meurthe-et-Moselle
	N	%	N	N	N
Unité d'accueil et de traitement de proximité	15	21,1			
Réanimation	17	23,9	14	1	2
Soins intensifs médicaux	9	12,7	5	3	1
Soins intensifs chirurgicaux	11	15,5	8	1	2
Soins intensifs cardiaques	12	16,9	9	1	2
Soins intensifs de néonatalogie	7	9,9	5	1	1

Source : Enquête LL, 2002

Commentaires tableau 31 :

Le tableau ci dessus est le reflet des résultats de l'enquête réalisée auprès des établissements de la zone Interreg. Il ne représente pas l'ensemble des sites d'urgence autorisée selon les niveaux de prise en charge: SAU, UPATOU.

- Les **soins intensifs médicaux** sont assurés dans 5 établissements de la Moselle, dans 3 de la Meurthe-et-Moselle et dans 1 de la Meuse (CH de Verdun).
- Selon l'enquête LLS, onze établissements de la zone Interreg française disposent d'un service de **soins intensifs chirurgicaux** : 8 sont situés en Moselle, 2 en Meurthe-et-Moselle et 1 en Meuse.
- Dans les trois départements frontaliers lorrains, les **soins intensifs cardiaques** sont assurés dans 12 établissements hospitaliers. Hormis les lits du CHU de Nancy³¹³, ces services disposent en moyenne de 8 lits.
- Les services des **soins intensifs néonataux** sont dispensés dans sept établissements de la zone Interreg française : 5 sont situés en Moselle, 1 en Meuse et 1 en Meurthe-et-Moselle. Leur nombre de lits varie de 4 à 20.

Parmi les établissements de la zone Interreg française, voici ceux qui assurent les services de réanimation et soins intensifs :

Tableau 32 : Localisation des services de réanimation et soins intensifs

		Réanim.	SI Médic.	SI Chir.	SI Cardia.	SI Néonat.
Σ	Hôpital de Freyming-Merelbach	X			X	
	Clinique St-Nabor	X				
	Hôpital St-André	X				
	Hôpital Ste-Croix	X				X
	Alpha-Santé		X	X	X	

³¹² Donnée non disponible

³¹³ Donnée non disponible

	CH Ste-Barbe	X				
	CH Lemire de St-Avold et MM de Forbach	X	X		X	X
	Hôpital Cl. Bernard	X	X	X	X	X
	Hôpital Belle-Isle	X	X	X		
	Clinique A. Paré			X		
	CH Ste-Barbe hopitalor de St-Avold	X	X	X		
	Hôpital Ste-Blandine	X		X	X	
	CHR de Metz-Thionville (site de Metz) ³¹⁴	X		X	X	X
	CHR de Metz-Thionville (site de Thionville)	X		X	X	X
	CH de Sarrebourg	X			X	
	CH du Parc	X			X	
Meuse	CH de Verdun	X	X	X	X	X
Meurthe-et-Moselle	Maternité Régionale A. Pinard					X
	CHU de Nancy	X	X	X	X	
	Syndicat interhospitalier nancéiens de la chirurgie de l'appareil locomoteur	X	X			
	CH de Briey		X	X	X	
	Polyclinique MAJORELLE					X

Source : Enquête LLS, 2002

Commentaires tableau 32 :

La région Lorraine dispose d'un hélicoptère régional, dont la gestion est confiée au CHU de Nancy et le fonctionnement médical est assuré par la participation des urgentistes des 4 départements (Meurthe et Moselle, Moselle, Meuse, et Vosges).

³¹⁴ Ces deux sites ont chacun reçu un questionnaire et sont donc comptabilisés deux fois.

Tableau 33 : activités des urgences en 2001, dans la Zone Interreg Française

Secteur Sanitaire	Etablissements	Type	Nbre de 1ers passages 2001	Scanner dans l'établissement
SECTEUR 1 Lorraine Nord Est	CH FORBACH (public)	SAU	16 034	OUI
	CH SARREGUEMINES (public)	UPATOU	17 643	OUI
	Hospitalor SAINT-AVOLD(PSPH)	UPATOU	22 000	OUI
	CH SARREBOURG (public)*	UPATOU	16 975	OUI
SECTEUR 2 Lorraine Nord	VERDUN	SAU	18 378	OUI
	THIONVILLE	SAU	35 091	OUI
	METZ	SAU	41 000	OUI
	MT ST MARTIN	UPATOU	19 062	OUI
	BRIEY	UPATOU	19 174	OUI
	C. BERNARD (Metz)	UPATOU	non installée	
SECTEUR 4 Lorraine Centre ** (hors département des Vosges)	NANCY	SAU+	49 979	OUI
		POSU	24 014	
	TOUL	UPATOU	13 203	NON
	PT A MOUSSON	UPATOU	9 837	NON
	LUNEVILLE	UPATOU	16 500	NON
	BAR LE DUC	UPATOU	16 693	OUI
	Clinique de Gentilly	UPATOU	Non installée	

Source : SROS 2002-2004, ARH, septembre 2002

* une UPATOU a été autorisée à la clinique Claude Bernard à METZ, l'unité devrait ouvrir ses portes avant la fin de l'année 2004

Commentaires tableau 33 :

« L'ensemble des SAU de Lorraine dispose d'un scanner. La circulaire envisage la possibilité de doter d'un scanner les UPATOU réalisant plus de 20 000 passages par an.

L'isolement ou des délais excessifs pour l'obtention d'un examen en urgence renforce le besoin.

4. L'OFFRE HOSPITALIERE DE SOINS AU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

4.1. Cadre général

Le cadre général actuel de l'offre hospitalière est , notamment défini par la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers et le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 établissant le plan hospitalier national qui remplace celui de 1994 (voir sous www.legilux.lu)

Contrairement à la médecine de ville qui est libérale, le secteur hospitalier est planifié mais emploient essentiellement des médecins libéraux agréés. Les hôpitaux luxembourgeois aux statuts divers, (semi-public ou privé), , participent tous, sous la coordination du Ministre de la Santé, à des missions publiques et sont réglementés et financés de la même façon.

Le renforcement régulier du cadre législatif et réglementaire fait qu'actuellement le paysage hospitalier se trouve en pleine mutation, notamment en matière d'infrastructures, d'organisation et de restructurations.

4.1.1.1. Evolution de la politique hospitalière

Pendant des décennies, l'Etat n'était pas impliqué dans le développement des établissements hospitaliers au Grand-Duché de Luxembourg. Ce développement s'est fait grâce à une forte implication d'une part des initiatives privées, dont notamment des autorités ecclésiastiques et, plus subsidiairement, des autorités locales d'autre part.

Ce n'est qu'à partir des années 70 que l'Etat s'est fait conseiller par l'OMS (études Aujaleu-RÖSCH en 1972³¹⁵ et GRIFFITHS³¹⁶ en 1975 et 1978) pour coordonner et restructurer ce secteur pivot de la politique de santé, ce qui a notamment abouti à la loi du 29 août 1976, portant planification et organisation hospitalière.

Comme cette loi engendrait peu d'effets concrets et n'apportait pas de remèdes à un système de financement de plus en plus de problématique, le Gouvernement a commandité au début des années 90 :

- **l'étude SEMA³¹⁷** (1990) apportant des propositions de structuration du secteur hospitalier tel que :
 - une réduction du nombre de lits aigus et
 - un appel aux fusions/fermetures/reconversions/ regroupements des établissements hospitaliers, ce qui fait partie des efforts continus depuis lors.
- **l'étude Ernst & Young 1991** en vue d'un nouveau système de financement du secteur de la santé et notamment des hôpitaux
- **et l'étude HÄFNER⁴** relative à la politique en matière de psychiatrie. Celle-ci proposait entre autres de :
- ✓ **décentraliser la psychiatrie aiguë de l'Hôpital National de Psychiatrie de l'Etat (HNPE, l'actuel CHNP) vers des unités psychiatriques des 4 hôpitaux généraux prévus par SEMA (cf. note 2),**
- ✓ **de rendre la psychiatrie ainsi plus 'gemeindenah' (communautaire) ;**
- ✓ **'désinstitutionaliser' de nombreux patients vers des structures externes.**

L'objectif était de réformer le système de financement et de planification des hôpitaux qu'il fallait par ailleurs moderniser.

Ces réflexions ont amené à une cascade de reformes qui se sont notamment traduites par une importante revision progressive du cadre légal, dont :

- ✓ La loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie-maternité et du secteur de la santé qui avait notamment pour objectif d'introduire un nouveau système de financement, par budgétisation du secteur hospitalier.
- ✓ La loi du 28 août 1998 sur **les établissements hospitaliers**, (qui modifiait celle du 29 août 1976) avait pour objectifs de redéfinir les missions des hôpitaux et, notamment, de poser le cadre :
 - de la planification hospitalière basée sur les besoins de la population telle que reflétés par la carte sanitaire,
 - des autorisations d'exploitation des hôpitaux, renouvelables tous les 5 ans,
 - des normes d'agencement et fonctionnement ainsi que des procédures d'évaluation,

³¹⁵ OMS, Bureau Régional de l'Europe. PLAN de DEVELOPPEMENT des SERVICES de SANTE PUBLIQUE du Grand-Duché de Luxembourg

³¹⁶ OMS, Bureau Régional de l'Europe; D.A.T. Griffiths: Reports (April 75 & January 78) on the Organization, Management and Financing of Hospitals

³¹⁷ SEMA, 1990, Planification et Financement des Hôpitaux, rapport final décembre 1990 au Ministère de la Santé, G.d.-Luxembourg.

- de la structuration et de l'organisation des hôpitaux et de leurs services
 - des droits et des devoirs des patients.
-
- ✓ La loi du 19 juin 1998 portant création de l'**assurance dépendance (AD)**, via laquelle les autorités ont introduit le principe de **l'attribution de fonds au bénéficiaire** nécessitant une certaine assistance pour les actes journaliers de la vie, tant à domicile que dans les institutions de long séjour, avec une préférence explicite de la part du législateur pour le maintien à domicile³¹⁸.
 - ✓ La loi du 08 septembre 1998 (loi ASFT) **réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique** vise, notamment, à imposer un cadre normatif pour les prestataires de services.
 - ✓ **La loi (modifiée) du 21 juin 1999 autorisant l'Etat à participer au financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers** vise une modernisation pluriannuelle complète du parc hospitalier grand-ducal via une participation de l'Etat à hauteur de 80 % (et de 20 % de l'Union des Caisses de Maladie) dans les investissements des infrastructures hospitalières
 - ✓ Le règlement grand-ducal établissant le **plan hospitalier national** vise à planifier le secteur hospitalier avec l'objectif d'assurer une couverture équitable, en réponse aux besoins nationaux et régionaux, en établissements et services, classés en fonction de leurs missions et incitant aux collaborations entre les différents établissements. Le plan hospitalier, normalement révisé tous les 5 ans, est l'instrument normatif par essence qui est élaboré notamment sur base d'une carte sanitaire qui se veut une photo annuelle des prestations hospitalières données à la population comme réponse à leurs besoins sanitaires
 - ✓ Le projet de loi (n. 5303) relatif aux **soins palliatifs** et à l'accompagnement en fin de vie – un des volets qu'il fallait renforcer sur l'ensemble du territoire – fut déposé le 13 février 2004.

4.1.1.2. Définition des structures hospitalières

Le classement hiérarchise les établissements hospitaliers en *fonction de leur nombre de lits et le nombre de services* autorisés à l'établissement.

a) Classement en fonction des lits

On entend par lits, « les lits qui sont de façon continue à disposition des patients en distinguant les lits aigus, de convalescence et de rééducation ».

- 1) Les lits aigus : ce sont tous les lits des hôpitaux et établissements hospitaliers spécialisés à l'exception de ceux visés dans le troisième point suivant.
- 2) Les lits de convalescence : ce sont ceux de l'établissement de convalescence relevant du présent plan hospitalier.
- 3) Les lits de rééducation : ce sont ceux des établissements ayant pour mission la rééducation sous ses différentes formes à savoir la rééducation fonctionnelle et la réadaptation, la rééducation gériatrique et la prévention de la dépendance, la réhabilitation et la réadaptation des malades souffrants de troubles psychiques.

Ne sont pas considérés comme lits les emplacements situés dans une enceinte géographique et fonctionnelle distincte et exclusivement à disposition des patients pour le réveil post-anesthésique et pour les prises en charge ambulatoires.

³¹⁸ Les procédures d'entrée à l'assurance dépendance sont individualisées. Contrairement à la Pflegeversicherung allemande qui préconise 3 degrés de dépendance, au Grand-Duché de Luxembourg les plans de prise en charge sont complètement individualisés exigeant une évaluation à l'entrée et des réévaluations régulières réalisées par la Cellule d'évaluation et d'orientation.

b) Classement en fonction des services

Dans chaque établissement hospitalier, on distingue les *services de base* et les *services spécialisés* qui sont définis comme suit :

- 1) *Service de base* : c'est le service qui prend en charge les patients relevant d'activités médicales ou chirurgicales qui ne nécessitent pas le recours à des équipements spécialisés ni à des lits de soins intensifs hormis ceux prévus pour le réveil post-anesthésique.
- 2) *Service spécialisé*, le service qui prend en charge dans une ou plusieurs unités distinctes des patients relevant de l'activité qui donne le nom au service et nécessitant le recours à des compétences médicales et, le cas échéant, soignantes spécialisées, à une concertation ou prise en charge multidisciplinaire, à des structures et équipements spécifiques et, le cas échéant, à des lits de soins intensifs.
- 3) Certains services spécialisés sont uniques au pays ; dans ce cas ils sont désignés *services nationaux*. Les services nationaux peuvent être localisés dans un hôpital général ou dans un établissement particulier à caractère national, ce sont les services suivants : neurochirurgie, maladies infectieuses et tropicales, hématologie, allergologie et immunologie, néonatalogie intensive, psychiatrie infantile et psychiatrie juvénile, chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle, radiothérapie, rééducation fonctionnelle et réadaptation, réhabilitation en psychiatrie. Certains de ces services fonctionnent à l'intérieur d'un hôpital général, d'autres (les 4 derniers) sont des établissements spécialisés.

Par ailleurs, le plan hospitalier énumère un certain nombre d'équipements hospitaliers lourds qui sont uniques au pays (cf. 4.3.2.9. ci-dessous) ; ceux-ci sont localisés au sein d'un hôpital général ou d'un établissement national.

Le classement des établissements :

Trois types d'établissements sont distingués, à savoir *l'hôpital de proximité*, *l'hôpital général* et *l'établissement spécialisé*.

a) l'hôpital de proximité :

L'hôpital de proximité a une capacité en lits inférieure à 175 lits aigus.

Il peut disposer d'une polyclinique ainsi que de services médicaux et médico-techniques de base destinés à prendre en charge des patients aux pathologies ne nécessitant pas le recours à des services ou équipements ni à des structures de soins intensifs hormis ceux prévus pour le réveil post-anesthésique.

Il peut disposer aussi d'un service de gynécologie et d'obstétrique s'il est distant de plus de 20 kilomètres par route de l'hôpital général le plus proche.

De même, à condition de conclure une convention avec l'hôpital général de la même région hospitalière, il peut disposer de services spécialisés. Toutefois un service spécialisé ne peut être installé à l'hôpital de proximité qu'à condition que l'hôpital général ne dispose pas du même service et que le service ne requiert pas la disponibilité d'autres services ou équipements spécialisés à l'exception d'un service de soins intensifs adapté aux besoins du service spécialisé.

b) l'hôpital général :

L'hôpital général a une capacité en lits supérieure ou égale à 175 lits aigus. Il y a, au niveau de chaque région hospitalière, au moins un hôpital général.

Il peut disposer de l'ensemble des services hospitaliers à l'exception des services nationaux qui ne peuvent être installés que dans un établissement hospitalier spécialisé ou dans un seul hôpital général.

c) l'établissement spécialisé:

Il s'agit d'établissements mono-disciplinaires

- soit nationaux s'ils disposent d'un service national : *radiothérapie, chirurgie cardiaque, rééducation fonctionnelle, réhabilitation psychiatrique*
- soit particuliers (ex. *Maternité Bohler ; rééducation gériatrique HI Steinfert*).

Le plan hospitalier (cf. règlement grand-ducal du 18 avril 2001) établit, sur base notamment de la carte sanitaire, une planification des moyens afférents pour répondre aux besoins sanitaires du pays et il tient compte d'un fonctionnement efficient des établissements hospitaliers et de leurs services.

Sur base de ces prémisses le plan hospitalier de 2001 (qui remplace celui de 1994) stipule ainsi que :

- le pays est divisé en 3 régions hospitalières (RH : Nord, Centre, Sud)³¹⁹.
Chaque région hospitalière (RH) compte au moins un hôpital général, qui assure en permanence³²⁰ le service d'urgence SAMU, ainsi que (en fonction de la densité de la population) d'autres hôpitaux généraux ou de proximité, qui peuvent assurer un rôle diurne de polyclinique (pour les « petites » urgences ne relevant pas du SAMU). La région hospitalière correspond aussi au rayon d'intervention du VMU³²¹ qui relève du dispositif et de l'hôpital assurant le SAMU. Les 2 hélicoptères sanitaires (stationnés, pour des raisons de distances de vol, dans les régions hospitalières du Centre et du Nord) interviennent en appui des VMU, pour toutes les régions hospitalières.
- les besoins en établissements hospitaliers au pays sont suffisamment couverts et aucune nouvelle autorisation pour la création ou l'extension de tels établissements ne sera donnée,
- les besoins en services médicaux de ces établissements sont suffisamment couverts à part ceux dans des domaines spécifiquement énumérés : oncologie, soins palliatifs et lutte contre la douleur, traumatologie, prévention de la dépendance, rééducation gériatrique et de la prise en charge de patients neuro-végétatifs chroniques, procréation médicalement assistée,
- les besoins en lits aigus sont suffisamment couverts, en 2005, avec un taux de 5 pour mille par habitant.

La situation en 2004 était la suivante :

Tableau 1: Statut; Classement³²² et Gouvernance des hôpitaux par régions du GDL

Etablissements hospitaliers	Statut	Mission/Classement	Organisme gestionnaire
Région hospitalière du NORD			
Clinique Saint. Joseph Wiltz	Hospice civil	Hôpital local	Commission administrative
Hôpital St-Louis	Hospice civil	Hôpital general	Commission administrative
CHNP (Réhab. Psychiatrique)	Etablissement publique	Etablissement National spécialisé	Commission administrative
Région hospitalière du CENTRE			
Centre Hospitalier de Luxembourg	Etablissement publique	Hôpital general	Commission administrative
Hôpital du Kirchberg	Fondation	Hôpital general	Conseil d'Administration
Clinique Sainte-Thérèse	Société anonyme	Hôpital general	Congrégation des Carmélites
Clinique Dr BOHLER	Société anonyme	Etablissement spécialisé	Conseil d'Administration
INCCI (chirurgie cardiaque)	Fondation	Etablissement National spécialisé	Conseil d'Administration
CNRF (rééducation fonctionnelle)	Etablissement publique	Etablissement National spécialisé	Conseil d'Administration
HIS Steinfert (rééducation gériatrique)	Syndicat intercommunal	Etablissement spécialisé	Conseil d'Administration

³¹⁹ régions hospitalières fixées au plan hospitalier en fonction de la répartition géographique des établissements

³²⁰ Dans la région hospitalière du Centre, les 3 hôpitaux généraux se relayent pour assurer le service SAMU à tour de rôle.

³²¹ VMU : véhicule médicalisé d'urgence part avec un médecin réanimateur depuis l'hôpital qui assure dans la RH le service SAMU et fonctionne en système de rendez-vous avec les ambulances relevant de l'administration publique des services de secours/services 111 ; sur demande du médecin réanimateur l'hélicoptère sanitaire peut remplacer le VMU ; aucune ambulance privé ne participe aux secours primaires (une possibilité de réquisition en cas de calamités existe).

³²² Classement selon le plan hospitalier, cf. règlement grand-ducal du 18 avril 2001.

Colpach (Convalescence)	Fondation	Etablissement de convalescence	Conseil d'Administration
Région hospitalière du SUD			
Centre Hospitalier E. Mayrisch	Etablissement d'utilité publique	Hôpital general	Commission administrative
Hôpital Princesse Marie –Astrid	Syndicat intercommunal	Hôpital general	Syndicat hôpital
Clinique Sainte-Marie	Fondation	Hôpital local	Conseil d'Administration
Centre F.Baclesse (radiothérapie)	a.s.b.l	Etablissement National spécialisé	Conseil d'Administration

Source : Ministère de la Santé ; Etat au 1^{er} juillet 2004

L'offre hospitalière au Luxembourg, longtemps considérée excessive, notamment en termes de capacité de lits, est en pleine mutation depuis bientôt une dizaine d'années et les fusions/coopérations ainsi que la réduction de lits aigus s'accroissent ces cinq dernières années. L'élaboration du plan hospitalier (cf. règlement grand-ducal du 18 avril 2001) et de la carte sanitaire comme outil de planification et de monitoring a beaucoup contribué à ce processus, d'autant plus que se profilent à l'horizon des enjeux liés à la démographie et à l'utilisation rationnelle des ressources.

A la fin de l'année 2002, période choisie pour l'enquête LUXLORSAN, 18 établissements existaient. Vu les incitatifs aux fusions, coopérations, le mouvement de restructuration de l'offre de soins se poursuit permettant des économies d'échelle, une concentration des efforts et par là une amélioration de l'offre.

Parmi les initiatives de fusion et de regroupements entamées ces dernières années, trois principalement ont abouti :

- Centre hospitalier de Luxembourg (CHL) avec la clinique d'Eich (FNM) de Luxembourg, avec maintien des deux sites ;
- Sainte-Elisabeth, Sacré-Cœur et Saint-François, avec la création d'une nouvelle entité et d'un nouveau site unique : Hôpital de Kirchberg ; l'établissement Bohler (maternité) rejoindra l'hôpital du Kirchberg en 2005.
- Hôpital de la Ville d'Esch-sur-Alzette (HVEA) et Hôpital de la Ville de Dudelange (HVD) sous la dénomination de Centre hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) avec restructuration des services sur les deux sites - en vigueur dès juillet 2004.

Différents accords de coopération formalisés existent depuis peu également, d'autres sont encore en négociation.

La capacité du pays en lits aigus a diminué au cours des 5 dernières années. Elle était de 2481 lits en 2000 contre 2718 lits en 1989, soit une réduction de 8,7%. En 2005, d'après le plan hospitalier de 2001, le nombre de lits aigus devrait être ramené à 2307 lits, soit une réduction de 7%. Cela devrait permettre d'atteindre l'objectif de 5 lits pour 1000 habitants en 2005 (contre 5,7 lits pour 1000 habitants en 2000).

Tableau 2: Evolution des établissements et lits hospitaliers depuis 1986

Année		Y 200 Nombre de lits des établissements hospitaliers								
		Nombre de lits au total		Lits suivant leur catégorie						
				Lits méd. -	Lits	Lits de	Lits de neuro-	Lits de soins	Lits moyen	Lits long
				chirurgie- spécialité	maternité	pédiatrie et chir. Infantile	psychiatrie (CHNP)	intensifs	séjour	séjour
1986.....		4616		2203	144	142	1002	107	364	654
1987.....		4661		2212	144	128	984	107	351	735
1988.....		4669		2213	144	131	1002	110	306	763
1989.....		4642		2213	144	131	1002	110	306	736
1990.....		4483		2180	144	112	852	113	306	776
1991.....		4438		2180	144	112	797	113	306	786
1992.....		4429		2171	144	112	797	113	306	786
1993.....		4560		2231	144	126	734	127	279	919
reclassement des lits comme suite au plan hospitalier				repris ss lits aigus				repris ss lits aigus		
					lits aigus					
1994.....		4443			2437		524		275	1064
1995.....		4425			2510		527		344	1044
1996.....		4425			2510		527		344	1044
1997.....		4427			2512		527		344	1044
1998.....		4433			2518		527		344	1044
1999.....		3219			2518		527*		174	0*
reclassement des lits comme suite à la loi et au plan hospitalier							réhabilitation réadaptation psychiatrique	lits de rééducation/ réadaptation	lits de convalescenc	
2000.....		3023			2481		368	72	102	
2001.....		3035			2493		368	72	102	
Objectif 2005 : 5 %0 de lits aigus										
* déclassement lits long séjour; ne relèvent plus de l'empire des établissements hospitaliers										

4.1.1.3. Autorités de gestion externe

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers dispose :

« Le Ministre de la Santé assure la coordination de tous les établissements hospitaliers » (art.2)

« Il est institué une commission permanente pour le secteur hospitalier qui exerce des fonctions consultatives auprès des ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale ». Celle ci est composée de représentants des Ministères et des administrations concernées (Santé, Sécurité Sociale, Finances), des organismes de financement (Union des Caisses de maladie) et des prestataires (Hôpitaux, médecins, autres professionnels de santé) ; elle avise, sur saisine ou de son propre gré, toutes questions ayant trait à la politique, la légifération, les investissements importants etc.. ayant trait aux établissements hospitaliers.

4.1.1.4. Autorité de gestion interne

« La direction générale de l'activité hospitalière sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier incombe à l'organisme gestionnaire. L'organisme gestionnaire définit la politique de l'hôpital dans le respect des lois, règlements et conventions applicables. Par organisme gestionnaire de l'hôpital, on entend l'organe qui selon le statut juridique de l'établissement est chargé de la gestion et de l'établissement de l'hôpital » (art.20).

La direction de l'hôpital est confiée à un directeur ; celui-ci est assisté d'un chef de département pour chacun des départements médical, paramédical et administratif.

Tableau 3: des établissements hospitaliers, de leurs services et de leurs équipements lourds

Luxembourg, le 15 juillet 2004						
Services médicaux des établissements hospitaliers : Attributions et autorisations d'exploitation						
TABLEAU de SYNTHÈSE : Etat au 15 juillet 2004 (base: courriers ministériels du 05 novembre 2003 et 12 juillet 2004)						
Légende:	Hôpitaux: Classement	Services médicaux des hôpitaux				
Hôpitaux locaux Et. spécialisé	<i>STJW</i> = Saint Joseph Wiltz <i>SMEA</i> = Sainte Marie Esch <i>Bohler</i> (jusqu'à son intégration 2005 au Centre Hospitalier du Kirchberg)	<u>Durée et conditions d'attribution des services</u> (. Sans préjudice des obligations individuelles faites aux établissements (mise en demeure pour le 11/2005) et de la conformité aux normes (en élaboration) les prorogations et créations sont valables pour une durée de 5 ans, soit jusqu'en novembre 2008				
Hôpitaux généraux	<i>HSLE</i> = Saint Louis Ettelbruck <i>CHL</i> = Centre Hospitalier de Luxembourg (+ FNM Eich) <i>CST</i> = Clin. Sainte Thérèse Lux. <i>HK</i> = Hôpital du Kirchberg <i>CH E. Mayrisch</i> = Hôpitaux réunis des Villes d'Esch et de Dudelange <i>HPMA</i> = Hôpital Princesse Marie-Astrid Differdange	<u>Typologie des services médicaux</u> (. Sans préjudice des dispositions du plan hospitalier (RG 21 04 2001) et de l'organisation interne de l'établissement, fixé à son règlement général: le service de base comprend: les services spécialisés, les services ambulatoires, d'urgence, de réanimation et/ou soins intensifs polyvalents et médico-techniques ainsi que sous forme d'activités les spécialités médicales et fonctions transversales nécessaires pour une prise en charge multidisciplinaire orientée sur le devenir du patient le service spécialisé relève d'un service de base et comprend des lits (si marqué; y compris de soins intensifs) équipements et év. fonctionnalités spécifiques le service national est un service spécialisé unique au niveau du pays; il peut être localisé dans un Hôpital général ou un établissement spécifique Les services sont, soit nommément (services & établissements nationaux), soit par référence indirecte (services existants) énumérés au plan hospitalier du 1				
Autorisations d'exploitation (Etat au 15 07 04)		Prorogations	Créations	P/C contestées UCM	demandes de création (sous avis CPH Et CMéd)	refus demande créat.
Attribution des différents types de services médicaux aux établissements hospitaliers						
Services de Base						

Etablissements	Total	HSLE	St.J.Wi	Nord	CHL	CST	Bohler	HK	Centre	C.H E.Mayrisch	SMEA	HPMA	Sud
Mixte	1			0					0	(HVD)			1
Chirurgie	8			2					3				3
Méd.Interne	8			2					3				3
Total : > 11/2003	17	2	2	3	2	2	0	2	6	3	2	2	7
Total: < 11/ 2003	28			4					13				10

Services spécialisés													
Etablissements	Total	SL. Et	St.J.Wi	Nord	CHL-FNM	CST.Lu	Bohler	HK Kb	Centre	C.H E.Mayrisch	SMEA	HPMA	Sud
Obstétrique-Gynéco	6 (8)					(Gyn)		(Gyn)					
Pédiatrie	3 (4)				(+ soins intens.)								
Chirurgie infantile	1												
Psychiatrie (45 lts)	4												
Cardiologie	4 (6)				(+ soins intens.)					(+ S.I.)			
Gastro-entéro.	2 (5)												
Neurologie	2 (6)				(+ soins intens.)								
Pneumologie	2 (5)												
Chir.card. Vasc.	3 (5)												
Orthopédie	5 (6)												
Chirurgie Plas.	1 (3)												
Urologie	4 (6)												
Ophthalmologie	5 (6)												
ORL	4 (7)		*										
Traumatologie	0 (2)												
Soins palliatifs	6												
Oncologie	0 (6)												
Rééd.gériatrique	2				HIS Steinfort					(HVD)			
Néphrologie	0 (5)	**			**	**		**		**			
endocrinologie	0 (2)				**	**							
chirurgie digestive	0 (6)	**			**	**		**		**		**	
chirurgie thoracique	0 (2)				**					**			
chirurgie vertébrale	0 (2)							**		**			

Services nationaux																				
Etablissements	Total	SL. Et	St.J.Wi	Nord		CHL-FNM		CST.Lu		Bohler	HK Kb		Centre		C.H E.Mayrisch			SMEA	HPMA	Sud
Neurochirurgie	1					(+ soins intens.)														
maladies infectieuses	1																			
Hématologie	1																			
Immuno-allergo	1																			
Néo-natalogie intensive	1																			
Psy infantile	1																			
Psy juvénile	1																			
Médecine enviromnnt.																				
PMA-FIV.	1																			
TOTAL Serv. Nat..	8	0	0	0		7					1		8		0	0		0	0	

220

Etablissements	Total	HSLE	StJ.Wi	Nord	CHL-FNM	CST.Lu	Bohler	HK Kb	Centre	C.H E.Mayrisch	SMEA	HPMA	Sud
PET	1												
Lithotripter	1												
Stéro-neuro	1												
Prone table	1												
O2Hyperbarre	1												
Ostéodensitométrie	1												
TOTAL Equip. Nat.	6			0					5				1

Etablissements nationaux à service(s) national (aux)																				
Etablissements	Total	CHNP E	Colpac h	Nord		INCCI				CNRF (Rehazenter)				Centre		CNRadiothérapie (F.Baclesse)				Sud
Radiothérapie	1																			
Chirurgie cardiaque cardio interventionnelle	1																			
Rééducation physique	1																			
Réadaptation psych.	1																			
Convalescence	1																			
TOTAL Etabl. Nat.	5			2										2				1		

1.1.1.1.1.1.1.1

4.1.1.5. Mode d'exercice des médecins dans les établissements hospitaliers

Il existe deux modes d'exercice des médecins dans les hôpitaux, à savoir l'exercice libéral et l'exercice salarial. L'exercice libéral est le mode d'exercice largement répandu.

Ainsi, les médecins exerçant dans les hôpitaux sur le mode libéral doivent signer un contrat d'agrément avec l'établissement. Ce contrat d'agrément doit correspondre à un contrat-type³²³, dont le contenu minimal est arrêté d'un commun accord entre les différents groupements professionnels des prestataires de soins et les groupements d'hôpitaux prévus à l'article 62 du code des assurances sociales. A défaut de cet accord, le ministre de la Santé peut arrêter le contrat-type (art. 31, loi du 28/08/1998).

4.1.1.6. Financement et tarification des hôpitaux

A la suite de la réforme de l'assurance maladie-maternité et du secteur de la santé (loi du 27 juillet 1992), le financement des hôpitaux est passé d'une tarification de prix de journée à un système de budgétisation globale. Cette budgétisation, débutée en 1995 et accompagnée de l'introduction de la comptabilité analytique, repose sur la distinction entre les charges fixes (c'est-à-dire des charges non directement liées à l'activité) et les charges variables (c'est-à-dire des charges directement liées à l'activité)³²⁴. Les frais fixes s'obtiennent à partir des montants négociés avec les hôpitaux budgétisés.

Il faut noter que les frais médicaux, toujours facturés à l'acte, ne sont pas inclus dans les budgets hospitaliers, même pas pour les hôpitaux employant des médecins salariés³²⁵.

Les budgets annuels sont négociés (individuellement) avec l'union des caisses de maladie selon un processus bien codifié (cf. chapitre 2).

Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les médecins ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur des assurances sociales, ceci conformément aux articles 66 et suivants du code des assurances sociales.

Les sources de financement des hôpitaux sont l'Union des Caisses de Maladie, l'Etat et les patients. L'UCM intervient principalement au niveau du budget (charges fixes et variables opposables), l'Etat pour les investissements et subsides et les patients pour ce qui concerne leur participation aux frais des biens et services reçus.

Le coût annuel du secteur hospitalier n'est que partiellement connu, compte tenu de certaines contraintes liées, entre autres, aux retards de facturation des prestations, de présentation des budgets, etc.

Tableau 4 :
Evolution du coût du secteur hospitalier au Luxembourg (en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002
Frais fixes	254,0 (249,4)*	243,8 (263,0)*	267,7 (311,3)*	311,3
Frais variables	74,3 (69,4)*	65,9 (69,5)*	65,2 (78,6)	80,2
Total	328,4 (318,9)*	309,8 (332,6)*	333,0 (389,9)*	391,5 (409,3)*

(*) Données ajustées en tenant compte des dotations et prélèvements aux provisions pour prestations.

Source : IGSS, Rapport général de la Sécurité sociale 2002, p.71.

³²³ Les principaux éléments de ce contrat-type sont présentés dans le chapitre 2.

³²⁴ Les charges fixes et variables ont été définies au chapitre 2.

³²⁵ IGSS, Rapport général de la Sécurité Sociale 2000.

Les montants indiqués dans le tableau ci-dessus ne concernent que les charges opposables à l'UCM et n'ayant eu lieu qu'au Grand-Duché de Luxembourg. Les soins hospitaliers représentaient 48,1% du total des prestations en nature au Luxembourg en 2002 contre 47,4% en 1999.

4.1.1.7. Des effets de la politique hospitalière récente

L'offre hospitalière au Luxembourg, longtemps considérée comme excessive et structurée de façon peu pertinente est dès lors en pleine mutation depuis bientôt une quinzaine d'années et les retombées de la politique hospitalière grand-ducale de ces dernières années pourraient être résumés de la façon suivante :

- un système de financement des hôpitaux unique, dualiste et équitable : *Pour tous les hôpitaux et établissements spécialisés, les frais d'exploitation, dans le cadre de la budgétisation (dotations en personnel via l'indicateur PRN), sont pris en charge par l'Union des Caisses de Maladie qui finance aussi 20% des gros investissements (infrastructures et équipements lourds).*

Les gros investissements (infrastructures et équipements lourds) de tous les établissements hospitaliers sont pris en charge à 80 % par l'Etat.

La conception du système de financement fait que les établissements concernés , malgré certains statuts qui le permettraient, n'ont pratiquement pas la possibilité de faire des bénéfices.

- un reclassement progressif des établissements en fonction de leurs missions avec fusions, regroupements et accords de collaboration. *Sous la pression de l'évolution constante des coûts du secteur hospitalier le gouvernement a été amené au fil des années à redéfinir et à préciser le rôle et les missions des hôpitaux et celles d'autres institutions destinées au séjour en institution, notamment des personnes âgées.*

Ce faisant le nombre des hôpitaux a considérablement diminué au fil des 30 dernières années, via notamment la reconversion d'établissements qui ne se prêtaient plus à assumer une fonction d'hôpital moderne.

Par ailleurs, suite à la volonté avérée des gouvernements successifs pour rechercher des synergies et éviter l'éparpillement des ressources et compétences rares, les hôpitaux aigus restants ont tendance à collaborer respectivement à se regrouper.

- la création de structures absentes au pays (certains services nationaux). *En revanche, un Centre national de radiothérapie et un institut de chirurgie cardiaque, un service de procréation médicalement assisté, traitements pour lesquels une masse critique suffisante de patients devaient se déplacer à l'étranger, ont été créés au pays. Pour ces mêmes raisons le Centre National de rééducation fonctionnel et l'établissement de convalescence sont en voie de modernisation.*

- une réduction de lits hospitaliers et l'amorce du virage ambulatoire. *Sous l'effet conjoint de la séparation des structures précitées (et ceci malgré la création des structures précitées), de l'augmentation de la population résidente et de la précision des définitions, le nombre de lits hospitaliers, notamment aigus, a considérablement décru au fil des 2 dernières décennies de même que les durées moyennes de séjour, alors que le nombre d'admissions a augmenté. Cette évolution se poursuit du fait d'une augmentation insidieuse mais progressive, grâce à des nouvelles méthodes de traitement (chirurgie invasive minimale, chimiothérapie etc..) des activités ambulatoires aux dépens des activités stationnaires (voir cartes sanitaires sous w.w.w etat.lu /MS).*

- une modernisation conséquente des infrastructures hospitalières et de leurs équipements *Par le biais de législations successives l'Etat a considérablement investi, selon une hiérarchie des priorités bien définie, dans la modernisation en profondeur de l'ensemble des établissements hospitaliers³²⁶ et sera*

³²⁶ engagement de plus 500 000 euros depuis 1999 à cette date dans les infrastructures.

amené à continuer ce subventionnement pour rattraper définitivement les retards accumulés d'avant les années 90.

Il en a été de même pour les investissements des équipements considérés au fil du temps comme novateurs et lourds (scanners, résonances magnétiques etc...)

- une harmonisation des structures internes et des moyens des hôpitaux et le droit à des soins qui correspondent aux acquis de la science

La loi sur les établissements hospitaliers place les « out-come results » au profit du patient au centre de ces objectifs et harmonise à cet effet la structuration des établissements et de leurs services. Un certain travail en profondeur, notamment en ce qui concerne le cadre normatif reste toutefois à accomplir (cf. aussi rapport sur les services hospitaliers sous w.w.w. etat.lu/ms)

-un développement progressif du mouvement de qualité

Grâce aux incitants qualité prévus dans le cadre de la budgétisation, les établissements, dans le cadre de conventions avec l'UCM se sont lancés dans l'amélioration de la qualité, d'abord dans des domaines précis (dossier, lutte contre la douleur, prévention des infections nosocomiales, programme mammographie) et ensuite, depuis 2004, de manière plus stratégique en souscrivant au programme EFQM (European Foundation of Quality Management)

-une amorce de comparaison des résultats et d'évaluation des performances

Sous l'effet de la carte sanitaire et surtout de sa publication, les établissements et les prestataires y agréés, ont eu un retour d'information comparatif de leurs prestations et de certains indicateurs de performance. La publication de rapports annuels portant notamment aussi sur des comparaisons de performances par rapport à des références internationales a notamment été imposée aux établissements (monopolistiques) à caractère national.

Ainsi, la politique hospitalière, fondée sur la structuration et la modernisation de l'offre hospitalière, ne se limite pas à la seule réduction de lits et d'établissements hospitaliers mais est essentiellement axée sur une amélioration transparente des performances, dans le cadre d'un développement durable et d'une d'amélioration continue, au profit des patients, raison d'être de l'hôpital.

4.2.1. Données issues de l'enquête auprès des établissements hospitaliers

Remarques préalables :

- (1) Toutes les directions d'hôpitaux n'ont pas participé à cette enquête. Néanmoins, ; pour être complets, ceux qui n'ont pas participé ont été mentionnés entre parenthèses. Etant donné que le recensement n'est pas exhaustif, nous avons renoncé à citer le nombre de lits par spécialité ainsi que leurs pourcentages. Qui plus est, les dernières cartes sanitaires (qui renseignent sur les lits occupés en moyenne, taux d'occupation et durées moyennes de séjour) n'ont pas encore été publiées et il serait par conséquent hasardeux de vouloir faire des indications plus précises sur les potentiels de coopérations transfrontalières.
- (2) La liste des services autorisés est publiée au tableau 2 ci-avant, il en ressort que certains établissements ont sollicités des services spécialisés qui ne leur ont pas encore été attribués. Ceci n'empêche pas que des activités spécialisées soient localement exercées dans des services de base, notamment lorsque ces établissements disposent de l'un ou l'autre médecin. Dès lors dans les tableaux ci-après, les hôpitaux qui exercent des activités spécialisés sont cités alors que ceux qui disposent de services spécialisés attribués officiellement, sont marqués d'un *.
- (3) En ce qui concerne les équipements, il y a lieu de noter que les équipements
 - dits lourds, sont énumérés explicitement avec leurs conditions de localisation au plan hospitalier (voir aussi liste énumérée au tableau 2 ci-avant) ; ils sont financés à 80% par l'Etat,
 - autres dont ceux relevant d'une certaine spécialité médicale, sont financés par l'UCM dans le cadre de la budgétisation ; ils sont attribués selon certaines priorités notamment en fonction de l'attribution, par le Ministère, des services spécialisés respectivement sur preuve des qualifications ou formations continues des médecins pressentis pour les utiliser.
- (4) Le Grand-Duché du Luxembourg ne dispose pas de clinique universitaire ; toutefois, le CHL est un établissement « à caractère académique » qui a conclu des conventions avec certains hôpitaux universitaires belges et français de sorte que les (certains) médecins salariés du CHL encadrent des étudiants en médecine en

voie de spécialisation.

- (5) A part les Centres Nationaux (radiothérapie, chirurgie cardiaque, rééducation physique et réhabilitation psychiatrique) et certains départements du Centre Hospitalier de Luxembourg, où ils sont employés par les gestionnaires respectifs, dans les autres établissements hospitaliers les médecins exercent sous statut libéral dans le cadre d'un contrat d'agrément.

Les tableaux suivants présentent essentiellement les données de l'enquête LUXLORSAN ; les services et établissements en parenthèses ont été introduits par nos soins sur la base de la carte sanitaire. Les services marqués d'un * sont les services reconnus :

4.2.2.1. Les activités et services de médecine

Tableau 5 : activités et services de médecine :

	Versant Luxembourg		Centre	Sud	Nord
	Nombre	%			
Médecine interne générale	6	46,2	HK*, CST.Lu*, CHL-FNM*	CHEM* (HVEA +HVD), HPMA* (SMEA*)	StJ.Wi * (SL.Et*)
Cardiologie et maladies vasculaires	6	46,2	CHL-FNM* , HK, CST.Lu,	CHEM* (HVEA +HVD), HPMA	StJ.Wi (SL.Et*)
Dermato-vénérologie	5	38,5	CHL, CST.Lu, FNM	CHEM, HPMA	(SL.Et)
Endocrinologie et maladies métaboliques	4	30,8	CHL-FNM* , CST.Lu,	CHEM, HPMA	StJ.Wi (SL.Et)
Gastro-entérologie	7	53,8	CHL-FNM* , HK, CST.Lu,	CHEM, HPMA*	StJ.Wi (SL.Et)
Gériatrie	1	7,7	FNM		
Gynécologie	7	53,8			
Lhématologie	3	23,1	CHL * (SN)	HVEA,	
Immunologie	3	23,1	CHL *, (SN)	HPMA	
Maladies infectieuses	3	23,1	CHL * (SN)	HPMA	
Néphrologie	3	23,1	CHL HK, CST.Lu	CHEM,	SL Et.
Neurologie	6	46,2	CHL*, HK, CST*.Lu,	HVEA*, HPMA	St. Et.
Oncologie	7	53,8	CHL, HK, CST.Lu, FNM	HVEA, HPMA, CFB	StJ.Wi (SL.Et)
Pneumologie	7	53,8	CHL, HK, CST*.Lu, FNM	HVEA*, HPMA	StJ.Wi (SL.Et)
Rhumatologie	6	46,2	CHL, HK, CST.Lu, FNM	HVEA, HPMA	
<i>Autre(s) :</i>					
Sec. Adolescent	F/B				
Méd. Polyvalente	F/B				
Détenus	F/B				
Méd. Nucléaire	1		CHL		
Diabétologie	1		HK,		
Traitement de douleur	F/B				
Orthodontie	1		HK		
Médecine du sport	1		HK		
Médecine aéronautique	1		HK		
Urologie	1		HK		(SL.Et.)
Oncopsychologie	1			CFB	

Enquête LLS. F/B : France/Belgique ; St Louis (Ettelbruck) et Ste Marie /Esch) : en parenthèses selon carte sanitaire 2000 et autorisation novembre 2003. Signification des abréviations des hôpitaux : CHL –FNM = Centre

Hospitalier du Luxembourg –Fondation Norbert Metz ; HVEA= Hôpital de la Ville d’Esch-sur-Alzette ; HPMa = Hôpital Princesse Marie Astrid ; HK =Hôpital de Kirchberg ; CST = Clinique Sainte Thérèse ; SMEA = Sainte Marie d’Esch-sur-Alzette ; HVD =Hôpital de la Ville de Dudelange ; StJ.Wi : St. Jospeh, Wiltz. * : services reconnus officiellement

D’après les données de l’enquête, 6 établissements disposent de la médecine interne. Il faudrait néanmoins ajouter les 2 établissements qui n’ont pas participé à l’enquête et le CHL qui a précisé que son fonctionnement est plus spécialisé dès le départ³²⁷. Ainsi, on obtient les 9 services de la CS et des autorisations (novembre 2003).

Certains services spécialisés sont, selon le règlement grand-ducal du 18 avril 2001 et selon l’autorisation (nov. 2003) des **‘services nationaux’**, à savoir les services d’hématologie, des maladies infectieuses et de l’immunologie/allergologie, situés au CHL.

Rappelons que le règlement sur les normes des services et des services nationaux est toujours en élaboration.

En matière de capacité d’accueil, le nombre de lits aigus par service est mal connu. Selon les indications fournies par certains hôpitaux, on peut estimer la part des lits aigus destinés aux services de médecine à au moins 33% du total de lits aigus. Cette part est, bien entendu, très variable selon les hôpitaux. Par exemple, il y aurait 29% de lits de médecine (143 lits sur 498) en 2002 au CHL, 26% à l’hôpital de la ville d’Esch/Alzette (HVEA) et 44% à l’hôpital Princesse Marie Astrid (HPMA) de Differdange.

³²⁷ « unités de soins structurées par sub-spécialités »(enquête LLS). Le CHL dispose de l’autorisation.

4.2.2.2. Les activités et services de *chirurgie*

Tableau 6 : services et activités de *chirurgie* :

	Luxembourg		Centre	Sud	Nord
	N	%			
Chirurgie générale	8	61,5	CHL*, HK*, CST.Lu*, FNM*	HVEA*, HVD*, HPMA*, (SMEA*)	StJ.Wi* (SL.Et*)
Chirurgie abdominale	7	53,8	CHL, HK, CST.Lu, FNM	HVEA, HPMA	StJ.Wi
Chirurgie cardiaque	1	7,7	CHL*		
Chirurgie thoraco-vasculaire	6	46,2	CHL, HK, CST.Lu, FNM	HVEA, HPMA	
Chirurgie digestive	6	46,2	CHL, HK, FNM	HVEA, HPMA	StJ.Wi
Chirurgie ophtalmologique	5	38,5	CST.Lu, HK, FNM	HPMA, (SMEA)	StJ.Wi (SL.Et)
Chirurgie dentaire/stomatologique	5	38,5	HK.Kb, CST.Lu, FNM	HVD, HPMA	StJ.Wi
Chirurgie ORL	8	61,5	CHL, HK, CST.Lu, FNM	HVEA, HVD, HPMA, (SMEA*)	StJ.Wi (SL.Et)
Chirurgie gynécologique	8	61,5	CHL, HK, CST.Lu, FNM	HVEA, HVD, HPMA	StJ.Wi (SL.Et)
Chirurgie pédiatrique	3	23,1	CHL	HVEA, HPMA	
Chirurgie de la main	4	30,8	CHL, HK, CST.Lu	HPMA	
Chirurgie orthopédique	8	61,5	CHL, HK, CST.Lu, FNM	HVEA, HVD, HPMA	StJ.Wi (SL.Et)
Chirurgie plastique/réparatrice	3	23,1	CHL HK,	HPMA	
Neurochirurgie	3	23,1	CHL* (SN), CST.Lu, FNM		
Urologie	6	46,2	CHL(TR), HK, CST.Lu, FNM	HVD, HPMA	
<i>Autre(s) :</i>					
Réanimation chirurgicale	F/B				
Réanimation	F/B				
Grands brûlés	F/B				
Sénologie	1		FNM		
Chirurgie viscérale	F/B				
Chirurgie osseuse	F/B				
SPC	F/B				
Chirurgie oncologique / Cancérologie	F/B				

Enquête LLS. F/B :France/Belgique ; St. Louis (Ettelbruck) et Ste Marie (Esch): en parenthèses selon carte sanitaire 2000 et autorisation novembre 2003 ; * :P/C contestées UCM, cf. autorisation novembre 2003. Signification des abréviations des hôpitaux : CHL –FNM = Centre Hospitalier du Luxembourg – Fondation Norbert Metz ; HVEA= Hôpital de la Ville d’Esch-sur-Alzette ; HPMA = Hôpital Princesse Marie Astrid ; HK =Hôpital de Kirchberg ; CST = Clinique Sainte Thérèse ; SMEA = Sainte Marie d’Esch-sur-Alzette ; HVD =Hôpital de la Ville de Dudelange ; INCCI : Institut national de chirurgie cardiaque.

Il existe une présence de services en chirurgie générale, en chirurgie ORL, gynécologique et orthopédique sur les 8 hôpitaux généraux et de proximité ; l’autorisation (nov. 2003) correspond uniquement dans le cas de la chirurgie (générale). Pour les autres services, les dénominations ne sont pas les mêmes, à l’instar de l’*ORL* versus *chirurgie ORL* (4 services ont été autorisés : services ‘ORL’) et l’autorisation a été plus restrictive.

Un seul service de **chirurgie cardiaque, l'INCCI**, est un service national, situé au Centre avec 15 lits. Un équipement récent et des spécialistes (salariés) présents en permanence sur le site.

La **neuro-chirurgie** a été indiquée par 3 hôpitaux ; le service national de neuro-chirurgie est situé au CHL. L'équipement est récent avec notamment un système de neuro-navigation. Les spécialistes (chirurgiens et autres) sont des spécialistes (salariés) présents en permanence sur le site. Une convention de collaboration a été signée par le CHL, les CSL (Arlon) et l'AHBL (Mont St. Martin).

Selon les indications fournies par certains hôpitaux, on peut estimer la part des lits aigus destinés aux services de chirurgie à au moins 31% du total de lits aigus. Cette part est, bien entendu, très variable selon les hôpitaux. Par exemple, il y aurait, en 2002, 35% de lits de chirurgie (175 lits sur 498) au CHL, 26% (100 lits sur 379) à l'hôpital de la ville d'Esch/Alzette (HVEA) et 38% (82 lits sur 216) à l'hôpital Princesse Marie Astrid (HPMA) de Differdange.

Au total, la capacité en lits aigus en chirurgie serait d'au moins 162 lits pour 100 000 habitants en 2002.

4.2.2.3. Les activités et services de 'mère – enfant'

Etant donné que 2 établissements (StL.Et et Bohler) n'ont pas répondu au questionnaire, des différences considérables existent entre les données LUXLORSAN et les données administratives.

Tableau 7: services et activités 'mère – enfant'

	Luxembourg		Centre	Sud	Nord
	N	%			
Obstétrique	5	38,5	CHL* (Bohler*)	HVEA*, HPMA*, HVD	(SL. Et.*) St.J. Wi.*
Néonatalogie	3	23,1	HK, CHL, (Bohler)	HVEA	
Néonatalogie intensive	1	7,7	CHL *		
Pédiatrie	5	38,5	CHL* HK	HVEA*, HVD, HPMA	(SL. Et*)
pédiatres spécialisés dans les disciplines suivantes :					
Cardiologie et maladies vasculaires	1	7,7	CHL		
Dermatologie	1	7,7	CHL		
Gastro-entérologie	1	7,7	CHL		
Endocrinologie et maladies métaboliques	2	15,4	CHL HK		
Immunologie	1	7,7	CHL		
Pneumologie	1	7,7	CHL		
Néphrologie	1	7,7	CHL		
Neurologie	1	7,7	CHL		
Pédopsychiatrie	2	15,4	CHL	HVEA	
Oncologie	1	7,7	CHL		
Rhumatologie	1	7,7	CHL		

Enquête LLS. F/B :France/Belgique ; St. Louis (Ettelbruck) : en parenthèses selon carte sanitaire 2000 et autorisation novembre 2003. Signification des abréviations des hôpitaux : CHL –FNM = Centre Hospitalier du Luxembourg –Fondation Norbert Metz ; HVEA= Hôpital de la Ville d'Esch-sur-Alzette ; HPMA = Hôpital Princesse Marie Astrid ; HK =Hôpital de Kirchberg ; CST = Clinique Sainte Thérèse ; SMEA = Sainte Marie d'Esch-sur-Alzette ; HVD =Hôpital de la Ville de Dudelange. * : exemples de services autorisés en 2002, non autorisés dès novembre 2003.

Gynécologie

Les services d'obstétrique peuvent aussi comprendre la pathologie gravidique ou encore la gynécologie, cette dernière pouvant aussi relever de services de chirurgie.

Obstétrique

Nombre d'accouchements par maternité en 2000 :

- BOHLER: 1841 accouchements (68 lits);
- CHL : 1734 accouchements;
- HVEA : 782 accouchements (24 lits),
- SL.Et : 572 accouchements (12 lits) ;
- HPMA : 323 accouchements (14 lits),
- SJ.Wi : 305 accouchements (6 lits),
- HVD : 210 accouchements; cette maternité a été intégrée à celle de l'HVEA, dans le cadre de la fusion (CHEM) de ces 2 établissements .

Néonatalogie

En lien avec les services d'obstétrique, les hôpitaux qui disposent de ce service disposent d'une néonatalogie.

Le CHL dispose d'un service national de **néonatalogie intensive**³²⁸ de 7 places, avec des médecins néonatalogues présents en permanence sur ce site.

Pédiatrie

Selon l'enquête LUXLORSAN, 5 hôpitaux affichent un tel service ; tous les hôpitaux qui disposent d'un service d'obstétrique ont toutefois une activité de pédiatrie (7 en tout en 002).

Des **5 pédiatries** mentionnés 3 disposent d'une autorisation (novembre 2003) :

- celle du CHL-FNM dispose de 34 lits, des pédiatres présents en permanence sur ce site
- celle du HVEA avec 12 lits
- celle de la clinique SL.Et avec 12 lits.

Rappel : Le CHL est le seul établissement qui occupe des pédiatres à plein temps et agréé des consultants externes ; la quasi-totalité des pédiatres spécialisés travaillent à la pédiatrie du CHL. La pédiatrie s'exerce en régime libéral dans les autres établissements.

Les deux pédopsychiatries sont des services nationaux, situés au Centre, dont une s'adresse aux enfants (CHL) et l'autre aux jeunes (HK; cf. ci-dessous).

La part estimée des lits aigus destinés aux services 'mère –enfant' est faible au niveau de chaque hôpital. Par exemple, en 2002, il y avait 17% de lits 'mère-enfant' (86 lits sur 498) au CHL, 11% (43 lits sur 379) à l'hôpital de la ville d'Esch/Alzette (HVEA) et 7% (14 lits sur 216) à l'hôpital Princesse Marie Astrid (HPMA) de Differdange.

4.2.2.4. Services et activités de *psychopathologie/psychiatrie*

La réforme de la psychiatrie (plan Haeffner)

En voie d'implémentation, par vagues successives depuis 1994, la réforme du nom de l'auteur de l'étude a pour objectifs :

- la décentralisation de la psychiatrie institutionnelle, et notamment celle du CHNPE, longtemps seul établissement psychiatrique avec toutes ses composantes aiguës et chroniques,

³²⁸ Les néonatalogues font partie de l'équipe pédiatrique du CHL. Une néonatalogie intensive devient efficiente à partir d'une population de 1 million d'habitants ; ainsi, ce service pourrait être intéressant en matière de collaboration transfrontalière

- la réduction de la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiatriques ainsi que des institutions qui les prennent en charge
- le traitement des patients conformément aux acquis de la science avec le souci de les intégrer le plus rapidement possible dans un milieu de vie compatible avec leurs affections, éventuellement chroniques,
- la création des structures afférentes et la mise en place de filières cohérentes avec des prises en charge par subsidiarité en fonction de la lourdeur ou chronicité des pathologies depuis la médecine libérale (généralistes, psychiatres), les services aigus de psychiatrie, les services de réhabilitation et par dépit les structures de vie et de travail encadrés.

Les réponses au niveau de l'enquête sont présentés ci-après :

Tableau 8: services et activités de psychopathologie

	Luxembourg		Centre	Sud	Nord	National
Psychiatrie chronique	3	23,1	HK.Kb	HVD		CHNP*
Psychiatrie aiguë	4	30,8	CHL*, HK*, CST.Lu	HVEA*	(SL.Et*)	
Lits de crise	2	15,4		HVEA		CHNP
Unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison et d'urgences	2	15,4	CHL	HPMA		
<i>Autre(s) :</i>						
Psychiatrie générale	F/B					
Psychiatrie générale non sectorisée	F/B					
Psychiatrie sectorisée	F/B					
Pédopsychiatrie	2		HK:juv CHL: pédo			
Cellule d'urgence médico-psychologique	F/B					
SAFT	F/B					
Appartements thérapeutiques	F/B					
Psychologie	F/B			CFB		

Enquête LLS. F/B :France/Belgique ; St. Louis (Ettelbruck) : en parenthèses selon carte sanitaire 2000 et autorisation novembre 2003. Signification des abréviations des hôpitaux : CHL –FNM = Centre Hospitalier du Luxembourg –Fondation Norbert Metz ; HVEA= Hôpital de la Ville d'Esch-sur-Alzette ; HK =Hôpital de Kirchberg ; CST = Clinique Sainte Thérèse ; CHNP : Centre hospitalier neuro-psychiatrique.

Certains commentaires/explications sont nécessaires, étant donné que les concepts employés pour le questionnaire transfrontalier diffèrent d'un versant à l'autre :

Les 4 services de **psychiatrie aiguë** (CHL, HK, HVEA et StL.Et) sont répartis sur les 3 régions et accueillent les urgences psychiatriques. Ces services comprennent une unité d'hospitalisation avec 45 lits dont une section fermée (soins intensifs psychiatriques), un centre de crise (structure d'accueil des urgences psychiatriques) et une clinique de jour de 12 à 15 places (en voie de création). L'ancienne psychiatrie nationale, le HNPE, devenu CHNP (établissement spécialisé national) avec une fonction principale de réhabilitation psychiatrique perdra son volet de soins aigus dès 2005 (cf. plan hospitalier).

Notons au niveau de notre questionnaire un 5^{ème} service/activités de psychiatrie aiguë : le CST.Lu accueille des patients psychiatrique en lits de médecine , ceci « pour des soins légers et discrets ». Selon les responsables, ce service de médecine psychiatrique est très apprécié par les patients puisqu'il s'agit de soins psychiatriques sous la forme officielle de soins en médecine.

Services nationaux de psychiatrie infantile et juvénile

Les deux services ont la même fonction que les services aigus pour adultes et sont respectivement localisés au CHL (psychiatrie infantile) et à l'HK (psychiatrie juvénile). Le service du CHL dispose également d'une clinique de jour. Les 2 services ont été autorisés récemment et accusent des taux d'occupation approchant les 100%. La demande est plus importante que l'offre.

La notion **psychiatrie chronique** n'existe pas en tant que telle au Grand-Duché de Luxembourg ; ce sont

- le service national de réhabilitation psychiatrique,
- les foyers médicalisés
- les foyers (hébergement) et
- les ateliers de travail encadrés

qui présentent l'offre luxembourgeoise équivalente.

La **psychiatrie de liaison** est une fonction transversale qui existe surtout dans les hôpitaux, notamment généraux qui ne disposent pas d'un service spécialisé de psychiatrie. Celle-ci peut être décrite comme l'activité des psychiatres dans les hôpitaux généraux, de proximité ou éventuellement établissements spécialisés.

Les **services de psychologie** existent dans certains hôpitaux en lien avec des soins palliatifs ou des activités oncologiques comme c'est le cas au CFB, le service national de radiothérapie.

Service national de réhabilitation psychiatrique

Perdant à partir de 2005 son volet de soins aigus, le HNPE, devenu CHNP en 1998 (établissement spécialisé national) aura comme fonction la réhabilitation psychiatrique (avec section ouverte et fermée) ; cet établissement assure aussi la psychiatrie carcérale, mais perdra dès 2005 (cf. plan hospitalier) son volet de soins aigus (admissions directes). Au niveau du questionnaire, le CHNP n'a pas indiqué des lits aigus suivant ainsi déjà des consignes du plan hospitalier pour 2005. La situation en 2002 était la suivante : des 318 lits UCM (d'autres lits sont des lits de longue durée relevant de l'assurance dépendance) 60 lits sont destinés à la réhabilitation, 176 sont des lits de moyenne durée et 82 des lits aigus.

Foyers médicalisés

Ces foyers (pour lesquels 50 places sont prévues au plan hospitalier, mais non encore attribuées) se veulent un lieu de vie, médicalement encadré, pour assurer la réinsertion progressive dans la société des patients atteints de problèmes psychiatriques chroniques, où à défaut un lieu de passage en attendant leur capacité d'intégration des structures encadrées ci-après,

Logement, Travail et structures occupationnelles encadrées

Ces structures de vie ne relèvent pas de la loi sur les établissements hospitaliers mais de celle ASFT (cf. loi du 8 septembre 1998 en chap. 4.3.1.1.).

Transferts à l'étranger

Vu l'exiguïté du Grand-Duché et la stigmatisation rémanente et incompressible liée à certaines de ces affections, dont notamment l'alcoolisme et la toxicomanie, de nombreux transferts à l'étranger pour traitements afférents se feront et continueront à se faire dans ce domaine, quelque soit par ailleurs la compétence et la capacité des services du pays.

En 2002, on avait 180 lits aigus (4 psychiatries aiguës) ainsi que 82 lits aigus au CHNP (sans les lits de médecine non chiffrés à la CST-LU), donc un total de 262 lits, donc 58 lits / 100.000 habitants.

En 2005, on aura selon le plan hospitalier 210 lits aigus (2 fois 15 lits en psychiatrie infantile et juvénile ; CST.Lu non compris) 46 lits / 100.000 personnes.

4.2.2.5. Services et activités de *rééducation et de soins de suite*

Pour cette partie, le questionnaire présentait des questions semi-ouvertes ; les réponses étaient les suivantes :

Tableau 20 : les établissements de rééducation/réhabilitation

Établis- sement		Centre	Sud	Nord
CHNP	95 lits 28 lits 172lits 23 lits			a) Filière alcoologie b) Filière toxicomanie c) Filière psychose d) Filière neuropsych. gériatrique
CNRRF	42 lits (52 lits 2003)	a) Rééducation cardio-respiratoire b) Rééducation neurologique. c) Rééducation locomotrice		
HK.Ki	10 lits	Soins palliatifs		
HVEA	20 lits 12 lits 20 lits 20 lits		*rééducation cardio-respiratoire *rééducation Neurologique *rééducation locomotrice *rééducation gériatrique	
CST.Lu		Soins palliatifs :intégrés à tous les services		
SJ.Wi				Prise en charge: palliative
HPMA	4 kinésithé-rapeutes		Rééd. Locomotrice : en lit aigu + en ambulatoire	
CHL	d) 6 lits	a) Physiothérapie : insuffisance cardiaque : ambulatoire b) rééd. neurolog : avec HIS et CNRRF et au CHL c) reed. locomotr.: HIS d) soins palliatifs à domicile avec FNM		

CNRF : Centre national de rééducation fonctionnelle et de réinsertion ; HIS : Hôpital intercommunal de Steinfort ; CHEM : Centre hospitalier Emile Mayrisch ; StL.Et : clinique St. Louis Ettelbruck ; * : prévu sur site de l'HVD dès la fusion/restructuration (juillet 2004) ; HIS : Hôpital intercommunal de Steinfort pour patients de plus de 65 ans.

Le **CNRF** et le **CHNP** (cf. ci-dessus) sont des établissements nationaux (CHNP en région hospitalière Centre et le CNRF en région Nord).

Le **Centre national de rééducation fonctionnelle et de réinsertion** à Luxembourg-Hamm dispose à l'heure actuelle de 42 lits. Le plan hospitalier préconise 72 lits, dont 12 lits pour rééducation précoce dès 2005 (construction du nouveau CNRRF). L'établissement dispose d'un laboratoire d'analyse de la marche et du mouvement (système Elite BTS, 2003).

On y pratique surtout la rééducation post-traumatique et locomotrice.

Quant au **CHNP**, nous renvoyons à la section 'psychopathologie'.

De nombreux transferts se font vers l'étranger, ceci aussi bien pour la rééducation fonctionnelle que pour la réhabilitation psychiatrique.

La **rééducation gériatrique** se fait aux établissements hospitaliers de rééducation gériatrique :

- de Steinfort (HIS) avec 30 lits et un accord de coopération avec le CHL pour préconiser une filière de soins de l'aigu vers la rééducation,

- de Dudelange avec 30 lits (à l'HVD au sein du CHEM),
- d'Ettelbruck avec 15 lits (à l'hôpital SL.Et.).

Le Centre de convalescence thérapeutique de la **Fondation Emile Mayrisch** dispose de 100 lits et assure des activités de rééducation légère auprès de la patientèle admise pour convalescence. On reviendra sur les établissements gériatriques dans le cadre de l'action 9 : **Personnes âgées**.

Les besoins les plus urgents se trouvent au niveau d'institutions de suite de longue durée, ceci notamment pour des jeunes, mais également pour des personnes âgées (de nombreux transferts se font vers Etalle en Belgique). Pour ces deux groupes, on signale :

- des conditions d'accès aux ateliers protégés (adultes handicapés) trop rigoureuses : dès que les jeunes ont dépassé l'âge de la scolarité obligatoire, les ateliers de l'Education Différenciée³²⁹ ne les acceptent plus.
- des problèmes de prise en charge par l'assurance dépendance nécessitant pour la demande une stabilisation préalable du patient.

4.2.2.6. Services et activités de soins palliatifs

Un service de soins palliatifs et de lutte contre la douleur a été attribué à tous les hôpitaux généraux (réglementation en cours).

Ces soins sont assurés sous forme d'activité, de préférence en relais avec les services pré-mentionnés dans les autres établissements hospitaliers.

4.2.2.7. Disponibilité de certaines activités/soins spécifiques

Le tableau ci-après présente les réponses au questionnaire LUXLORSAN : Signalons qu'il est incomplet et peu pertinent pour le Grand-Duché de Luxembourg – raison pour laquelle de nombreuses indications administratives se trouvent en-dessous du tableau.

³²⁹ l'enseignement destiné aux élèves handicapés couvrant les années de l'obligation scolaire

Tableau 10 : soins spécifiques

	Luxembourg		Centre	Sud	Nord
	N	%			
Angioplastie coronaire	0	0	(INCCI service national)		
Angioplastie neurologique	1	7,7	Neurochirurgie au CHL : service national		
Neurochirurgie vasculaire périphérique	2	15,4	CHL, CST.Lu		
Hémodialyse chronique conventionnelle	3	23,1	CHL, CST.Lu HK.Kb		
Hémodialyse en centre d'autodialyse	1	7,7	CHL		
Dialyse péritonéale à domicile	1	7,7	CHL		
Endoscopie diagnostique cardiaque	1	7,7	(INCCI service national)		
Endoscopie diagnostique pulmonaire	5	38,5	CHL, CST.Lu , HK.Kb	HPMA	SJ.Wi
Photothérapie et traitement de psoriasis	1	7,7		HPMA	
Médecine physique	3	23,1	CHL, CST.Lu, Réha		
Radiothérapie	1	7,7		CFB	
Thérapie cellulaire et moléculaire	1	7,7	CHL		
Transplantation d'organes	1	7,7	CHL		
Utilisation diagnostique et thérapeutique de radioéléments sources non scellées	3	23,1	CHL, CST.Lu	HVEA	
Traitement des grands brûlés	1	7,7	CNRF : CNRF : uniquement soins de suite		
Procréation Médicalement Assistée	1	7,7	CHL		
Pratiques anesthésiques particulières (hypnose, acupuncture ...)	0	0,0			
Autre(s) :					
Endoscopies digestives 2)	1				SJ.Wi
Endoscopies urologiques 2)					
Endoscopies en gastro-entérologie 2)	1				
Prélèvements de la cornée 3)	1		CST.Lu		
Prise en charge en psy aiguë	1		CHNP : cf. 4.3.2.4.		
Prise en charge de réhabilitation psychiatrique	1		CHNP : cf. 4.3.2.4.		
Curiethérapie en haut débit de dose	1		CFB : service national		
Sophrologie	1		CHL 1)		
Relaxation	1		CHL 1)		
Musicothérapie	1		CHL**		
Thérapie par le mouvement	1		CHL		
Prélèvements	1				
Chimiothérapie Service Pneumologie 3)	1			HPMA	
Oncologie	1				

F/B : France/Belgique ; St. Louis (Ettelbruck) : en parenthèses selon carte sanitaire 2000 et autorisation novembre 2003 ; SJ. Wi = St Joseph de Wiltz ; CFB = Centre François Baclesse ; 2) Fonctions transversales, généralement non médicales, existant dans différents hôpitaux et notamment dans ceux à services de rééducation/réhabilitation ; 2) activité dans tous les hôpitaux ; 3) :CHL, HVEA, SMEA, SL.ET, SJ.Wi.

La **radiothérapie au CFB** (Esch-sur-Alzette), *service national*, est opérationnelle depuis 2000, disposant de 3 places en hôpital de jour ainsi que de 2 lits de curiethérapie (au sein du HVEA), d'un équipement récent (cf. tableau 13) de spécialistes présents en permanence sur le site. Notons des filières de soins avec 3 des 6 hôpitaux pratiquant de la chirurgie oncologique (tumor boards³³⁰), une collaboration étroite avec la Fondation Luxembourgeoise contre le cancer et avec le service de médecine palliative du HVEA. Les capacités sont saturées avec environ 800 patients résidents/an (population protégée résidente), *ce qui fait que des demandes de la part de patients français et belges³³¹ n'ont pas pu être acceptées*. Une extension de ce service est prévue pour 2010 avec un équipement et un staff doublés et la capacité pour environ 1.500 patients/an. Ceci permettra d'accepter également des patients transfrontaliers.

Des prestations d'oxygénothérapie en caisson hyperbare multiplaces sont assurés par le service d'anesthésie- réanimation de l'HVEA, de garde en permanence, et pour des sollicitations urgentes (intoxications au CO) ou indications programmées, avec ou sans hospitalisation. Il s'agit également d'un service national.

Un autre service national, celui de la **procréation médicalement assistée – fertilisation in vitro** (PMA-FIV) est disponible au CHL. A l'heure actuelle, les prélèvements se font au CHL et la fertilisation in vitro se fait à l'université de Liège. Dès l'automne 2004, celle-ci sera également pratiquée au CHL, toujours en collaboration avec l'université de Liège.

La **transplantation rénale** est pratiquée au CHL, qui fait partie du réseau Eurotransplant (BeNeLux, Allemagne, Autriche, Slovaquie).

Les prises en charge des **grands brûlés** se font à l'étranger (e.a : F : Metz ; B : Bruxelles, Loverval ; D : Ludwigshafen) ; ce sont les soins de suite (rééducation) qui sont administrés au Centre national de rééducation fonctionnelle.

4.2.2.7. Laboratoires

Tableau 11 : Laboratoires

	Luxembourg		Centre	Sud	Nord
	N	%			
Laboratoire	6	46%	HK.Kb, FNM, CST,	HVEA, HVD	StJ.Wi, StL.Et

Tous les hôpitaux disposent évidemment d'un laboratoire , dimensionné en fonction de leurs missions.

En ce qui concerne le Laboratoire National de Santé sa mission et sa structure seront redéfinies ; d'aucuns souhaitent qu'il devienne un « institut de référence internationale. » (cf. déclaration du Gouvernement, août 1999).

4.2.2.8. Les urgences

Rappelons préalablement que les questions du questionnaire constituaient un compromis transfrontalier et que les réponses de la part des établissements ne pouvaient pas refléter le cadre légal du Luxembourg.

Le modèle d'intervention en urgence retenu au Grand-Duché de Luxembourg (loi du 27 février 1986; service d'aide médicale urgente) s'appuie sur les éléments suivants :

- un n° de tél. unique : 112
- une régulation nationale via le 112

³³⁰ Le premier tumor board s'est créé à la CST.Lu.

³³¹ Arlon ne dispose pas de radiothérapie. Pour les communes françaises, proches d'Esch , ce sont 3 établissements à Metz , qui offrent de la radiothérapie, avec toutefois des listes d'attente.

- des véhicules d'intervention rapide SMUR (1) (ou alternativement l'hélicoptère Air-Recue) au départ de l'hôpital de garde de la région hospitalière en système de rendez-vous SAMU(2) au départ d'un des 25 centres d'intervention d'ambulances (Service National de la Protection Civile & pompiers professionnels de Luxembourg-Ville)
- une pré-médicalisation sur le lieu du problème
- une orientation de l'urgence en fonction des besoins en soins du patient, décidée par le médecin réanimateur du SMUR, en général vers l'hôpital régional de garde ou un des services nationaux de garde (INCCI ;Neurochirurgie, Néonatalogie intensive... etc) ou vers un centre étranger (ex. grands brûlés).

Tableau 12: Urgences

	Luxembourg		Centre	Sud	Nord
	N	%			
Équipe mobile (VMU, SAMUR, VIM)	n.d.	-	0 (1)	0 (1)	0 (1)
Unité d'accueil et de traitement de proximité	6	46,2	INCCI, CST.Lu, HVEA, HK.Kb	HPMA, HVD, HVEA	SJ.Wi
Réanimation	7	53,8	CHL, CST.Lu, HK.Kb	HVEA, HPMA, HVD	SJ.Wi
Soins intensifs médicaux	6	46,2	CHL, CST.Lu, HK.Kb	HVEA, HPMA	SJ.Wi
Soins intensifs chirurgicaux	7	53,8	CHL, INCCI, CST.Lu, HK,Ki	HVEA, HPMA	SJ.Wi
Soins intensifs cardiaques	4	30,8	CHL, INCCI	HVEA, HPMA	
Soins intensifs de néonatalogie	1	7,7	CHL		

voir aussi sous critères de planification , régions hospitalières en 4.3.1.

En dehors des hôpitaux généraux de garde, les hôpitaux généraux ou de proximité peuvent assurer un service de policlinique pour les « petites urgences » non SAMU (réglementation en cours).

En ce qui concerne ce domaine-ci, les propositions suivantes ont été avancées par les établissements hospitaliers ; ainsi,

- l'HVEA d'Esch envisage dans le cadre de l'extension du **service d'urgence** d'ouvrir ses services aux communes françaises, proches de la frontière, (cf. loi du 21 juin 1999 financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers) et
- l'HPMA a proposé une **garde conjointe sur l'espace du PED** (Pole Européen de Développement) en impliquant les établissements français et belges proches de la frontière. L'Association Transfrontalière de l'Agglomération du PED, structure regroupant 27 communes locales, réalise actuellement un état des lieux sur les équipements locaux dont les hôpitaux. Ce diagnostic devrait être suivi d'une réflexion concernant les pistes de coopération transfrontalière. La proposition de garde conjointe de l'HPMA sera prise en compte par l'Association Transfrontalière dans le cadre de ses travaux.

4.3.2.9. Equipements spécifiques

Signalons des différences notables entre les réponses au questionnaire LUXLORSAN et la réalité des établissements luxembourgeois. Cela s'explique notamment pour les catégories 'autres' mentionnés par des établissements belges et français par le fait que de nombreux équipements font partie de l'équipement standard des hôpitaux luxembourgeois.

Tableau 13: équipement

		Luxembourg		Centre	Sud	Nord
		N	%			
Imagerie médicale	Angiographe 1)	5	38,5	HK.Kb, CST, CHL, INCCI	HVEA	
	Coronarographe	1	7,7	INCCI		
	Compteur de la radioactivité totale	4	30,8	CHL, CST	HVEA, CFB	
	PET Scan	1	7,7	CHL		
	Imagerie par Résonance Magnétique 2)	5	38,5	HK.Kb, CHL CST.Lu	HVEA, HPMA (en 2004)	(SL.Et)
	Mammographe 3)	7	53,8	CST, FNM, HK.Kbm CHL	HVEA, HVD, HPMA	
	Radiologie conventionnelle 4)	9	69,2	CST, FNM, HK.Kb, CHL:10	HVEA, HPMA HVD	CHNP, StJ.Wi
	Scanographe de simulation en radiothérapie	2	15,4		HVEA, CFB	
	Scanner hélicoïdal 5)	7	53,8	HK.Kb:2, CHL:2, FNM, CST	HVEA, CFB	StJ.Wi
	Table numérisée pour biopsie mammaire	1	7,7	FNM		
	Tomodensitométrie axiale 5)	5	38,5	FNM	HVEA, CFB HPMA	StJ.Wi
	<i>Autre(s) :</i>					
	Échographe (DOPPLER) 6)	F/B				
	Panoramique dentaire 6)	F/B				
	Scanner 6)	F/B				
	Scanographe 6)	F/B				
	Optonographe 6)	F/B				
	EEG 7)	F/B				
	Médecine nucléaire 8)	F/B				
	Angiographe numérisé	F/B		Cf. tableau 10 : angiographie		
	Caméra à scintillation	F/B		Cf. médecine nucléaire		
	Radiologie vasculaire	F/B		Cf. angiographie, coronographie		
	Laboratoire d'analyse la marche et des mouvements	1		CNRF : tabl. national		
ESF	Appareil de dialyse 9)	5		HK.Kb:14, CST:11, FNM, CHL:35	HVEA	
	Caisson hyperbare	1		HVEA : service national		
Équipements de thérapie	Accélérateur de particules hors cyclotron	1		CFB (dispose de 2) : serv. national		
	Appareil à cobaltothérapie	0				
	Appareillages neurochirurgicaux Comprenant la stéréotaxie neurologique	1		CHL : service national de neurochirurgie		
	Cathétérisme cardiaque 1)	1		INCCI : service national		
	Cyclotron	F/B				
	Lithotripteurs 10)	2		CHL, HVEA		
Autres	Équipement permettant la chirurgie assistée par ordinateur	3		CHL, CST	HVEA	
	Polysomnographie 11)					

F/B : France/Belgique ; St. Louis (Ettelbruck) : en parenthèses selon carte sanitaire 2000 et autorisation novembre 2003 ;

1) Tous les hôpitaux généraux ; 2) prévus pour tous les hôpitaux généraux, donc 6 ; 3) Tous les établissements hospitaliers à caractère aigu ; 4) Tous les établissements hospitaliers à caractère aigu ; 5) Tous les hôpitaux généraux et de proximité ; 6) Équipements relevant au GD-L de tout service d'imagerie médicale (radiologie) ; 7) Équipement standard, tous les hôpitaux avec neurologues ; 8) pratiqué au CHL, CST, HK, HVEA, SMEA ;

9) Tous les hôpitaux pratiquant l'hémodialyse ; 10) CHL : équipement national ; 11) CHL:4, HK, HVEA, SL.Et.

Les équipements dits 'nationaux' (autorisés pour une seule installation) sont : Pet Scan, lithotripter, stéro-neuro, prone table, caisson d'oxygénothérapie hyperbare, ostéodensimétrie.

Le Pet Scan (dès août 2003) fait d'ores et déjà objet d'une utilisation transfrontalière, ceci dans le cadre d'une convention entre trois établissements (CHL, CSL à Arlon et l'AHBL à Mont St. Martin).

Cela donne, pour l'année 2003, des densités de couverture nationale en équipements et appareils lourds allant de 1 PET SCAN et les autres équipement 'nationaux' pour 448 300 habitants (soit 0,2 PET SCAN pour 100000 habitants) à 1,1 IRM pour 100000 habitants (cf. tableau ci-dessous).

5. Synthèse transfrontalière

Dès les années 80, la Belgique a adopté des mesures visant à moderniser le secteur hospitalier en redéfinissant l'hôpital comme un lieu de dispensation de soins aigus et en rationalisant l'offre. En France, la planification hospitalière est mise en oeuvre dès 1970. Dans les années 90, une déconcentration/régionalisation s'opère sur la base des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), via des Agences Régionales de l'Hospitalisation créées en 1996 (ARH). Au Grand-Duché de Luxembourg, les premières mesures de structuration du secteur hospitalier ont été prises dans les années 70. La planification fut mise en oeuvre dès la 2^{ème} moitié des années 1990.

Sur les trois versants, les réformes visent à

- organiser l'offre au départ de services de soins de proximité et d'un nombre limité d'hôpitaux lourds/universitaires, voire de services de pointe disposant d'un équipement à technologie pointue et d'équipes de spécialistes hautement qualifiés ;
- réduire la pléthore de lits par habitant, en fonction de la réduction de la DMS et du développement de l'hospitalisation de jour ;
- distinguer (davantage) les soins de court moyen et long séjours ;
- fermer/ fusionner/ inciter les établissements à la coopération ; toutefois la France dispose encore de nombreuses structures de petite taille :

Les établissements hospitaliers : nombre de sites ou unités en 2002

ZI française	ZI belge	ZI luxembourgeoise
86 sites	* 4 unités * 9 sites	* 13 sites 444.050 habitants
1.935.142 habitants	250.406 habitants	(2004 : 9 unités/11 sites ; 451.600 habitants)

En matière de lits aigus, la ZI belge a le taux le plus bas avec 4.8 lits / 1.000 habitants (2002), la ZI luxembourgeoise suit avec 5.8 lits/1.000 habitants (en 2000 et 5.0 lits en 2005) et la ZI française avec 7.0 lits/1000 habitants (2002).

L'organisation et le financement des hôpitaux divergent entre les trois versants Interreg :

- En Belgique, le financement est le même pour tous les hôpitaux. L'enveloppe budgétaire fermée nationale est déterminée en fonction d'un critère principal, celui de l'activité. Le budget alloué à chaque établissement s'accompagne d'une incitation à des DMS plus courtes. Les établissements de la Province de Luxembourg sont publics. Les médecins qui y sont occupés sont libéraux (tandis que dans les CHU, ils sont salariés).
- En France, le fonctionnement et le financement des établissements de santé diffèrent entre les structures publiques et privées. Les médecins d'établissements publics ou privés participant au service public hospitalier (PSPH) sont salariés, ceux en structures privées non PSPH travaillent quasi-exclusivement comme libéraux.
 - Les établissements publics et privés PSPH sont financés par dotations globales, alors que
 - le financement des établissements privés non PSPH est versé sur la base de prix de journée et forfaits techniques à l'acte.
 - Le système est en cours d'évolution vers une harmonisation sur la base d'une tarification à l'activité (T2A).
- Au Luxembourg, il n'y a pas de différence entre établissements hospitaliers publics et privés en ce qui concerne le mode de financement. Tous les établissements sont financés sur la base de budgets négociés, reposant sur la distinction entre frais fixes et frais variables. Les besoins en personnel (hors personnel médical), qui représentent la part la plus importante des frais fixes, sont évalués à l'aide du PRN. La majorité des médecins travaillent comme libéraux, d'autres sont salariés (dans certains établissements/services).

L'évolution du secteur hospitalier varie d'un versant à l'autre.

Le versant français dispose depuis de longue date d'une offre de pointe avec des établissements lourds et un CHU situé à Nancy, à l'extrême sud de la zone Interreg.

Le Luxembourg a entrepris un important programme d'investissement dans le secteur hospitalier au cours des dix dernières années en développant, entre autres, des services nationaux avec des plateaux techniques offrant des perspectives de coopérations avec des établissements des versants belges et français. Jusqu'à présent, le Luxembourg est le pays de l'U.E. qui transfère le plus de patients à l'étranger vu l'inexistence de structure de soins du niveau d'un CHU (cfr chapitre 5).

En province de Luxembourg, les structures hospitalières ont connu une importante restructuration depuis la fin des années 80. De nombreux regroupements ont eu lieu pour aboutir à trois entités de soins généraux (nord, centre et sud de la province) sur 8 sites et une entité psychiatrique (Bertrix). Il n'y a pas de CHU à l'intérieur de la province, bien que l'hôpital psychiatrique de Bertrix est classé universitaire. Les établissements de cette zone ne disposent pas toujours de l'équipement, ni des équipes médicales nécessaires à la pratique de certaines interventions et doivent orienter leurs patients vers des centres hospitaliers liégeois, namurois ou bruxellois distants souvent de plus de 100 voire 150 kms.

Compte tenu de ces éléments, une coopération inter-hospitalière transfrontalière pourrait utilement voir le jour pour certaines filières de soins. D'ailleurs, le SROS de Lorraine recommande pour le secteur Nord-Est, « une coopération interrégionale » tenant compte d'un certain sous-équipement. C'est dans cette optique que deux projets ont été initiés entre des établissements belge, luxembourgeois et français, distants de moins de 25 kms, dans le domaine des neurosciences et de l'utilisation du PetScan.

Lorsqu'on prend comme point d'observation le développement de l'offre hospitalière à l'intérieur de l'espace territorial Interreg, on constate que malgré des efforts de planification et de structuration régionales, la répartition spatiale n'est pas toujours équilibrée.

On observe des carences au niveau des services de pointe. Ce qui nous amène à recommander le développement de coopération inter-hospitalière au départ des services hospitaliers équipés de technologie pointue et de ressources humaines hautement qualifiées. Ces coopérations permettraient de réduire le temps d'accès aux soins (la réduction de l'espace médical libre est parfois un facteur décisif pour le pronostic vital) pour les populations de ces zones territoriales et réduiraient les coûts sociaux engendrés par les longues distances à parcourir pour les patients et leur entourage.

De nos observations, il ressort une carence de l'infrastructures de soins au niveau de la néonatalogie et de la psychiatrie infantile et juvénile, sans doute due à un nombre insuffisant de spécialistes dans ces domaines.

Les services de pointe

	ZI belge	ZI française	ZI luxembourgeoise
Neurochirurgie		1x : Nancy (CHU)	1x : Luxembourg-Ville
Chirurgie cardiaque		1x : Nancy (CHU) 2x : Metz	1x : Luxembourg-Ville
Radiothérapie	Libramont	1x : Nancy (CHU) 2x : Metz/Thionville	1x : Esch/Alz.
Néonatalogie intensive		1x : niveau III à Nancy (CHU) 3x : niveau II+ à Metz	1x : Luxembourg-Ville
Psychiatrie infantile et juvénile		1 x : Jury 1 x : Lorquin 1 x : Sarreguemines 1 x : Briey 1 x : Verdun	1x : infant à Lux-Ville 1x : juvén à Lux-Ville

Au niveau de la ZI française, le département de la Meuse est le moins bien doté aussi bien en services de pointe qu'en équipement lourd. Rappelons, cependant, que c'est le département le moins peuplé avec moins de 200.000 habitants.

Force est de constater le faible niveau d'équipement de la Province de Luxembourg et de certaines parties de la ZI française (notamment Meurthe et Moselle) en comparaison d'un 'sur-équipement' du Grand-Duché de Luxembourg.

Les équipements lourds en 2004

Équipement	Lorraine	Gr-D. de Luxembourg	Prov. de Luxembourg
PetScan	1 à Nancy	1 à Luxembourg-Ville	0
IRM	9 dont : 3 en Moselle 4 en Meurthe & Moselle 2 en Meuse	5 dont : 2 en région-Centre, 2 en région Sud 1 en région Nord	1 à Arlon

De nombreuses autres pistes de réflexions transfrontalières pourraient voir le jour dans le cadre de la « Grande Région » qui est devenue un espace économique et d'emploi à l'intérieur duquel la mobilité est extrêmement développée.

Chapitre 5 - La mobilité des professionnels de santé et des patients dans la zone Interreg

1. Introduction

Une histoire partagée, une proximité linguistique et/ou culturelle, des similitudes et des complémentarités économiques liées aux restructurations sidérurgiques et au développement des services — principalement financiers, au Grand-Duché de Luxembourg ont favorisé le développement du travail frontalier à l'intérieur de l'espace territorial Interreg WLL. Celui-ci « constitue le cœur d'un espace composé de régions "d'anciennes industrialisations", qui connaissent depuis longtemps une intégration croissante des économies»³³². L'ouverture des frontières progressive s'observe également au niveau de la mobilité des patients et des prestataires de soins.

Le présent chapitre expose tout d'abord les principes réglementaires qui encadrent la mobilité des prestataires et des patients au sein de l'Union européenne. Ensuite, il aborde l'attractivité du Grand-Duché de Luxembourg pour les professionnels de santé et analyse la mobilité des patients au départ d'une méthodologie novatrice. Enfin, il développe l'intérêt d'une coopération transfrontalière interhospitalière et en dessine les contours au départ d'une première réalisation.

2. Le cadre réglementaire du conventionnement transfrontalier en santé

La signature du Traité de Rome (1957) n'a pas modifié la compétence des États-membres d'organiser et de gérer leur système de santé et d'accès aux soins. Dans les affaires sur lesquelles elle a été amenée à se prononcer, la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE) a constamment rappelé ce principe et les récentes communications de la Commission également. Comme la protection sociale est gouvernée par le principe de territorialité, il est logique qu'elle couvre essentiellement les prestations de santé fournies sur le territoire national. Ce principe de territorialité émane d'une conception de l'Etat-nation qui a pour mission en matière de santé de sauvegarder la santé publique, d'organiser un système de soins accessible à la population et de veiller à l'amélioration de l'état de santé de chaque citoyen.

Craignant que la libre circulation de la main-d'œuvre ne soit sévèrement entravée si les droits à la sécurité sociale restaient confinés aux frontières, le législateur européen, en l'absence d'une harmonisation en la matière, adopte, aux premières heures du Marché commun, l'instrument de la **coordination des systèmes de sécurité sociale**, afin de garantir des droits sociaux aux travailleurs migrants et aux personnes dont ils ont la charge.

La coordination des systèmes de sécurité sociale est fondée sur le principe de la libre circulation des travailleurs. L'article 42 du traité CE attribue au Conseil le pouvoir d'adopter « *dans le domaine de la sécurité sociale, les mesures nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs* ».

La coordination des systèmes de sécurité sociale est régie par les règlements européens 1408/71 et 574/72. Elle repose sur deux mécanismes:

- la totalisation des périodes d'assurance pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations ainsi que pour le calcul de celles-ci;
- le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des États membres.

³³² PIERINI F., *Travailleurs frontaliers dans l'Union européenne*, Parlement européen, Luxembourg, s.l., 1997, p.44.

Dans le domaine de la santé, la coordination traite principalement trois situations:

- le **travailleur frontalier** (formulaire E106) : il peut bénéficier de la prise en charge des soins délivrés à la fois sur le territoire du pays où il travaille et dans lequel il réside. Ce double accès aux soins concerne également les membres de sa famille lorsque des conventions entre Etats le permettent. C'est notamment le cas entre la France et la Belgique. C'est aussi le cas pour le Luxembourg en ce qui concerne l'ensemble des travailleurs frontaliers.
- Les **soins nécessaires** délivrés en cas de séjour temporaire à l'étranger (depuis le 1^{er} juin 2004, le formulaire E111 a été remplacé dans la plupart des Etats-membres par la carte européenne d'assurance) sont remboursés sur base du tarif en vigueur dans le pays où ils sont dispensés.
- Le travailleur ou le membre de sa famille qui souhaite recevoir des **soins dans un autre État-membre** doit obtenir une autorisation préalable de son institution d'assurance maladie compétente et la présenter, à l'institution du lieu de séjour. Le formulaire E112 atteste le droit d'accès aux soins dans l'Etat d'affiliation et l'acceptation de l'institution compétente de couvrir les frais afférents au traitement médical spécifié. Les Etats membres ont la possibilité de moduler leur politique d'autorisation de soins à l'étranger. Cependant, l'article 22, 2, 2 du règlement européen précise que l'autorisation ne peut être refusée lorsque deux conditions cumulatives sont remplies: d'une part le traitement doit être couvert par le système de protection sociale et d'autre part le traitement ne peut être dispensé dans le pays de résidence, dans un délai normalement nécessaire, compte tenu de l'état de santé du patient et de l'évolution probable de sa maladie.

Une étude sur la mobilité transfrontalière des patients dans le cadre du système de coordination communautaire³³³ réalisée, il y a plus de 10 ans par l'Association Internationale de la Mutualité (AIM) montrait que les États membres menaient, en général, une politique d'autorisation très restrictive. En 2000, une seconde étude de l'AIM pour la Commission européenne, constatait que le Royaume-Uni ne délivrait guère plus de 600 formulaires E112 par an, la France 400, la Suède 20. Proportionnellement, la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg se montraient moins restrictifs avec respectivement en moyenne 2000 et 7000 cas l'an³³⁴.

C'est sans doute une des raisons qui limite l'impact financier des soins transfrontaliers. Celui-ci reste marginal. En 1998, il atteint à peine 2 € par habitant par an ou moins de 0,5 % des dépenses publiques de santé³³⁵. Le Grand-duché de Luxembourg fait pourtant exception, en totalisant un coût moyen de 116 € par habitant, soit 9 % de ses dépenses publiques de santé. Ceci s'explique principalement par la capacité réduite de l'infrastructure de soins du Grand-Duché de Luxembourg, compte tenu de la petite taille de la population, et par voie de conséquence de la nécessité de recourir pour les malades aux soins dispensés à l'étranger.

Le tableau ci-dessous donnent une représentation de l'importance des créances et des dettes entre Etats-membres en 2001. Nous constatons que le Grand-Duché totalise une dépense de 170,1 € par habitant alors que la moyenne européenne est de 2,6 € soit 7,57 % du total des dettes de l'UE. A l'inverse du Luxembourg, la France d'abord et la Belgique ensuite sont deux pays dont le montant des créances dépasse largement celui des dettes.

³³³ ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA MUTUALITE, *Soins de santé transfrontaliers au sein de la Communauté européenne*, avril 1991, 190 p. ; Voir aussi J. HERMESSE, H. LEWALLE, *L'accès aux soins en Europe, Quelle mobilité du patient?*, Academia, Eurospectives, Bruylant, 1993, 135 p. ;

³³⁴ Ibid.

³³⁵ Voir aussi C. DE BACKER et J. HERMESSE, "Les soins de santé transfrontaliers", in *MC- Informations*, 188, juin-juillet, 1999, pp. 3-12.

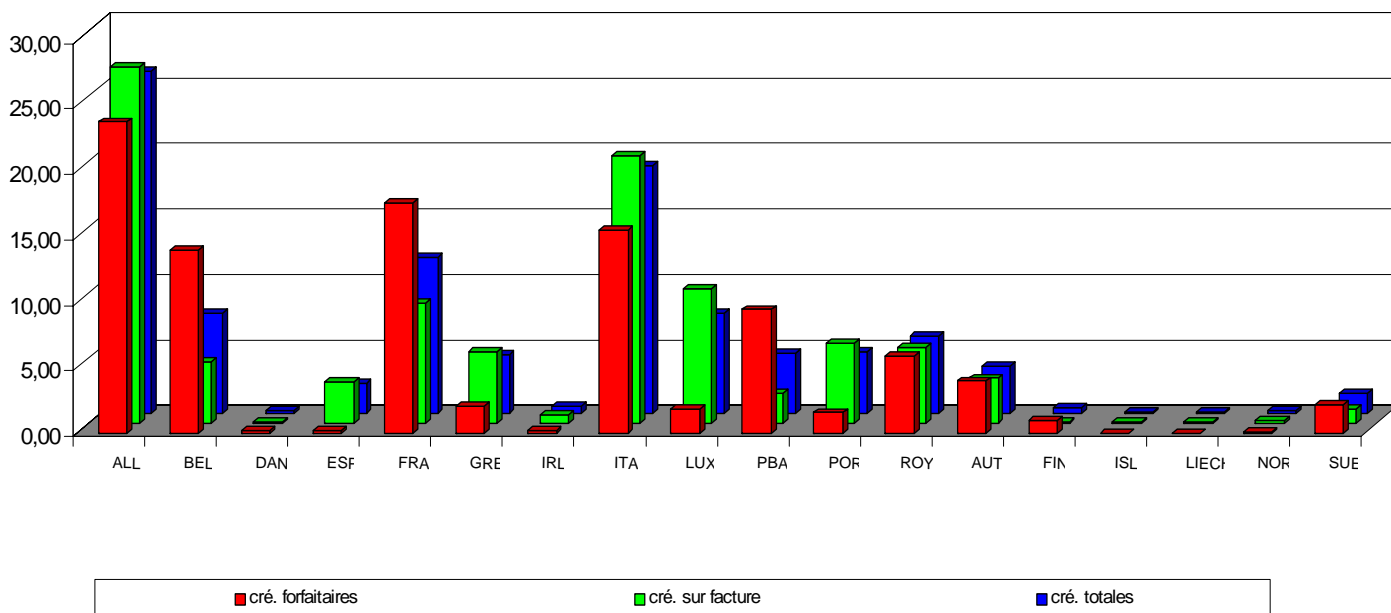
Tableau 1 : Part des pays dans les créances et dettes pour les soins à l'étranger en 2001

PAYS	DEBITEURS			CREDITEURS		
	€(1000)	%	€/hab	€(1000)	%	€/hab
Allemagne	256939	26,06	3,1	174.578	17,71	2,1
Belgique	75259	7,63	7,3	102.931	10,44	10,0
Danemark	1430	0,15	0,3	1.393	0,14	0,3
Espagne	22217	2,25	0,6	92.334	9,37	2,3
France	116751	11,84	2,0	272.738	27,66	4,6
Grèce	43454	4,41	4,0	29.317	2,97	2,7
Irlande	4772	0,48	1,2	0	0	0,0
Italie	185350	18,8	3,2	96.527	9,79	1,7
Luxembourg	74653	7,57	170,1	17.225	1,75	39,2
Pays-Bas	44842	4,51	2,8	21.592	2,19	1,4
Portugal	46073	4,67	4,5	30.405	3,08	3,0
Royaume-Uni	57678	5,85	1,0	42.741	4,34	0,7
Autriche	35535	3,6	4,4	90.533	9,18	11,3
Finlande	3948	0,4	0,8	1.632	0,17	0,3
Islande	476	0,05	1,7	261	0,03	0,9
Liechtenstein	323	0,03	9,8	0	0	0,0
Norvège	1764	0,18	0,4	547	0,06	0,1
Suède	14458	1,47	1,6	11169	1,13	1,3
TOTAL	985922	100,00	2,6	985.922	100,00	2,6

Source : Commission administrative de la CEE

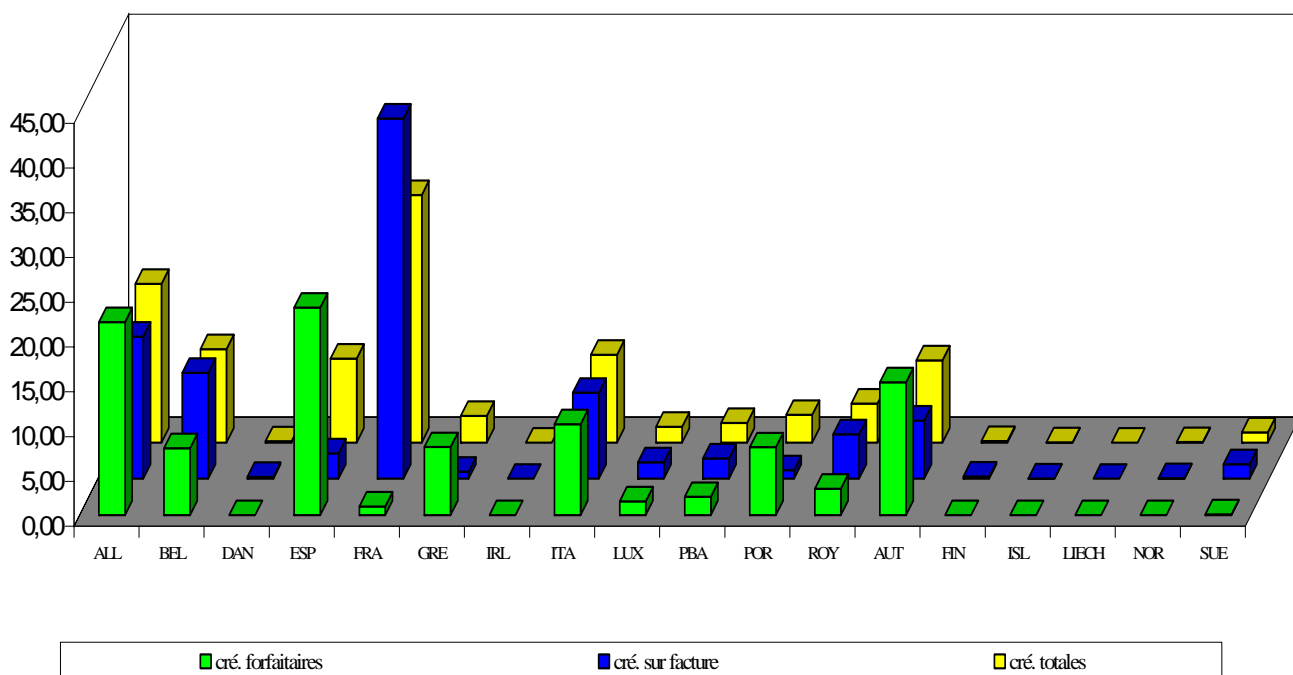
Afin de dégager les types de flux financiers illustrés par les graphiques ci-dessous, rappelons que les créances sur facture représentent les flux des soins des travailleurs frontaliers — sauf entre les Pays-Bas et la Belgique, les soins dispensés en cas de séjour temporaire et les soins programmés. Les créances forfaitaires résultent des flux des pensionnés, invalides etc, qui font élection de domicile à l'étranger et pour lesquels les pays compétents versent aux pays de résidence un montant mensuel forfaitaire pour assumer les dépenses de santé résultant des soins administrés pendant la période de changement de résidence.

Flux financiers 2001 : Etat des dettes par pays en % du total



Source : Commission administrative de la CEE

Flux financiers 2001 : Etat des créances par pays en % du total



Source : Commission administrative de la CEE

De manière générale, on constate pour les trois pays qui nous concernent que le Luxembourg est le pays dont les dettes par habitant sont les plus élevées et concernent principalement des soins facturés à frais réels. La France est le pays qui importe le plus de patients puisque ses créances sur les autres Etats-membres sont les plus élevées de l'UE et de l'AELE³³⁶.

Le tableau ci-dessous affine ces constats et présente les flux financiers des pays concernés vers les autres pays européens, ainsi que répartition des créances au 31/12/2001 en % suivant les États débiteurs pour chaque État créateur :

- 31,49 % des créances totales de santé belges sont dues aux prestations de soins assurées aux patients luxembourgeois contre 14,16 % et 8,96 %, respectivement, aux patients français et allemands.
- 37,51 % des créances totales de santé françaises sont dues aux soins fournis aux patients allemands,.
- 17,08 % des créances totales de santé luxembourgeoises sont dues aux soins fournis aux patients belges, 5,92 % aux patients allemands et 0,99 % aux patients français.

Tableau 2 : Montant total au 31/12/2001 par Etat-membre créateur et débiteur (en 1.000 €) et répartition des créances au 31/12/2001 en % suivant les Etats débiteurs pour chaque Etat créateur

	Etats débiteurs									
Etats créateurs	Allemagne		Belgique		France		Luxembourg		TOTAL	TOTAL GENERAL
Allemagne	=====		14.163	8,11	42.005	24,06	5.076	2,91	61.244	174.578
Belgique	9.220	8,96	=====		14.574	14,16	32.409	31,49	56.203	102.931
Danemark	1.354	97,20							1.354	1.393
Espagne	7.224	7,82	9.727	10,53	34.713	37,60			51.664	92.334
France	102.309	37,51	17.965	6,59	=====		30.034	11,01	150.308	272.738
Grèce	21.289	72,62	2.389	8,15	466	1,59	2	0,01	24.146	29.317
Irlande									0	0
Italie	28.190	29,20	24.908	25,80	8.588	8,90	3.974	4,12	65.660	96.527
Luxembourg	1.019	5,92	2.942	17,08	170	0,99	=====		4.131	17.225
Pays-Bas	14.491	67,11			635	2,94	5	0,02	15.131	21.592
Portugal	8.166	26,86	901	2,96	12.168	40,02	3.142	10,33	24.377	30.405
Royaume-Uni	257	0,60	1.104	2,58	929	2,17			2.290	42.741
Autriche	60.903	67,27	981	1,08	1.524	1,68	11	0,01	63.419	90.533
Finlande	185	11,34			51	3,13			236	1.632
Islande	54	20,69	19	7,28	14	5,36			87	261
Liechtenstein									0	0
Norvège	17	3,11	-2	-0,37	113	20,66			128	547
Suède	2.261	20,24	162	1,45	801	7,17			3.224	11 169
TOTAL	256.939	26,06	75.259	7,63	116.751	11,84	74.653	7,57	523.602	985.922

Source : Commission administrative de la CEE

³³⁶ Association Européenne de Libre-Echange

3. La jurisprudence de la Cour de justice européenne

L'accès aux soins à l'étranger régulé par le formulaire E112 est au cœur du débat sur la libre circulation ou non des patients dans l'Union européenne.

4.2. Les affaires Kohll et Decker

Avec les arrêts rendus par la Cour de Justice des Communautés européennes (C.J.C.E.), en avril 1998, dans les affaires *Kohll* et *Decker*, les secteurs des soins de santé et de la protection sociale n'échappent plus à l'emprise du processus de l'intégration européenne. Une brèche a été introduite au sein du système traditionnel de régulation de l'accès aux soins à l'étranger.

Dans ces affaires, le premier débat argumentaire a porté sur la question de savoir si le droit communautaire s'appliquait à la sécurité sociale, sachant que cette matière relève de la compétence de chaque État membre.

La C.J.C.E. a considéré que si les États membres jouissent d'une grande liberté pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale, ce pouvoir ne peut être utilisé pour contrevenir à la législation communautaire. Aucun secteur ne peut se soustraire à l'application des principes communautaires de non-discrimination et de libre circulation. Comme l'expliqua l'avocat général dans ses conclusions: « le secteur de la sécurité sociale ne constitue pas un îlot à l'abri de la législation communautaire. »

En deuxième lieu, les autorités luxembourgeoises ont argué que le droit communautaire autorise les États membres à restreindre la libre circulation lorsque l'intérêt général ou la santé publique risquent d'être mis en péril. Selon l'État luxembourgeois, la condition de l'autorisation préalable était nécessaire:

- pour préserver l'équilibre financier du régime de sécurité sociale:
l'absence de limitation du flux de patients à l'étranger aux seuls cas urgents ou médicalement justifiés entraînerait de graves conséquences financières pour la sécurité sociale luxembourgeoise;
- pour protéger la santé publique des assurés sociaux:
sans l'instrument de l'autorisation préalable, l'État luxembourgeois serait contraint de rembourser des prestations à l'étranger dont il ne pourrait garantir la qualité;
- pour maintenir sur le territoire luxembourgeois un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous:
le financement, la viabilité et la qualité de l'offre médicale au Luxembourg seraient mis en danger si les luxembourgeois choisissaient massivement de se soigner à l'étranger.

Cependant, la C.J.C.E. a rejeté ces justifications.

- Elle a considéré que la demande de remboursement de MM. Kohll et Decker était une transaction financière neutre pour l'assurance maladie luxembourgeoise, puisqu'ils proposaient d'être remboursés sur base des tarifs luxembourgeois. Dès lors, l'équilibre financier du système n'aurait pas été mis en péril.
- En ce qui concerne l'argument relatif à la qualité des soins, la Cour de Justice a rejeté cette justification en invoquant l'application du principe de la reconnaissance mutuelle des diplômes aux prestataires de soins dans l'U.E., ainsi que les efforts réalisés, pendant les années 70, pour harmoniser les exigences en matière de formation des professionnels de santé. Elle a jugé cette base suffisante pour supposer un niveau de qualité des soins équivalent dans les différents États membres.

- Enfin, la protection et la valorisation par un État de son infrastructure médicale ne se justifient que lorsque la santé publique est effectivement menacée. Or, ces deux affaires ne pouvaient fonder une telle menace.

En conséquence, la Cour a considéré, dans les deux affaires, que l'autorisation préalable exigée par la législation luxembourgeoise constituait une restriction injustifiable à la libre circulation des marchandises et des services. Cette condition au remboursement des soins à l'étranger décourageait les ressortissants luxembourgeois de faire appel aux prestataires de services et de produits médicaux d'un autre État membre, sans qu'il y ait pour autant une base de justification légitime.

4.3. L'affaire Vanbraekel

En juillet 2001, la CJCE a rendu son arrêt dans l'affaire Vanbraekel³³⁷. La question préjudicielle portait sur le remboursement des prestations dispensées à l'étranger. Doit-il être calculé selon le tarif de l'État où les droits sont ouverts ou selon celui de l'État où l'intervention a été pratiquée? A cette question la CJCE a répondu, sur base du traité³³⁸ que, si le remboursement des frais exposés pour des services hospitaliers fournis dans l'État membre de séjour est inférieur à celui qui aurait résulté de l'application de la législation en vigueur dans l'État membre d'affiliation en cas d'hospitalisation dans ce dernier, un remboursement complémentaire correspondant à cette différence doit être accordé à l'assuré social par l'institution compétente.

³³⁷ Affaire C-368/98

³³⁸ Article 59 du traité CE devenu, après modification, article 49 du traité CE.

4.4. Les affaires Smits et Peerbooms

Toujours en juillet 2001, la CJCE a rendu un autre arrêt en matière de soins à l'étranger. Dans les affaires Smits et Peerbooms³³⁹ (deux assurés sociaux hollandais), elle devait se prononcer sur la demande de remboursement de prestations hospitalières dispensées à l'étranger sans autorisation préalable.

Dans son arrêt, la CJCE reste conforme à sa jurisprudence Kohll et Decker. L'autorisation médicale préalable constitue une entrave à la libre prestation des services médicaux. Seulement, elle accepte que l'assurance maladie hollandaise puisse déroger à l'application de ce principe pour des soins hospitaliers délivrés à l'étranger. Elle reconnaît que les justifications avancées par les Pays Bas sont fondées : d'une part, l'intérêt général (coût économique d'une offre hospitalière nationale) et d'autre part, la santé publique (nécessité de planifier une infrastructure pour répondre aux besoins de la population).

Enfin, la CJCE recommande aux Etats membres de recourir à des conventions entre les systèmes de santé limitrophes dans les régions frontalières et d'utiliser davantage le formulaire E112, autorisant la délivrance de soins à l'étranger, pour résorber les files d'attente.

4.5. Les affaires Müller-Fauré et Van Riet

Dans son récent arrêt *Müller-Fauré et Van Riet*³⁴⁰, la Cour de Justice considère que des délais d'attente trop longs ou anormaux restreignent l'accessibilité à des soins de qualité et ne peuvent être acceptés comme motif pour restreindre l'accès à des soins de santé disponibles dans un autre Etat. Dès lors, il incombe aux autorités nationales de tenir compte de l'état de santé et des antécédents médicaux du patient au moment de la demande d'autorisation.

Pour la Cour, la suppression de l'exigence de l'autorisation préalable pour les soins hospitaliers porterait gravement atteinte à l'équilibre financier du système de santé. Cependant, elle considère que malgré les problèmes auxquels sont confrontés les patients qui se déplacent à l'étranger (barrières linguistiques, distance géographique, frais de séjour et manque d'informations), les Etats ne doivent pas craindre une augmentation des déplacements transfrontaliers de patients ambulatoires. Comme les régions frontalières et le traitement de pathologies spécifiques pourraient être concernés par un flux plus important de patients, la Cour recommande de mettre en place un système de conventionnement avec les prestataires étrangers.

Par cet arrêt, la Cour prend une position qui autorise le remboursement des soins reçus à l'étranger en ambulatoire sans autorisation médicale préalable (sur base du tarif du pays compétent comme dans l'arrêt Kohll et Decker) et qui impose le respect de la procédure du règlement 1408/71 pour les soins hospitaliers (autorisation préalable nécessaire pour obtenir le remboursement).

4.6. Quel est l'impact de la jurisprudence de la CJCE?

Plusieurs enseignements découlent des arrêts de la CJCE.

Tout d'abord, la libre circulation des biens et services ne peut être entravée, sauf dans les situations définies par le législateur européen et la jurisprudence.

En deuxième lieu, les règlements européens concernant la coordination des systèmes de sécurité sociale ne renferment plus les seules procédures de régulation financière de l'accès aux soins à l'étranger. La CJCE a défini une procédure spécifique pour le remboursement des soins ambulatoires délivrés à l'étranger sans autorisation médicale préalable. Dans ce cas, les frais ne sont plus remboursés sur base du tarif du pays où les soins ont été dispensés mais du pays où les

³³⁹ Affaires C-157/99, Smits épouse Geraerts et Peerbooms.

³⁴⁰ C.J.C.E., Arrêt du 13 mai 2003, *Müller-Fauré et Van Riet*, C-385/99

droits sont ouverts (pays compétent). Depuis ces arrêts, le Luxembourg a intégré cette procédure dans sa législation. La Belgique a fait de même mais a plafonné le remboursement à 1.000 €. Quant à la France, elle applique la jurisprudence européenne de manière ambiguë en autorisant le remboursement des prestations ambulatoires non autorisées à l'étranger selon les tarifs d'autorité (soit environ 0,50 € pour une prestation de 20 à 25 €) au motif qu'elle ne veut pas discriminer les prestataires nationaux qui sont conventionnés. De la sorte, elle discrimine les prestataires étrangers qui sont dans l'impossibilité de se conventionner. Récemment, la Commission a mis en demeure la France, considérant que la circulaire ministérielle de janvier 2003 diffusée par la CNAM en août 2003 ne respecte pas la jurisprudence européenne.

Aujourd'hui, la belle unicité de la procédure de régulation financière instaurée par les règlements a volé en éclat d'une part par l'instauration de la procédure de remboursement défini par la CJCE dans l'affaire Kohll et Decker (tarif du pays compétent) et d'autre part dans l'affaire Vanbraekel où la CJCE a estimé qu'il fallait verser un complément financier équivalent à la différence entre le tarif de remboursement des frais à l'étranger et celui en vigueur dans le pays de résidence, lorsque celui-ci était plus avantageux pour l'assuré social.

En troisième lieu, les arrêts Kohll et Decker et les arrêts suivants (Vanbraekel, Smits et Peerbooms, Müller-Fauré et Van Riet) instituent une jurisprudence qui considère que la procédure d'autorisation de soins à l'étranger est une entrave à l'application du principe de la libre prestation des services.

En quatrième lieu, cette entrave peut-être justifiée pour des raisons économiques d'intérêt général et de santé publique lorsque la procédure d'autorisation préalable concerne les soins hospitaliers à l'étranger.

Enfin, les États membres sont invités à recourir au développement du conventionnement avec les systèmes de santé des pays limitrophes dans les zones frontalières et à délivrer davantage d'autorisation de soins à l'étranger pour tenter de résorber les files d'attentes.

4.7. Plusieurs questions demeurent sans réponse

Comment les systèmes de convention en vigueur dans les États membres vont-ils intégrer l'obligation qui leur est faite de ne pas discriminer les prestataires étrangers par rapport aux prestataires nationaux?

Dans quelle mesure les dispositifs mis en place dans les États membres pour maîtriser les coûts et assurer une meilleure qualité des soins ne risquent-ils pas d'être contournés ou mis à mal? A titre d'exemple, le Grand Duché a rencontré des difficultés pour négocier une convention avec les prestataires de soins après les arrêts Kohll et Decker.

Plus fondamentalement, la CJCE dont la fonction est de dire le droit, n'est-elle pas en train de définir de nouvelles orientations à caractère politique? L'absence de réaction du politique (les États membres et la Commission ou le Conseil) inquiète. S'oriente-t-on dans une prochaine étape vers une libéralisation plus importante? Si tel est le scénario qui semble se dessiner à travers la proposition de directive sur les services³⁴¹, ne vaudrait-il pas mieux prendre des initiatives en vue de réguler à la faveur des patients, des prestataires, des systèmes de sécurité sociale et des ressources économiques des États, l'évolution des soins à l'étranger au sein de l'Union car il existe d'importantes inégalités entre États mais aussi entre les citoyens d'un même pays en matière de santé et d'accès aux soins?

5. La coopération transfrontalière

L'assuré social qui habite dans une zone frontalière, en dehors d'une zone urbaine dotée d'une offre de soins étoffée, est souvent contraint, ainsi que les membres de sa famille, à effectuer de

³⁴¹ Proposition de directive sur les services, Com 2004/002 du 13 janvier 2004

longues distances pour recevoir les soins appropriés à son état de santé. Il peut, certainement, recourir aux règlements européens qui autorisent l'accès aux soins à l'étranger. Seulement, ces procédures ne sont pas simples et très souvent les patients ne disposent pas de toutes les informations utiles³⁴².

5.1. Les circulaires de l'INAMI en Belgique

Conscient des problèmes rencontrés, en matière d'accès aux soins, par les résidents des zones frontalières, le législateur belge a autorisé, à partir de 1981, l'hospitalisation des personnes, habitant à moins de 15 kms d'une frontière, dans un établissement étranger implanté à 25 kms de la frontière. Le patient qui remplit ces conditions ne doit pas demander d'autorisation préalable à son organisme assureur comme le prévoit le règlement européen. Il sera remboursé sur base des tarifs en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

5.2. Les conventions entre États

Avant l'application des règlements européens (1959), les États membres passaient des conventions pour améliorer l'accès aux soins des personnes habitant dans les zones frontalières. Ainsi, la France permit, en 1956, aux parturientes de la commune d'Halluin d'accoucher à la maternité de Menin. Le législateur européen autorise toujours ces conventions. D'ailleurs, **le Luxembourg et la Belgique ont renouvelé la convention s'appliquant aux travailleurs frontaliers belges** en 1996. Ceux-ci bénéficient, en fait, du régime de remboursement luxembourgeois. Il leur est plus favorable. Les tickets modérateurs et suppléments laissés à charge du patient sont moindres. Les soins sont remboursés selon le tarif luxembourgeois. Cependant, en Belgique, la prise en charge des soins hospitaliers est parfois supérieure à celle du Grand-Duché de Luxembourg. Dans ce cas, le patient est remboursé selon le tarif belge mais le Luxembourg enregistre sur son "compte complément" un montant négatif (différence entre tarif de remboursement belge et luxembourgeois). Les interventions ultérieures de l'assurance maladie luxembourgeoise sont réduites d'un montant équivalent au compte négatif du patient. Les comptes sont soldés après trois ans.

Avec les Pays Bas, la Belgique a aussi passé une **convention concernant les travailleurs frontaliers**. Les deux États établissent un décompte des frais sur base d'un montant forfaitaire par bénéficiaire. Pour le travailleur, c'est une simplification. Cependant, pour que ses ayants droits puissent recevoir des soins dans le pays où il travaille, ils doivent se faire délivrer un formulaire E112 (soins autorisés à l'étranger).

Depuis plusieurs décennies, **les ressortissants de Zélande (Pays Bas)** sont autorisés à se rendre dans des hôpitaux belges, notamment à Bruges et à Gand sans autorisation médicale préalable. Cette pratique découle de la faible offre de soins zélandaise.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la Région Champagne-Ardenne a passé une convention avec le Centre Hospitalier de Dinant pour permettre aux parturientes françaises, habitant la botte de Givet, d'accoucher et d'être soignées (soins pré et post) au sein de cet établissement. Cette convention a pour fondement la fermeture récente de la maternité de Revin (France).

5.3. Les projets Interreg

Depuis une décennie, la Commission européenne soutient le développement des zones frontalières à travers les programmes Interreg.

³⁴² "En Marche" n° 1247 du 17 janvier 2002, p 8-9.

Le **premier programme Interreg** a permis de développer, un premier projet d'amélioration de l'accès aux soins en **Hainaut/Nord Picardie**. Après une étude de l'offre de soins et des besoins en matière de santé des populations résidentes, une **convention** permet aux patients belges atteints du syndrome de l'immuno-déficience d'être soignés à **Tourcoing** et aux patients français souffrant d'insuffisance rénale d'être dialysés à **Mouscron**. Cette convention simplifie les procédures des règlements européens en dispensant les patients d'une autorisation préalable. Depuis plusieurs années, des malades chroniques et les membres de leur famille ne doivent plus effectuer des distances de parfois 100 kms pour recevoir des soins adéquats.

Le **deuxième programme Interreg** a suscité des initiatives le long des frontières belges. En **Hainaut/Nord Pas de Calais**, la **convention Tourcoing/Mouscron** a été élargie et de nouveaux projets ont été élaborés, notamment dans le domaine de l'**urologie**.

En **Wallonie/Champagne-Ardenne**, le programme Interreg II a permis de mener une analyse de l'offre et des besoins sanitaires. Les professionnels de santé et les directions des établissements de soins ont été sensibilisées à la dynamique du programme et à ses effets positifs sur la santé des populations concernées. Une convention a pu être élaborée pour permettre à des **grands brûlés français** d'être soignés à l'IMTR de Loverval et à des patients belges de suivre un traitement de **revalidation** à l'UGECAM de Charleville. Un projet, autorisant les patients français à effectuer des examens pet-scan à Mont Godinne et à Jolimont, n'a pu aboutir malgré la mobilisation des praticiens français et la carence de l'équipement en ce domaine dans la région Champagne-Ardenne.

Dans l'**Euregio Meuse-Rhin**, l'accès aux soins des populations résidant dans les provinces du Limbourg belge et hollandais, de Liège et d'Aix la Chapelle a été libéralisé avec le projet IZOM. Depuis le 1^{er} octobre 2001, les patients de ces régions peuvent se rendre dans les deux autres régions frontalières pour y recevoir des soins ambulatoires dispensés par un médecin spécialiste et des soins hospitaliers sans autorisation préalable. Ne sont pas concernées, les prestations des généralistes et des dentistes. L'évaluation de cette initiative a permis de mettre en évidence la grande satisfaction des patients qui en ont bénéficiée.

Les soins étrangers accessibles dans l'Eurégio Meuse-Rhin³⁴³ concernent essentiellement les spécialités médicales diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les soins hospitaliers. Selon l'enquête d'évaluation réalisée, les patients "mobiles" sont essentiellement des travailleurs et des anciens travailleurs (pensionnés) frontaliers belges et hollandais, âgés entre 30 et 70 ans. Les patients les plus âgés sont essentiellement des Allemands. Les principales motivations de ces patients sont "les soins appropriés" (surtout pour les patients belges et allemands), "la plus grande attention des prestataires" et le "temps d'attente moindre" (surtout les patients hollandais).

Les trois grands facteurs influençant l'accès des soins à l'étranger sont :

- Le manque de services / structures dans le pays de résidence ;
- Une prise de conscience des soins disponibles à l'étranger ;
- La somme d'informations mise à disposition sur les possibilités de soins à l'étranger.

Le projet **Scheldemond** (Escaut belgo-hollandais) s'est principalement orienté vers l'installation de **guichets de soins** dans les organismes de gestion de l'assurance maladie pour informer les patients et simplifier les procédures administratives et financières en matière d'accès aux soins à l'étranger et tout spécialement pour les patients de la Zélande hollandaise.

5.3.1. Un projet expérimental en Thiérache : Transcards

³⁴³ La dentisterie et la médecine générale ont été exclues de ce champ.

Depuis plus d'un an, les habitants français et belges de la Thiérache peuvent accéder sans autorisation préalable aux soins dispensés dans sept hôpitaux de la région. Cet accès aux soins est rendu aisé grâce à l'installation dans chacun des établissements d'un lecteur de carte de sécurité sociale du pays voisin (VITALE française et SIS belge). De la sorte, les services administratifs de l'établissement français qui reçoivent un patient belge procèdent à son inscription et à la constitution de son dossier en lisant sa carte SIS. Les coûts des soins sont pris en charge par l'assurance maladie belge sur base des tarifs français. Les patients français qui se rendent au Centre de Santé des Fagnes à Chimay bénéficient des mêmes avantages et sont pris en charge dans les mêmes conditions.

Globalement, le nombre de patients français soignés en Belgique entre 2000 et 2002 (527 assurés pour 976 séjours) est plus élevé que le nombre de patients belges traversant la frontière au cours de cette même période (74 assurés pour 124 séjours). Les patients "mobiles" sont essentiellement des actifs âgés entre 20 et 60 ans, dont 60 % sont des femmes.

Tableau 4 : Flux de patients

	Flux de patients belges		Flux de patients français	
	Nombre de flux	Nombre d'assurés	Nombre de flux	Nombre d'assurés
05/2000 - 04/2001	43	35	498	266
05/2001 - 04/2002	81	39	478	261
05/2000 - 04/2002	124	74	976	527
01/2002 - 12/2002	71	32	525	259

Par contre, les flux financiers les plus importants vont vers la France. Ceci s'explique par le fait que les patients français reçoivent principalement des soins ambulatoires en Belgique tandis que les Belges sont généralement hospitalisés en France pour des traitements de réadaptation. Toutefois, cet écart s'amenuise progressivement après les deux premiers exercices.

Tableau 5 : Flux financiers

	Flux financiers belges			Flux financiers français		
	AM	ASSURE	TOTAL	AM	ASSURE	TOTAL
05/2000 - 04/2001	183 486 €	11 933 €	195 419 €	109 469 €	10 759	120 228 €
05/2001 - 04/2002	184 238 €	15 908 €	200 146 €	127 115 €	13 250 €	140 365 €
05/2000 - 04/2002	367 724 €	27 841 €	395 565 €	236 584 €	24 009 €	260 593 €
01/2002 - 12/2002	228 043 €	13 263 €	241 306 €	191 465 €	14 312 €	205 777 €

5.3.2. Le programme Interreg III

Le programme Interreg III a démarré en juillet 2002. Il court sur une période de six ans. Dans l'Euregio Meuse-Rhin, tout le long de la frontière franco-belge et entre le Grand Duché, la Wallonie et la Lorraine française, des projets ont été déposés. Ils portent sur la complémentarité des systèmes de santé des régions frontalières, sur l'amélioration de l'accès aux soins, l'accroissement de la mobilité des patients et des prestataires de soins, le développement d'outils de communication pour les populations frontalières et les professionnels de santé, la simplification des procédures administratives et financières, la prise en charge des personnes âgées, handicapées...

5.4. En synthèse

L'accélération de l'intégration européenne, la lourdeur des règlements européens, l'accroissement de la mobilité, les arrêts de la C.J.C.E. modifient le cadre à l'intérieur duquel évoluaient les systèmes de sécurité sociale, il y a, à peine, une décennie. L'incidence de ces paramètres risque de s'intensifier au cours des prochaines années. Les programmes Interreg et

les expérimentations conduites avec le soutien de la Commission européenne et des pouvoirs régionaux et locaux et des acteurs de la santé concernés peuvent préparer aux changements en cours, élaborer des réponses appropriées aux besoins émergents, façonner des mécanismes de régulation adaptés aux populations et circonstances locales avec le souci d'améliorer la qualité des soins et de réduire les coûts sociaux.

6. La mobilité des professionnels de santé dans la zone Interreg

6.1. Les flux de professionnels de santé frontaliers

Comme développé au chapitre premier, 40 % des flux de travailleurs frontaliers de l'UE-15 se réalisent au sein de la Grande Région. La moitié d'entre eux concernent la zone Interreg et se font pratiquement à sens unique de la province de Luxembourg et de la Lorraine vers le GDL. Le secteur sanitaire est également concerné par cette mobilité transfrontalière.

L'enquête LLS "Mobilité des patients et des prestataires" (2002) menée auprès des établissements du Grand-Duché du Luxembourg, de la province de Luxembourg, de la Meuse, du nord de la Meurthe-et-Moselle et de la Moselle-Ouest, confirme d'ailleurs ce constat.

Au sein des 32 établissements hospitaliers "frontaliers" sondés³⁴⁴, 934 professionnels de santé sont des travailleurs frontaliers.

Les travailleurs frontaliers recensés sont essentiellement des paramédicaux (95 %).

Parmi les professionnels de santé frontaliers recensés, 89 % travaillent au Luxembourg. Parmi ceux-ci, 46 % résident en Belgique, 39 % en France et 15 % en Allemagne. Toutefois, cette répartition ne correspond pas à la situation globale, à savoir un nombre de travailleurs frontaliers français plus élevé que dans les autres versants. En effet, contrairement aux données parcellaires de l'enquête³⁴⁵, les données globales³⁴⁶ révèlent que 44,6 % des paramédicaux frontaliers résident en France, 29 % en Allemagne et 26,1 % en Belgique.

En ce qui concerne les médecins et chirurgiens, l'enquête LLS révèle que les résidents français travaillant au Luxembourg (72,7 % des flux vers le Luxembourg) sont plus nombreux que ceux demeurant en Belgique (21,2 %).

La Belgique n'attire que 78 unités, soit 8 % des flux dans la zone Interreg. Ces flux sont concentrés dans le sud de la province.

L'attraction des hôpitaux français est quant à elle très faible (2 %).

Selon l'enquête LLS, le nombre de frontaliers belges travaillant dans le secteur hospitalier est quasiment identique à celui des frontaliers français : ceux-ci représentent respectivement 42 % et 43 % des flux totaux de la zone Interreg. Toutefois, compte tenu de la remarque précédente, le nombre de frontaliers français est probablement sous-estimé. Par ailleurs, l'enquête montre que les médecins frontaliers belges sont particulièrement peu nombreux.

Les travailleurs frontaliers allemands recensés exercent presque exclusivement au Luxembourg et sont à 98 % des paramédicaux.

³⁴⁴ Parmi les cinquante établissements interrogés, 64 % ont répondu à l'enquête LLS "Mobilité et coopérations interhospitalières".

³⁴⁵ Ces chiffres indiquent 46,6 % venant de Belgique contre 37,9 % venant de France.

³⁴⁶ Ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg, Cf. données présentées au chapitre 3

Notons que les quelques travailleurs frontaliers luxembourgeois (1 % des flux totaux) sont, contrairement à la tendance globale de la zone Interreg, principalement des médecins (80 %).

Tableau 6 : Flux transfrontaliers des professionnels de santé des hôpitaux de la zone Interreg

Flux	Médecins	Chirurgiens	Internes/ Assistants	Paramédicaux	TOTAL
Belgique → Luxembourg	5	1	1	372	379
France → Luxembourg	19	4	1	303	327
Allemagne → Luxembourg	2	0	0	123	125
Total vers le Luxembourg	26	5	2	798	831
France → Belgique	1	0	0	76	77
Luxembourg → Belgique	4	1	1	2	8
Allemagne → Belgique	0	0	0	0	0
Total vers la province de Luxembourg	5	1	1	78	85
Belgique → France	0	0	0	15	15
Luxembourg → France	1	1	0	0	2
Allemagne → France	1	0	0	0	1
Total vers la France	2	1	0	15	17
TOTAL	33	7	3	891	934

Source : Enquête LLS "Mobilité des patients et des prestataires" - 2003

Les médecins frontaliers sont dispersés entre les différentes spécialités. Notons que le Luxembourg emploie 5 urgentistes français.

En ce qui concerne les paramédicaux, on observe une concentration d'infirmiers (76 % des flux paramédicaux dont 91 % travaillent au Luxembourg). Les autres sont répartis de la façon suivante : assistants techniques médicaux de radiologie (5 % dont 98 % au Grand-Duché de Luxembourg), aides soignants (4 % dont 82 % au Grand-Duché de Luxembourg), sages-femmes (3 % dont 66 % au Grand-Duché de Luxembourg), laborantins (3 % dont 96 % au Grand-Duché de Luxembourg). Le Grand-Duché de Luxembourg emploie également des assistants techniques médicaux de chirurgie (3 % des flux paramédicaux).

Les hôpitaux de la province de Luxembourg accueillent essentiellement des infirmiers français (77 % des flux de paramédicaux vers la Belgique) et des sages-femmes françaises (11 %).

La France n'attire quant à elle que 2 % de paramédicaux, 47 % sont des kinésithérapeutes.

6.2. Les professionnels de santé étrangers au Luxembourg

Outre ces flux frontaliers de professionnels de santé à sens unique vers le Luxembourg, de nombreux médecins étrangers se sont installés et exercent au Luxembourg de Luxembourg (Cf. Chapitre 3). En effet, en 2001, 29,1 % des médecins exerçant au Grand-Duché de Luxembourg sont étrangers : 41,1 % sont belges, 25,9 % français, 18,8 % allemands et 14,2 % sont classés dans "Autres pays".

Cette part a plus que doublé en l'espace de 10 ans : elle est passée de 13,5 % en 1991 à 29,1 % en 2001. Les croissances les plus importantes au cours de la période considérée concernent les Allemands et les médecins classés «Autres pays».

Comparativement aux résultats de l'enquête LSS "Mobilité des patients et des prestataires", il ressort que la plupart des médecins étrangers — et notamment les Belges, les Français et les Allemands, exerçant au Luxembourg décident d'y élire domicile.

Comme présentée dans le chapitre 3, l'orientation professionnelle du corps médical³⁴⁷ diffère selon la nationalité :

- le personnel médical de nationalité luxembourgeoise est en majorité constitué de spécialistes (54,1 %) ;

³⁴⁷ Les dentistes représentaient 21,3 % des personnels médicaux au GD de Luxembourg.

- les médecins allemands au Grand-Duché de Luxembourg sont principalement des spécialistes (73,1 %) et des dentistes (17,9 %) ;
- la mobilité de médecins belges concerne en grande partie des spécialistes (46,8 %) et des dentistes (34,5 %) ;
- la mobilité des médecins français touche aussi beaucoup de spécialistes (45,4 %) et de généralistes (33,3 %).

La répartition par nationalité des paramédicaux travaillant au Luxembourg (résidents et non-résidents) révélait en 2002 une majorité d'étrangers (52,8 %, soit 3326 unités). Ce phénomène aurait tendance à s'accroître d'année en année. Parmi ce personnel étranger, 38 % sont des Français, 27 % des Belges et 26 % des Allemands.

On constate que, parmi les paramédicaux étrangers, il y avait 74,8 % (soit 2487) de paramédicaux frontaliers et 25,2 % (soit 839) paramédicaux résidant au Luxembourg. Les paramédicaux étrangers résidant au Luxembourg se répartissent de la façon suivante : 37 % sont classés "Autres pays", 29 % sont des Belges, 18 % des Français et 16 % des Allemands.

6.3. **Les conséquences de ces flux**

Comme évoqué dans le premier chapitre, ces flux à sens unique présentent certains risques, tant pour le Grand-Duché de Luxembourg que pour les régions frontalières (Cf. Chapitre 1) :

➤ **Pour les versants lorrain et wallon**, ce phénomène croissant risque d'entraîner une segmentation du marché de l'emploi de la Grande Région c'est-à-dire que « les plus qualifiés franchissent les frontières (vers le Grand-Duché de Luxembourg) et les entreprises locales (des versants wallon et lorrain) peinent à s'attacher une main d'œuvre stable »³⁴⁸. Qui plus est, il accentue la pénurie de professionnels de santé, particulièrement ressentie en France.

➤ La dépendance du **Grand-Duché de Luxembourg** vis-à-vis des travailleurs frontaliers le rend vulnérable dans la mesure où un essor économique des régions limitrophes auquel s'ajoute d'ores et déjà l'avantage de la RTT (réduction du temps de travail, loi du 19 janvier 2000) en France pourraient détourner les travailleurs frontaliers du marché du travail luxembourgeois. Dans ce cas, le Grand-Duché de Luxembourg ne saurait répondre aux besoins, ni en termes d'effectifs, ni en termes de profils recherchés.

6.4. **Les raisons de ces flux**

Travailler au Luxembourg et résider dans un pays frontalier présente certains avantages.

Tout d'abord, contrairement à la Wallonie et à la Lorraine qui accusaient péniblement le déclin de la sidérurgie, le Luxembourg a reconverti son économie et créé de nombreux emplois, notamment dans le secteur tertiaire.

Ensuite, selon G. HOLZHEIMZE et I. SCHIFFMANN, cette migration du personnel de santé vers le Luxembourg s'explique principalement par les salaires plus élevés³⁴⁹. Qui plus est, le coût de la vie dans leur pays de résidence est moindre.

Du point de vue de la sécurité sociale, « les prestations en espèces et en nature auxquelles les frontaliers ont accès au Luxembourg, sont généralement supérieures à celles de leur pays de

³⁴⁸ MINISTÈRE DE LA RÉGION WALLONNE, PRÉFECTURE DE LA RÉGION LORRAINE, MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR G.D. LUXEMBOURG, *Op. cit.*, p.23.

³⁴⁹ Selon les données de l'EURES, une infirmière célibataire gagne au début de sa carrière 1 615 € en Lorraine, 1902 € en Sarre contre 2 654 € au Luxembourg. Cette différence s'accroît au cours de la carrière. En effet, en fin de carrière une infirmière travaillant en Lorraine gagne 2 406 € alors qu'elle en gagnerait 5 003 € au Grand-Duché du Luxembourg. Autrement dit, son salaire doublerait travaillant de l'autre côté de la frontière.

résidence »³⁵⁰. Ainsi, un frontalier employé au Luxembourg en incapacité de travail suite à une maladie a en principe droit à une allocation maladie durant douze mois.

Les relations privilégiées entre la Belgique et le Luxembourg expliquent que les frontaliers résidant en Belgique bénéficient d'un régime plus favorable que les travailleurs venant d'Allemagne ou de France.

Enfin, notons que les frontaliers français travaillant en Belgique bénéficient également de plusieurs avantages : les allocations familiales sont supérieures à celles qu'ils obtiendraient en France et la fiscalité directe française est largement inférieure à la fiscalité belge. A l'inverse, les frontaliers belges employés en France ne peuvent bénéficier de cette fiscalité moins élevée. De plus, ces derniers « paient (...) pour la sécurité sociale française, à laquelle ils sont affiliés, par prélèvement direct sur leurs revenus français, mais aussi pour la sécurité sociale belge, par la voie de l'impôt belge sur ces mêmes revenus »³⁵¹.

6.5. Conclusion

Le secteur hospitalier n'échappe pas au phénomène d'attraction du marché de l'emploi luxembourgeois. Les flux frontaliers concernent essentiellement les paramédicaux et plus particulièrement les infirmiers. Ce statut de travailleur frontalier présente deux avantages majeurs : un salaire plus élevé et une couverture maladie plus large.

Pour le personnel médical, l'analyse par pays de résidence est inappropriée du fait que l'exercice de la profession médicale s'accompagne quasi automatiquement d'une installation dans le pays d'accueil. Ces flux à sens unique rendent le Luxembourg dépendant du personnel frontalier et réduisent l'offre de professionnels dans les régions limitrophes.

7. La mobilité des patients

6.1. Remarques méthodologiques

6.1.1. L'enquête LLS "Mobilité et coopération transfrontalière" (2003)

En ce qui concerne la mobilité des patients et des prestataires, nous disposons des résultats de l'enquête LLS "Mobilité et coopération transfrontalière" menée auprès des établissements du Grand-Duché du Luxembourg, de la province de Luxembourg, de la Meuse, du nord de la Meurthe-et-Moselle et de la Moselle-Ouest. Toutefois, force est de constater que l'évaluation de la mobilité des patients et plus particulièrement la comptabilisation des formulaires E 112 n'est pas une opération aisée pour les hôpitaux. Or, cette information est essentielle pour nos travaux. C'est la raison pour laquelle ces résultats ont été complétés par une analyse des données des systèmes d'enregistrement de l'activité hospitalière des trois versants de la zone WLL.

6.1.2. L'analyse comparée de l'activité hospitalière

Les flux de patients ne font aujourd'hui l'objet que d'une évaluation comptable en terme de flux financiers (cf. supra). Aujourd'hui, seuls les projets Transcards et Izom ont mené une enquête quantitative et de satisfaction à ce sujet. Or, ce phénomène croissant est une variable essentielle de la coopération transfrontalière. De plus, les arrêts de la CJCE, les conventions "petites frontières"³⁵² et les coopérations interhospitalières encouragent l'accès aux soins à l'étranger sans autorisation préalable.

³⁵⁰ PIERINI F., *Loc. cit.*, p.82.

³⁵¹ Id., p.74.

³⁵² Cf. Infra

Pour évaluer les diverses formes de mobilité, nous pouvons nous référer aux données des organismes assureurs telles que les autorisations préalables (E112) octroyées aux malades de la zone Interreg. Mais cette approche reste parcellaire et imprécise, notamment pour la Belgique. Pour cette raison, nous avons opté pour une analyse comparée des systèmes d'enregistrement des données de l'activité hospitalière qui soit susceptible de rendre compte des flux des patients, des pathologies et des établissements accueillant ces patients.

Ainsi, les flux de patients frontaliers sont identifiés à partir du code géographique de résidence ou du pays de résidence du malade³⁵³. Toutefois, l'identification des patients frontaliers ou non-résidents ne peut être exhaustive parce que certains patients se font hospitaliser dans l'anonymat ou peuvent indiquer une adresse d'un membre de la famille qui réside dans le pays concerné.

Chaque pays dispose de son propre système d'enregistrement : le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en France³⁵⁴, le Résumé Clinique Minimum (RCM)³⁵⁵ en Belgique et le système PEN II³⁵⁶ de l'Union des Caisses de Maladie (UCM) au Luxembourg. Qui plus est, les trois pays utilisent des classifications différentes : CIM 9 en Belgique, CIM 10 - 4 positions en France et CIM 10 - 3 positions au Luxembourg. Enfin, il n'existe pas de nomenclature internationale des actes.

En dépit des systèmes différents, une comparaison des données a été amorcée sur base des résultats des travaux de conversion réalisés dans le cadre du projet européen "Hospital Data Project" insufflé par la DG SANCO et achevé en juillet 2003.

6.2. Les flux de patients

6.2.1. Les soins programmés

Actuellement, il n'existe aucune étude exhaustive relative à la mobilité des patients.

Néanmoins, nous disposons d'une étude sur les créances communautaires³⁵⁷ effectuée à partir de 15 000 dossiers. Celle-ci concluait que, par mode d'accès et valeur des créances :

- 59 % des flux provenaient du E 112 (soins non urgents) ;
- 25 % du E 111 (situation d'urgence) et ;
- 16 % du E 106 (travailleurs migrants).

L'analyse des dossiers E 112 montrait qu'il s'agissait très largement :

- du traitement de pathologies spécifiques ;
- de soins accordés aux habitants des zones frontalières dépourvues d'infrastructures capables de dispenser des traitements adéquats dans un délai normal et ;
- de l'application de conventions entre des établissements de soins et certains régimes de sécurité sociale.

Par ailleurs, l'impact de l'arrêt de la CJCE « Kohll et Decker » est resté limité : R. Kieffer constate que « la mobilité des patients s'est bien accrue au Luxembourg depuis les arrêts Decker et Kohll. Mais cet accroissement s'est produit dans l'ancienne filière du règlement de

³⁵³ La fiabilité du code postal enregistré est relative pour plusieurs raisons. D'abord, celui-ci est encodé sans vérification préalable (en France, notamment). Ensuite, les préfixes alphanumériques sont généralement éliminés ou transformés par le logiciel informatique d'exploitation des données (Belgique, France). Au Luxembourg, le code pays est utilisé.

³⁵⁴ Cf. Annexe 1 : Le PMSI

³⁵⁵ Cf. Annexe 2 : Le RCM

³⁵⁶ PEN II : Prestations en Nature, version II

³⁵⁷ Etude de l'AIM pour la Commission européenne 1990-1991 et J. HERMESSE, H. LEWALLE, *Op.cit.*

coordination 1408/71 et la nouvelle voie d'accès aux soins à l'étranger, sans autorisation préalable, ne connaît qu'un succès mitigé »³⁵⁸.

Toutefois, le phénomène tend à se modifier : nous passons progressivement d'une situation où des patients individuels se faisaient soigner à l'étranger parce qu'ils s'y trouvaient fortuitement à une situation où des assureurs étrangers ou des instances étrangères de financement de soins prennent l'initiative d'envoyer des assurés à l'étranger pour s'y faire soigner.

6.2.2. L'analyse comparée des systèmes d'enregistrement de l'activité hospitalière des établissements de la zone LLS

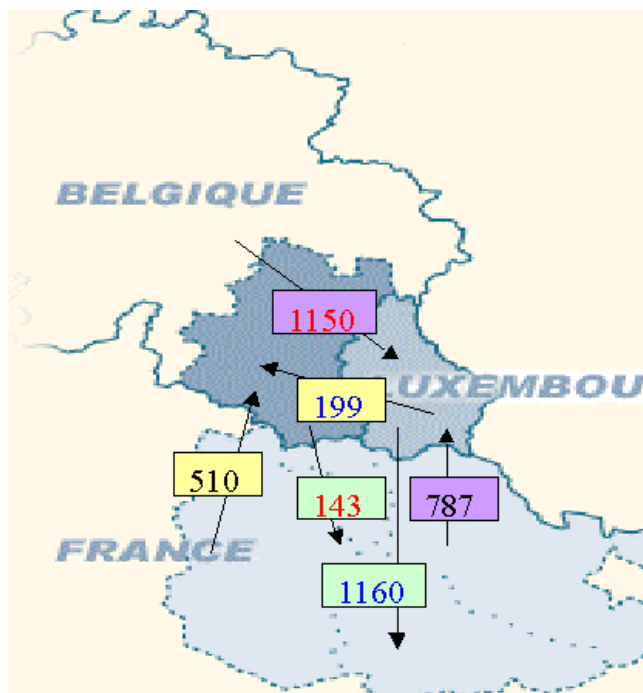
Actuellement, la mobilité extra nationale des patients se fait principalement vers les grands centres hospitaliers tels que ceux de Paris ou de Bruxelles ainsi qu'entre les établissements de soins des zones frontalières. En effet, l'analyse comparée des systèmes d'enregistrement de l'activité hospitalière des établissements de la zone LLS révèle une mobilité de la patientèle au sein de la région et une attraction de l'unique centre hospitalier de la zone (CHU de Nancy).

En dépit des réserves relatives à la fiabilité des données enregistrées, nous pouvons dégager certaines tendances des flux de patients dans la zone Interreg.

En 2001 4511 séjours hospitaliers de patients non-résidents ont été enregistrés dans les établissements hospitaliers de la zone Interreg LLS. Ces séjours se répartissaient comme suit (cf. carte ci-dessous).

³⁵⁸ Allocution du 5 décembre 2003 à Lille.

Carte : Nombre de séjours hospitaliers des non-résidents dans la zone Interreg (2001)³⁵⁹



Source : Analyse comparée des systèmes d'enregistrement de l'activité hospitalière, 2001

6.2.2.1. Les flux et profils des patients non-résidents

Hormis les patients venant d'Allemagne (11,7 % des flux enregistrés), les patients "mobiles" dans la zone Interreg sont, en termes d'effectifs, relativement comparables.

Parmi les résidents étrangers soignés dans les hôpitaux luxembourgeois, 44,2 % résident en Belgique, 30,4 % en France et 10,2 % en Allemagne. Trois quarts d'entre eux sont des assurés luxembourgeois (travailleurs frontaliers et leurs familles). Cette proportion augmente même jusqu'à 87 % pour les résidents français et belges. Il s'agit donc essentiellement d'actifs.

Les flux de résidents français, luxembourgeois et allemands vers les hôpitaux de la province de Luxembourg représentent respectivement 70,1 %, 27,4 % et 2,5 %.

Les patients non-résidents hospitalisés dans les hôpitaux de Lorraine proviennent principalement du Luxembourg (85% des flux étrangers).

6.2.2.2. Les établissements sollicités

Plus de la moitié de ces patients sont hospitalisés au Luxembourg et un tiers dans les hôpitaux lorrains (dont 88 % dans le secteur public).

Les hôpitaux luxembourgeois accueillent davantage de résidents belges³⁶⁰. Qui plus est, selon une étude menée conjointement par le STATEC et le CEPS³⁶¹, les dépenses de santé moyennes

³⁵⁹ Les 709 séjours belges concernent 587 patients. Les bases de données française et luxembourgeoise ne permettent pas d'identifier le nombre de patients.

³⁶⁰ Ce constat peut s'expliquer par les avantages de la convention belgo-luxembourgeoise en la matière.

³⁶¹ G. SCHULLER, M. ZANARDELLI, *Les dépenses des salariés frontaliers au Luxembourg*, CEPS - STATEC, Luxembourg, 2002, p. 22.

par Belge au Luxembourg sont deux fois plus élevées que celles des Allemands et plus de trois fois plus importantes que celles des Français.

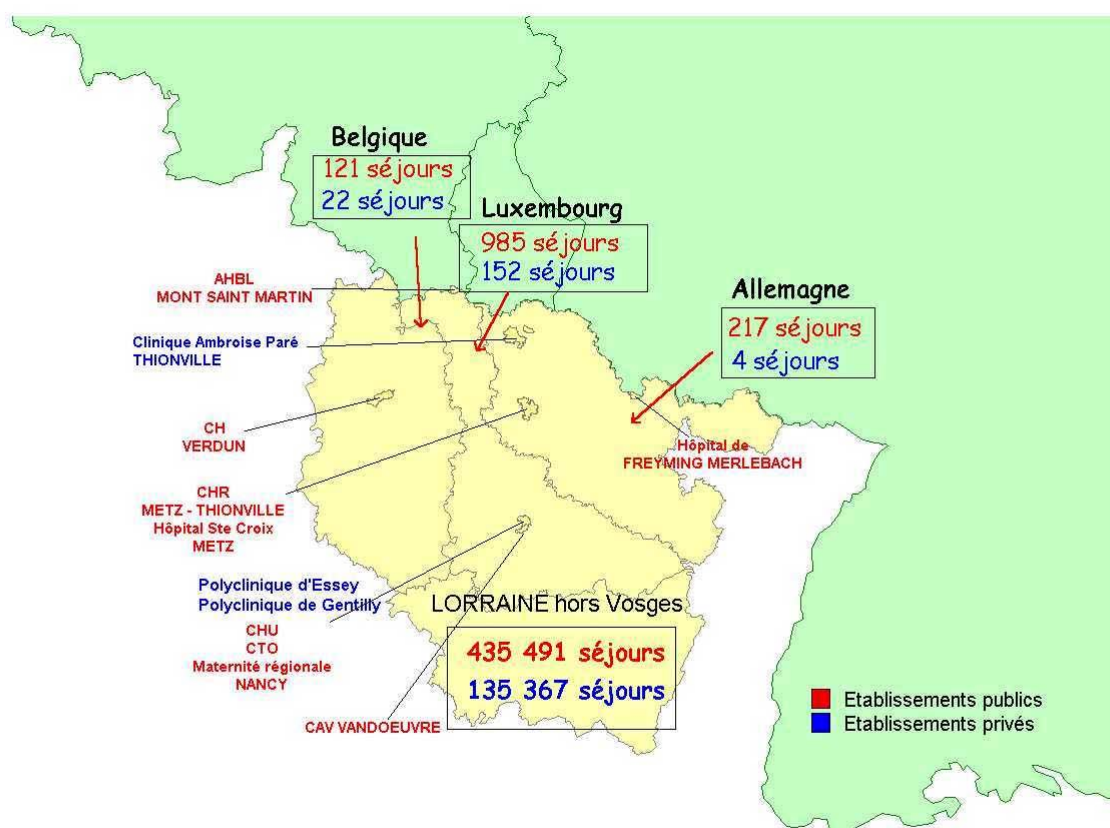
Les hôpitaux lorrains prennent essentiellement en charge des Luxembourgeois. Parmi les séjours des résidents frontaliers en hôpitaux publics, 38,5 % des hospitalisations sont des hospitalisations programmées de moins d'un jour, contre 32,3 % pour l'ensemble des séjours.

Les flux frontaliers vers les établissements de la province de Luxembourg représentent 2 % de leurs hospitalisations. Ceux-ci attirent majoritairement des résidents français.

En 2002, les hôpitaux luxembourgeois accueillant le plus de patients non-résidents sont respectivement le CHL (22 %) l'HVEA (15 %) et l'HPMA (15 %).

Les établissements privés lorrains les plus visités par les résidents étrangers sont situés dans la région de Nancy (74 % à Gentilly, 11 % Essey-les-Nancy). Pour les hôpitaux publics, il s'agit du CHU de Nancy (55 %), du CHR de Metz-Thionville (16 %), du centre Alexis Vautrin (13 %)³⁶².

Carte : Flux de patients vers les départements frontaliers lorrains³⁶³



Source : PMSI 2001

Les patients frontaliers soignés en province de Luxembourg sont concentrés dans le sud de la province (75 %).

³⁶² Notons qu'il est surprenant de ne pas retrouver certains établissements plus proches de la frontière.

³⁶³ Contrairement à la carte précédente, celle-ci exclut la cm24 qui représente les hospitalisations programmées de moins d'un jour.

6.2.2.3. Les pathologies traitées

Les flux des résidents étrangers vers les cliniques lorraines concernent majoritairement la prise en charge des "maladies du système ostéo-articulaires et tissu conjonctif". Parmi ceux-ci, 52 séjours concernent la chirurgie de la main et du poignet, 16 la chirurgie de l'épaule et 9 la chirurgie du genou. On observe également 11 séjours en ophtalmologie et 11 en "vasculaire membre inférieur".

Outre les soins urgents, les hôpitaux publics lorrains sont sollicités par les résidents étrangers pour plusieurs spécialités. Le centre A. Vautrin traite principalement les cancers et applique notamment la radiothérapie. Toutefois, les cancers de l'appareil respiratoire sont davantage pris en charge au CHU de Nancy. Cet établissement assure également les prestations de neurochirurgie et de dermatologie, effectue les greffes de reins et de cœurs et traite les malformations congénitales.

Les infarctus aigus sont quant à eux pris en charge au CHR de Metz tandis que les infarctus coronariens (chronique) sont davantage traités au CHU de Nancy.

Par ailleurs, plusieurs hôpitaux publics lorrains accueillent également des patients souffrant de démence ou de pathologies liées à l'alcoolologie.

Au Luxembourg, en 2002, les principales causes d'hospitalisation des étrangers concernent les lésions traumatiques (16%), les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (12,9%) et les grossesses, accouchements et puerpéralité (11,4%). Si de nombreux cas relèvent de l'urgence, nous constatons toutefois l'existence des séjours dus à des pathologies plus complexes ne relevant pas de l'urgence. Il s'agit notamment des maladies de l'appareil respiratoire (9%), des maladies de l'appareil digestif (7,7%) et des tumeurs (6,1%)..

Les frontaliers soignés en province de Luxembourg sont essentiellement pris en charge dans le cadre des urgences³⁶⁴. A l'instar de l'activité totale de ces établissements, les 3/4 de ces séjours sont de type aigu (<> hospitalisation de jour).

Quasiment la totalité des patients non résidents pris en charge par les hôpitaux lorrains et de la province de Luxembourg³⁶⁵ sont rentrés chez eux après leur hospitalisation à l'étranger. Autrement dit, ces établissements ont assuré l'ensemble des soins nécessaires aux patients.

6.2.2.4. Conclusion

Les études européennes relatives à la mobilité des patients montrent que l'accès aux soins à l'étranger n'entraîne qu'un flux limité de patients et de créances. Ce constat s'applique également à la zone LLS. Des flux des patients ont pu être identifiés au sein de la zone Interreg grâce à l'analyse comparée de l'activité des hôpitaux concernés.

Globalement, la mobilité des patients des trois versants est, en terme d'effectifs, relativement comparable. Les hôpitaux du Grand-Duché de Luxembourg enregistrent de nombreux séjours de travailleurs frontaliers (belges et français) et ceux de la Lorraine accueillent essentiellement des patients luxembourgeois. Dans une moindre mesure, on observe également un flux de patients français vers le sud de la province de Luxembourg.

Outre les soins urgents, l'analyse des pathologies traitées permet de dégager plusieurs flux significatifs, particulièrement vers la Lorraine et le Grand-Duché de Luxembourg.

³⁶⁴ 22,66 % des patients frontaliers sont enregistrés sous la catégorie "Traumatismes, empoisonnement et autres causes externes" (contre 12 % des séjours totaux) et 17 % sous la catégorie "Facteurs influençant l'état de santé" (contre 14 % de l'ensemble des séjours).

³⁶⁵ Variable non disponible dans les bases de données de l'UCM

7. Les coopérations interhospitalières

Actuellement, le nombre de coopérations transfrontalières entre établissements hospitaliers de la zone LLS est relativement restreint.

Parmi les projets portés par des établissements **frontaliers** ayant répondu à l'enquête LLS "Mobilité et coopération", citons les flux de patients et de professionnels de santé entre l'AHBL (Mont-Saint-Martin - France) et les CSL (Arlon - Belgique) en matière d'imagerie médicale (angiographie, scanner, médecine nucléaire, IRM et lithotripsie) et de prise en charge de pathologies neurochirurgicales et neurovasculaires. Ces établissements réalisent également des économies d'échelle en effectuant en Belgique des examens de laboratoires spécifiques dont le faible nombre rendrait le coût unitaire prohibitif.

La Maternité de l'Hôpital Sainte-Croix (France) assure également une collaboration avec le Luxembourg en matière de prise en charge de l'infertilité.

L'enquête "Mobilité et coopération" révèle l'intérêt suscité par la coopération transfrontalière. En effet, 3/4 des établissements ayant répondu au questionnaire ont souhaité développer de telles coopérations. Ce constat a également pu être dressé suite aux entretiens avec les directions d'établissements.

Un projet-pilote de coopération transfrontalière dans la région LLS est actuellement en cours de négociation. Il s'agit de créer une filière de soins en neurosciences entre l'AHBL (Mont-Saint-Martin), les CSL (Arlon) et le CHL (Luxembourg). Le choix de cette thématique s'avère pertinent dans la mesure où le CHL dispose d'une équipe médicale de pointe dans le domaine et d'un équipement (P.E.T. Scan) qui répondent aux demandes belges et françaises. Qui plus est, ce projet est prêt sur le plan médical compte tenu de la bonne collaboration établie entre les équipes des établissements.

Cette coopération devrait permettre à des médecins luxembourgeois d'opérer à Arlon, à des patients belges d'être hospitalisés à Luxembourg et à des prestataires belges de suivre leurs patients au CHL.

Les patients du bassin de Longwy transférés sans autorisation médicale préalable (E112) vers les CSL (Arlon) pourraient, dans le cadre des urgences neurologiques, être transférés secondairement vers le CHL.

En échange, les CSL et l'AHBL prendraient en charge les traumatisés lorsque le service du CHL est saturé.

Concrètement, une déclaration d'intention a été signée par les trois établissements concernés. Celle-ci motive les intérêts de cette coopération.

Parallèlement, les hôpitaux ont négocié des conventions-cadres bilatérales (AHBL-CSL, CSL-CHL) auxquelles seront annexés les avenants relatifs aux projets médicaux de coopération transfrontalière.

Pour chacun de ces textes, une convention incluant les organismes assureurs est rédigée.

8. Conclusion

Le secteur des soins de santé relève de la responsabilité de chaque Etat-membre. Néanmoins, depuis les arrêts Kohll et Decker, il est soumis aux règles du Traité. D'une part la libre circulation des biens et services médicaux est d'application, d'autre part les patients peuvent recevoir des soins à l'étranger. Il convient de préciser que ces soins nécessitent une autorisation préalable de l'organisme d'assurance maladie de l'assuré social qui demande le remboursement des prestations reçues au cours d'une hospitalisation.

Les professionnels sont libres de s'installer dans l'Etat membre de leur choix pour exercer leur activité et de dispenser des prestations en respectant les règles en vigueur dans le pays d'installation ou de prestation. Le principe de reconnaissance des diplômes s'applique aux professions de santé.

A l'instar des tendances générales relatives au marché de l'emploi dans la zone LLS, les flux de professionnels de santé se font quasi exclusivement de la province de Luxembourg et de la Lorraine vers le Grand-Duché de Luxembourg.

Si les arrêts de la CJCE autorisent la mobilité des patients, celle-ci reste actuellement limitée en raison des obstacles juridiques et administratifs existants. Qui plus est, les procédures d'octroi des autorisations nécessaires aux remboursements varient en fonction de l'organisation des systèmes de santé de chaque Etat-membre. De leur examen, il ressort que la Belgique et le Luxembourg mènent une politique d'autorisation médicale préalable (octroi E 112) moins restrictive que la France. Les arrêts Kohll et Decker sont également interprétés différemment : les organismes assureurs belges et luxembourgeois prennent en charge les soins ambulatoires sur base de leurs tarifs (la Belgique applique, cependant, un plafond de 1000 €) tandis que la France a décidé de rembourser ces soins sur base du tarif d'autorité (environ 0,50 €), ce qui a entraîné l'envoi d'une mise en demeure par la Commission.

L'étude comparée de l'activité des établissements de la zone LLS a permis de dégager les flux existants de patients dans la région. Globalement, nous pouvons distinguer trois types de mobilité, caractérisés par des motivations particulières : les flux des travailleurs frontaliers, les flux engendrés par l'insuffisance de l'offre de soins régionale et les flux spontanés³⁶⁶.

Outre la mobilité des patients vers les grands centres universitaires étrangers — et notamment le CHU de Nancy (greffes, cancers respiratoires, malformations congénitales ...), le recours aux soins de l'autre côté de la frontière concernent les soins urgents et plusieurs pôles spécialisés (oncologie, chirurgie de la main et du poignet ...).

Enfin, notons que la mobilité des patients dans la région ne concerne pas uniquement le secteur hospitalier. En effet, au Luxembourg, l'usage de la médecine de ville par les travailleurs frontaliers est plus important que l'hospitalisation. De même, les fonctionnaires européens se rendent volontiers chez un généraliste luxembourgeois mais se font généralement hospitaliser dans leur pays d'origine.

En outre, une étude de la Mission Opérationnelle Transfrontalière affirme qu'outre les accords de coopération sanitaire existant entre la France et la Belgique, « un bon nombre de flux sont de nature plus spécifiquement médico-sociale à destination de la Belgique, cette dernière étant particulièrement bien équipée en infrastructures de maisons de retraite et de centres pour handicapés, lui permettant d'accueillir une part considérable de patients français »³⁶⁷. C'est la

³⁶⁶ Nous émettons l'hypothèse qu'à l'exception des patients luxembourgeois, les malades se soignant spontanément à l'étranger restent peu nombreux ; ce sont généralement les praticiens qui réfèrent les offres médicales étrangères aux malades. Mais, force est de constater que la jurisprudence européenne et les accords transfrontaliers encouragent ce type de mobilité.

³⁶⁷ MOT, MINISTERE DE L'EQUIPEMENT, DU LOGEMENT, DES TRANSPORTS, DU TOURISME ET DE LA MER, Les transports transfrontaliers dans les agglomérations transfrontalières, s.l., Juillet 2002, p.11.

raison pour laquelle une étude de ce type de mobilité dans la zone LLS sera effectuée prochainement.

Conclusions générales

Après un long parcours à l'intérieur des trois systèmes de santé et d'accès aux soins de Lorraine, du Grand Duché de Luxembourg et de la Province du Luxembourg belge et, une analyse de la mobilité sanitaire, force est de s'interroger sur les perspectives qu'ouvrent ces travaux.

Préalablement, il convient de rappeler que les systèmes de santé de chaque région ont pour vocation de répondre aux besoins des populations pour lesquelles ils ont été conçus.

Pourtant, le développement de ces systèmes montre des lacunes dans le maillage. La plus flagrante est l'absence de faculté de médecine et de centre hospitalier universitaire du nord de la province du Luxembourg belge au sud de la lorraine française. C'est à l'extrême limite de l'espace du programme Interreg que se situe la Faculté de Nancy et son CHU. L'examen des systèmes d'enregistrement des données de l'activité hospitalière des trois versants territoriaux concernés fait émerger que c'est le seul endroit à l'intérieur de ce vaste territoire où l'on pratique des greffes d'organes, si l'on excepte quelques interventions de ce type au CHL. Dès 1990, le Grand Duché s'est interrogé sur les limites de son système de soins et a cherché à renforcer le secteur hospitalier afin de le rendre plus performant, notamment en suscitant un rapprochement entre des petites structures, en impulsant une dynamique de restructuration et en cherchant à évaluer l'activité des établissements. Deux services nationaux à vocation universitaire ont été créés. L'absence de faculté de médecine oblige les prestataires médicaux à se former à l'étranger. Dès lors, lorsque les prestataires pratiquant au GDL sont confrontés à un examen diagnostic pointu ou à une pathologie spécifique, ils réfèrent leurs patients à l'étranger.

Ces divers constats imposent à des patients de cet espace frontalier d'effectuer parfois de longs déplacements pour accéder à des soins pointus dispensés quasi exclusivement dans des hôpitaux universitaires. La situation des patients luxembourgeois est à cet égard exemplative au sein de l'Union européenne. Si en moyenne dans l'U.E. en 2001, les États membres ont dépensé moins de 2,5 € par habitant pour des soins à l'étranger, le Grand Duché de Luxembourg en a consacré 170 € pour 116 € en 1998.

Ces données ne reflètent pourtant qu'une part de la réalité, qui évolue et qui mérite d'être nuancée. Si le Grand Duché de Luxembourg offre de soins qui nécessite un recours indispensable aux soins à l'étranger, les services nationaux qu'il a développé récemment peuvent inciter des patients des régions limitrophes à y effectuer un examen technique ou s'y faire soigner. Ainsi, l'installation d'un petscan au CHL a suscité une demande d'accès de la part de certains prestataires et d'un établissement hospitalier belges. La neurochirurgie devient une discipline de pointe à Luxembourg et la radiumthérapie à Esch/Alzette. Cette évolution positive du secteur hospitalier grand ducal est principalement due à la définition récente d'une politique hospitalière qui a pu s'appuyer sur des compétences étrangères.

Les professionnels de santé dans ce pays sont principalement formés à l'étranger et un tiers sont frontaliers allemands, français et belges. De nombreux médecins résidant au GDL sont d'origine étrangère. Les formes de cette mobilité et ses causes restent à analyser. Les conditions de travail et une rémunération attractive dans le secteur médical constituent, sans nul doute, les principaux éléments d'explication. Mais au delà, cette mobilité pose ou risque de poser des difficultés de recrutement aux systèmes de santé des régions limitrophes, et surtout à leurs mécanismes de conventionnement ...

Dans le contexte de libéralisation des marchés qui touche le secteur de la santé, ces aspects font converger les réflexions sur les instruments à mettre en œuvre pour, d'une part, garantir, au sein de chaque système, un haut niveau d'intervention en vue d'assurer à tous les citoyens des soins de proximité de qualité, dispensés dans un délai aussi court que possible, en rapport avec l'état

de santé du patient et, d'autre part maintenir et améliorer les modes de régulation mis en œuvre pour atteindre un haut niveau de santé publique et de financement collectif des soins.

Pendant une certaine période encore, la mobilité dans le domaine de la santé a et aura pour fonction d'apporter une réponse aux carences des dispositifs sanitaires régionaux ainsi qu'à la demande de soins urgents de patients atteints d'affection nécessitant des compétences techniques spécifiques mais restreintes et/ou un plateau technique doté d'une technologie de pointe ou peu répandue. Au sein de l'U.E., la mobilité est un phénomène marginal au regard des dépenses totales de santé de chaque État membre et de l'effectif de ses professionnels de santé. Si le développement économique des six, des douze, des quinze et maintenant des vingt-cinq États membres a nécessité une mobilité accrue des citoyens et des salariés, une libre circulation des biens et des capitaux, la mobilité des patients reste extrêmement contrôlée. La non-intégration de la jurisprudence européenne dans le règlement européen 1408 en est l'exemple le plus tangible. Après diverses expérimentations et études, rares sont ceux qui craignent encore des effets économiques d'une mobilité des patients. Ceux qui l'évoquent s'en servent pour renforcer leur argumentation protectionniste et le maintien d'un quasi statu quo.

Compte tenu de ces éléments et devant les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé, au delà des aspects régionaux qui les caractérisent, à savoir : une croissance inéluctable des dépenses de santé qui nécessite des ressources supplémentaires, des arbitrages sur les soins à financer, et à quel niveau, l'évolution rapide des technologies de la santé qui pèsent sur les pratiques et lourdement sur les coûts, la pénurie programmée des professionnels de santé qui interpellent sur les capacités sanitaires, le vieillissement démographique qui implique de nouvelles formes de prises en charge (infrastructures, services ...), il convient de formuler un ensemble de propositions constructives dans le cadre d'une coopération transfrontalière entre des régions sanitaires relativement comparables à bien des égards. Car cette perspective de coopération sanitaire peut apporter des réponses structurées, adaptées et durables aux enjeux de demain et aux problèmes actuels en réalisant une meilleure accessibilité aux soins, en optimisant l'utilisation des infrastructures, en rassurant les professionnels de santé et en réalisant globalement des économies d'échelle.

Les propositions ci-dessous sont des instruments qui nécessitent d'être mis en œuvre pour offrir des réponses adéquates aux réalités communautaires, nationales et régionales dans la lignée des objectifs énoncés.

- En premier lieu, il convient de doter d'une base juridique la coopération entre Etats, à défaut de quoi, toute initiative, aussi noble soit-elle, n'aura qu'une chance relativement faible de se concrétiser. A cet égard, il y a lieu d'entamer dans des délais relativement rapprochés une négociation entre les trois autorités nationales compétentes pour élaborer un accord cadre transfrontalier de coopération sanitaire.
- En deuxième lieu, il est nécessaire de mettre en place un observatoire transfrontalier régional de la santé afin de coordonner les projets, initiatives, études et analyses utiles et nécessaires à la réalisation d'objectifs partagés entre chaque versant frontalier.
- En troisième lieu, le maintien d'un lieu de veille juridique est plus que jamais nécessaire au vu de l'évolution rapide des règles communautaires et nationales ainsi que de la jurisprudence dans le vaste domaine sanitaire et social.
- En quatrième lieu, il apparaît indispensable, au regard des travaux conduits à ce jour, de se pencher sur la construction d'un outil permanent d'observation transfrontalière de l'état de santé de la population, de l'offre de soins, de la mobilité des professionnels et des patients, des projets de coopération ... à travers la construction d'un tableau de bord de la santé qui nécessite un travail méthodologique préalable. Cet instrument serait d'une utilité majeure

pour les autorités politiques et gestionnaires des systèmes de soins et de l'assurance maladie. Sa construction requiert la collaboration active des observatoires régionaux de la santé de chaque versant.

- En cinquième lieu, plutôt que de laisser jouer des mécanismes de concurrence ou de compétition, à terme néfaste pour chaque versant, il est urgent de soutenir les demandes de collaboration inter-hospitalière de part et d'autre des frontières afin d'apporter diverses réponses à des questions importantes, notamment le maintien et la consolidation de services de pointe dans diverses disciplines médicales, l'accès à des soins de haut niveau de proximité, l'attraction trans-régionale de professionnels de santé, le renforcement des capacités d'intervention à l'échelle de cet espace territorial. C'est par un remaillage, réfléchi au départ de filières de soins, que l'ensemble de l'offre, décrite dans le présent rapport, trouvera sens et efficacité en terme de politique de santé et d'accès aux soins.
- En sixième lieu, le développement d'outils de communication à l'adresse de chaque acteur concerné par une approche transfrontalière des politiques de santé est devenu indispensable. Le niveau d'information générale dans ce champ souffre généralement de lacunes qui créent des malentendus, des découragements et génèrent des abandons d'initiatives intéressantes. Par ailleurs, tant les patients que les professionnels de santé ont droit à une information compréhensible et transparente qu'il convient de construire dans un espace-temps relativement rapproché.
- En septième lieu, la dispensation de soins et l'accès à ces soins nécessitent des modes d'approche adaptés à des patientèles spécifiques que sont les personnes âgées, les personnes handicapées et celles qui évoluent dans le champ de la santé mentale. Des premiers travaux doivent être rapidement mis en chantier afin de dégager un premier diagnostic et poser les jalons d'actions concrètes utiles et sérieuses.
- En huitième lieu, la prévention doit devenir une préoccupation active et des rapprochements d'acteurs des trois versants intervenant sur des thèmes identiques doivent être coordonnés pour réaliser des synergies, élever le niveau d'accession aux campagnes, informations, outils ... des populations concernées sur chaque versant.
- En neuvième lieu, la tenue d'assises annuelles sur l'état des lieux de la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé et l'examen des avancées et réalisations permettrait de jeter les bases d'une méthodologie de coopération et de collaboration nécessaire au développement de projets et d'une dynamique quasi inexistante aujourd'hui entre tous les acteurs. Cette perspective de "rapprochement culturel" doit être osée et apparaît à bien des pères fondateurs de l'Europe au lendemain de leur vie active comme une impérieuse nécessité.
- Enfin en dixième lieu, il n'est pas utopique de penser que la taille de l'espace transfrontalier concerné, ses capacités de soins, sa relative proximité culturelle et ses capacités économiques pourraient favoriser l'émergence d'un projet de politique de santé trans-régional impliquant les acteurs sur base d'objectifs communs guidés par une haute autorité, à constituer, afin de réguler de manière harmonieuse et dans l'intérêt général, le devenir d'une grande région en matière sanitaire et sociale. Un modèle est à élaborer, proche des acteurs : les patients, les professionnels de santé, les financeurs, les gestionnaires ...

Bibliographie et sources statistiques

Chapitre 1

Pour la partie "Aspects démographiques"

Monographie

STATEC, CEPS, La population du Luxembourg, in *Série population et territoire n°1*, s.l., 1996, 65 p.

Revues

ALALUF M. et al, Pour une intégration sociale au niveau de l'Union européenne. Quelle place pour la Belgique? - Présentation succincte, KUL - ULB, Bruxelles, Juin 2000, 10 p.

COUNOT S., La Lorraine vieillit et se tourne vers l'extérieur, in *Economie lorraine*, n°203 - Décembre 2000, pp.8-11.

MULIC S., Les femmes en Lorraine in *Population étrangère*, INSEE Lorraine, 2002, pp.67-69.

ROYER M., Plus d'habitants avec moins de naissances in *Economie Lorraine*, n°204 - Janvier 2001, pp.8-9.

Autres documents

Ministère de la Région wallonne, Préfecture de la Région Lorraine, Ministère de l'Intérieur G.D. Luxembourg, *Initiative Interreg III-A Wallonie-Lorraine Luxembourg 2000-2006 - Programme opérationnel*, in http://www.espaces-transfrontaliers.org/docdivers/zonage/po_wll.pdf, 2001.

OBSERVATOIRE INTERREGIONAL DU POLITIQUE, <http://oip.sciences-po.fr/fr/regions/Lorraine.pdf>, Paris, Mars 2004, pp.1-5.

Statistiques

INSEE, www.recensement.insee.fr

STATBEL, www.statbel.fgov.be

ECODATA, SERVICE PUBLIC FEDERAL, ECONOMIE, PME, CLASSES MOYENNES & ENERGIE, <http://ecodata.mineco.fgov.be>

STATEC, www.statec.gouvernement.lu

OFFICES STATISTIQUES DE LA GRANDE REGION, 1999, in <http://www.grossregion.lu/depliant.pdf>

CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE, Luxembourg, in <http://www.cirs-tm.org/Pays/europe/luxembourg/drapo.htm>

EUROSTAT, Statistiques démographiques, édition 2002

Autres sites Internet

LUXALBUM, in <http://www.luxalbum.com/communes/wiltz/stats/neunhausen.htm>

Pour la partie "Aspects économiques"

Commission Européenne, 2001, *Deuxième rapport sur la cohésion économique et sociale*, Luxembourg : Office des Publications

CORDEIRO, A., 1976, « *Immigration - Luxembourg 1975, aspects économiques, historiques et sociologiques* », Université de Grenoble, Rapport au Gouvernement du Grand-Duché.

EUROSTAT, 2003, *Yearbook*, Luxembourg : Office des publications

EUROSTAT, 2003, *Annuaire statistique des Régions*, Luxembourg : Office des publications

EUROSTAT, les Statistiques en bref, Luxembourg : Office des publications

HARTMANN-HIRSCH, C. 2004, Les Etrangers et le marché de l'emploi au Luxembourg: immigrés, frontaliers, réfugiés, demandeurs d'asile in *Population & Emploi*

Observatoire interrégional du marché de l'emploi, mai 2003, *Situation du marché de l'emploi dans le Grande Région.*

OCDE, septembre 2003, *Etudes socio-économiques : Luxembourg*, volume 2003/15, Paris : OCDE

OECD, 2000, *PISA - Reading for Change, Performance and Engagement across Countries, Results from PISA 2000*, Paris: OCDE, 2002

OECD, *Education at a glance*, Paris, OCDE, 2002

Les Offices statistiques de la Grande Région, 2002, Statistiques en bref, www.grande-region.lu

Rapport conjoint sur l'emploi, (RCE) Commission Européenne, DG Emploi, affaires sociales 2002

STATEC, décembre 2002, *Annuaire statistique*, Luxembourg : STATEC

STATEC, *Note de conjoncture* 1/2003 ; 3/2003

STATEC, mars 2003, *Portrait économique et social*, Luxembourg : STATEC

Références législatives

Loi des classes moyennes de 1988

Loi sur la diversification économique du 27 juillet 1993

Loi du 2 août 1977

Loi cadre pour la formation professionnelle continue du 22 juin 1999

Loi du 28 mars 1972,

Chapitre 2 Belgique

Références législatives

Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (MB : 30/12/1944)

Arrêté royal du 17 juillet 1944 portant coordination de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (MB : 27/08/1994).

Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987).

Arrêté royal du 12 août 1994 portant exécution de l'article 204, §2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnées le 14 juillet 1994 (MB : 31/08/1994).

Arrêté Royal du 25 avril 1997, portant des mesures visant à généraliser et assouplir l'accès au régime de l'assurance soins de santé en particulier pour les groupes socio-économiques défavorisés en exécution des articles 11, 28, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions (MB : 19/06/1997).

Arrêté royal du 24 juin 1999 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins (MB : 29/02/00).

Décret du 6 février 2003 modifiant le décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge (MB : 12/03/2003).

Monographie

PEERS J., *Les soins de santé en Belgique - Défis et opportunités*, s.l., décembre 1999, p.227.

Revues

s.a., Titre III Aide sociale - Chapitre 1 Caractéristiques générales de l'aide sociale, s.d., s.l., pp. 505-511, in http://socialsecurity.fgov.be/apercu/2002/pdf/partieIII_t3.pdf

PACOLET J et al., in LE COMITE DE LA PROTECTION SOCIALE, Questionnaire sur les soins de santé et les soins et les soins de longue durée pour les personnes âgées, Juillet 2002, in http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/healthcare/be_healthreply_fr.pdf

J.M. ROMBEAUX, Clés pour la gestion d'une maison de repos, Tome II, 2001, p.7 in http://www.uvcw.be/no_index/ouvrages/cles_gestion_mr.pdf

Autre document

Guide social, CPGADIM, 1995-1996 in <http://www.iwerf.be/download/iwerf/etudes/hopit1.pdf>, p.74.

Statistiques

AIM

Sites Internet

Site Officiel de la CAAMI, www.caami-hziv.fgov.be

Site Officiel SPF Santé publique - Direction générale de l'organisation des établissements de soins, in <http://www.health.fgov.be/vesalius>

France

Code de la Santé Publique
Code de la Sécurité Sociale

Luxembourg

Références législatives

Code des Assurances Sociales

Mémorial, Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, A-N°52 : Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

Loi du 27 juillet 1992

La loi du 28 août 1998.

Documents

IGSS, Aperçu sur la législation de la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg, 1994.

IGSS, Droit de la sécurité sociale, Luxembourg, 2002, pp.303-304.

IGSS, Droit de la sécurité sociale Luxembourg, 2003

IGSS, Rapport général 2002, 2003

IGSS, Rapport sur la situation de l'assurance maladie –maternité préparé en vue du comité quadripartite du 22 octobre 2003.

Ministère de la Santé, Rapport d'activité 2001, Grand-Duché de Luxembourg, 2002.

Site Internet

Site Officiel EHL

Chapitre 3

Belgique

Références législatives

Arrêté royal du 30 octobre 1964 instaurant des conditions d'exercice de l'activité professionnelle d'opticien[...] dans les petites et moyennes entreprises du commerce et de l'artisanat.] (MB : 24/12/1964).

Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (MB 14/11/1967).

Arrêté royal n° 79 du 19 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins (MB : 14/11/1967).

Loi du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur.

Arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes (MB : 27/04/03).

Arrêté ministériel du 3 septembre 1984 fixant les critères d'habilitation et d'agrégation des pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique et d'agrégation des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de biologie clinique (MB : 07/09/1987), Annexe.

Arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire (MB : 14/03/92).

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(e) gradué(e) (MB : 12/07/1994).

Arrêté royal du 20 octobre 1994 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le logopède peut être chargé par un médecin (MB : 06/12/1994).

Arrêté royal du 24 novembre 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'orthoptiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont l'orthoptiste peut être chargé par un médecin (MB : 25/12/1997).

Arrêté royal du 6 mars 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de bandagiste, d'orthésiste, de prothésiste et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le bandagiste, l'orthésiste, le prothésiste peut être chargé par un médecin (MB : 15/05/1997).

Arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (MB : 29/05/99).

Arrêté royal du 3 mai 1999 élargissant la compétence de la Commission de planification-offre médicale à la profession paramédicale de logopède, (MB : 24.06.1999).

Arrêté royal du 23 novembre 2000 modifiant l'arrêté royal du 3 mai 1999 fixant le nombre global de kinésithérapeutes, réparti par Communauté, ayant accès au titre professionnel de kinésithérapie. (MB : 14/12/2000).

Arrêté ministériel du 28 mai 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en orthodontie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en orthodontie (MB : 10/07/2001).

Arrêté ministériel du 11 juin 2001 fixant les critères généraux d'agrément des dentistes spécialistes (MB : 05/07/2001).

Arrêté ministériel du 27 juillet 2001 fixant les critères spéciaux d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste, spécialiste en parodontologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en parodontologie (MB : 29/11/2001).

Arrêté ministériel du 29 mars 2002 fixant les critères d'agrément des praticiens de l'art dentaire, porteurs du titre professionnel particulier de dentiste généraliste (MB : 31/05/2002).

Arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre de l'art dentaire (MB : 16/06/2002).

Arrêté ministériel du 1 octobre 2002 modifiant l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes (MB : 02/11/02).

Documents

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Code de déontologie médicale (mis jour en 2002).

DAUTEL MM. et al, Une étude comparée de l'organisation des systèmes d'urgences dans dix pays européens, Paris, Novembre 2002, 290 p. in

<http://membres.lycos.fr/pradrapport/MINISTERE/RAPPORT DAUTEL urgences compar europe nov2002.pdf>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT, INAMI, Médecins - les aspects financiers, les activités et nombre de médecins en Belgique, Brochure d'information, in

<http://www.hospitals.be/nederlands/tijdschrift/archieven/nationaal/stordeur.html>

FONTAINE C., LAGAE R., La profession d'infirmière demain : un défi pour les managers hospitaliers, in <http://www.hospitals.be/francais/revue/archives/national/fontaine.html>

LIBERT C., Les mouvements du personnel infirmier dans les hôpitaux wallons, in <http://www.hospitals.be/nederlands/tijdschrift/archieven/nationaal/libert.html>

s.a., Enquête Santé, Belgique, 1997, in <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his97fr/his9462.pdf>

SOMER A. et VAN OUYTSEL A., Etude statistique et planification de l'offre en kinésithérapie, Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, s.l., janvier 2002, p.12.

STORDEUR S., HUBIN M., LEROY X. L'offre et la demande d'infirmier(ère)s en Communauté française et germanophone de Belgique

VAN STEENBERGHE D., Fondements scientifiques du plan stratégique des soins buccaux en Belgique, s.l. Mars 2003, p.48.

Statistiques

INS

Luxembourg

Références législatives

Loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé

Règlement grand-ducal du 21 mai 1999 instituant une formation aux fonctions d'aide socio-familiale.

Règlement grand-ducal portant nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, in UCM : Tarifs 2004.

Site Internet

Site officiel du STATEC, www.statec.lu/html_fr/statistiques/statistiques_par_domaine/population/

Association Luxembourgeoise des Sages-Femmes (ALSF), <http://www.sages-femmes.lu/definition.html>.

Autre document

Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois (ANIL), lettre au Ministre de la Santé datée du 15 décembre 2003.

Chapitre 4

Belgique

Références législatives

Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente (MB : 25/07/64).

Loi coordonnée des hôpitaux du 7 août 1987 (MB : 07/10/1987).

Arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter. (MB : 21/02/1989).

Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction " première prise en charge des urgences " pour être agréée (MB : 19/06/1998).

Arrêté royal du 18 novembre 1998 modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "première prise en charge des urgences" pour être agréée (MB : 15/04/1998).

Arrêté ministériel du 19 janvier 2000 intégrant des fonctions " soins urgents spécialisés " agréées dans le fonctionnement de l'aide médicale urgente (MB : 28/01/2000).

Monographie

PEERS J., *Les soins de santé en Belgique - Défis et opportunités*, s.l., décembre 1999, p.227.

Revue

DETIENNE T., Programme d'investissement des structures hospitalières, 2001.

GRUWEZ J.A., "Quelle orientation donner aux soins de santé en Belgique ? », in *Le médecin spécialiste*, n°3, mars 2004, pp.4-9.

LEROY X., HUBIN M., SALHI M., STORDEUR S., DRAELANTS H., DE BACKER B. [Manpower Planning. 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, 2000-2010-2020. Tome 1. Soins de santé et aide sociale: Les champs d'activité](#), SESA-UCL, Bruxelles, 2002, 263 + 57 p.

D. LIENARD, Hôpitaux privés / Hôpitaux publics : financement, déficit, patientèle sociale, in *MC-Information 211*, février 2004, pp.10-12.

MASSART AC., Comment ça marche : Les hôpitaux 3, in *Fiche-info MC-INFORMATIONS*, n°185, Décembre 1998 - Janvier 1999, pp.1-8.

SESA, Chapitre 1 : Les secteurs - Le fonctionnement des différents secteurs, in http://www.sesa.ucl.ac.be/manpower/Partie_1/PDF%20Files/I%201.2.1.%20H%F4pitaux.pdf, 26 p.

Sites Internet

Site officiel de la province de Luxembourg, www.province.Luxembourg.be

Site Officiel SPF Santé publique - Direction générale de l'organisation des établissements de soins, in <http://www.health.fgov.be/vesalius>

CLOSON MC., La place des guides de pratiques cliniques dans le système de santé belge, Louvain, 1999, 9 p., in <http://www.md.ucl.ac.be/loumed/CD/DATA/118/S88-96.PDF>

Autres sources

Enquêtes LLS (2002)

Entretien avec le Dr Marion - Mars 2003

Luxembourg

Références législatives

Loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé avait été adoptée pour préciser le rôle des professionnels, actifs en secteur ambulatoire.

Loi du 28 août 1998.

Loi du 21 juin 1999 concernant le financement de la modernisation, de l'aménagement ou de la construction de certains établissements hospitaliers.

Règlement grand-ducal du 18 avril 2001, chapitre 3.

Documents

CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandations juin 1992.

ERNST & YOUNG, Avis du juillet 1991

GROUPE DE TRAVAIL "SERVICES HOSPITALIERS", « Réflexions et propositions pour l'attribution des services médicaux aux hôpitaux », juin 2002.

IGSS, Rapport Général sur la sécurité sociale 2002.

IGSS, Rapport général de la Sécurité Sociale 2000SEMA GROUP (1990)

MINISTERE DE LA SANTE / RC SERVICE HOPITAUX, Etat situation 23/01/2004

RÖSSLER, W., SALIZE, H.-J., HÄFNER, H., 1993, Gemeindepsychiatrie, Grundlagen und Leitlinien, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Innsbruck/Wien: Verlag Integrative Psychiatrie.

Rapport au Ministre de la Santé, mai 2000.

Chapitre 5

Références législatives

Arrêt Kohll et Decker, C-368/98.
Arrêt Vanbraekel, C-368/98.
Arrêt Smits et Peerbooms, C-157/99.
Arrêt Müller-Fauré et Van Riet, C-385/99.

Monographies

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA MUTUALITE, Soins de santé transfrontaliers au sein de la Communauté européenne, avril 1991, 190 p.
HERMESSE J., LEWALLE H., *L 'accès aux soins en Europe, Quelle mobilité du patient?*, Academia, Eurospectives, Bruylant, 1993, 135 p.

Revues

DE BACKER C. et HERMESSE J. (1999), "Les soins de santé transfrontaliers ", in *MC-Information*, 188, juin-juillet, pp. 3-12.
PALM, NICKLESS, LEWALLE en COHEUR, Implication de la jurisprudence récente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risque de la maladie, Rapport général, mai 2000, partie 1, chapitre II.
PIERINI F., *Travailleurs frontaliers dans l'Union européenne*, Parlement européen, Luxembourg, 1997, p.44.
SCHULLER G., ZANARDELLI M., *Les dépenses des salariés frontaliers au Luxembourg*, CEPS - STATEC, Luxembourg, 2002.
VAN GHELUWE J.L., De plus en plus de frontaliers le long de la frontière nord-est, in *INSEE Nord-Pas-de-Calais*, Mars 2001, n°1.

Autres documents

s.a., "En Marche" n° 1247 du 17 janvier 2002, pp 8-9.
HOLZHEIMZE G., SCHIFFMANN I., *L'emploi transfrontalier dans le domaine de la santé Saar-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat*, EURES, Saarbrücken, Mars 2001, 44 p , in <http://www.eures-sllr.org/deutsch/info/Pdf-Downloads/Gesundheitsstudie%20Frz.PDF>
Ministère de la Région wallonne, Préfecture de la Région Lorraine, Ministère de l'Intérieur G.D. Luxembourg, *Initiative Interreg III-A Wallonie-Lorraine Luxembourg 2000-2006 - Programme opérationnel*, in http://www.espaces-transfrontaliers.org/docdivers/zonage/po_wll.pdf, 2001.
MOT, ENSP, FHF, *Coopération transfrontalière sanitaire*, Lille, 2000, 99p.
KIEFFER R., Allocution du 5 décembre 2003 à Lille.

Annexe

Chapitre 1

Annexe 1 : Densité de population dans la zone Interreg

ZONES	DENSITE DE POPULATION
Arrondissement d'Arlon	166
Arrondissement de Bastogne	40
Arrondissement de Marche-en-Famenne	54
Arrondissement de Neufchâteau	41
Arrondissement de Virton	64
ZONE INTERREG BELGE	56
Département de la Meurthe-et-Moselle	137
Département de la Meuse	31
Département de la Moselle	165
ZONE INTERREG FRANCAISE	109
District de Luxembourg	358
District de Grevenmacher	100
District de Diekirch	59
ZONE INTERREG LUXEMBOURGEOISE	172

Sources : Belgique :INS 2002 ; France : INSEE 2002 ; Luxembourg : Statec 2002, Office statistiques de la GR 1999

Annexe 2 : Structure de la population luxembourgeoise par âge

	Luxembourg		Nord		Centre		Sud	
<20 ans	108389	24,41	18711	27,05	55703	23,65	33975	24,37
20-39	135285	30,47	21172	30,61	72683	30,87	41430	29,72
40-59	117938	26,56	17034	24,63	64865	27,55	36039	25,85
60-74	57177	12,88	8369	12,10	28736	12,20	20072	14,40
≥75	25271	5,69	3879	5,61	13495	5,73	7897	5,66
Total	444060	100,00	69165	100,00	235482	100,00	139413	100,00

Source: Statec, 2002

Annexe 3 : Structure de la population belge par âge et par sexe

Hommes	Belgique		PL		Arlon	Bastogne	Marche	Neufchâteau	Virton
	Effectifs	%	Effectifs	%					
<20 ans	1 231 221	24,4	34 392	28,0	6 940	5 949	7 118	7 469	6 916
20-39	1 447 165	28,7	35 439	28,9	7 912	6 060	6 981	7 735	6 751
40-59	1 404 705	27,9	31 058	25,3	6 584	4 989	6 532	6 956	5 997
60-74	682 764	13,5	15 606	12,7	3 246	2 463	3 215	3 618	3 064
≥75	276 433	5,5	6 133	5,0	1 114	952	1 233	1 537	1 297
Total	5 042 288	100	122 628	100	25 796	20 413	25 079	27 315	24 025
Femmes									
<20 ans	1 177 722	22,4	32 592	25,8	6 471	5 639	6 818	7 306	6 358
20-39	1 411 800	26,8	34 100	27,0	7 632	5 679	6 771	7 421	6 597
40-59	1 389 840	26,4	29 769	23,6	6 442	4 727	6 220	6 671	5 709
60-74	786 049	14,9	18 194	14,4	3 782	2 863	3 727	4 163	3 659
≥75	502 026	9,5	11 467	9,1	2 178	1 782	2 296	2 867	2 344
Total	5 267 437	100	126 122	100	26 505	20 690	25 832	28 428	24 667
TOTAL	10 309 725		248 750		52 301	41 103	50 911	55 743	48 692

Source : INS 2002

Annexe 4 : Structure de la population française par âge et par sexe

	France		Zone Interreg		M & M		Meuse		Moselle	
Hommes	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<20 ans	7.666.225	26,59	252.876	26,69	93.525	26,91	25.309	26,68	134.042	26,53
20-39	8.191.238	28,41	275.045	29,03	103.574	29,80	25.387	26,77	146.084	28,92
40-59	7.795.783	27,04	257.245	27,15	92.079	26,49	26.035	27,45	139.131	27,54
60-74	3.564.163	12,36	118.555	12,51	41.687	11,99	12.559	13,24	64.309	12,73
≥75	1.612.611	5,59	43.878	4,63	16.693	4,80	5.561	5,86	21.624	4,28
Total	28.830.020	100,00	947.599	100,00	347.558	100,00	94.851	100,00	505.190	100,00
Femmes			0							
<20 ans	7.321.682	24,00	240.353	24,34	89.122	24,15	23.652	24,45	127.579	24,45
20-39	8.179.322	26,81	267.358	27,07	102.944	27,90	23.399	24,19	141.015	27,02
40-59	7.962.059	26,09	258.230	26,15	94.326	25,56	24.994	25,84	138.910	26,62
60-74	4.162.552	13,64	138.521	14,03	50.425	13,66	14.503	14,99	73.593	14,10
≥75	2.886.486	9,46	83.081	8,41	32.202	8,73	10.176	10,52	40.703	7,80
Total	30.512.101	100,00	987.543	100,00	369.019	100,00	96.724	100,00	521.800	100,00
TOTAL	59.342.121		1.935.142		716.577		191.575		1.026.990	

Source : INSEE 2002

Annexe 5 : Principales causes de décès en Belgique

	Total		Femmes		Hommes	
Causes de décès	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Maladies de l'appareil circulatoire	37 954	36,56 %	20 923	40,30 %	17 031	32,82 %
Tumeurs	28 041	27,01 %	11 905	22,93 %	16 136	31,10 %
Autres morts naturelles	11 482	10,96 %	7 144	13,76 %	4 338	8,36 %
Maladies de l'appareil respiratoire	10 672	10,28 %	4 447	11,99 %	6 225	12 %
Maladies de l'appareil digestif	4 519	4,35 %	2 425	4,67 %	2 094	4,04 %
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3 419	3,29 %	2 054	3,96 %	1 365	2,63 %

Source : INS, 1997

Annexe 6 : Principales causes de décès au Luxembourg

	Total		Femmes		Hommes	
Causes de décès	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Maladies de l'appareil circulatoire	1 443	39,31 %	820	43,59 %	623	33,8 %
Tumeurs	942	25,66 %	445	23,66 %	497	27,77 %
Causes externes de mortalité	288	7,85 %	95	5,05 %	193	10,78 %
Maladies de l'appareil respiratoire	286	7,79 %	127	6,75 %	159	8,88 %
Maladies de l'appareil digestif	200	5,45 %	97	5,16 %	103	5,75 %
Symptômes mal définis	124	3,38 %	67	3,56 %	57	3,18 %

Source : Direction de la Santé, 2001

Annexe 7 : Principales causes de décès dans la zone Interreg française

	Total		Femmes		Hommes	
Causes de décès	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Maladies de l'appareil respiratoire	9870	58,78 %	4694	57,01 %	5176	60,49 %
Maladies de l'appareil circulatoire	5121	30,50 %	2842	34,52 %	2279	26,63 %
Tumeurs	4749	28,28 %	1852	22,49 %	2897	33,86 %
Autres maladies et mal définis	1510	8,99 %	865	10,51 %	645	7,54 %
Traumatismes et empoisonnements	1268	7,55 %	504	6,12 %	764	8,93 %
Maladies de l'appareil digestif	837	4,99 %	401	4,87 %	436	5,10 %

Source : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - Services SCB

Annexe 8 : Causes de décès dans les départements lorrains

Causes de décès	M&M						Meuse						Moselle					
	Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maladies de l'appareil respiratoire	291	9,17	250	8,19	541	8,69	91	9,23	86	8,63	177	8,93	407	9,26	344	8,22	751	8,75
Maladies de l'appareil circulatoire	820	25,83	1016	33,30	1836	29,49	279	28,30	340	34,14	619	31,23	1184	26,84	1486	35,50	2666	31,06
Tumeurs	1067	33,62	721	23,63	1788	28,72	323	32,76	213	21,39	536	27,04	1507	34,27	918	21,93	2425	28,25
Autres maladies et mal définis	222	6,99	281	9,21	503	8,08	57	5,78	88	8,84	145	7,32	366	8,32	496	11,85	862	10,04
Traumatismes et empoisonnements	295	9,29	210	6,88	505	8,11	107	10,85	75	7,53	182	9,18	362	8,23	219	5,23	581	6,77
Maladies de l'appareil digestif	183	5,77	169	5,54	352	5,65	36	3,65	48	4,82	84	4,24	217	4,94	185	4,42	402	4,68

Source : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - Services SCB

Chapitre 2


Annexe : Forfaits journaliers de l'INAMI (Maison de repos)

Forfaits journaliers de l'INAMI - Maisons de repos			
Catégories		Montant	Normes de personnel (par 30 ayants-droit)
- dépendant	O	1,25 €	<ul style="list-style-type: none"> 0,25 infirmier suffisamment d'ergothérapeutes et/ou de logopèdes
	A	8,48 €	<ul style="list-style-type: none"> 0,95 infirmier 0,25 infirmier ou paramédical 0,8 soignant suffisamment d'ergothérapeutes et/ou de logopèdes
	B	25,64 €	<ul style="list-style-type: none"> 2,1 infirmiers 4 soignants 0,35 paramédical suffisamment d'ergothérapeutes et/ou de logopèdes
	C	36,70 €	<ul style="list-style-type: none"> 3,75 infirmiers 0,35 paramédical 5 soignants suffisamment d'ergothérapeutes et/ou de logopèdes
	C+	38,61 €	<ul style="list-style-type: none"> 4,1 infirmiers 0,385 paramédical 5,06 soignants suffisamment d'ergothérapeutes et/ou de logopèdes
	Cd	36,70 €	Idem C + 1 infirmier ou soignant ou paramédicaux
	Cd +	28,61 €	Idem C+ + 1 infirmier ou soignant ou paramédicaux
+ dépendant	CDV	25,01 €	<ul style="list-style-type: none"> 2 infirmiers 3 soignants 1 paramédical

Source : Ministère des Affaires sociales, 2002

Pour les indépendants, ce type d'hébergement est considéré comme un « petit risque » et n'est donc pas couvert par l'assurance soins de santé obligatoire.

Annexe : Forfaits journaliers de l'INAMI (Maison de repos)

Forfaits journaliers - Maisons de repos et de soins			
Catégories		Montant	Normes de personnel (par 30 ayants-droit)
- dépendant 	B4	41,03 €	<ul style="list-style-type: none"> • 4 infirmiers • 5 soignants • 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède
	B5	45,90 €	<ul style="list-style-type: none"> • 5 infirmiers • 5 soignants • 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède
	C	51,77 €	<ul style="list-style-type: none"> • 5 infirmiers • 6 soignants • 0,5 paramédical • 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède
+ dépendant	Cd	53,58 €	<ul style="list-style-type: none"> • 5 infirmiers • 6,5 soignants • 0,5 paramédical • 1 kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède
	Médecins coordinateur	0,47 €	2h20 par semaine
	Fonction palliative	0,27 €	

Source : Ministère des Affaires sociales, 2002

Pour les indépendants, ce type d'hébergement est considéré comme un « gros risque » et est donc couvert par l'assurance soins de santé obligatoire.

Chapitre 3

Annexe 1: Liste de médecins spécialistes énoncé par l'arrêté royal du 25 novembre 1991

« La liste des titres professionnels particuliers réservés aux titulaires d'un diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements ou du grade académique de médecin est fixée comme suit :

- médecin généraliste ;
- médecin spécialiste en anesthésie - réanimation ;
- médecin spécialiste en biologie clinique ;
- médecin spécialiste en cardiologie ;
- médecin spécialiste en chirurgie ;
- médecin spécialiste en neurochirurgie ;
- médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;
- médecin spécialiste en dermato-vénérologie ;
- médecin spécialiste en gastro-entérologie ;
- médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique ;
- médecin spécialiste en médecine interne ;
- médecin spécialiste en médecine légale ;
- médecin spécialiste en neurologie ;
- médecin spécialiste en psychiatrie ;
- médecin spécialiste en neuropsychiatrie ;
- médecin spécialiste en ophtalmologie ;
- médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ;
- médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie ;
- médecin spécialiste en pédiatrie ;
- médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation ;
- médecin spécialiste en pneumologie ;
- médecin spécialiste en radiodiagnostic ;
- médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie ;
- médecin spécialiste en rhumatologie ;
- médecin spécialiste en stomatologie ;

Interreg III-A Luxlorsan
Rapport "Offre de soins" - Draft

- médecin spécialiste en urologie ;
- médecin spécialiste en anatomie pathologique ;
- médecin spécialiste en médecine nucléaire ;
- médecin spécialiste en médecine du travail ;
- médecin spécialiste en gestion de données de santé

La liste des titres professionnels particuliers, réservés aux titulaires d'un diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements ou du grade académique de médecin qui sont déjà titulaires d'un des titres professionnels particuliers prévus à l'article 1er, est fixée comme suit :

- et en médecine nucléaire in vitro ;
- et en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicaps ;
- et en gériatrie ;
- et en chirurgie orale et maxillo-faciale ;
- et en soins intensifs ;
- et en soins d'urgence ;
- et en neurologie pédiatrique ;
- et en néphrologie ;
- et en endocrino-diabétologie ;
- et en oncologie ;
- et en oncologie médicale ;
- et en néonatalogie ;
- et en gestion de données de santé ;
- particulièrement en psychiatrie de l'adulte ;
- particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile ;
- et en hématologie clinique »³⁶⁸

Annexe 2 : Nombre de candidats ayant accès à la formation pour un titre de médecin fixé par l'article 2 de l'arrêté royal du 30 mai 2002 (MB : 14/06/2002)

SPECIALITES	Communauté flamande	Communauté française
Anesthésie réanimation	24	21
Chirurgie, orthopédie, neurochirurgie, urologie, chirurgie plastique	26	18
Neurologie	7	3
Psychiatrie	27	12
Gynécologie obstétrique	8	7
Ophthalmologie	8	5
Oto-rhino-laryngologie	5	3
Stomatologie	2	2
Dermatologie	5	3
Médecine interne, cardiologie, rhumatologie, gastro-entérologie, pneumologie	40	30
Pédiatrie	12	10
Physiothérapie	3	3
Biologie clinique	8	3
Radiodiagnostic	12	10
Radiothérapie	3	2
Médecine nucléaire	2	2
Anatomie pathologique	2	2
Total	194	136

³⁶⁸ Arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, art. 1 et 2.

Annexe 3 : Intervention de l'assurance maladie au 1er janvier 2004

	Honoraires	Intervention de l'AM	
		Assuré ordinaire	BIM
MEDEDINS GENERALISTES			
Avis médical	3,06 €	2,30 €	2,76 €
Consultation au cabinet du médecins généraliste avec droit acquis	10,69 €	7,49 €	9,86 €
Consultation au cabinet du médecins généraliste agréé	15,46 €	10,83 €	14,27 €
Consultation au cabinet du médecins généraliste agréé accrédité	17,00 €	12,37 €	15,81 €
Visite au domicile du malade pour un médecin généralistes	16,62 €	10,81 €	15,02 €
Visite au domicile du malade pour un médecin généralistes agréé	21,59 €	14,04 €	19,87 €
MEDEDINS SPECIALISTES NON ACCREDITES			
Actes médicaux	Honoraires	Assuré ordinaire	BIM
Consultation d'une médecin spécialiste en médecine interne	25,39 €	15,95 €	23,29 €
Consultation d'une médecin spécialiste en pédiatrie	25,39 €	15,24 €	23,24 €
Consultation d'une médecin spécialiste en cardiologie	23,61 €	14,17 €	21,61 €
Consultation d'une médecin spécialiste en gastro-enterologie	23,61 €	14,17 €	21,61 €
Consultation d'une médecin spécialiste en pneumologie	23,61 €	14,17 €	21,61 €
Consultation d'une médecin spécialiste en rhumatologie	25,39 €	15,24 €	23,24 €
Consultation d'une médecin spécialiste en neurologie	31,74 €	19,05 €	29,59 €
Consultation d'une médecin spécialiste en psychiatrie	31,74 €	19,05 €	29,59 €
Consultation d'une médecin spécialiste en neuropsychiatrie	31,74 €	19,05 €	29,59 €
Consultation d'une médecin spécialiste en dermatologie	19,52 €	11,72 €	17,41 €
Consultation d'une autre médecin spécialiste	15,46 €	9,28 €	13,35 €
Visite à domicile du malade par un médecin spécialiste en pédiatrie	-	2,79 €	3,49 €
MEDECINS SPECIALISTES ACCREDITES			
Consultation d'une médecin spécialiste en médecine interne	27,50 €	18,06 €	25,50 €
Consultation d'une médecin spécialiste en pédiatrie	27,50 €	17,35 €	25,35 €
Consultation d'une médecin spécialiste en cardiologie	27,50 €	18,06 €	25,50 €
Consultation d'une médecin spécialiste en gastro-enterologie	27,50 €	18,06 €	25,50 €
Consultation d'une médecin spécialiste en pneumologie	27,50 €	18,06 €	25,50 €
Consultation d'une médecin spécialiste en rhumatologie	27,50 €	17,35 €	25,35 €
Consultation d'une médecin spécialiste en neurologie	33,85 €	21,16 €	31,70 €
Consultation d'une médecin spécialiste en psychiatrie	33,85 €	21,16 €	31,70 €
Consultation d'une médecin spécialiste en neuropsychiatrie	33,85 €	21,16 €	31,70 €
Consultation d'une médecin spécialiste en dermatologie	20,33 €	12,53 €	18,22 €
Visite à domicile du malade par un médecin spécialiste en pédiatrie	17,00 €	10,82 €	14,89 €

Source : INAMI, 2004

Annexe 4 : Intervention de l'assurance maladie au 1er janvier 2003 (Dentistes)

	Honoraires	Intervention de l'AM	
		Assuré ordinaire	BIM
CONSULTATIONS			
Consultation	17,58	13,33	17,58
Supplément urgence week-end ou jour férié	7,59	5,70	7,59
Supplément urgence nuit (de 21 à 8 h)	16,45	12,34	16,45
TRAITEMENT PREVENTIFS			
AVANT 18 ANS			
Examen buccal, effectué au cours du premier semestre de l'année civil ; une fois par semestre jusqu'à 18 ans	18,89	15,38	18,89
Examen buccal, effectué au cours du second semestre de l'année civil ; une fois par semestre jusqu'à 18 ans	18,89	15,38	18,89
Scellement de fissures et de puits sur les prémolaires et les molaires définitives - jusqu'au 14 ^{ème} anniversaire	11,33	10,20	11,33
Scellement de fissures et de puits sur une autre prémolaire ou molaires définitives - jusqu'au 14 ^{ème} anniversaire	7,93	7,14	7,93
POUR LES HANDICAPES AVANT 18 ANS	11,33	8,50	11,33
ENTRE 18 ET 50 ANS			
Examen buccal effectué une fois au cours de l'année civile	50,49	47,36	50,49
POUR LES 18 ANS ET PLUS	11,33	8,50	11,33
LES SOINS CONSERVATEURS			
POUR LES MOINS DE 12 ANS			
1 face dent de lait	36,40	33,87	36,40
2 faces dent de lait	48,54	46,01	48,54
3 f aces dent de lait	60,67	58,14	60,67

Interreg III-A Luxlorsan
Rapport "Offre de soins" - Draft

1 face sur dent définitive	36,40	33,87	36,40
2 faces dent définitive	48,54	46,01	48,54
3 f aces ou plus	60,67	58,14	60,67
POUR LES MOINS DE 12 ANS			
Restauration partielle	72,81	70,28	72,81
Restauration complète	84,94	82,41	84,94
ENTRE 12 ET 18 ANS			
1 face	24,27	21,74	24,27
2 faces	36,40	33,87	36,40
3 f aces ou plus	48,54	46,01	48,54
Restauration partielle	60,67	58,14	60,67
Restauration complète	72,81	70,28	72,81
Dévitalisation d'une dent (un canal)	62,86	43,86	62,86
Dévitalisation d'une dent (deux canaux)	94,28	59,58	94,28
Dévitalisation d'une dent (trois canaux)	125,71	91,00	125,71
JUSQUE 18 ANS			
Enlèvement racine	27,49	24,21	27,49
Plusieurs racines de la même dent	36,65	33,37	36,65
18 ANS ET PLUS			
1 face	24,27	18,21	24,27
2 faces	36,40	29,39	36,40
3 f aces ou plus	48,54	41,53	48,54
Restauration partielle	60,67	52,52	60,67
Restauration complète	72,81	64,66	72,81
Dévitalisation d'une dent (un canal)	47,14	38,07	47,14
Dévitalisation d'une dent (deux canaux)	62,86	53,79	62,86
Dévitalisation d'une dent (trois canaux)	94,28	85,21	94,28
Dévitalisation d'une dent (quatre canaux)	125,71	116,64	125,71
Enlèvement racine	27,49	20,62	27,49
Plusieurs racines de la même dent	36,65	27,49	36,65
EXTRACTIONS			
Extraction chirurgicale	35,36	26,52	35,36
Par dent supplémentaire	7,07	5,31	7,07

Source : INAMI, 2004

Annexe 5 : Effectifs médicaux au 31/12/2002 (avec / sans pratique médicale)

	Belgique			Province de Luxembourg		
	avec	sans	total	avec	sans	total
Généralistes	13718	3825	17543	378	66	444
Candidats généralistes	823	1	824	42	0	42
Spécialistes	20100	2007	22107	341	35	376
Candidats spécialistes	3861	62	3923	34	3	37
Spécialistes (spécialités inconnues)	1797	74	1871	32	1	33
Total			46 268	827	105	932
Densité de généralistes	133,06	37,10	170,16	151,0	26,4	177,3
Candidats généralistes	7,98	0,01	7,99	16,8	0,0	16,8
Densité de spécialistes	194,96	19,47	214,43	136,2	14,0	150,2
Densité de candidats spécialistes	37,45	0,60	38,05	13,6	1,2	14,8
Densités spécialistes (spécialités inconnues)	17,43	0,72	18,15	12,8	0,4	13,2
Densité médicale (par 100 000 habitants)	390,88	57,90	448,78	330,3	41,9	372,2

Source : MSP 2002

Annexe 6 : Répartition des dentistes en province de Luxembourg

Arrondissements	Arlon	Bastogne	Marche	Neufchâteau	Virton	Total
Dentistes conventionnés	29	16	25	24	16	110
Dentistes non conventionnés	11	12	7	8	14	52
Praticiens de l'art dentaire	40	28	32	32	30	162

Source : Commission nationale dento-mutualiste 23/12/2002

Annexe 7 : Effectifs de dentistes en 2002

Arrondissements	Arlon	Bastogne	Marche	Neufchâteau	Virton	Total
Praticiens de l'art dentaire	39	28	30	32	29	158

Source : MSP 2002

Annexe 8 : Autres paramédicaux belges

Opticiens

Par opticien, il y a lieu d'entendre celui ou celle qui, de manière habituelle et indépendante, exerce une ou plusieurs des « activités suivantes :

- la proposition au choix du public, la vente, l'entretien et la réparation d'articles d'optique destinés à la correction et/ou compensation de la vision ;
- l'essai, l'adaptation, la vente et l'entretien des yeux artificiels ;
- l'exécution des prescriptions des médecins-oculistes en vue de la correction et/ou compensation de la vision.

Hormis le cas où elles s'accomplissent sur prescriptions médicales, ces activités auront pour unique objet la correction des déficiences purement optiques de la vision à l'exclusion de tout traitement des déficiences pathologiques de l'œil »³⁶⁹.

Les opticiens sont issus de l'enseignement secondaire supérieur ou sont détenteurs du certificat de qualification d'opticien.

Audiologues

Un projet d'arrêté royal définissant la profession d'audiologie et ses conditions d'accès est actuellement discuté. Néanmoins, nous pouvons dire qu'il s'agit d'un paramédical gradué spécialiste de l'oreille, de la fonction auditive et de la fonction vestibulaire. L'audiologue travaille généralement en collaboration avec le spécialiste en oto-rhino-laryngologie mais il est également audioprothésiste et intervient dans l'adaptation d'un implant cochléaire.

L'audiologue reçoit un numéro d'agrément de l'INAMI qui permet le remboursement forfaitaire des frais d'adaptation prothétique.

Audiciens

A l'heure actuelle, la profession d'audicien ne fait l'objet d'aucune réglementation c'est-à-dire que la vente d'appareils auditifs ne nécessite aucun diplôme particulier. Toutefois, une loi pourrait transformer l'audicien en profession paramédicale et confier aux audiciens la responsabilité complète des adaptations de prothèses ; ils ne travailleraient donc plus sous la responsabilité d'un médecin.

Podologues

Selon l'arrêté royal du 15 octobre 2001³⁷⁰, la profession "Podologie" est une profession paramédicale dont l'exercice est réservé aux personnes détenant un diplôme obtenu après une formation, théorique et pratique orientée sur la podologie, d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice.

Technologues de laboratoire médical

Selon l'arrêté royal du 2 juin 1993³⁷¹, la profession "Laboratoire et biotechnologie, et génétique humaine" est une profession paramédicale dont l'exercice est réservé aux personnes détenant un diplôme obtenu après une formation théorique et pratique d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice.

³⁶⁹ Arrêté royal du 30 octobre 1964 instaurant des conditions d'exercice de l'activité professionnelle d'opticien[...] dans les petites et moyennes entreprises du commerce et de l'artisanat.] (MB : 24/12/1964), art.2.

³⁷⁰ Arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin (M.B. : 07-12-2001).

³⁷¹ Arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin (M.B. : 07-12-2001).

Les technologues de laboratoire médical exercent leur activité dans les laboratoires pharmaceutiques, de recherche médicale, de biologie clinique ...

Annexe 9 : Honoraires des infirmiers à domicile et intervention de l'assurance maladie en 2003 :

	Honoraires	Interventions de l'AM	
		AVEC régime préférentiel	SANS régime préférentiel
Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire			
I. Séance de soins infirmiers :			
<i>Prestation de base :</i>			
Première prestation de base de la journée de soins	3,20	3,00	2,41
B. Prestations techniques de soins infirmiers :			
Soins d'hygiène (toilettes)	4,31	4,31	3,24
Administration des médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sou-cutanée ou hypodermique	1,76	1,76	1,32
- soin de plaie(s) - soins de stomie(s), (e.a. trachéo-, colo-, iléo-, cysto-, gastro- et urétérostomie)	5,31	5,31	3,99
II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants			
Honoraires forfaitaires , dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4)	14,13	13,93	10,61
Honoraires forfaitaires , dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4) - dépendance pour incontinence et/ou pour manger (score 3 ou 4)	26,84	26,64	20,14
Honoraires forfaitaires , dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4) - dépendance pour incontinence et pour manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	36,72	36,52	27,55
Plafond journalier pour des prestations effectuées au domicile ou résidence du bénéficiaire	14,13	13,93	10,61
Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire			
I. Séance de soins infirmiers :			
<i>A. Prestation de base :</i>			
Première prestation de base de la journée de soins	4,39	4,19	3,30
B. Prestations techniques de soins infirmiers :			
Soins d'hygiène (toilettes)	6,48	6,48	4,86
Administration des médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sou-cutanée ou hypodermique	2,66	2,66	2,00
- soins de plaie(s)	7,97	7,97	5,98

- soins de stomie(s) (e.a. trachéo-, colo-, iléo-, cysto-, gastro- et urétérostomie)			
--	--	--	--

II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants			
Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4)	20,79	20,59	15,60
Honoraires forfaitaires , dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4) - dépendance pour incontinence et/ou pour manger (score 3 ou 4)	39,85	39,65	29,90
Honoraires forfaitaires , dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : - dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et - dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4) - dépendance pour incontinence et pour manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	54,68	53,48	41,02

Source: INAMI, 2003

Annexe 10 : Honoraires des kinésithérapeutes et intervention de l'assurance maladie en 2003 — Tarifs en vigueur le 1er août 2003³⁷² :

Nature de la prestation	Tarifs de l'AM	Remboursement A				Remboursement B			
		Conventionné		Non conventionné		Conventionné		Non conventionné	
		BIM	Autres	BIM	Autres	BIM	Autres	BIM	Autres
I. PRESTATIONS DE BASE									
I. Au cabinet du kinésithérapeute									
Séance individuelle de type I	17,33	14,30	11,27	14,30	8,46	15,84	13,56	15,84	10,17
Séance individuelle de type II	6,49	5,36	4,22	5,36	3,17	5,94	5,08	5,94	3,81
Séance individuelle de type I au-delà des 18 séances par an	Libre	6,97	5,36	6,97	4,12	7,72	6,61	7,72	4,96
Examen à titre consultatif	17,33	14,30	11,27	14,30	8,46	15,84	13,56	15,84	10,17
II. Au domicile du bénéficiaire									
Séance individuelle de type I	17,33	13,87	10,40	13,87	7,80	15,60	13,00	15,60	9,75
Séance individuelle de type II	49	5,20	3,90	5,20	2,93	5,85	4,87	5,83	3,66
Séance individuelle de type I au-delà des 18 séances par an	libre	6,76	5,07	6,76	3,81	7,60	6,33	7,60	4,75
Examen à titre consultatif	17,33	13,07	10,40	13,87	7,80	15,60	13,00	15,60	9,75
III. Au domicile ou dans une résidence communautaires de personnes handicapées									
Séance individuelle de type I	10,47	8,38	6,29	8,38	4,72	9,43	7,86	9,43	5,90
Séance individuelle de type II	5,19	4,16	3,12	4,16	2,34	4,68	3,90	4,68	2,93
Séance individuelle de type I au-delà des 18 séances par	libre	4,16	3,12	4,16	2,34	4,68	3,90	4,68	2,93

³⁷² Source : s.a., Remboursement des prestations de kinésithérapie, in *En marche*

Mise à jour : Circulaires INAMI à partir du 1^{er} mai 2003 Cf. <http://www.alkamedi-services.be/Mai%202004%20nouveaux%20honoraires%20kin%20E9%201%2005%202004.doc>, à partir du 1^{er} août 2003 Cf. <http://inami.fgov.be/insurer/fr/rate/2003/kine-20030801-fr.pdf>

an									
IV. Aux bénéficiaires hospitalisés									
Séance individuelle de type I	17,33	13,87	10,40	13,87	7,80	15,60	13,00	15,60	9,75
Séance individuelle de type II	6,49	5,20	3,90	5,20	2,93	5,85	4,87	5,85	3,66
IV. Dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés									
Séance individuelle de type I	14,27	11,42	8,57	11,42	6,43	12,85	10,71	12,85	8,04
Séance individuelle de type II	6,49	5,20	3,90	5,20	2,93	5,85	4,87	5,85	3,66
V. Au domicile ou dans une résidence communautaires de personnes âgées									
Séance individuelle de type I	10,47	8,38	6,29	8,38	4,72	9,43	7,86	9,43	5,90
Séance individuelle de type II	5,19	4,16	3,12	4,16	2,34	4,68	3,90	4,68	2,93
Séance individuelle de type I au-delà des 18 séances par an	libre	4,16	3,12	4,16	2,34	4,68	3,90	4,68	2,93
2. PRESTATIONS DISPENSEES AUX BENEFICIAIRES ATTEINTS DE PATHOLOGIES LOURDRES									
1. PRESTATIONS DE BASE									
I. Au cabinet du kinésithérapeute									
Séance individuelle de type I	15,57					14,24	12,18	14,24	9,14
Séance individuelle de type II	6,49					5,94	5,08	5,94	3,81
Deuxième séance dans la même journée	6,49					5,94	5,08	5,94	3,81
Examen à titre consultatif	15,57					14,24	12,18	14,24	9,14
Séance spécifique	29,20					26,69	22,84	26,69	17,13
II. Au domicile du bénéficiaire									
Séance individuelle de type I	14,27					12,85	10,71	12,85	8,04

Séance individuelle de type II	6,49					5,85	4,87	5,85	3,66
Deuxième séance de la même journée	6,49					5,85	4,87	5,85	3,66
Examen à titre consultatif	15,57					14,02	11,68	14,02	8,76
Séance spécifique	27,25					24,53	20,44	24,53	15,33
III. Au domicile ou dans une résidence communautaires de personnes handicapées									
Séance individuelle de type I	9,41					8,47	7,06	8,47	5,30
Séance individuelle de type II	5,19					4,68	3,90	4,68	2,93
Deuxième séance de la même journée	5,19					4,68	3,90	4,68	2,93
Séance spécifique	29,20					26,28	21,90	26,28	16,43
IV. Aux bénéficiaires hospitalisés									
Séance individuelle de type I	14,27					12,85	10,71	12,85	8,04
Séance individuelle de type II	6,49					5,85	4,87	5,85	3,66
Deuxième séance de la même journée	6,49					5,85	4,87	5,85	3,66
Séance spécifique	27,25					24,53	20,44	24,53	15,33
V. Dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés									
Séance individuelle de type I	14,27					12,85	10,71	12,85	8,04
Séance individuelle de type II	6,49					5,85	4,87	5,85	3,66
V. Au domicile ou dans une résidence communautaires de personnes âgées									
Séance individuelle de type I	9,41					8,47	7,06	8,47	5,30
Séance individuelle de type	5,19					4,68	3,90	4,68	2,93

II									
Deuxième séance de la même journée	5,19					4,68	3,90	4,68	2,93
3. PRESTATIONS EFFECTUEES AUX BENEFICIAIRES SE TROUVANT DANS UNE DES SITUATIONS DE LA LISTES F SITUATIONS AIGUES - SITUATIONS CHRONIQUES									
I. Au cabinet du kinésithérapeute									
Séance individuelle de type I	17,33	14,30	11,27	14,30	8,46	15,84	13,56	15,84	10,17
Séance individuelle de type II	6,49	5,36	4,22	5,36	3,17	5,94	5,08	5,94	3,81
Séance individuelle de type I au-delà des 60 séances par an	libre	6,97	5,49	6,97	4,12	7,72	6,61	7,72	4,96
II. Au domicile du bénéficiaire									
Séance individuelle de type I	17,33	13,87	10,40	13,87	7,80	15,60	13,00	15,60	9,75
Séance individuelle de type II	6,49	5,20	3,90	5,20	2,93	5,85	4,87	5,85	3,66
Séance individuelle de type I au-delà des 60 séances par an	libre	6,76	5,07	6,76	3,81	7,60	6,33	7,60	4,75
III. Au domicile ou dans une résidence communautaires de personnes handicapées									
Séance individuelle de type I	9,41	7,53	5,65	7,53	4,24	8,47	7,06	8,47	5,30
Séance individuelle de type II	5,19	4,16	3,12	4,16	2,34	4,68	3,90	4,68	2,93
Séance individuelle de type I au-delà des 60 séances par an	libre	4,16	3,12	4,16	2,34	4,68	3,90	4,68	2,93
IV. Au domicile ou dans une résidence communautaires de personnes âgées									
Séance individuelle de type I	9,41	7,53	5,65	7,53	4,24	8,47	7,06	8,47	5,30
Séance individuelle de type II	5,19	4,16	3,12	4,16	2,34	4,68	3,90	4,68	2,93
Séance individuelle de type I	libre	4,16	3,12	4,16	2,34	4,68	3,90	4,68	2,93

au-delà des 60 séances par an									
V. Dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés									
Séance individuelle de type I	14,27	11,42	8,57	11,42	6,43	12,85	10,71	12,85	8,04
Séance individuelle de type II	6,49	5,20	3,90	5,20	2,93	5,85	4,87	5,85	3,66
PRESTATIONS EFFECTUEES DANS LE CADRE DE LA KINESITHERAPIE PERINATALE									
I. Au cabinet du kinésithérapeute									
Séance individuelle de type I	17,33	14,30	11,27	14,30	8,46	15,84	13,56	15,84	10,17
II. Au domicile du bénéficiaire									
Séance individuelle de type I	17,33	13,87	10,40	13,87	7,80	15,60	13,00	15,60	9,75

Les remboursements par l'assurance maladie

1. Le tarif A est le tarif ordinaire, général. **Le tarif B** s'applique pendant les trois mois qui suivent une opération chirurgicale lourde ou un séjour en réanimation. Il s'applique également aux patients atteints de certaines affections graves (myopathie, sclérose en plaques, mucoviscidose, etc.), après accord du médecin-conseil.

2. A une prestation identique correspond un remboursement plus ou moins élevé selon que le kinésithérapeute est **conventionné** ou pas.

3. Le remboursement varie selon que le patient est un **assuré ordinaire** ou qu'il **bénéficie de l'intervention majorée** (BIM, anciennement appelé VIPO).

Annexe 11 : Evolution du nombre de paramédicaux depuis 1980 :

	1980	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Infirmiers	13419	40975	44312	47009		50428		52332		55406	56996
Accoucheuses	1696	3272	3612	3866		4146		4376		4351	
Kinésithérapeutes	10368	18199	20667	22438		24331		25009		27053	27262
Logopèdes	4	36	55	58	61	64	50	53	28	29	32
Orthopédistes	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Bandagistes	53	61	65	68	71	73	74	76	77	79	80
Opticiens	30	28	29	29	30	31	31	31	32	32	32
Audiciens	5	7	7	7	7	7	7	8	8	8	9
Orthoptistes					1		1	1	1	1	1
Bandagistes					7		7	7	7	7	8
Pharmaciens					94		97	99	102	105	106
Pharmaciens-biologistes					6		6	6	6	6	6

Annexe 12 : Evolution du nombre de paramédicaux par 100 000 habitants depuis 1980 :

	1980	1990	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Infirmiers		412	442	465		497		513		541	555
Accoucheuses ³⁷³		134	147	156		166		176		176	
Kinésithérapeutes		183	206	222		240		245		264	266
Logopèdes	4	36	55	58	61	64	50	53	28	29	32
Orthopédistes	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Bandagistes	53	61	65	68	71	73	74	76	77	79	80
Opticiens	30	28	29	29	30	31	31	31	32	32	32
Audiciens	5	7	7	7	7	7	7	8	8	8	9
Orthoptistes					1		1	1	1	1	1
Bandagistes					7		7	7	7	7	8
Pharmaciens					94		97	99	102	105	106
Pharmaciens-biologistes					6		6	6	6	6	6

Annexe 13 : Tarifs des médecins généralistes et spécialistes, conventionnés en secteur 1

Tarifs en euros des médecins généralistes à compter du 27 septembre 2003

Ce tableau présente l'ensemble des tarifs officiels applicables par les médecins généralistes exerçant en **secteur 1**, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer.

Les abréviations qui sont mentionnées sont des lettres-clés. Elles désignent l'acte effectué par le médecin généraliste : par exemple, C désigne la consultation du médecin généraliste.

³⁷³ Densité calculée sur le nombre de femmes âgées de 15 à 50 ans.

	Départements métropolitains	Antilles et Guyane	Réunion
Consultation au cabinet : C	20,00	22,00	24,00
Consultation approfondie au cabinet : CALD	26,00	28,60	31,20
Visite au domicile du malade : V	20,00	22,00	24,00
Forfait pédiatrique : FPE (1)	5,00	5,00	5,00
Forfait thermal	64,03	64,03	64,03
KC (actes de chirurgie et de spécialité)	2,09	2,09	2,09
KE (actes d'échographie, de doppler)	1,89	1,89	1,89
K (autres actes de spécialité)	1,92	1,92	1,92
SCM (soins conservateurs médecins)	2,32	2,32	2,32
ORT (orthodontie)	2,15	2,15	2,15
PRO (prothèses)	2,15	2,15	2,15
Z3 (autres spécialités et omnipraticiens)	1,33	1,33	1,33
ZN (actes de médecine nucléaire)	1,53	1,53	1,53
PRA	0,44	0,44	0,44
Majoration de dimanche et jour férié (2)	19,06	19,06	19,06
Majoration de nuit :			
- de 20h à 24h et de 6h à 8h	35,00	35,00	35,00
- de 0h à 6h	40,00	40,00	40,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD et MDE	10,00	10,00	10,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit			
- de 20h à 24h et de 6h à 8h : MDN	38,50	38,85	39,20
- de 0h à 6h : MDI	43,50	43,85	44,20
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié : MDD (3)	22,60	22,91	23,26
Majoration d'urgence (pour actes hors du cabinet) : MU	22,60	22,91	23,26
Majoration des soins d'urgences pratiqués au cabinet : K14	26,89	26,89	26,89
Indemnité forfaitaire de déplacement : ID	3,50	3,85	4,20
Indemnité kilométrique : IK			
- plaine	0,61	0,67	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49

Source : www.ameli.fr, le site de l'assurance maladie en ligne

(1) Cette majoration forfaitaire s'applique aux consultations ou visites effectuées par le médecin généraliste pour les 3 examens pédiatriques obligatoires (dans les 8 jours qui suivent la naissance de l'enfant, au 9e ou 10e mois, et au 24e ou 25e mois) nécessitant l'établissement des certificats de santé. Le montant de cette majoration est pris en charge à 100 % par les organismes d'assurance maladie.

(2) La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations au cabinet réalisées par le le médecin généraliste de garde.

(3) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

Annexe 14 : Taux de féminisation par spécialité au niveau national (France)

	% de femmes
Ensemble des médecins	36.4
Omnipraticiens	35.8
Spécialistes	37.0
Spécialités médicales	38.3
Anatomie et cytologie pathologique	59.0
Anesthésiologie Réanimation	37.4

Cardiologie	15.7
Dermatologie et vénéréologie	61.9
Endocrinologie et métabolismes	65.2
Gastro-Entérologie Hépatologie	19.0
Génétique	53.4
Gynécologie médicale	90.1
Hématologie	48.8
Médecine interne	22.7
Médecine nucléaire	31.4
Médecine physique et rééducation	39.8
Néphrologie	26.3
Neurologie	37.0
Oncologie médicale	37.9
Pédiatrie	56.6
Pneumologie	29.6
Radiodiagnostic et imagerie médicale	26.8
Radiothérapie	32.3
Rhumatologie	32.1
Spécialités chirurgicales	22.6
Chirurgie générale	5.5
Chirurgie infantile	36.7
Chirurgie maxillo-faciale	24.2
Chirurgie orthopédique et traumatologie	2.4
Chirurgie plastique et reconstructrice	21.6
Chirurgie thoracique et cardiaque	8.3
Chirurgie urologique	2.0
Chirurgie vasculaire	5.7
Chirurgie viscérale	9.9
Gynécologie obstétrique	36.1
Neurochirurgie	7.0
Ophtalmologie	43.2
Oto-rhino laryngologie	14.6
Stomatologie	14.9
Biologie médicale	45.9
Psychiatrie	41.7
Médecine du travail	69.4
Santé publique	58.6
D.O.M.	30.7
France métropolitaine + D.O.M.	36.3

Source : DREES

Chapitre 4

Annexe 1 : Codification des services hospitaliers

Arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. (NB : 17/11/1964), art.2 :

Chaque espèce de services est désignée par une lettre servant d'index et figurant en regard de chacun des services considérés :

H : Service d'hospitalisation simple
D : Service de diagnostic et de traitement médical
C : Service de diagnostic et de traitement chirurgical
M : Service de maternité
E : Service des maladies infantiles
L : Service des maladies contagieuses
NIC : Service pour la néonatalogie intensive

B : Service pour le traitement de la tuberculose dans les hôpitaux généraux
Sp : Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (suivi de la mention de la spécialité concernée)
I : Service de soins intensifs
K : Service de neuro-psychiatrie infantile
A : Service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement
T : Service neuro-psychiatrique de traitement
G : Service de gériatrie

S1 Service spécialisé en affections cardiopulmonaires
S2 Service spécialisé en affections locomotrices
S3 Service spécialisé en affections neurologiques
S4 Service spécialisé en soins palliatifs
S5 Service spécialisé en polyopathologies chroniques
S6 Service spécialisé en psycho-gériatrie
S9 Service pour les affections chroniques (S4, S5, S6 non spécifiée)

Annexe 2 : Les domaines de rééducation

On distingue 16 domaines de rééducation :

1. la rééducation locomotrice
2. la réadaptation de l'ouïe et de la parole
3. la rééducation psychique pour enfants
4. les soins palliatifs
5. la rééducation professionnelle
6. la rééducation psychosociale
7. la rééducation pour toxicomanes
8. la rééducation pour sujets psychotiques
9. la rééducation médico-psycho-sociale
10. les services de pneumologie dispensant l'oxygénothérapie à domicile
11. la pédiatrie organisant la surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile (prévention à la mort subite du nourrisson)
12. les établissements d'accueil pour infirmes moteurs d'origine cérébrale
13. les services d'assistance ventilatoire au long cours à domicile
14. l'autosurveillance à domicile pour une catégorie définie de patients diabétiques
15. l'insulinothérapie par perfusion
16. les services de cardiologie habilités à implanter des défibrillateurs cardiaques

Annexe 3 : Budget d'un hôpital

Conformément à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions fixe un budget des moyens financiers pour chaque hôpital, composé d'une partie fixe³⁷⁴ et d'une partie variable³⁷⁵.

Le budget fixé pour chaque hôpital est composé de trois parties :

La **Partie A** qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes :

- a) Sous-partie A1 : les charges d'investissement ;
- b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme ;
- c) Sous-partie A3 : charges d'investissement des services médico-techniques.

³⁷⁴ « La partie fixe du budget des moyens financiers est constituée : du budget des Sous-parties A1, A2, A3, B3, B4, B5, B6, B7, B8, C1, C2, C3 et C4. Cette dernière sous-partie ne concerne que les hôpitaux et services Sp palliatifs, grands brûlés et psychiatriques; 80 % des budgets des Sous-parties B1 et B2», in AR du 25 AVRIL 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, Chapitre VII, art.86, §1 (MB : 30/05/2002)

³⁷⁵ «La partie variable du budget des moyens financiers est constituée de 20 % des budgets des Sous-parties B1 et B2.», in AR du 25 AVRIL 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, Chapitre VII, art.86, §2 (MB : 30/05/2002)

La **Partie B** qui comporte huit Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :

- a) Sous-partie B1 : les coûts des services communs ;
- b) Sous-partie B2 : les coûts des services cliniques;
- c) Sous-partie B3 : les frais de fonctionnement des services médico-techniques;
- d) Sous-partie B4 : les coûts qui sont couverts par le montant spécifique prévu à l'article 99 de la loi sur les hôpitaux précitée ainsi que ceux couverts d'une manière forfaitaire;
- e) Sous-partie B5 : des coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière;
- f) Sous-partie B6 : les coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux des 4 juillet 1991, 22 novembre 1991, 1er mars 2000 et 28 novembre 2000, octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou partie, à charge des honoraires et qui sont occasionnés par des prestations de santé visées à l'article 95, 2° de la loi sur les hôpitaux;
- g) g) Sous-partie B7 : les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales.

La **Partie C** qui comporte quatre Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants

- a) Sous-partie C1 : les frais de pré-exploitation;
- b) Sous-partie C2 : les coûts relatifs à des exercices précédents ou en cours qui sont rectifiés par des montants de rattrapage;
- c) Sous-partie C3 : le montant à diminuer pour les chambres à 1 lit et à 2 lits pour lesquelles, conformément l'article 90 de la loi sur les hôpitaux, des suppléments au-delà du budget des moyens financiers sont perçus;

Sous-partie C4 : le surplus de recettes estimé pour un exercice déterminé en ce qui concerne les services Sp soins palliatifs, les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques.

<http://forum.europa.eu.int/irc/dsis/coded/info/data/coded/fr/gl009346.htm>

La définition des «Lits d'hôpital» varie d'un État membre à l'autre. Les définitions fournies sont les suivantes:

BELGIQUE:

Domaine couvert par les statistiques: nombre de lits prévus au budget, installés dans un service agréé.

FRANCE:

Définition générale d'un lit d'hôpital :

Lits installés au 31 décembre: lits en état d'accueillir des malades et lits temporairement fermés (travaux, désinfection, ...) ainsi que les berceaux-cuveuses, non compris les lits supplémentaires occupés en cas d'urgence.

Hospitalisation complète: activité des unités et services qui accueillent et hébergent les malades, blessés et femmes enceintes et qui se caractérisent par un équipement en lits d'hospitalisation et par des équipes médicales et paramédicales assurant le diagnostic, les soins et la surveillance.

Domaine couvert par les statistiques: tous les hôpitaux publics et établissements d'hospitalisation privés sont couverts.

LUXEMBOURG:

Lit destiné à des patients hospitalisés dans tout hôpital faisant partie du plan hospitalier national. Séjour de courte, moyenne, longue durée. Les lits des hôpitaux psychiatriques et des maisons de retraite sont inclus.

Chapitre 5

PMSI³⁷⁶

Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité.

Pour les séjours hospitaliers M.C.O. (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), cette analyse est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée.

Tout séjour hospitalier, effectué dans la partie court séjour d'un établissement, fait l'objet d'un Résumé de Sortie Standardisé (R.S.S.). Un R.S.S. est constitué d'un ou plusieurs Résumé(s) d'Unité Médicale (R.U.M.) selon que la patient ait fréquenté une ou plusieurs unité médicale lors de son séjour hospitalier. Les R.U.M.³⁷⁷ sont remplis par le(s) médecin(s) responsable(s) du patient.

Pour que les informations médico-administratives contenues dans le R.U.M puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées, à savoir :

- pour le codage des diagnostics, la Classification Internationale des Maladies - C.I.M.
- pour le codage des actes, le Catalogue des Actes Médicaux - C.d.A.M.

Tout R.S.S. est classé dans un Groupe Homogène de Malades (GHM). Il s'agit d'une adaptation de la classification américaine des Diagnosis Related Groups (DRG) permettant de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour.

Le PMSI a trois fonctions principales :

- L'allocation budgétaire (Cf. Tarification à l'activité)

Le PMSI est essentiellement un outil d'allocation budgétaire des établissements hospitaliers, dont il permet de calculer les coûts et la production en terme de point ISA (Indice Synthétique d'Activité). Celui-ci repose sur le nombre de séjours de chaque GHM produit et le poids économique relatif de chaque GHM.

³⁷⁶ Pour plus d'informations www.le-pmsi.org

³⁷⁷ Données Cf. Annexe

- Aide à la planification

Le PMSI est une aide précieuse à la réflexion stratégique pour les établissements (Projet médical), à la planification sanitaire pour l'ARH (SROS) et à la contractualisation ARH-Etablissements (COM).

- La gestion interne.

Les données recensées dans les R.U.M

FINESS	de l'entité juridique dans laquelle le patient a effectué son séjour.
numéro de RSS	attribué à partir du numéro d'hospitalisation selon un mode séquentiel ou aléatoire à l'ensemble des RUM décrivant le séjour d'un malade. Cette attribution est faite sous la responsabilité du médecin responsable du DIM et la correspondance entre les deux numéros est conservée par lui
date de naissance	complète du patient
sexe	du patient
code postal	du lieu de résidence du patient
numéro de l'unité médicale	qui héberge le patient. Les unités médicales doivent être repérées par un code déterminé par l'établissement, conservé et utilisé par lui dans son système d'information
date et mode d'entrée dans l'unité	mode d'entrée : - par mutation en provenance d'une autre unité - par transfert d'une autre entité juridique - en provenance du domicile
date et mode de sortie de l'unité	mode de sortie : - par mutation vers une autre unité - par transfert vers une autre entité juridique - par retour au domicile - par décès
type de mutation ou de transfert (en cas de réponse "mutation" ou "transfert" au "mode d'entrée" et/ou au "mode de sortie")	- d' (ou vers) une unité de court séjour - d' (ou vers) une unité de moyen séjour - d' (ou vers) une unité de long séjour - d' (ou vers) une unité de psychiatrie
hospitalisation inférieure à 24 heures, le cas échéant	il importe ici que la durée d'hospitalisation soit inférieure à 24 heures, que le malade sorte le jour même de son arrivée ou le lendemain
hospitalisation au cours des 30j. précédant la date d'entrée dans l'établissement, s'il y a lieu	effectuée dans le champ du PMSI dans le même établissement ou dans un établissement différent
nombre de séances, s'il y a lieu	nombre de présences dans l'établissement d'une durée inférieure à 24 h., impliquant habituellement sa fréquentation itérative, dans un but thérapeutique, quel que soit le tarif appliqué à ce passage
diagnostic principal	diagnostic considéré par le médecin responsable du malade à la fin de son séjour dans une unité médicale comme ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant
diagnostics associés, s'il y a lieu	affections associées au diagnostic principal, complications de celui-ci ou de son traitement
actes médicaux, s'il y a lieu	il s'agit au minimum des actes repérés dans le CdAM par la lettre "Y": ce sont les actes classants de la classification des GHM
poids à la naissance, pour les nouveau-nés	en grammes

RCM

Le Résumé Clinique Minimum (RCM) constitue un résumé des dossiers médicaux des patients. Il contient des informations relatives à l'hôpital, aux services, aux données des patients, aux séjours, aux diagnostics et aux procédures éventuelles.

Informations relatives à l'hôpital

- Numéro de CTI
- Année d'enregistrement
- Semestre d'enregistrement
- Numéro d'agrément

Informations relatives au patient

- Numéro du patient
- Année de naissance
- L'indicateur enfant
- Le genre
- La réadmission
- La commune du domicile du patient
- Le code du pays
- L'indicateur de nationalité

Informations relatives au séjour du patient à l'hôpital

- N° de séjour
- La date d'admission
- La date de sortie
- La durée de séjour réelle à l'hôpital
- Le lieu d'admission
- Le type d'admission
- Le type d'adressage
- Le type de sortie

Selon l'arrêté royal du 6 décembre 1994³⁷⁸, l'enregistrement des RCM vise cinq objectifs :

1. La détermination des besoins en matière d'équipements hospitaliers
2. La définition des normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services
3. La détermination de la politique en matière l'exercice de l'art de guérir
4. L'élaboration d'une politique épidémiologique
5. L'organisation du financement des hôpitaux

Bien que les hôpitaux belges soient financièrement incités à alourdir les pathologies soignées, le taux d'erreur d'enregistrement des données reste, sous peine de sanctions, inférieur à 3 %. A l'heure actuelle, ce degré de fiabilité est plus faible en France.

³⁷⁸ Arrêté royal du 6 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. (MB : 30/12/1994), art.2.

Glossaire

Belgique :

AMI : Assurance Maladie Invalidité
BIM : Bénéficiaire d'Interventions Majorées
CAAMI : Caisse Auxiliaire de l'Assurance Maladie Invalidité
CHA : Centre Hospitalier de l'Ardenne
CPAS : Centre Public d'Aide Sociale
CSL : Clinique du Sud Luxembourg
HP : Habitations Protégées
INASTI : Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
INAMI : Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité
INS : Institut National de Statistique
MàF : Maximum à Facturer
MASSPE : Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de
l'Environnement
MRPA : Maison de Repos pour Personnes Âgées
MRS : Maison de Repos et de Soins
MSP : Maison de Soins Psychiatriques
OA : Organisme Assureur
ONSS : Office National de la Sécurité Sociale
RCM : Résumé Clinique Minimum
SMUR : Services Médicalisés d'Urgence et de Réanimation
ZIB : Zone Interreg Belge (province de Luxembourg)

France :

ADELI : Automatisation Des Listes des professions de santé
AHU : Assistant Hospitalier Universitaire
ALD : Affections de Longue Durée
APA : Allocation Pour l'Autonomie
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CCA : Chef de Clinique dans des universités - Assistants
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CH : Centres Hospitaliers
CHR : Centres Hospitaliers Régionaux
CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOSS : Comité National d'Organisation Sanitaire et Sociale
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
CRAM AM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle
CRAM NE: Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Nord-Est
CROSS : Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CRS : Conférence Régionale de Santé
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DARH : Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DES : Diplôme d'Etudes de Spécialité
DESC : Diplôme d'Etudes de Spécialités Complémentaires DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENMS : Echelon National du Service Médical
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHM : Groupement Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène des Séjours
GIP : Groupement d'Intérêt Public
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCU-PH : Maître de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCO : Médecine, Chirurgie ou Obstétrique
ONDAM : Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie
OQN : Objectif Quantifié National
PHU : Praticiens Hospitaliers Universitaires
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PU-PH : Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers
SAU : Services d'Accueil et d'Urgence
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A : Tarification à l'activité
UGECAM : Union Générale des Caisses d'Assurance Maladie
UPATOU : Unités de Proximité, d'Accueil et de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux
ZIF : Zone Interreg française (Meuse, Meurthe-et-Moselle et Meuse)

Grand-Duché du Luxembourg:

ANIL : Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois
CHL : Centre Hospitalier de Luxembourg
CHNP : Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
CFB : Centre National de Radiothérapie François Baclesse
CNRRF : Centre National de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles
IGSS : Inspection Générale de la Sécurité Sociale
INCCI : Institut National de Chirurgie Cardiaque et de Chirurgie Interventionnelle
RMN : Résonance Magnétique Nucléaire
UCM : Union des Caisses de Maladie
ZIL : Zone Interreg luxembourgeoise (Grand-Duché du Luxembourg)

CJCE : Cour de Justice des Communautés européennes
GEIE : Groupement Européen d'Intérêt Économique
LLS : UXLORSAN (Luxembourg Lorraine Santé)
PAN : Plans d'Actions Nationaux
PIB : Produit Intérieur Brut
RCE : Rapport Conjoint sur l'Emploi
SEE : Stratégie Européenne pour l'Emploi
SPA : Standard de Pouvoir d'Achat

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	3
CHAPITRE 1 : PRÉSENTATION DE LA ZONE INTERREG III-A.....	5
1. INTRODUCTION.....	5
2. ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES.....	5
2.1. ZONE ÉLIGIBLE INTERREG	5
2.2. VOLUME DE POPULATION ET ÉVOLUTION	6
2.2.1. Effectifs de population.....	6
2.2.2. Densité de population.....	6
2.2.3. Evolution de la population	7
2.2.3.1. Evolution de la population dans la zone belge.....	7
2.2.3.2. Evolution de la population dans la zone française	8
2.2.3.3. Evolution de la population dans la zone luxembourgeoise	9
2.2.3.4. Synthèse transfrontalière	9
2.3. STRUCTURE DE POPULATION ET ÉVOLUTION	9
2.3.1. Structure de la population par âge.....	9
2.3.2. Structure de la population par sexe.....	10
2.3.3. Structure de la population par âge et par sexe.....	21
2.3.4. Evolution de la population par classes d'âge.....	21
2.4. DYNAMIQUE NATURELLE	22
2.4.1. Natalité et fécondité.....	22
2.4.2. Mortalité et espérance de vie	22
2.4.3. Aspects épidémiologiques.....	22
2.5. IMMIGRATION	23
2.5.1. Immigration dans la zone Interreg belge	23
2.5.2. Immigration dans la zone Interreg française	24
2.5.3. Immigration dans la zone Interreg luxembourgeoise	24
2.5.4. Synthèse transfrontalière.....	25
3. ÉCONOMIE ET MARCHÉ DE L'EMPLOI.....	25
3.1. L'ÉCONOMIE	27
3.1.1. Les trois versants Interreg.....	27
3.1.2. Les trois Etats-membres : Belgique, France, GDL	28
3.2. LES DÉPENSES DE SANTÉ	29
3.3. LE MARCHÉ DE L'EMPLOI	30
3.4. LES TRAVAILLEURS FRONTALIERS	31
4. SYNTHÈSE TRANSFRONTALIÈRE.....	33
DÉMOGRAPHIE	33
ECONOMIE ET EMPLOI	33
CHAPITRE 2 : LES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE SANTÉ.....	24
1. INTRODUCTION.....	24
2. LES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE SANTÉ BELGES	24
2.1. LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE EN BELGIQUE.....	24
2.1.1. Bref historique de la sécurité sociale en Belgique	24
2.1.2. La couverture	25
2.1.2.1. Population couverte	25
2.1.2.2. Prestations couvertes	26
2.1.3. Organisation administrative de l'assurance maladie	27
2.1.3.1. Le Ministère des Affaires Sociales	27
2.1.3.2. L'INAMI	27
2.1.3.3. Les mutualités.....	28

2.1.3.4.	Les organes de contrôle de l'AMI.....	29
2.1.4.	<i>Financement de l'assurance maladie</i>	29
2.1.4.1.	Les ressources financières des organismes assureurs	29
2.1.4.2.	Fixation des prix et du tarif de remboursement de l'assurance maladie	30
2.1.4.2.1.	Coûts à charge des patients	31
2.1.4.2.2.	Modes de remboursement	32
2.1.4.2.3.	Mécanismes de discrimination positive.....	32
2.2.	LE SYSTÈME DE SANTÉ EN BELGIQUE.....	33
2.2.1.	<i>Organisation administrative de la santé</i>	33
2.2.1.1.	Principes de base du système de soins.....	33
2.2.1.2.	Répartition des compétences	33
2.2.1.2.1.	Agrément	34
2.2.1.2.2.	Programmation.....	34
2.2.1.2.3.	Financement des hôpitaux.....	34
2.2.2.	<i>Planification des établissements et équipement en matière d'hospitalisation</i>	34
2.2.3.	<i>Etablissements de santé</i>	35
2.2.3.1.	Définitions des structures hospitalières	35
2.2.3.2.	Financement des hôpitaux	36
2.2.3.2.1.	Financement à l'investissement	36
2.2.3.2.2.	Financement des coûts d'exploitation : le budget des moyens financiers	36
2.2.3.2.3.	Intervention de l'assurance maladie.....	36
2.2.3.2.4.	Participation financière du patient.....	36
2.2.3.3.	Définitions des structures de l'offre de soins de longue durée	37
2.2.3.3.1.	Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA).....	37
2.2.3.3.2.	Maisons de repos et de soins (MRS)	37
2.2.3.3.3.	Les maisons de soins psychiatriques (MSP).....	37
2.2.3.3.4.	Les habitations protégées (HP)	37
2.2.3.4.	Le financement et l'intervention de l'assurance maladie (MRS, MRPA).....	38
3.	LES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE SANTÉ FRANÇAIS.....	38
3.1.	LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAIS	38
3.1.1.	<i>Bref historique de la sécurité sociale en France</i>	38
3.1.2.	<i>La couverture</i>	39
3.1.2.1.	Les risques couverts par la sécurité sociale	39
3.1.2.2.	La coexistence de plusieurs régimes de sécurité sociale	39
3.1.2.3.	L'assurance maladie : la couverture du risque maladie par la sécurité sociale	39
3.1.3.	<i>L'organisation du système de sécurité sociale et de l'assurance maladie</i>	40
3.1.3.1.	L'architecture du système de sécurité sociale.....	40
3.1.3.2.	Les diverses caisses du régime général en matière d'assurance maladie	40
3.1.3.2.1.	Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)	40
3.1.3.2.2.	Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM)	40
3.1.3.2.3.	Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).....	41
3.1.3.2.4.	Les Unions Générales des Caisses d'Assurance Maladie (UGECAM)	41
3.1.3.2.5.	La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)	41
3.1.3.3.	Le contrôle médical	41
3.1.4.	<i>La loi de financement de la sécurité sociale</i>	42
3.1.5.	<i>Fixation des tarifs et remboursement de l'assurance maladie</i>	43
3.1.5.1.	Fixation des tarifs jusqu'en 2004.....	43
3.1.5.1.1.	Tarifs pour les professionnels de santé.....	43
3.1.5.1.2.	Les tarifs pour les établissements de santé	43
3.1.5.2.	La nouvelle fixation des tarifs selon le Plan Hôpital 2007 : la T2A	46
3.1.5.3.	Le remboursement	47
3.1.5.3.1.	Les taux de remboursement de l'assurance maladie.....	47
3.1.5.3.2.	Quelques cas spécifiques.....	50
3.1.5.3.3.	L'exonération du ticket modérateur	51
3.2.	LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS	52
3.2.1.	<i>L'organisation politique et administrative de la santé en France</i>	52
3.2.1.1.	L'organisation politique et administrative en France.....	52
3.2.1.1.1.	Les services de l'Etat	52
3.2.1.1.2.	Les collectivités territoriales	52
3.2.1.2.	L'organisation dans le domaine de la santé.....	52
3.2.1.2.1.	Elaboration et mise en œuvre d'une politique régionale de la santé.....	53
3.2.1.2.2.	Gestion du risque sanitaire	53
3.2.1.3.	Le rôle et les missions des ARH dans la politique régionale de santé	54
3.2.1.3.1.	Les missions des ARH	54

3.2.1.3.2.	Statut et organisation des ARH	54
3.2.1.3.3.	Fonctionnement des ARH	54
3.2.1.4.	Les compétences sanitaires des collectivités locales	55
3.2.1.5.	Les instances consultatives	55
3.2.1.5.1.	Les conférences régionales de santé	55
3.2.1.5.2.	Les comités d'organisation sanitaire et sociale	56
3.2.2.	<i>La planification des établissements et équipements en matière d'hospitalisation</i>	56
3.2.2.1.	Carte sanitaire et schéma d'organisation sanitaire	56
3.2.2.2.	Schéma Régional d'organisation sanitaire (SROS)	56
3.2.2.3.	Les autorisations	57
3.2.2.3.1.	Les domaines couverts par les projets soumis à autorisations	57
3.2.2.3.2.	Conditions d'octroi des autorisations	57
3.2.3.	<i>Les établissements de santé</i>	57
3.2.3.1.	Missions des établissements de soins	57
3.2.3.1.1.	Les établissements publics de santé	58
3.2.3.1.2.	Les missions spécifiques au service public hospitalier	58
3.2.3.1.3.	Les établissements privés de santé qui ne participent pas au service public hospitalier	58
3.2.3.1.4.	Les coopérations entre et avec les établissements hospitaliers	58
4.	LES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE ET DE SANTÉ DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG	59
4.1.	SÉCURITÉ SOCIALE ET ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ/ASSURANCE DÉPENDANCE	59
4.1.1.	<i>Bref historique de la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg</i>	59
4.1.1.1.	<i>La couverture</i>	61
4.1.1.1.1.	Population couverte pour les risques assurance maladie maternité (soins de santé) et assurance dépendance	61
4.1.1.1.2.	Prestations couvertes	62
4.1.2.	<i>Organisation administrative de l'assurance maladie -maternité</i>	63
4.1.2.1.	L'Union des caisses de maladie	63
4.1.2.2.	Les caisses de maladie	64
4.1.2.3.	Les organismes de contrôle	64
4.1.2.3.1.	L'Inspection générale de la sécurité sociale	64
4.1.2.3.2.	Le contrôle médical de la Sécurité sociale	65
4.1.2.3.3.	La Cellule d'évaluation et d'orientation	65
4.1.2.4.	Monitoring et prise de décision	65
4.1.3.	<i>Le financement de l'assurance maladie-maternité</i>	66
4.1.3.1.	Les sources de financement	66
4.1.3.2.	Fixation des tarifs et remboursement de l'assurance maladie/maternité	68
4.1.4.	<i>Autres institutions de prise en charge du risque maladie</i>	70
4.1.4.1.	La caisse médico-chirurgicale	70
4.1.4.2.	Les caisses de maladies privées	71
4.2.	LE SYSTÈME DE SANTÉ DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG	71
4.2.1.	<i>Organisation administrative de la santé</i>	71
4.2.2.	<i>Planification des établissements et équipements en matière d'hospitalisation</i>	71
4.2.2.1.	Carte sanitaire	72
4.2.2.2.	Autorisations	72
4.2.3.	<i>Etablissements de santé</i>	73
4.2.3.1.	Missions des établissements de soins	73
4.2.3.2.	Organisation et fonctionnement	74
4.2.3.3.	Modes de financement des établissements hospitaliers	74
4.2.3.4.	Eléments constitutifs du contrat d'agrément signé entre médecins et établissements hospitaliers	76
4.2.3.5.	Structures de l'offre de soins de longue durée	76
4.2.3.5.1.	<i>Le maintien à domicile : pour personne âgée ou handicapée</i>	77
4.2.3.5.2.	<i>Le centre intégré pour personnes âgées (CIPA) , logement encadré</i>	78
4.2.3.5.3.	<i>La maison de soins</i>	78
4.2.3.5.4.	<i>Traits communs aux deux structures</i>	78
4.2.3.5.5.	<i>Les services d'hébergement, logement adapté</i>	79
5.	SYNTHÈSE TRANSFRONTALIÈRE	80
	CHAPITRE 3 : LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	82
1.	INTRODUCTION	82
2.	LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN BELGIQUE	82

2.1.	CONTEXTE NATIONAL	82
2.2.	LES MÉDECINS ET DENTISTES	83
2.2.1.	<i>Cadre légal</i>	83
2.2.2.	<i>Évolution des médecins et dentistes</i>	86
2.2.3.	<i>Effectifs médicaux et dentaires en 2002</i>	88
2.2.4.	<i>Effectifs des spécialistes et candidats spécialistes</i>	89
2.2.5.	<i>Répartition des médecins par âge</i>	93
2.2.6.	<i>Répartition des médecins par sexe</i>	93
2.2.7.	<i>Répartition des médecins par âge et par sexe</i>	94
2.3.	LES PARAMÉDICAUX	95
2.3.1.	<i>Les praticiens de l'art infirmier</i>	96
2.3.1.1.	Cadre légal.....	96
2.3.1.2.	Évolution globale	97
2.3.1.3.	Évolution par secteur.....	98
2.3.1.4.	Turnover	99
2.3.1.5.	Flux transfrontaliers.....	99
2.3.1.6.	Les accoucheuses.....	99
2.3.2.	<i>Les kinésithérapeutes</i>	100
2.3.2.1.	Cadre légal.....	100
2.3.2.2.	Evolution.....	100
2.3.3.	<i>Logopèdes</i>	102
2.3.4.	<i>Bandagistes - Orthésistes (ou Orthopédistes) - Prothésistes</i>	102
2.3.5.	<i>Audiciens</i>	103
2.3.6.	<i>Opticiens</i>	104
2.3.7.	<i>Orthoptistes</i>	104
2.3.8.	<i>Pharmaciens</i>	104
2.3.9.	<i>Pharmaciens-biologistes</i>	104
3.	LES PRESTATAIRES DE SANTÉ EN FRANCE	105
3.1.	LE CONTEXTE NATIONAL.....	105
3.2.	LES PROFESSIONS MÉDICALES ET ASSIMILÉES	106
3.2.1.	<i>Les professions médicales</i>	106
3.2.1.1.	Le cadre légal	106
3.2.1.2.	Evolution des prestataires médicaux en Lorraine	112
3.2.1.3.	Les prestataires médicaux en France et en Lorraine en 2002.....	113
3.2.1.4.	Evolution des médecins	114
3.2.1.4.1.	Evolution des médecins généralistes	114
3.2.1.4.2.	Evolution des médecins spécialistes.....	115
3.2.1.4.3.	La répartition des médecins par sexe : une féminisation sensible	118
3.2.1.4.4.	La répartition des médecins par âge : un vieillissement global	119
3.2.1.5.	Les chirurgiens dentistes	119
3.2.1.5.1.	Les chirurgiens-dentistes en France	119
3.2.1.5.2.	Evolution des chirurgiens-dentistes dans la zone Interreg française	120
3.2.1.5.3.	La répartition par âge	120
3.2.1.5.4.	La répartition par sexe.....	120
3.2.1.6.	Les sages-femmes.....	121
3.2.1.6.1.	Evolution des sages-femmes	121
3.2.1.6.2.	Les effectifs en 2002	121
3.2.1.6.3.	La répartition par âge	121
3.2.1.6.4.	La répartition par sexe.....	122
3.2.2.	<i>Les professions médicales assimilées : les professions pharmaceutiques</i>	122
3.2.2.1.	Le cadre légal	122
3.2.2.2.	L'offre de pharmaciens	123
3.2.2.2.1.	Evolution des pharmaciens et officines pharmaceutiques	123
3.2.2.2.2.	Les pharmaciens en 2002	123
3.2.2.2.3.	La répartition par âge au niveau national	124
3.2.2.2.4.	La répartition par sexe au niveau national	124
3.3.	LES PROFESSIONS PARAMÉDICALES	124
3.3.1.	<i>Les infirmiers</i>	125
3.3.2.	<i>Les masseurs-kinésithérapeutes</i>	127
3.3.3.	<i>Les ergothérapeutes</i>	128
3.3.4.	<i>Les psychomotriciens</i>	129
3.3.5.	<i>Les orthophonistes</i>	130
3.3.6.	<i>Les orthoptistes</i>	131

4. LES MÉDECINS ET AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ AU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG	132
4.1. CONTEXTE NATIONAL ET CADRE LÉGAL D'EXERCICE PROFESSIONNEL	132
4.2. PERSONNEL MÉDICAL.....	134
4.2.1. <i>Situation du personnel médical en 2002</i>	134
4.2.2. <i>Évolution du nombre de médecins et de médecins-dentistes</i>	136
4.2.2.1. Évolution par <i>nationalité</i>	138
4.2.2.2. Évolution par <i>sexe</i>	139
4.2.2.3. Évolution par <i>âge</i>	139
4.2.3. <i>Rémunération des médecins et des médecins-dentistes</i>	140
4.2.4. <i>Les pharmaciens</i>	142
4.3. AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ	143
4.3.1. <i>Situation en 2002</i>	144
4.3.2. <i>Évolution des effectifs des professions de santé</i>	146
4.3.2.1. Les infirmiers	148
4.3.2.2. Les masseurs – kinésithérapeutes	150
4.3.2.3. Les orthophonistes	150
4.3.2.4. Les rééducateurs en psychomotricité	150
4.3.2.5. Les sages-femmes.....	151
4.3.2.6. Les assistants techniques médicaux de chirurgie.....	151
4.3.2.7. Les assistants techniques médicaux de laboratoire	151
4.3.2.8. Les assistants techniques médicaux de radiologie	152
4.3.3. <i>Évolution des effectifs des professions de santé selon le pays de résidence</i>	152
5. SYNTHÈSE TRANSFRONTALIÈRE.....	158
CHAPITRE 4 - LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS.....	160
1. INTRODUCTION.....	160
2. LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS EN BELGIQUE	160
2.1. LE CADRE GÉNÉRAL	160
2.1.1. <i>Evolution de la politique hospitalière</i>	160
2.1.2. <i>Définitions des structures hospitalières</i>	162
2.1.2.1. Missions des hôpitaux	162
2.1.2.2. Types d'établissements hospitaliers	162
2.1.2.2.1. Par statut d'établissement	162
2.1.2.2.2. Par catégorie d'établissement	162
2.1.2.3. Les services d'un hôpital.....	163
2.1.2.3.1. Les services de soins	163
2.1.2.3.2. Les consultations externes.....	163
2.1.2.3.3. Les soins de rééducation	163
2.1.2.3.4. Le plateau technique	164
2.1.2.3.5. Les services médico-techniques lourds	164
2.1.2.3.6. Les urgences.....	164
2.1.2.3.7. L'officine hospitalière	165
2.1.2.3.8. Les services administratifs	165
2.1.3. <i>Autorités de gestion</i>	165
2.1.3.1. Les autorités de gestion internes.....	165
2.1.3.2. Les autorités de gestion externes	166
2.1.4. <i>Financement des hôpitaux</i>	167
2.1.4.1. Financement à l'investissement.....	167
2.1.4.2. Financement des coûts d'exploitation : le budget des moyens financiers	167
2.1.4.3. L'intervention de l'assurance maladie	168
2.1.4.4. La participation financière du patient	168
2.1.5. <i>Mode d'exercice des médecins</i>	172
2.2. L'OFFRE HOSPITALIÈRE DE SOINS	172
2.2.1. <i>Contexte national</i>	172
2.2.2. <i>Les établissements de la zone Interreg</i>	173
2.2.2.1. Les hôpitaux généraux.....	173
2.2.2.1.1. Les établissements.....	173
2.2.2.1.2. Les services des hôpitaux généraux	174
2.2.2.1.3. Les soins spécifiques dans les hôpitaux généraux	175

2.2.2.1.4.	L'hospitalisation de jour	176
2.2.2.2.	L'hôpital psychiatrique	176
2.2.2.2.1.	L'établissement	176
2.2.2.2.2.	Les services	176
2.2.2.2.3.	Les fonctions	177
2.2.2.3.	Les lits universitaires	177
2.2.2.4.	Les équipements lourds	178
2.2.2.5.	Les soins de suite et de réadaptation	179
2.2.2.6.	Les soins à domicile	180
2.2.2.7.	Les services d'urgences	180
3.	LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS EN FRANCE	181
3.1.	CADRE GÉNÉRAL	181
3.1.1.	<i>Evolution de la politique hospitalière</i>	<i>181</i>
3.1.2.	<i>Définition des structures hospitalières</i>	<i>183</i>
3.1.2.1.	Types d'établissements de santé	183
3.1.2.1.1.	Par statut d'établissement	183
3.1.2.1.2.	Par catégorie d'établissement	183
3.1.2.1.3.	Les régimes particuliers	184
3.1.2.2.	Les missions des hôpitaux	185
3.1.2.3.	La mission de service public	185
3.1.2.4.	Les services d'un hôpital	186
3.1.2.4.1.	Les services de soins	186
3.1.2.4.2.	Les urgences	186
3.1.2.4.3.	Les consultations externes	186
3.1.2.4.4.	Les services médico-techniques	186
3.1.2.4.5.	Le plateau technique	186
3.1.2.4.6.	Les services administratifs	187
3.1.3.	<i>Autorités de gestion interne</i>	<i>187</i>
3.1.3.1.	Organisation administrative des établissements publics de santé	187
3.1.3.1.1.	Organes décisionnels	187
3.1.3.1.2.	Organes représentatifs	187
3.1.3.2.	Gestion interne des établissements de santé privés	187
3.1.3.2.1.	Organes de direction	188
3.1.3.2.2.	Participation des médecins à la gestion des établissements privés	188
3.1.3.2.3.	Participation des personnels salariés à la gestion des établissements privés	188
3.1.4.	<i>Autorités de gestion externe</i>	<i>188</i>
3.1.5.	<i>Financement et tarification</i>	<i>188</i>
3.1.5.1.	Etablissements de santé publics et privés PSPH	188
3.1.5.2.	Etablissements privés non PSPH	189
3.1.5.3.	Vers un financement plus juste des hôpitaux et des cliniques privées : la tarification à l'activité	189
3.1.5.3.1.	La finalité	189
3.1.5.3.2.	Le champ	189
3.1.5.3.3.	Les modalités	190
3.1.6.	<i>Mode d'exercice des médecins</i>	<i>190</i>
3.1.6.1.	Médecins exerçant au sein des établissements de santé publics	190
3.1.6.1.1.	Le personnel médical des CHU	190
3.1.6.1.2.	Le personnel médical à temps plein	191
3.1.6.1.3.	L'exercice médical à temps partiel à l'hôpital	191
3.1.6.1.4.	Les praticiens contractuels	191
3.1.6.2.	Médecins exerçant au sein des établissements de santé privés	192
3.2.	L'OFFRE HOSPITALIÈRE DE SOINS DANS LA ZONE INTERREG FRANÇAISE	193
3.2.1.	<i>Remarques méthodologiques</i>	<i>193</i>
3.2.2.	<i>Les établissements hospitaliers de la zone Interreg française</i>	<i>193</i>
3.2.3.	<i>Les services hospitaliers de la zone Interreg française</i>	<i>194</i>
3.2.4.	<i>Les soins spécifiques</i>	<i>203</i>
3.2.5.	<i>Les équipements lourds</i>	<i>205</i>
3.2.6.	<i>L'hospitalisation à domicile (hors hôpitaux locaux)</i>	<i>207</i>
3.2.7.	<i>Les services d'urgences</i>	<i>208</i>
4.	L'OFFRE HOSPITALIERE DE SOINS AU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG	210
4.1.	CADRE GÉNÉRAL	210
4.1.1.1.	<i>Evolution de la politique hospitalière</i>	<i>211</i>
4.1.1.2.	<i>Définition des structures hospitalières</i>	<i>212</i>
4.1.1.3.	<i>Autorités de gestion externe</i>	<i>217</i>

4.1.1.4. Autorité de gestion interne.....	217
4.1.1.5. Mode d'exercice des médecins dans les établissements hospitaliers	222
4.1.1.6. Financement et tarification des hôpitaux	222
4.1.1.7. Des effets de la politique hospitalière récente.....	223
4.2.1. <i>Données issues de l'enquête auprès des établissements hospitaliers</i>	224
4.2.2.1. Les activités et services de <i>médecine</i>	225
4.2.2.2. Les activités et services de <i>chirurgie</i>	227
4.2.2.3. Les activités et services de ' <i>mère – enfant</i> '	228
4.2.2.4. Services et activités de <i>psychopathologie/psychiatrie</i>	229
4.2.2.5. Services et activités de <i>rééducation et de soins de suite</i>	232
4.2.2.6. Services et activités de <i>soins palliatifs</i>	233
4.2.2.7. Disponibilité de certaines activités/ <i>soins spécifiques</i>	233
4.2.2.7. <i>Laboratoires</i>	235
4.2.2.8. Les <i>urgences</i>	235
4.3.2.9. <i>Equipements spécifiques</i>	236
5. SYNTHÈSE TRANSFRONTALIÈRE.....	238
LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS : NOMBRE DE SITES OU UNITÉS EN 2002	238
LES SERVICES DE POINTE.....	240
LES ÉQUIPEMENTS LOURDS EN 2004	240
CHAPITRE 5 - LA MOBILITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES PATIENTS DANS LA ZONE INTERREG.....	241
1. INTRODUCTION.....	241
2. LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DU CONVENTIONNEMENT TRANSFRONTALIER EN SANTÉ	241
3. LA JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE EUROPÉENNE	246
4.2. LES AFFAIRES KOHLL ET DECKER	246
4.3. L'AFFAIRE VANBRAEKEL	247
4.4. LES AFFAIRES SMITS ET PEERBOOMS	248
4.5. LES AFFAIRES MÜLLER-FAURÉ ET VAN RIET.....	248
4.6. QUEL EST L'IMPACT DE LA JURISPRUDENCE DE LA CJCE?.....	248
4.7. PLUSIEURS QUESTIONS DEMEURENT SANS RÉPONSE.....	249
5. LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE.....	249
5.1. LES CIRCULAIRES DE L'INAMI EN BELGIQUE	250
5.2. LES CONVENTIONS ENTRE ÉTATS	250
5.3. LES PROJETS INTERREG	250
5.3.1. <i>Un projet expérimental en Thiérache : Transcards</i>	251
5.3.2. <i>Le programme Interreg III</i>	252
5.4. EN SYNTHÈSE	252
6. LA MOBILITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LA ZONE INTERREG.....	253
6.1. LES FLUX DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ FRONTALIERS	253
6.2. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ÉTRANGERS AU LUXEMBOURG	255
6.3. LES CONSÉQUENCES DE CES FLUX	256
6.4. LES RAISONS DE CES FLUX	256
6.5. CONCLUSION.....	257
7. LA MOBILITÉ DES PATIENTS.....	257
6.1. REMARQUES MÉTHODOLOGIQUES	257
6.1.1. <i>L'enquête LLS "Mobilité et coopération transfrontalière" (2003)</i>	257
6.1.2. <i>L'analyse comparée de l'activité hospitalière</i>	257
6.2. LES FLUX DE PATIENTS.....	258
6.2.1. <i>Les soins programmés</i>	258
6.2.2. <i>L'analyse comparée des systèmes d'enregistrement de l'activité hospitalière des établissements de la zone LLS</i>	259
6.2.2.1. Les flux et profils des patients non-résidents	260
6.2.2.2. Les établissements sollicités	260

6.2.2.3.	Les pathologies traitées	262
6.2.2.4.	Conclusion.....	262
7.	LES COOPÉRATIONS INTERHOSPITALIÈRES	263
8.	CONCLUSION.....	263
	CONCLUSIONS GÉNÉRALES	266
	BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES STATISTIQUES.....	269
CHAPITRE 1.....	269	
POUR LA PARTIE "ASPECTS DÉMOGRAPHIQUES"	269	
<i>Monographie</i>	269	
<i>Revue</i>	269	
<i>Autres documents</i>	269	
<i>Statistiques</i>	269	
<i>Autres sites Internet</i>	269	
POUR LA PARTIE "ASPECTS ÉCONOMIQUES"	269	
<i>Références législatives</i>	270	
CHAPITRE 2.....	270	
BELGIQUE	270	
<i>Références législatives</i>	270	
<i>Monographie</i>	271	
<i>Revue</i>	271	
<i>Autre document</i>	271	
<i>Statistiques</i>	271	
<i>Sites Internet</i>	271	
FRANCE.....	271	
LUXEMBOURG.....	271	
<i>Références législatives</i>	271	
<i>Documents</i>	271	
<i>Site Internet</i>	271	
CHAPITRE 3.....	272	
BELGIQUE	272	
<i>Références législatives</i>	272	
<i>Documents</i>	272	
<i>Statistiques</i>	273	
LUXEMBOURG.....	273	
<i>Références législatives</i>	273	
<i>Site Internet</i>	273	
<i>Autre document</i>	273	
CHAPITRE 4.....	273	
BELGIQUE	273	
<i>Références législatives</i>	273	
<i>Monographie</i>	274	
<i>Revue</i>	274	
<i>Sites Internet</i>	274	
<i>Autres sources</i>	274	
LUXEMBOURG.....	274	
<i>Références législatives</i>	274	
<i>Documents</i>	274	
CHAPITRE 5.....	275	
<i>Références législatives</i>	275	
<i>Monographies</i>	275	
<i>Revue</i>	275	

<i>Autres documents</i>	275
ANNEXE	276
CHAPITRE 1	276
CHAPITRE 2	278
CHAPITRE 3	279
CHAPITRE 4	299
CHAPITRE 5	302
GLOSSAIRE	306
TABLE DES MATIERES	310