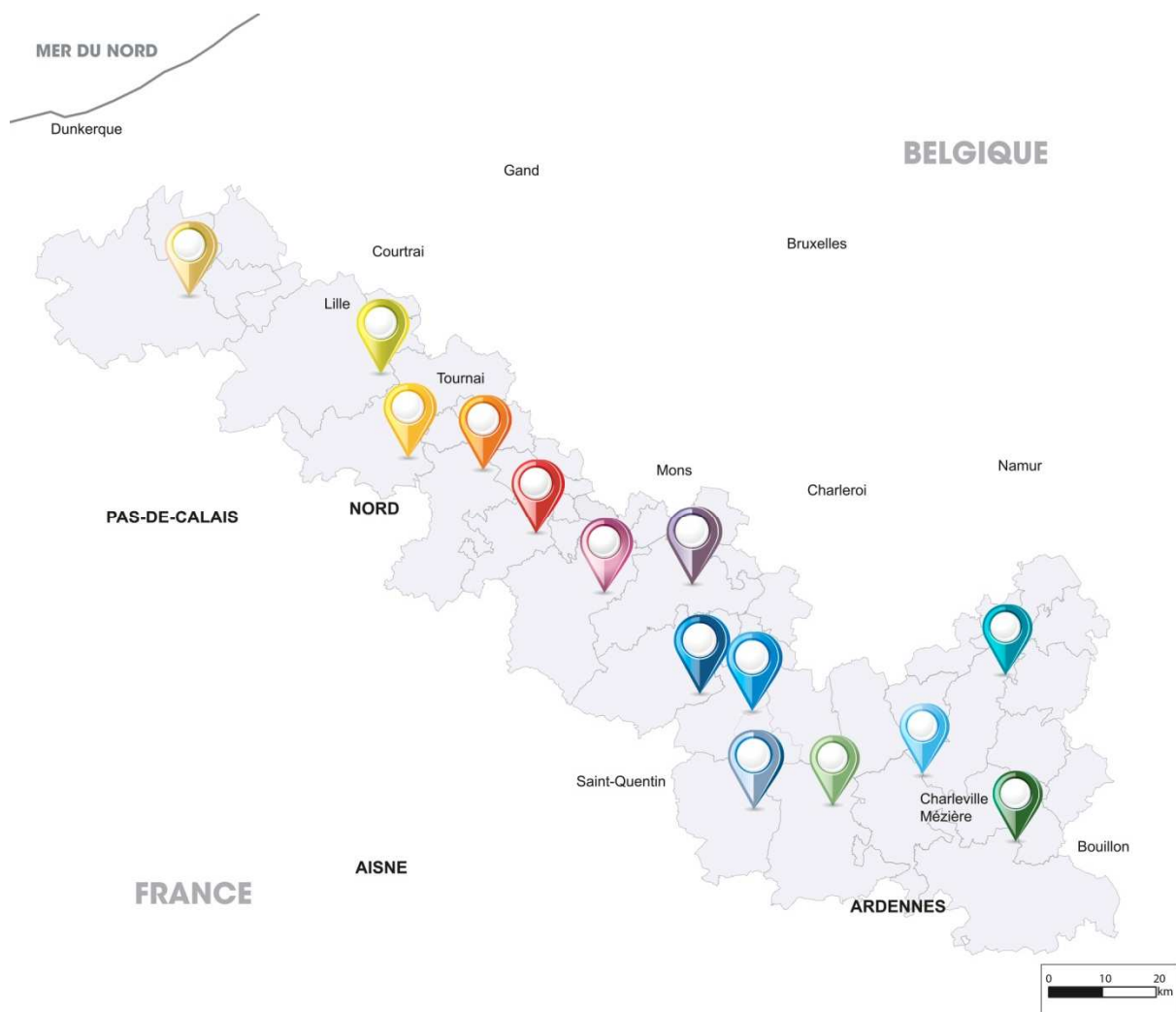


Projet GeDiDoT (Gestion et diffusion de données transfrontalières)

Profils locaux transfrontaliers de santé

Explication de la démarche et points d'attention concernant les indicateurs choisis pour les profils locaux de santé transfrontaliers



Carte du territoire des 14 profils transfrontaliers de santé rédigés dans le cadre du projet GeDiDoT

Site du projet GeDiDoT: www.gedidot.eu (vu: 06.05.2019)

Site de l'infocentre de santé: www.infocentre-sante.eu (vu: 06.05.2019)

Lien vers la synthèse la synthèse des consultations des acteurs du terrain:

<https://gedidot.files.wordpress.com/2018/06/gedidot-synthc3a8se-consultations-final.pdf> (vu: 06.05.2019)

Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) français et communes belges repris dans les 14 profils transfrontaliers

Profil n°	Territoire(s) français	Territoire(s) belge(s)
1	Communauté de communes (CC) de Flandre intérieure	Poperinge, Ypres, Heuvelland
2	Métropole Européenne de Lille (MEL)	Comines-Warneton, Mouscron, Estaimpuis, Tournai
3	CC Pévèle Carembault	Tournai, Rumes
4	Communauté d'agglomération (CA) de La Porte du Hainaut	Brunehaut, Antoing, Péruwelz
5	CA Valenciennes Métropole	Péruwelz, Bernissart, Hensies, Quiévrain, Honnelles
6	CC du Pays de Mormal	Honnelles, Dour, Frameries, Quévy
7	CA Maubeuge-Val de Sambre	Quévy, Estinnes, Erquelines, Beaumont
8	CC du Cœur de l'Avesnois	Sivry-Rance
9	CC Sud Avesnois	Sivry-Rance, Chimay, Momignies
10	CC des Trois Rivières	Momignies
11	CC Ardenne Rives de Meuse, CC Vallées et Plateau d'Ardenne	Couvin, Viroinval, Doische
12	CC Ardenne Rives de Meuse	Hastière, Dinant, Houyet, Beauraing
13	CC Vallées et Plateau d'Ardenne, CA Ardenne Métropole	Gedinne, Bièvre, Vresse-au-Semois
14	CC Ardennes Thiérache, CC des Trois Rivières	Momignies, Chimay, Couvin

1. Méthodologie

L'étape des consultations de terrain

Quatorze profils transfrontaliers ont été élaborés dans le cadre du projet GeDiDoT.

La structure des profils a été orientée par les consultations de terrain menées par des binômes franco-belges. Les personnes rencontrées étaient les acteurs du terrain : les élus (bourgmestres et/ou échevins de la santé), représentants des Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), de l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai, de l'administration communale ainsi que des professionnels de la santé et du social. Ces consultations ont fait l'objet d'une synthèse disponible sur le lien suivant :

<https://gedidot.files.wordpress.com/2018/06/gedidot-synthc3a8se-consultations-final.pdf>

Au total, sur l'ensemble du territoire GeDiDoT, vingt-deux consultations individuelles et huit consultations collectives ont été organisées en 2017.

L'objectif des consultations des acteurs du terrain était à la fois de mieux connaître les dynamiques locales en matière de santé et d'offre de soins dans les zones frontalières pilotes et d'orienter le contenu des profils locaux transfrontaliers de santé. Elles ont permis de mieux appréhender les ressentis, les préoccupations majeures et les demandes, soit d'informations, soit d'actions sur le terrain.

Les initiatives locales en matière de santé et d'offre de soins dans les zones frontalières pilotes ont été mises en avant. Un lien entre une série de facteurs liés à la santé dans la zone franco-belge frontalière a été établi. Des pistes pour des recherches et projets ultérieurs ont été ébauchées.

Plusieurs participants ont mis en avant la pauvreté de la zone étudiée. L'offre de soins et les déterminants socio-économiques de la santé ont donc la part belle dans les profils transfrontaliers.

Concernant les soins de santé, les acteurs belges et français ont mis l'accent sur différentes préoccupations. La pénurie de médecins généralistes et son aggravation dans les prochaines années est ressentie notamment dans les communes belges et dans les Ardennes françaises, la démographie médicale ayant été évoquée à de multiples reprises.

La définition des territoires pour les profils locaux de santé transfrontaliers

Dix profils concernent les EPCI frontaliers de la Région Hauts-de-France (Communauté de communes (CC) de Flandre intérieure jusqu'à la Communauté de communes des Trois Rivières), chacun avec les communes belges frontalières voisines. Quatre profils concernent les Ardennes franco-belges.

Les communes et EPCI repris dans chacun de ces profils ont fait l'objet d'une réflexion d'équipe alimentée par les contacts avec les acteurs de terrain. Les communes de Dinant et Bièvre sont reprises alors que ces communes ne sont pas frontalières. La commune de Dinant a été identifiée par les acteurs au vu des nombreux échanges avec l'hôpital qui s'y trouve. La commune de Bièvre, associée aux communes frontalières de Gedinne et Vresse-sur-Semois, fait partie de l'ancien canton de Gedinne.

La définition des territoires de référence pour les quatorze profils locaux

Les territoires de référence suivants ont été choisis:

- Le département en France et la province en Belgique ;
- Les régions : Hauts-de-France / Grand Est en France et la Wallonie / la Flandre en Belgique ;
- Les projets de territoires en Belgique qui font l'objet d'une collaboration d'acteurs régionaux : Wallonie picarde, Cœur du Hainaut, Charleroi Métropole et Entre-Sambre-et-Meuse ; des valeurs de ces projets de territoire sont présentées dans l'annexe du profil respectif ;
- Les niveaux nationaux.

L'identification des indicateurs et leur comparaison

La trame du profil s'inspire de tableaux de bord transfrontaliers de santé financés par Interreg (Génération en santé) et d'une recherche de nouveaux indicateurs. Chaque indicateur a fait l'objet d'une recherche de comparabilité, tant sur la définition que sur les années communes de disponibilité entre les deux pays.

Les méthodes de recensement de la population, d'enregistrement des naissances, d'imposition des revenus, le système des aides sociales sont différents d'un pays à l'autre et des précautions à la lecture des indicateurs s'imposent. Même si une partie des indicateurs n'est pas comparable directement, ils servent à mesurer l'ampleur du phénomène de part et d'autre de la frontière.

Dans les profils, l'année commune la plus récente est présentée, même si l'un ou l'autre des deux pays peut avoir des indicateurs plus récents.

Les lecteurs sont invités à consulter l'infocentre de santé à l'adresse suivante :

www.infocentre-sante.eu

Une série d'indicateurs en partie identique à celle des profils transfrontaliers y sont présentés à la fois pour une année commune et pour l'année la plus récente dans chaque pays.

2. Points d'attention concernant les indicateurs choisis

Afin de garantir le secret statistique, notamment pour les petites entités (communes et EPCI peu peuplés), les données peuvent être soit floutées (c'est-à-dire qu'il s'agit d'une valeur proche, mais pas exacte, pour éviter l'identification possible de personnes), soit non publiées.

Pour certains indicateurs, l'effectif de la population concernée est présenté, afin de permettre des programmations de politiques sociales et de santé.

Certains indicateurs peuvent être relevés au 31 décembre dans un pays et au 1er janvier de l'année qui suit dans l'autre pays. Ainsi, l'offre de médecins généralistes en 2018 compile les données au 31 décembre 2017 en Belgique et au 1^{er} janvier 2018 en France.

Les chapitres du profil couvrent les thématiques suivantes :

- Identification du territoire ;
- Caractéristiques de la population (démographie) ;
- Déterminants socio-économiques de santé, aides sociales et populations vulnérables ;
- Comportements de santé ;
- Offre de soins et de services ;
- État de santé ;
- Espérance de vie et mortalité ;
- Faits marquants.

2. Points d'attention concernant les chapitres du profil

Chapitres "Identification du territoire" et "Caractéristiques de la population"

En général, la comparaison d'**indicateurs démographiques** entre la Belgique et la France ne pose pas de problème particulier.

En Belgique, le principal fournisseur de données est le registre national (-> Tableau 1, BE02), pour les Belges et les étrangers domiciliés en Belgique (données annuelles au 1^{er} janvier).

En France, il s'agit de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) (-> Tableau 2, FR01). Les données sont collectées depuis 2004 grâce à un recensement reposant sur une collecte d'information annuelle, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans. Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent une enquête de recensement portant sur toute la population, à raison d'une commune sur cinq chaque année. Les communes de 10 000 habitants ou plus réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon de logements représentant 8 % de leur population. Sur une période de cinq ans, l'ensemble des habitants des communes de moins de 10 000 habitants et 40 % de la population des communes de 10 000 habitants ou plus sont pris en compte dans le recensement. Les données au 1^{er} janvier 2015 représentent ainsi la collecte des données de 2013 à 2017.

Pour la France, les moyennes nationales signifient les moyennes de la France hexagonale (métropolitaine), donc sans compter les départements et régions d'outre-mer (la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion).

Pour une meilleure comparaison, la population belge est présentée en 2015, même si la population au 1^{er} janvier 2018 est disponible sur Statbel (-> Tableau 1, BE02).

La superficie de la Belgique et le calcul de la densité sont basés sur les nouvelles données de l'occupation du sol diffusées par l'office statistique belge Statbel (en application 2019).

- L'évolution de la population est appréciée *via* le **taux de croissance de la population** entre 2010 et 2015. Le taux de croissance annuel moyen reprend les populations en début et fin de période dans la formule suivante : $((\text{pop_fin} / \text{pop_début})^{(1/n)} - 1)$ avec n=nombre d'années de la période.
- Les **soldes naturel et migratoire** sont deux facteurs composants l'évolution des populations. Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances vivantes et le nombre de décès sur un territoire au cours d'une période. Le solde migratoire est la différence entre l'accroissement de la population et le solde naturel. Il représente la part de l'accroissement démographique liée aux mouvements migratoires (entrées et sorties de l'entité territoriale dont les déménagements). Les taux rapportent les soldes aux populations en milieu de période.
- **Indice de vieillissement**
L'indice de vieillissement est le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population : plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.
- **Indice d'intensité de vieillissement**
L'indice d'intensité du vieillissement mesure la part des plus âgés parmi les seniors. Il est le rapport entre les personnes âgées de 80 ans et plus (numérateur) et la population âgée de 65 ans et plus (dénominateur). Les personnes de 80 ans et plus sont en effet les plus à risque en terme de perte d'autonomie et de recours important aux services d'aide.

Chapitre "Déterminants socio-économiques de la santé"

- Les indicateurs sur les **déterminants socio-économiques** de la santé proviennent de différentes sources belges et françaises comme les statistiques sur l'économie, le recensement de 2011, les prestations sociales et l'assurance maladie (voir Tableau 1, BE04-BE10, Tableau 2, FR02-FR05).
- Le **taux d'emploi** est la proportion de personnes qui ont un emploi parmi celles en âge de travailler (15 à 64 ans). Ce taux varie non seulement en fonction du nombre de chômeurs, mais aussi en fonction d'autres groupes comme les étudiants, les retraités de moins de 65 ans, les personnes au foyer et les autres inactifs.
- Les déclarations de **revenus** en France et en Belgique ne sont pas tout à fait comparables. La législation en termes de déclaration fiscale n'est pas la même : par exemple, un couple en concubinage en France devra rédiger deux déclarations alors qu'en Belgique, les cohabitants légaux doivent effectuer une seule déclaration (les cohabitants légaux n'étant pas forcément en couple). En France, un ménage fiscal rassemble ainsi l'ensemble des foyers fiscaux vivant dans le même logement et il y a autant de déclarations que de foyers fiscaux. En Belgique, les revenus sont comptabilisés par déclaration fiscale (une par couple marié ou de cohabitants légaux).

Dans les zones frontalières, les résultats sont à interpréter avec prudence, en ayant recours notamment à la consultation des accords fiscaux en vigueur vis-à-vis des pays concernés. Les personnes embauchées de l'autre côté de la frontière avant le 31 décembre 2011 sont imposées par le pays de résidence jusqu'en 2033. Celles qui ont été embauchées à partir du 1^{er} janvier 2012 sont imposées par le pays de travail.

Les montants repris dans les statistiques de revenus dépendent des législations fiscales du pays. Il n'est donc pas possible de comparer directement les revenus imposables belges et français. Néanmoins, ces montants donnent une indication sur les tendances en matière de revenus, notamment en comparaison aux revenus nationaux respectifs. Dans les profils, la carte sur les revenus imposables reprend deux couleurs différentes pour exprimer que des réalités différentes sont approchées.

- Pour l'indicateur relatif à l'**instruction**, l'année commune la plus récente pour la France et la Belgique est 2011 car le dernier recensement belge (census) date de cette année. Il devrait être mis à jour entre 2020 et 2024. Statbel explique certaines limites du recensement belge de 2011 dans le cadre de l'obtention d'un diplôme de l'enseignement supérieur : « *La quasi-totalité des individus ayant obtenu leur diplôme à l'étranger ne sont pas pris en compte dans le calcul de cette variable. Seuls ceux qui ont demandé la reconnaissance de leur diplôme (une opération parfois longue et toujours payante) auprès de la Communauté flamande le sont. (...) Notons également que le registre relatif à l'enseignement secondaire au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles est lacunaire : les années 2001 à 2005 sont manquantes. Le Census 2011 sous-estime donc le niveau d'étude moyen de la population ayant poursuivi sa scolarité dans le système francophone.* »¹ Même si d'autres sources étaient aussi utilisées, la sous-estimation de l'enseignement secondaire supérieur peut impliquer une surestimation des niveaux d'instructions inférieurs concernant le recensement belge de 2011. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation de ces chiffres sur l'enseignement inférieur. Pour la France, l'infocentre présente les résultats du dernier recensement (données au 1^{er} janvier 2015).
- Les **aides sociales** sont liées à la législation sociale des états. Si les comparaisons directes sont donc impossibles, on peut cependant estimer approximativement leur ampleur et les mettre en relation avec les niveaux régional et national d'un même pays. Les aides sociales des deux pays sont donc reprises dans deux tableaux différents.
- **RSA (Revenu de solidarité active, France) / RIS (Revenu d'intégration sociale, Belgique)** : la part des 18-24 ans est importante en Belgique mais en France, cette aide n'est que rarement octroyée aux jeunes (cas de parents isolés, de personnes justifiant d'une certaine durée d'activité professionnelle ou de dérogations). Le montant mensuel est aussi très différent de part et d'autre de la frontière. En France, le taux de foyers allocataires du RSA rapporte le nombre de foyers allocataires du RSA au nombre de ménage au dernier recensement. L'allocation est effectivement attribuée en fonction des revenus totaux du foyer. Ainsi, pour un couple, le RSA est attribué pour le foyer, il y aura donc un foyer allocataire comptabilisé, pas deux. Les chiffres belges dans les profils reprennent le nombre des personnes de 18-64 ans qui sont bénéficiaires du RIS, et le taux est le pourcentage de bénéficiaires par rapport à la population de 18-64 ans. A titre d'exemple, en ce qui concerne le revenu d'intégration sociale en Belgique, une personne isolée reçoit 910,52 euros par mois depuis le 1er septembre 2018.² En France, le RSA pour une personne isolée est passé à 550,93 euros par mois à partir du 1er avril 2018.³

¹ Statbel : Census 2011 Belgique. Census 2011 : l'obtention d'un diplôme de l'enseignement supérieur : quelles inégalités socio-démographiques? http://www.census2011.be/analyse/diplom_fr.html (vu : 07.05.2019).

² SPP Intégration Sociale : (L'Equivalent du) Revenu d'Intégration, <https://www.mi-is.be/fr/lequivalent-du-revenu-dintegration-sociale> (vu : 28.05.2019). SPP Intégration Sociale. Outils CPAS. Montants, <https://www.mi-is.be/fr/outils-cpas/montants> (vu : 28.05.2019); Montants (équivalent) RI de 2005 à aujourd'hui https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/apercu_equivalent_ri_a_partir_du_1er_aout_2005.xlsx (vu : 28.05.2019).

³ DemarchesAdministratives.fr : Augmentation du RSA de 1 % au 1er avril 2018 Mis à jour le 04/04/2018 à 07h39 (vu : 03.06.2019).

- L'indicateur "**allocation handicap**" reprend la proportion de personnes reconnues handicapées bénéficiant d'une intervention financière par rapport à la population totale (personnes de 21-64 ans en Belgique et de 20-64 ans en France). En Belgique, il s'agit soit d'une allocation de remplacement de revenus (ARR), soit d'une allocation d'intégration (AI). L'allocation de remplacement de revenus est destinée aux personnes qui ne peuvent plus travailler à cause de leur handicap ou qui, en travaillant, ne peuvent gagner qu'un tiers ou moins de ce qu'une personne en bonne santé peut gagner sur le marché du travail ordinaire.⁴ L'allocation d'intégration est réservée aux personnes qui ont beaucoup de difficultés à exercer des tâches de la vie de tous les jours (comme cuisiner, manger, faire sa toilette, nettoyer, ...) à cause de leur handicap. Le handicap doit être reconnu par le service médical et les revenus ne peuvent excéder un certain montant.⁵ En France, l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est destinée à soutenir les adultes en situation de handicap en leur apportant un revenu d'existence pour faire face aux dépenses quotidiennes. Elle est versée, sous conditions de ressources, aux personnes âgées de plus de 20 ans (dès 16 ans si l'allocataire n'est plus à charge des parents) et atteintes d'incapacité d'au moins 80 %, ou de 50 % à 79 % en cas d'impossibilité de travail depuis au moins 1 an.
- L'assurance maladie prend en charge les soins destinés aux personnes ayant de faibles revenus et à leur ménage. En Belgique, il s'agit des **bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)**. Le bénéficiaire d'intervention majorée bénéficie de remboursements plus importants pour les soins médicaux. L'indicateur BIM (total des bénéficiaires) en Belgique est calculé au 31/12 de l'année respective. En France, il s'agit des personnes couvertes par la **couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)**. La CMU-C donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé. Le taux de personnes BIM/CMU-C est calculé de la manière suivante : nombre de personnes couvertes avec intervention majorée divisé par nombre de personnes couvertes totales. Les personnes ayant droit (les enfants, en général) sont donc reprises dans le numérateur et le dénominateur. En région Hauts-de-France et Grand Est, les données CMU-C proviennent des Caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), des Mutualités sociales agricoles (MSA) et du Régime social des indépendants (RSI) des deux régions (-> Tableau 2, FR04). Les données ont été obtenues auprès des organismes producteurs à deux dates différentes : 31 décembre 2015 dans les Hauts-de-France et 31 décembre 2016 dans le Grand Est).
- Pour les **aides relatives aux personnes âgées**, en France, l'indicateur rapporte le nombre de retraités âgés de 65 ans et plus bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et/ou d'un complément retraite au nombre de retraités du même âge. Seuls les retraités des régimes général, agricole et des indépendants sont toutefois comptabilisés ici (sont donc exclues les personnes âgées qui ne sont rattachées à aucun régime de retraite et qui perçoivent l'allocation *via* le Saspas, service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées). En Belgique, l'indicateur représente le nombre d'assurés contre la maladie bénéficiaires de revenus de remplacement de type 'Garantie de revenus aux personnes âgées' (GRAPA), 'Revenu Garanti' (RG), minimum vital et aide du Centre Public d'Action Sociale (CPAS) pour 100 personnes de 65 ans et plus assurés contre la maladie.
- Les **taux de fécondité des femmes de 15-19 ans** ne sont pas tous présentés. Lorsque les effectifs de population et de naissances des zones étudiées sont trop faibles, la mention n.d. (non disponible) est affichée signifiant que la valeur pour l'indicateur n'est pas assez robuste.

⁴ Service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées : Allocation de remplacement de revenus, <https://handicap.belgium.be/fr/mes-droits/allocation-remplacement-revenu.htm> (vu : 08.05.2019).

⁵ Service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale Personnes handicapées : Allocation d'intégration, <https://handicap.belgium.be/fr/mes-droits/allocation-integration.htm> (vu : 08.05.2019).

Dans certains profils, l'indicateur "taux de fécondité" n'est pas présenté car non disponible pour l'ensemble des territoires étudiés.

- En France, une **famille monoparentale** est formée d'un parent et d'un ou plusieurs de ses enfants qui ont la même résidence principale. Le parent ne partage pas sa résidence principale avec un conjoint. Un 'enfant' au sens du recensement est une personne célibataire qui habite avec au moins un de ses parents et qui n'est lui-même ni parent, ni conjoint d'un autre habitant de sa résidence principale. Pour cet indicateur, ne sont retenues que les familles monoparentales ayant au moins un enfant âgé de moins de 25 ans. Depuis 2015-2016, une définition commune des calculs des types de ménage a été adoptée par les différents organismes statistiques de Belgique : les trois régions, le Bureau fédéral du Plan et Statbel. Selon la définition reprise par Statbel un ménage se définit comme l'ensemble des personnes occupant habituellement un même logement et vivant en commun. Le ménage est constitué, soit par une personne vivant habituellement seule, soit par deux ou plusieurs personnes qui sont unies ou non par des liens de parenté. La notion de logement se réfère ainsi à la résidence principale d'un individu telle que reprise au Registre national des personnes physiques (RN). La typologie BETypo permet de distinguer huit types de ménages selon leur situation de fait : ménages d'une personne (1PERS), mariés sans enfant (MAR0), mariés avec enfant(s) (MAR+), cohabitants sans enfant (UNM0), cohabitants avec enfant(s) (UNM+), familles monoparentales (1PA), autres types de ménages (OTHR) et les ménages collectifs (COLL)."⁶
- En Belgique, la proportion de **mineurs dans une famille sans revenu lié au travail** est calculée sans les familles dont le statut n'est pas connu. Ces familles ne sont donc pas reprises ni au numérateur ni au dénominateur. « Environ 10 % des moins de 18 ans ne sont pas pris en compte car on ignore s'il y a un revenu du travail dans leur ménage (pas de parent à l'emploi et position socio-économique d'un parent ou des deux parents dans la catégorie 'autre' qui concerne, notamment, les diplomates et travailleurs frontaliers sortants). »⁷ L'Iweps a calculé les proportions sur base de données de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS).⁸ Contrairement à la France, les nombres de mineurs concernés n'étaient pas disponibles pour la Belgique, seules les proportions.

Chapitre "Comportements de santé"

- À l'exception de celles sur le dépistage, les données relatives aux comportements de santé ne sont pas disponibles à l'échelle locale. Les observations au niveau régional ou national permettent cependant d'avoir une idée globale de l'importance de ces comportements dans la région ou le pays des territoires étudiés.
- En France, le **tabagisme quotidien** parmi les 18-75 ans est évalué via le Baromètre Santé 2017⁹ (-> Tableau 2, FR11). En Belgique, les chiffres proviennent de l'Enquête nationale de

⁶ Bureau fédéral du Plan et Statbel : Perspectives démographiques 2018-2070. Population et ménages. Bruxelles: Bureau fédéral du Plan et Direction générale Statistique - Statistics Belgium, Janvier 2019, [https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/bevolking/5.8%20Bevolkingsvoorzichten/bestand en/2018/FOR_POP1870_11813_F.pdf](https://statbel.fgov.be/sites/default/files/files/documents/bevolking/5.8%20Bevolkingsvoorzichten/bestand%20en/2018/FOR_POP1870_11813_F.pdf) (vu : 18.02.2019), p. 3.

⁷ Iweps : WalStat. Catalogue des indicateurs. Mineurs vivant dans un ménage sans revenus d'un travail, https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=9&indicateur_id=833100&ordre=0 (vu : 19.02.2019).

⁸ Iweps : WalStat. Catalogue des indicateurs. Mineurs vivant dans un ménage sans revenus d'un travail, https://walstat.iweps.be/walstat-catalogue.php?niveau_agre=C&theme_id=9&indicateur_id=833100&ordre=0 (vu : 19.02.2019).

⁹ Pasquereau, A.; Andler, R.; Guignard, R.; Richard, J.-B.; Arwidson, P.; Nguyen-Thanh, V.; le groupe Baromètre santé 2017 : La consommation de tabac en France : Premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bulletin

santé par interview belge de 2013 (Sciensano-HIS 2013 -> Tableau 1, BE13). Les données sur le tabagisme – comme sur la consommation d'alcool et l'activité physique – proviennent donc des réponses des personnes interviewées. Parfois, elles peuvent être amenées à donner des réponses erronées.

- Les chiffres sur la **consommation chronique à risque d'alcool** dans le profil proviennent de l'Enquête nationale de santé par interview belge de 2013 (Sciensano-HIS 2013) et de l'enquête EHIS-ESPS 2014 (European Health Interview Survey – Enquête sur la santé et la protection sociale -> Tableau 2, FR12) en France. La consommation à risque chronique est définie comme une consommation régulière de 22 verres ou plus par semaine chez l'homme et de 15 verres ou plus par semaine chez la femme. Pour l'enquête ESPS en France, une définition un peu plus large a été appliquée : "les consommateurs à risque chronique, qui boivent 15 verres ou plus par semaine pour les femmes ou 22 verres ou plus pour les hommes, et/ou 6 verres ou plus en une occasion au moins 1 fois par semaine"¹⁰. Cependant, les normes de consommation excessive sont actuellement plus restrictives qu'au moment des enquêtes citées. Les recommandations principales actuelles du Conseil Supérieur de la Santé belge incluent de limiter sa consommation d'alcool ; de ne pas consommer d'alcool avant 18 ans ; de ne pas boire plus de 10 unités standards d'alcool par semaine, à répartir sur plusieurs jours ; de prévoir plusieurs jours dans la semaine sans alcool ; pour les femmes enceintes, celles qui souhaitent le devenir et les femmes qui allaitent, il est recommandé de ne pas boire de boissons alcoolisées.¹¹ De manière similaire, en France, le groupe d'experts sollicité à conduire une recherche documentaire en 2016-2017 "propose tout d'abord que les pouvoirs publics informent la population sur les risques sanitaires associés à la consommation d'alcool et recommandent aux consommateurs d'alcool de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 par jour pour les hommes et les femmes."¹²
- Les chiffres sur l'**activité physique régulière** proviennent de l'enquête nationale par interview 2013 en Belgique (Sciensano, HIS 2013) et de l'enquête EHIS-ESPS 2014 en France. En Belgique, la question posée aux personnes de 15 ans et plus concernait la pratique d'au moins 30 minutes par jour d'activité physique (modérées ou intenses).¹³ En France, la question concernait les personnes de 15 ans ou plus "pratiquant au moins deux heures trente d'activités sportives et de loisir par semaine"¹⁴.

Epidémiologique Hebdomadaire 2018;14-15, 29.05.2018, pp.265-273,
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf (vu : 30.04.2019), p.269.

¹⁰ Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) - alcool. Dernière mise à jour : novembre 2018, <https://www.ofdt.fr/pdf/588> (vu : 04.04.2019).

¹¹ Conseil Supérieur de la Santé : Risques liés à la consommation d'alcool. Bruxelles: CSS; 2018. Avis n° 9438, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9438_avis_alcool.pdf (vu : 31.01.2019), p. 2

¹² Santé publique France, Institut national du cancer : Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/2143/18554/version/3/file/avis_alcool_040517.pdf (vu : 31.01.2019), p. 2

¹³ Gisle, Lydia; Demarest, Stefaan (eds) : Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie. Bruxelles: WIV-ISP, 2014. Auteur: Sabine Drieskens, https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/PA_FR_2013.pdf (vu : 30.04.2019), p. 375.

¹⁴ Célant, Nicolas; Guillaume, Stéphanie; Rochereau, Thierry : L'Enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Les rapports de l'IRDES n° 566, septembre 2017, <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf> (vu : 30.04.2019), p. 96.

- Les chiffres français sur l'**obésité** proviennent de l'enquête ObEpi 2012 (-> Tableau 2, FR13).¹⁵ En Belgique, les chiffres proviennent de l'enquête nationale par interview 2013 (Sciensano, HIS 2013).
- L'indicateur sur le **dépistage du cancer du sein** reprend à la fois le dépistage organisé et le dépistage volontaire (démarche de détection individuelle). Dans le cadre du dépistage organisé, les femmes de 50 à 74 ans en France et de 50 à 69 ans en Belgique sont invitées à passer tous les deux ans une mammographie de dépistage. Notons qu'en Wallonie, la majorité des dépistages se fait en dehors du programme organisé, à l'inverse de la France. Certaines femmes du groupe d'âge concerné ne sont toutefois pas éligibles au programme de dépistage organisé : celles à risque élevé ou très élevé de cancer du sein, qui font l'objet d'une surveillance spécifique. Les données belges proviennent de l'Atlas de l'Agence InterMutualiste (-> Tableau 1, BE06), les données françaises de l'Agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, de l'ARS Grand Est et des structures départementales du dépistage organisé des cancers (-> Tableau 2, FR06).

Chapitre "Offre de soins et de services"

- Pour la Wallonie, les données des **médecins généralistes** proviennent du cadastre wallon (données au 31 décembre 2017 -> Tableau 1, BE11). Celui-ci mesure la présence actuelle de la médecine générale et exclut donc un nombre d'activités exécutées par les médecins généralistes qui ne contribuent pas aux soins de la population sur le terrain. Il y a donc des différences parfois importantes entre les chiffres du cadastre wallon et les chiffres de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), notamment si les derniers comptent tous les médecins généralistes "actifs" (pas de critère d'inactivité : dossier de reconnaissance en cours, décès, expatriation, suspension, radiation, interruption temporaire de carrière ou fin de carrière)¹⁶. Se basant sur le cadastre wallon, l'annexe chiffrée ne contient donc pas de données sur les médecins généralistes des communes flamandes. Pour la France, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS -> Tableau 2, FR07) mis en œuvre par l'agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip-Santé) et dont les données sont traitées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) fournit les effectifs de médecins au 1^{er} janvier 2018. Les données présentées reprennent le nombre de médecins généralistes libéraux, salariés et mixtes à l'exclusion des salariés uniquement hospitaliers. En faisant l'hypothèse que l'activité professionnelle diminue fortement à l'âge de la retraite, seuls les médecins généralistes de moins de 70 ans ont été comptabilisés.
- Les **Zones d'intervention prioritaire (Zip)** et les **Zones d'action complémentaire (Zac)** : En France, désormais, un indicateur commun et des critères propres concilient l'affirmation d'une priorité nationale à des politiques régionales en France. Chaque région de France est découpée en territoires de vie-santé. Ces territoires sont composés eux-mêmes d'un ensemble de communes. Ils ont été établis pour définir les zones déficitaires en médecins généralistes. Ils ne correspondent à aucun découpage administratif. Il s'agit de bassins de vie la plupart du temps ou de subdivisions de bassins de vie. La nouvelle méthodologie s'appuie sur « l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin », qui recouvre trois dimensions :

¹⁵ Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Kantar Health, Roche : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012. Une enquête Inserm / Kantar Health / Roche, http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf (vu : 30.04.2019), p. 38.

¹⁶ INAMI : Statistiques relatives aux dispensateurs de soins individuels – Méthode de calcul. Dernière mise à jour 09.01.2018, <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/soinsdesante/Pages/dispensateurs.aspx> (vu : 30.04.2019).

- L'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou de ses visites ;
- Le temps d'accès au praticien ;
- Le recours aux soins des habitants par classe d'âge pour tenir compte de leurs besoins différenciés.

L'indicateur APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant. Il tient compte des médecins généralistes présents sur le territoire : leur âge est également pris en compte dans le calcul de l'indicateur afin d'anticiper les futurs départs en retraite, par exemple. Chaque commune se voit octroyer un classement. Le zonage pour les médecins identifie trois catégories de zones :

- Les « zones d'intervention prioritaire » qui représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins (moins de 2,5 consultations par habitant et par an) ainsi que des territoires potentiellement fragiles (entre 2,5 et 4 consultations par habitant et par an). Elles représentent 8,7 % de la population régionale, soit 483 000 habitants.
- Les « zones d'action complémentaire », moins impactées par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Elles représentent 50,7 % de la population régionale, soit 2 810 000 habitants.
- Les « zones hors vivier » caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante (supérieure à 4 consultations par an et par habitant).

Grâce à ce nouveau zonage, les médecins pourront facilement identifier les territoires où ils sont le plus attendus ainsi que les aides mobilisables dans chaque zone.

- Les **établissements hospitaliers** représentés sur la cartographie sont ceux offrant des lits d'hospitalisation. Les lits des hôpitaux de jour uniquement n'ont pas été comptabilisés. Sont concernés les hôpitaux avec lits d'hospitalisation générale au sens large : chirurgie, maternité, médecine, pédiatrie, gériatrie, soins palliatifs, soins intensifs, soins intensifs de néonatalogie, grands brûlés. Pour la Belgique, les lits agréés sont présentés. Pour la France, il s'agit de la somme des lits installés en hospitalisation partielle et complète des lits M (médecine) + C (chirurgie) + O (obstétrique); seuls les établissements ayant au moins un lit d'hospitalisation complète sont présentés. Les données belges proviennent du Service Public Fédéral (SPF) Santé publique (-> Tableau 1, BE12), les données françaises de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE -> Tableau 2, FR08).

Chapitre État de santé

- **L'espérance de vie à la naissance** (données belges : Registre national -> Tableau 1, BE02, données françaises : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) -> Tableau 2 FR09) représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité de la période considérée, ici 2006-2015. Afin de ne mettre en évidence que des différences significatives, des intervalles de confiance dans lesquels se situe très vraisemblablement la valeur réelle ont été calculés. Si les intervalles de confiance des indicateurs ne se chevauchent pas, les indicateurs sont jugés significativement différents. Certains territoires sont faiblement peuplés, rendant les résultats peu robustes et les intervalles de confiance larges.
- La **mortalité prématurée** comprend les décès survenus avant l'âge de 65 ans. De part et d'autres de la frontière, les taux de mortalité ont été standardisés sur la population

européenne afin de gommer les effets de structure par âge des populations et de pouvoir ainsi comparer les taux entre les différents territoires. Comme pour l'espérance de vie, un intervalle de confiance a été calculé.

- Pour le **diabète**, l'indicateur reprend les personnes recevant des soins (médicaments et parcours de soins) en Belgique et celles qui bénéficient d'une affection de longue durée (ALD) en France. Les diabétiques non diagnostiqués ou ne bénéficiant pas de soins ou d'ALD ne sont de fait pas pris en compte dans les deux pays. Les données présentées sous-estiment probablement la fréquence du diabète dans la population. Les données exploitées en France sont celles du nombre de bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée pour diabète au 31 décembre 2016. Elles permettent d'approcher une certaine forme de morbidité diagnostiquée : seuls les patients dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisés. Les données françaises sont donc moins exhaustives qu'en Belgique où les données proviennent de l'assurance maladie, *via* les remboursements de soins. L'interprétation doit tenir compte du fait qu'il s'agit de cas diagnostiqués ; s'il y a une proportion large de personnes non diagnostiquées dans une région, les chiffres peuvent donner l'illusion à tort que la situation est plus favorable. En France, les taux d'admis en ALD pour diabète ont été standardisés sur la population européenne, permettant des comparaisons entre l'EPCI et les territoires de référence (département, région) sans distorsions par la composition par âge de la population. En Belgique, l'assurance maladie donne des chiffres bruts (donc non standardisés). Les chiffres français et belges, non directement comparables, sont donc présentés dans deux tableaux différents.
- Pour les **cancers**, les indicateurs ne sont pas directement comparables non plus. Les données proviennent du Registre du cancer pour la Belgique et de l'assurance maladie pour la France. Pour les cancers, il s'agit des diagnostics C00-C43 et C45-C97 de la classification internationale des maladies (CIM). Le diagnostic C44 (autres tumeurs malignes de la peau) a été exclu (utilité à des fins cliniques ou épidémiologiques limitée)¹⁷.

Le Registre du cancer belge (-> Tableau 1, BE14) a mis à disposition les taux standardisés (années 2011-2015, référence : population Européenne en 2013) de nouveaux cas de cancer (incidence) avec les intervalles de confiance, donc pas de nombres bruts. Lorsqu'un phénomène est rare et que l'effectif de la population est faible, les intervalles de confiance sont larges. Ce qui est le cas pour les petites entités (notamment les communes). La prudence s'impose pour l'interprétation.

Les chiffres français comptabilisent les admissions en affection de longue durée (ALD) pour cancers sur la période 2010-2014 permettant d'approcher une certaine forme de morbidité diagnostiquée. Les taux standardisés d'admissions en ALD pour cancers ont été standardisés sur la population européenne.

Les données françaises sur l'ALD proviennent de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et de la Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI) (-> Tableau 2, FR10).

¹⁷ Le diagnostic C44 rassemble des tumeurs malignes de la peau à l'exclusion du mélanome malin et inclut les tumeurs malignes de la peau sans précision. Voir : CIM-10 Version:2008. Chapitre II Tumeurs (C00-D48). Mélanome malin et autres tumeurs malignes de la peau (C43-C44), <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/C43-C44> (vu : 03.06.2019)

3. Les fournisseurs de données

Tableau 1: Belgique

	Base de données / Fournisseur	Nom / Organisation	Lien internet
BE01	Statbel	Direction générale Statistique du SPF Économie (Statistics Belgium)	https://statbel.fgov.be/fr (vu : 15.04.2019)
BE02	Registre national	Registre national – Direction générale Statistique du SPF Économie (Statistics Belgium)	https://statbel.fgov.be/fr (vu : 15.04.2019)
BE03	Bulletins d'état civil	Bulletins d'état civil – Direction générale Statistique du SPF Économie (Statistics Belgium)	https://statbel.fgov.be/fr (vu : 15.04.2019)
BE04	Census 2011 Belgique	Census 2011 Belgique – Direction générale Statistique du SPF Économie (Statistics Belgium)	http://census2011.fgov.be/index_fr.html (vu : 18.02.2019)
BE05	WalStat	Iweps: WalStat	https://walstat.iweps.be/walstat-accueil.php (vu : 21.02.2019)
BE06	Atlas AIM	L'Agence InterMutualiste: Atlas AIM	https://aim-ima.be/Atlas (vu : 15.04.2019), http://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees (vu : 15.04.2019)
BE07	Steunpunt Werk	Steunpunt Werk	https://www.steunpuntwerk.be/ (vu : 15.04.2019)
BE08	Service Public Fédéral de Programmation (SPP) Intégration Sociale	Service Public Fédéral de Programmation Intégration Sociale	https://www.mi-is.be/fr (vu : 15.04.2019)
BE09	Service Public	Service Public	https://economie.fgov.be/fr (vu : 15.04.2019)

	Fédéral (SPF) Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie	Fédéral Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie	
BE10	Service Public Fédéral (SPF) Sécurité Sociale	Service Public Fédéral Sécurité Sociale	https://socialsecurity.belgium.be/fr (vu : 21.02.2019)
BE11	Cadastre wallon	Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ): Cadastre wallon	https://www.aviq.be/ (vu : 20.02.2019)
BE12	SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, DG Organisation des Établissements des Soins – Service Datamanagement	Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement	https://www.health.belgium.be/fr (vu : 21.02.2019)
BE13	Enquête de santé par interview (Health Interview Survey, HIS)	Sciensano	https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx (vu : 08.04.2019)
BE14	Registre du cancer	Belgian Cancer Registry – Fondation Registre du Cancer	https://kankerregister.org/default.aspx?lang=FR (vu : 08.04.2019)

Tableau 2: France

	Base de données / Fournisseur	Nom / Organisation	Lien internet
FR01	Recensement de la population État civil	Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)	https://www.insee.fr (vu : 15.04.2019)
FR02	Cadastre Impôts des particuliers	Direction générale des finances publiques, Ministère de l'action et des comptes publics	https://www.impots.gouv.fr/portail/statistiques (vu : 15.04.2019)
FR03	Prestations sociales	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf)	https://www.msa.fr (vu : 15.04.2019) http://www.caf.fr/presse-institutionnel (vu : 15.04.2019)
FR04	Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	Caisse primaire d'assurance maladie (Cnam) Mutualité sociale agricole (MSA) Régime social des indépendants (RSI), aujourd'hui Sécurité sociale pour les indépendants	https://www.ameli.fr (vu : 15.04.2019) https://www.msa.fr (vu : 15.04.2019) https://www.secu-independants.fr/ (vu : 15.04.2019)
FR05	Minimum vieillesse	Observatoire des fragilités Grand Nord	http://www.observatoiredesfragilites.fr (vu : 15.04.2019)
FR06	Dépistage	Agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France Agence régionale de santé (ARS) Grand Est Structures départementales du dépistage organisé des cancers	https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/ (vu : 15.04.2019) https://www.grand-est.ars.sante.fr/ (vu : 15.04.2019)
FR07	Répertoire partagé des	Asip Santé – Agence française de la santé	https://esante.gouv.fr/ (vu : 15.04.2019)

	professionnels de santé (RPPS)	numérique Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)	https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/ (vu : 15.04.2019)
FR08	Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)	https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/ (vu : 04.06.2019) https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm (vu : 15.04.2019)
FR09	Décès	Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc)	https://www.cepidc.inserm.fr/ (vu : 15.04.2019)
FR10	Affection de longue durée	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) Caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI) aujourd'hui Sécurité sociale pour les indépendants	https://www.msa.fr (vu : 15.04.2019) http://www.securite-sociale.fr/ (vu : 15.04.2019) https://www.secu-independants.fr/ (vu : 15.04.2019)
FR11	Baromètre Santé 2017	L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) aujourd'hui Santé Publique France ¹⁸	http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp (vu : 15.04.2019)
FR12	Enquête EHIS-ESPS 2014	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) :	http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/actualites.html (vu : 15.04.2019)

¹⁸ L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) n'existe plus depuis qu'il a formé Santé Publique France en 2016 avec l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

		Enquête santé et protection sociale (ESPS)	
FR13	Enquête Obepi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids	Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Kantar Health, Roche	http://www. Roche.fr/innovation-recherche-medecale/decouverte-scientifique-medecale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html (vu : 14.04.2019)

4. Abréviations

Abréviation	Nom	Pays concerné
AAH	Allocation aux adultes handicapés	France
AI	Allocation d'intégration	Belgique
APA	Allocation d'aide aux personnes âgées	Belgique
ALD	Affection de longue durée	France
ARR	Allocation de remplacement de revenus	Belgique
Asip Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé, aujourd'hui Agence française de la santé numérique	France
Aspa	Allocation de solidarité aux personnes âgées	France
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale	Belgique
BIM	Bénéficiaire de l'intervention majorée	Belgique
CC	Communauté de communes	France
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	France
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	France
CIM	Classification internationale des maladies	
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire	France
Cnaf	Caisse nationale des allocations familiales	France
Cnamts	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	France
CNRSI	Caisse nationale du régime social des indépendants	France
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie	France
CPAS	Centre Public d'Action Sociale	Belgique
DG Stat du SPF Économie	Direction générale du Service public fédéral Économie	Belgique
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	France
EHIS	European Health Interview Survey	
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale	France
EPRUS	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires	France
ESPS	Enquête santé et protection sociale	France
GeDiDoT	Gestion et diffusion de données transfrontalières	
GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées	Belgique
HIS	Health Interview Survey – Enquête de santé par interview	Belgique
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité	Belgique

Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	France
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques	France
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	France
InVS	Institut de veille sanitaire	France
Irdes	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé	France
n.d.	non disponible	
RG	Revenu Garanti	Belgique
RIS	Revenu d'intégration sociale	Belgique
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé	France
RSA	Revenu de solidarité active	France
Saspa	Service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées	France

5. Documents et sites internet qui sont cités dans les profils ou ont aidé à rédiger les profils locaux de santé transfrontaliers

Agence pour une Vie de Qualité (AViQ), Portail Santé : Impulseo I, <http://sante.wallonie.be/?q=node/4466> (vu : 30.04.2019).

ARS Grand Est : L'ARS Grand Est arrête le nouveau zonage médecins. 01.07.2018, <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-grand-est-arrete-le-nouveau-zonage-medecins> (vu : 30.04.2019).

ARS Grand Est, Portail d'accompagnement des professionnels de santé : Pour les médecins, <http://www.grand-est.paps.sante.fr/Pour-les-medecins.40885.0.html> (vu : 03.06.2019).

ARS Grand Est : Zonage médecins - juin 2018, https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Zonage_MG_yc_BFC_IdF_VD_20170618.pdf (vu : 30.04.2019).

ARS Hauts-de-France : Aides à l'installation des médecins généralistes. 30.01.2019, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/aides-linstallation-des-medecins-generalistes> (vu : 18.02.2019).

ARS Hauts-de-France, Portail d'accompagnement des professionnels de santé : Les zones géographiques de référence pour les aides, <http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/Quels-sont-les-territoires-concernes.40402.0.html> (vu : 30.04.2019).

ARS Hauts-de-France : Zonage médecins généralistes Hauts-de-France, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-01/Zonage%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20Hauts-de-France.pdf> (vu : 30.04.2019).

ARS Hauts-de-France : Liste des communes composant les territoires de vie santé ZIP et ZAC, http://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PAPS_V2_NPDCP/Actualites/decembre_2018/Liste_Communes_ZIP_ZAC.pdf (vu : 30.04.2019).

Célant, Nicolas; Guillaume, Stéphanie; Rochereau, Thierry : L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Les rapports de l'IRDES n° 566, septembre 2017, <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf> (vu : 30.04.2019).

Gisle, Lydia; Demarest, Stefaan (eds) : Enquête de santé 2013. Rapport 2: Comportements de santé et style de vie. Bruxelles: WIV-ISP, 2014. Auteur: Sabine Drieskens, https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/PA_FR_2013.pdf (vu : 30.04.2019).

INAMI : Les flux de patients français dans les hôpitaux belges dans les Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST). Étude descriptive (2015-2016-2017), https://www.mc.be/media/rapport-flux-zoast_tcm49-55254.pdf (vu : 30.04.2019).

Inpes : Guide pratique pour faire le point sur votre consommation d'alcool, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/861.pdf> (vu : 30.04.2019).

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Kantar Health, Roche : Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité 2012. Une enquête Inserm / Kantar Health / Roche, http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf (vu : 30.04.2019).

Ministère des Solidarités et de la Santé : Territoire de vie-santé - zonage médecin, <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin> (vu: 03.06.2019).

Moleux, Marguerite; Schaetzel, Françoise, Scotton, Claire : Les inégalités sociales de santé: Déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection générale des affaires sociales RM2011-061P, <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf> (vu : 30.04.2019).

Pasquereau, A.; Andler, A.; Guignard, G.; Richard, J. B.; Arwidson, P.; Nguyen-Thanh, V. ; le groupe Baromètre santé 2017 : La consommation de tabac en France. Premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2018;14-15, pp.265-73, http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf (vu : 30.04.2019).

6. Annexe: Dates exactes et années données pour les indicateurs dans les profils locaux de santé transfrontaliers

Belgique	Indicateur	Date exacte	Année/Date mentionnée dans le profil
	Indicateurs concernant la population	01.01.2015	2015
	Densité	01.01.2015 (population, superficie sur base des nouveaux calculs 2019)	2015
	Croissance, solde naturel, solde migratoire	2010-2015	2010-2015
	Indice de vieillissement	01.01.2015	2015
	Indice d'intensité de vieillissement	01.01.2015	2015
	Nombre moyen de naissances par an	2011-2015	2011-2015
	Taux d'emploi	2015 (moyenne)	2015
	Revenus imposables	2016	2016
	Proportion de jeunes de 25-34 ans peu ou pas diplômés	01.01.2011	2011
	Revenu d'intégration sociale RIS 12/2016	12/2016	2017
	Allocation handicap 21-64 ans	31.12.2016	2017
	Bénéficiaires d'intervention majorée (BIM)	2016	2016
	Allocation vieillesse	12/2016	2017
	Proportion de seniors de 80 ans et plus domiciliés seuls	01.01.2015	2015
	Taux de fécondité des femmes de 15-19 ans	2011-2015	2011-2015
	Proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants de moins de 25 ans	01.01.2015	2015
	Proportion d'enfants vivant dans une famille sans revenu lié au travail	31.12.2014	2015
	Proportion de femmes participant au dépistage du cancer du sein	2014-2015	2014-2015

	Nombre d'habitants par médecin généraliste de < 70 ans	31.12.2017	2018
	Proportion de médecins généralistes de 55-69 ans parmi les médecins généralistes de < 70 ans	31.12.2017	2018
	Répartition des hôpitaux avec lits d'hospitalisation générale	31.12.2017	2018
	Espérance de vie à la naissance	2006-2015	2006-2015
	Mortalité prématurée (avant 65 ans)	2006-2015	2006-2015
	Taux de personnes soignées pour diabète	2016	2016
	Nouveaux cas de cancers pour 100000 personnes	2011-2015	2011-2015

France	Indicateur	Date exacte	Année/Date mentionnée dans le profil
	Indicateurs concernant la population	01.01.2015	2015
	Densité	01.01.2015	2015
	Taux de croissance, solde naturel, solde migratoire	2010-2015	2010-2015
	Indice de vieillissement	01.01.2015	2015
	Indice d'intensité de vieillissement	01.01.2015	2015
	Nombre moyen de naissances par an	2011-2015	2011-2015
	Taux d'emploi	01.01.2015	2015
	Revenus imposables	2016	2016
	Proportion de jeunes de 25-34 ans peu ou pas diplômés	01.01.2011	2011
	Revenu de solidarité active RSA	31.12.2016	2017
	Allocation adultes handicapés de 20-64 ans	31.12.2016	2017

	Couverture maladie universelle complémentaire CMU-C	31.12.2015 (Hauts-de-France) 31.12.2016 (Grand Est)	2016 (Hauts-de-France) 2017 (Grand Est)
	Bénéficiaires du minimum vieillesse	31.12.2017	2018
	Proportion de seniors de 80 ans et plus domiciliés seuls	01.01.2015	2015
	Taux de fécondité des femmes de 15-19 ans	2011-2015	2011-2015
	Proportion de familles monoparentales parmi les familles avec enfants de moins de 25 ans	01.01.2015	2015
	Proportion d'enfants mineurs vivant dans une famille sans revenu lié au travail	01.01.2015	2015
	Proportion de femmes participant au dépistage du cancer du sein	2014-2015	2014-2015
	Nombre d'habitants par médecin généraliste de < 70 ans	01.01.2018	2018
	Proportion de médecins généralistes de 55-69 ans parmi les médecins généralistes de < 70 ans	01.01.2018	2018
	Répartition des hôpitaux avec lits d'hospitalisation générale	31.12.2017	2018
	Espérance de vie à la naissance	2006-2015	2006-2015
	Mortalité prématurée (avant 65 ans)	2006-2015	2006-2015
	Taux standardisé de personnes en affection longue durée (ALD) diabète	31.12.2016	2017
	Nouveaux cas de cancers pour 100 000 personnes	2010-2014	2010-2014

7. Pour aller plus loin ...

Documents à consulter sur la santé publique, la prévention et la promotion de la santé

Barthélémy, L.; Bodard, J.; Feroldi, J. (dir.) : Actions collectives « Bien vieillir » : repères théoriques, méthodologiques et pratiques. Guide d'aide à l'action. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action, 2014, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1548.pdf> (vu : 02.05.2019).

Boyce, T.; Peckham, S.; Hann, A.; Trenholm, S. : A pro-active approach. Health Promotion and Ill-health prevention. Research paper. London: The King's Fund, 2010, https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/health-promotion-ill-health-prevention-gp-inquiry-research-paper-mar11.pdf (vu : 02.05.2019).

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) : L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables. Saint-Denis: Inpes, 2015, <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1670.pdf> (vu : 02.05.2019).

Lorenzo, P.; Houioux, G. (rédaction) : Développer un programme de promotion de la santé dans les territoires et les territoires transfrontaliers. Livre blanc. Thiérache Santé Prévention. Décembre 2014.

Massot, C.; Vanlierde, A.; De Ceulaer, F. : Les données de santé aux échelons local et régional : quelles méthodes ? Quels apports pour l'action ? Global Health Promotion 2014;21, Supp. 1, pp. 54-57, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975913510534> (vu : 02.05.2019).

Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe : Promotion de la santé. Charte d'Ottawa, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf (vu : 02.05.2019).

Santé publique France : Le programme prévention et promotion de la santé dans les territoires et prévention médicalisée. Axe interventions et territoires. 03.05.2016, <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Thematiques-de-travail/Interventions-et-territoires/Le-programme-prevention-et-promotion-de-la-sante-dans-les-territoires-et-prevention-medicalisee> (vu : 02.05.2019).

Opérateurs partenaires



Opérateurs associés



Avec le soutien financier de



Avec le soutien du Fond européen de développement régional
Met steun van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling