

RAPPORT

DECEMBRE 2022

Préconisations pour la mise en place d'un observatoire transfrontalier de la santé de la Grande Région



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

 **GRAND EST**
Observatoire Régional de la Santé

Etude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est en partenariat et avec le soutien de nombreux partenaires - et financée par Le Fonds européen de développement régional



Ont participé à la réalisation de ce document à l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Grand Est :

Laurent Chamagne, chargé d'études, démographe

Delphine Reboul, chargée d'études, démographe

Sous la direction de Emilie Gradeur, directrice

L'ORS a bénéficié de l'expertise de partenaires :

Henri Lewalle et Michel Bonnefoy, Observatoire Européen de la Santé Transfrontalière (OEST)

Alexa Himbert, Alan Boulet et Frédéric Marsal, Observatoire Interrégional du marché de l'Emploi (IBA-OIE)

Thierry Hengen, Système d'information Géographique de la Grande Région (SIG-GR)

Laurent Brochet et Olivaso Razafindramanana, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee Grand Est)

Dirk Krause-Wichmann, Statistisches Amt Saarland

Klaus Jungbluth, Markus Elz et Jeanette Vogel, Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz

Annick Vandenhooft et Delphine Thimus, Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique (Iweps)

Ioana Salagean, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques du Grand-Duché de Luxembourg (Statec)

Ralf Engel, Ministère de la Santé de la Rhénanie Palatinat

Tanja Ducombe et Anne-Charlotte Lorcy, Ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à cette étude.

Sommaire

Sommaire	3
I. Contexte et objectif	5
• Contexte	5
• Objectif	6
II. Déroulement de la démarche de réflexion collective	7
• Contacts avec les producteurs de données et les observatoires de la Grande Région	7
• Réflexion collective autour des prérequis à la création d'un observatoire transfrontalier de la santé	8
• Les exemples de mises en place d'observatoires	12
• Réflexion autour des indicateurs statistiques permettant de connaître l'état de santé de la population dans la Grande Région	15
III. Préconisations pour la création d'un observatoire transfrontalier de la santé de la Grande Région	18
• Mise en place de l'observatoire	18
• Organisation possible de l'observatoire	20
• Moyens	24
• Travaux	27
• Autres éléments	29
• Vers un 2 ^{ème} projet Interreg pour finaliser l'édification d'un observatoire de la santé grandrégional	30
IV. Etat des lieux des données socio-sanitaires dans la Grande Région	31
• Les indicateurs existants dans les 5 régions	31
• Portrait de territoire de la Grande Région	31
V. Conclusion	64
Annexes	67
I. Annexe 1 : Liste des études et sources de données consultées.....	67
II. Annexe 2 : Description des producteurs de données dans la Grande Région.....	69
• France	69
• Belgique	69
• Luxembourg	70
• Allemagne	72
• Sarre	74
• Rhénanie-Palatinat	76
• Grande Région et Europe	77



III. Annexe 3 : Présentation des organismes ayant participé aux réunions de réflexion **79**

- Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) Grand Est – service étude et diffusion 79
- Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg (Statec) 79
- Observatoire de la santé du Grand-Duché de Luxembourg 80
- Statistisches Amt Saarland (Office statistique de la Sarre) 80
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Office statistique de la Rhénanie Palatinat) 81
- Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (Iweps) 81
- Observatoire interrégional du marché de l'emploi (IBA-OIE) 82
- Système d'information géographique de la Grande Région (SIG-GR) 82

IV. Annexe 4 : Descriptions approfondies des organismes transfrontaliers traitant des données dans la Grande Région..... **84**

- L'Observatoire Interrégional du marché de l'Emploi (IBA-OIE) 84
- Le Système d'Information Géographique de la Grande Région 87

V. Annexe 5 : Liste des sources des indicateurs sociodémographiques, d'état de santé et d'offre de soins dans les 5 régions de la Grande Région **92**

VI. Annexe 6 : Liste des abréviations..... **105**

I. Contexte et objectif

Contexte

La Grande Région est un espace de coopération transfrontalière regroupant des territoires partenaires allemands (Sarre, Rhénanie-Palatinat), belges (Wallonie) et français (Lorraine, au sein de la Région Grand Est), ainsi que le Grand-Duché du Luxembourg. Elle est née à partir des années 70 de l'ambition politique de porter une stratégie commune de développement économique et s'est peu à peu structurée¹.

La Grande Région vise donc aujourd'hui à construire un vivre-ensemble au service des citoyens. Les enjeux communs sont divers² :

- Mobilité et développement territorial,
- Éducation et apprentissage tout au long de la vie,
- Tourisme et culture,
- Economie et compétitivité,
- Société, citoyenneté et sécurité,
- Environnement et durabilité.

La santé et l'accès à la santé constituent aussi un axe majeur de coopération.

Aussi le projet COSAN soutenu par le programme Interreg V A Grande Région avait pour ambition de développer la Coopération transfrontalière en santé dans la Grande Région.

Construire des stratégies en santé publique doit toutefois s'appuyer sur des diagnostics et des données d'observation qui peuvent guider la décision.

Or à ce jour, chaque région constituant la Grande Région dispose d'organismes producteurs de données, voire d'observatoires de la santé permettant de dresser des éléments d'état des lieux socio-sanitaires et d'offre de soins dans son territoire. Des observatoires de la santé existent effectivement dans certaines provinces wallonnes (ex : observatoire de la santé dans la province du Hainaut ou de la province de Liège, en Lorraine (Observatoire Régional de la Santé Grand Est - ORS Grand Est), ou sont en cours de mise en place dans le Grand-Duché de Luxembourg. En Allemagne ce sont des organismes qui recueillent des données de santé au niveau des länder : le Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz et le Statistisches Amt Saarland.

Mais, aucune structure consécutive de la Grande Région ne dispose d'informations, de données comparables et d'analyses à cette échelle sur l'état de santé des populations ou sur l'offre de soins disponible.

L'ambition d'un des modules du projet COSAN était donc de poser les bases d'un observatoire de la santé transfrontalier de la Grande Région.

¹ <https://www.granderegion.net/En-bref/Dates-cles> ; consulté le 20 novembre 2022

² <https://www.granderegion.net/En-bref/Strategie> ; consulté le 20 novembre 2022

La crise sanitaire engendrée par la pandémie de Covid-19 qui a sévi dans le monde à partir de la fin de l'année 2019 a notamment renforcé le besoin de connaître l'offre de soins existante dans chaque territoire et de coordination afin de répondre aux besoins de la population.

Aussi, lors du séminaire organisé par le Comité économique et social de la Grande Région à Metz le 28 avril 2022, a été de nouveau été rappelé le besoin de « *Créer un observatoire grandrégional de la santé pour disposer d'un lieu de connaissance de l'état de santé des populations, de l'offre de soins disponible, des flux de patients, etc. et permettre de mener des travaux d'aide à la décision des autorités sanitaires de la Grande Région notamment au cours de la crise sanitaire comme celle de la Covid-19* ». Cette recommandation est considérée comme étant un des points indispensables à la mise en œuvre de la Grande Région de la santé.

Objectif

L'objectif des travaux menés dans le cadre du module « Observatoire de la santé transfrontalier » du projet COSAN, module porté par l'Observatoire régional de la santé (ORS) Grand Est, était d'engager une réflexion partagée pour la mise en place d'un observatoire transfrontalier de la santé dans la Grande Région.

Les objectifs spécifiques étaient :

- D'identifier les indicateurs d'usage dans les six territoires régionaux concernés, notamment en ce qui concerne les indicateurs de démographie, de contexte socio-économique, les indicateurs de santé (mortalité, morbidité, ...), les déterminants de santé (consommation de produits psychoactifs, accidentologie, suicide...), mais aussi les offres de soins et de services médico-sociaux,
- De produire des premiers éléments de tableaux de bord, analyse sur la base des données qui ont pu être collectées et avec les informations de limites et biais éventuels afférents,
- De recenser et mobiliser les acteurs de l'observation dans ces différents territoires qui pourraient participer à une observation grand régionale,
- De mener une réflexion collective pour poser les bases d'un futur observatoire de la santé transfrontalier dont il faudrait déterminer ses missions, son organisation technique et financière, sa gouvernance, etc.

Ce rapport présente ainsi les principaux résultats de la réflexion engagée collectivement ainsi qu'un premier portrait socio-sanitaire du territoire.

II. Déroulement de la démarche de réflexion collective

Afin de poser les bases pour un futur observatoire de la santé transfrontalier grand régional, il nous apparaissait indispensable de discuter collectivement avec des acteurs de l'observation sur les territoires en vue de dégager ensemble des recommandations et s'inscrire dans une démarche de co-réflexion, co-construction.

Une démarche de réflexion sur les prérequis nécessaires à la mise en place un observatoire transfrontalier de la santé a donc été entreprise. Cette démarche s'est déroulée en plusieurs étapes :

- Contact des producteurs de données et des observatoires existant dans la Grande Région afin de leur faire connaître le projet et de les solliciter pour y participer,
- Organisation de réunions collectives au cours desquelles les organismes invités ont été amenés à réfléchir sur les prérequis à la création du futur observatoire, mais aussi à réagir à la présentation d'exemples d'observatoires existant dans d'autres territoires,
- Rencontres spécifiques avec les observatoires grandrégionaux existants afin de bénéficier de leur expérience,
- Réflexion collective autour des indicateurs pouvant être intégrés dans un premier portrait sanitaire du territoire de la Grande Région et, au-delà, pouvant être utilisés par le futur observatoire.

Contacts avec les producteurs de données et les observatoires de la Grande Région

Après avoir réalisé, dans les premiers temps du projet COSAN, un travail de recherche des données disponibles sur la santé et des différents producteurs, observateurs dans les domaines socio-économiques et de la santé dans les 5 régions de la Grande Région, l'ORS Grand Est a contacté ces différents organismes ainsi que des structures transfrontalières déjà existantes dans la Grande Région.

Ces contacts répondaient à trois objectifs :

- Faire connaissance avec les acteurs pouvant participer à la constitution du futur observatoire transfrontalier de la santé,
- Présenter le projet de création de cet observatoire,
- Inviter ces organismes à participer à une réflexion collective courant 2022.

Ces contacts ont eu lieu entre le 9 novembre 2021 et le 13 janvier 2022 par téléphone ou en visioconférence.

Les organismes contactés et invités sont décrits au chapitre suivant.

Réflexion collective autour des prérequis à la création d'un observatoire transfrontalier de la santé

Au cours de l'année 2022, 5 réunions de réflexion ont été organisées avec les organismes contactés aux dates suivantes :

- 24 janvier 2022 en visioconférence,
- 15 mars 2022 à la Maison de la Grande Région à Esch-sur-Alzette,
- 16 mai 2022 en visioconférence,
- 30 juin 2022 à la Maison de la Grande Région à Esch-sur-Alzette
- 29 novembre 2022 la Maison de la Grande Région à Esch-sur-Alzette.

Ces réunions avaient pour objectif de :

- Faire interconnaissance avec les différents organismes mobilisés et qui pourraient participer à une observation de la santé grandrégional,
- Réfléchir aux prérequis nécessaires à la constitution du futur observatoire transfrontalier de la santé de la Grande Région,
- Réfléchir aux indicateurs pouvant être utilisés par ce futur observatoire ainsi qu'aux indicateurs permettant de dresser un premier état des lieux de l'état de santé de la population dans la Grande Région.
- Créer une dynamique collective qui pourrait préfigurer un réseau de partenaires.

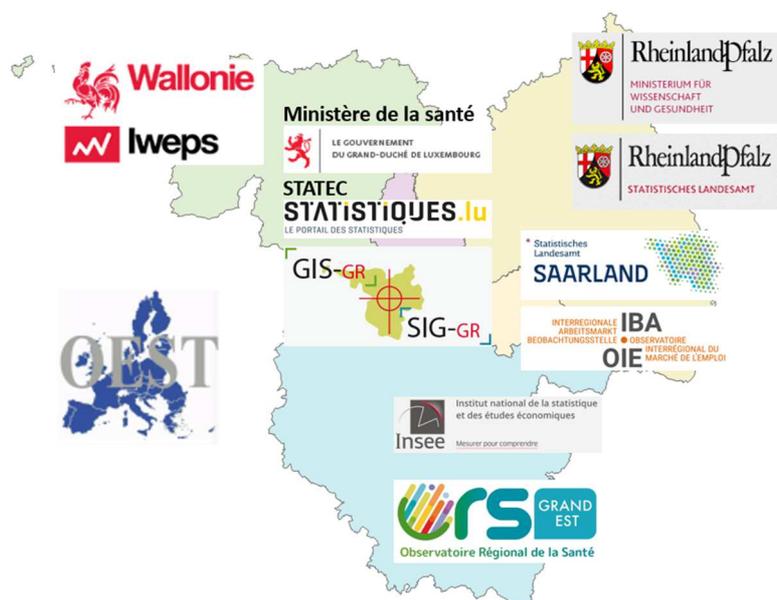
1. Présentation des organismes invités

La première réunion s'est tenue le 24 janvier 2022 en visioconférence. Tous les organismes invités ont participé et se sont d'abord présentés (*cf.* les descriptions en annexe 3).

Chaque région de la Grande Région était ainsi représentée par au moins un organisme.

Les deux organismes grand régionaux existants, à savoir l'Observatoire Interrégional du Marché de l'Emploi (IBA-OIE) et le Système d'Information Géographique de la Grande Région (SIG-GR) étaient aussi présents.

Les organismes ayant participé aux travaux



Ce premier temps d'échange a ainsi permis de mieux faire interconnaissance, de mieux cerner les missions des organismes représentés, leurs types de travaux et modalités d'organisation.

Cela a permis aussi de confirmer rapidement les similitudes pouvant exister entre les organismes présents. Des éléments de langage et de missions communs ont à ce stade déjà été repérés.

2. Réflexion sur les motifs de création du futur observatoire

Les organismes présents le 24 janvier ont été interrogés sur les motifs qui devraient conduire à la constitution d'un observatoire transfrontalier de la santé. L'objectif de cette première étape de réflexion était d'identifier les besoins et les manques en matière de connaissance de l'état de santé de la population afin d'orienter les missions de ce futur observatoire, mais aussi donc de partager le constat du besoin.

Plusieurs thématiques sont ressorties de cette première étape de réflexion :

➤ Absence d'observatoire de la santé en Grande Région

➤ Mise en commun des indicateurs

- Besoin d'harmoniser les indicateurs de santé et d'offre de soins afin de faciliter leur comparabilité
- Rapprocher les données des différents territoires
- Avoir une synergie

➤ Connaissance de l'état de santé et de l'offre de soins

- Mieux connaître l'état de santé, les besoins et l'offre de soins dans les 5 régions
- Faciliter la complémentarité des offres de soins transfrontalières
- Identifier les problèmes spécifiques à la santé dans les territoires transfrontaliers
- La crise sanitaire liée au Covid 19 montre à quel point la coopération transfrontalière est urgente. Elle met aussi en évidence le fait que la santé n'a pas de frontière.

➤ Diffusion de l'information

- Besoin de disposer d'un système d'information centralisé sur la santé pour les 5 pays afin de partager l'information à destination des professionnels de santé, des décideurs politiques et des citoyens (démocratie en santé).
- Partager de l'information, avec transparence
- Mise à disposition de l'information
- Mise en place d'un système d'échange de données produites dans les 5 régions.

➤ Aide à la décision

- Guider l'aide à la décision politique
- Soutenir les projets
- Aider aux coopérations



La nécessité d'améliorer la connaissance de l'état de santé de la population et de l'offre de soins qui permet de répondre aux besoins en vue d'aider à la décision est l'axe majeur qui ressort et qui fait écho aux missions des organismes représentés.

Cela devra passer par des étapes de comparaison, voire d'homogénéisation des données afin de produire des analyses à la taille de la Grande Région.

3. Identification des ressources existantes

La deuxième étape de réflexion, qui consiste à identifier les ressources existantes à la création du futur observatoire permet d'identifier ce sur quoi ce futur observatoire pourra s'appuyer pour être créé.

Les thématiques suivantes sont ressorties de cette deuxième étape de réflexion :

✓ **Des données et des compétences existent déjà**

- Les producteurs de données existent dans chaque région
- Il existe déjà des données valides et des experts dans chaque région
- Des utilisateurs de données de santé existent aussi dans chacune des régions
- Des indicateurs sont déjà mis en commun dans les différentes régions de la Grande Région
- L'IBA-OIE et le SIG-GR ont déjà réalisé le travail de recueil et de comparaison des indicateurs socio-économiques. Ces indicateurs peuvent être réutilisés par le futur observatoire transfrontalier de la santé.
- Eurostat a déjà réalisé un travail d'homogénéisation des données de santé et d'offre de soins.
- Une partie des producteurs données, des utilisateurs de ces données et des experts sont réunis au cours de la présente démarche de réflexion.

✓ **L'exemple des structures transfrontalières déjà existantes**

- L'IBA-OIE, le SIG-GR et le réseau des offices statistiques de la Grande Région peuvent représenter des exemples à suivre pour la création du futur observatoire.

✓ **Des travaux de comparaison des indicateurs existent déjà également**

- Des outils de comparaison d'indicateurs tels que l'infocentre de santé (Hauts-de-France, Grand-Est, Wallonie) ont déjà été mis en place suite à des travaux de réflexion sur la comparabilité et l'harmonisation des données de santé belges et françaises
- Des indicateurs locaux sont déjà calculés selon les définitions européennes

✓ **Des appuis politiques**

- Le Comité économique et social de la Grande Région (CESGR) apporte son soutien à la création de ce futur observatoire et il a déjà plusieurs fois exprimé le souhait de voir sa création.

Les organismes invités lors de ces réunions représentent les 5 régions de la Grande Région et semblent être des ressources qui pourraient avoir un rôle dans le futur observatoire transfrontalier de la santé. Des expériences de structures transfrontalières existent déjà et peuvent servir de modèle à la création du futur observatoire.

Des données existent dans chaque région et des travaux de recueil et d'homogénéisation existent déjà sur le thème sociodémographique. Eurostat contribue par ailleurs à définir des standards européens sur lesquels s'appuyer pour homogénéiser des données.

Il s'agira ainsi pour le futur observatoire de capitaliser sur l'existant.

4. Identification des éléments prioritaires à la constitution du futur observatoire

La troisième étape de réflexion consistait à identifier les éléments prioritaires à la constitution du futur observatoire transfrontalier de la santé. Cette étape permet de dresser un premier plan de travail pour les travaux à venir.

Les thématiques suivantes sont ressorties de cette troisième étape de réflexion :

✓ Financement

- Définir quelles seraient les ressources humaines et financières de l'observatoire
- Identifier les sources de financement

✓ Gouvernance, organisation

- Quel type de structure mettre en place ? Est-ce que ce sera une structure employant des salariés ou un réseau d'organismes mettant du temps de travail à disposition de l'observatoire ?
- Quelles seront les instances de décisions ?
- Réfléchir à la répartition des tâches entre les futurs membres de l'observatoire
- Comment seront constituées les équipes et les groupes de travail ?

✓ Accords politiques

- Rechercher les avais politiques
- Convention de coopération au niveau politique et financement
- Accords de coopération entre région (niveau politique)

✓ Calendrier

- Définir les dates des différentes étapes de la création de l'observatoire

✓ Orientation des travaux

- Définir les thématiques à développer dans les premiers travaux
- Identifier les besoins de connaissances en matière d'épidémiologie et d'offre de soins sur le territoire
- Se mettre d'accord sur les objectifs des travaux : Savoir en quoi ils seront utiles aux politiques de santé

Travaux sur les indicateurs

- Recenser, identifier les données existantes
- Elaborer un premier rapport sur l'existant en matière de santé dans la Grande Région
- Lister les principaux indicateurs à partager entre les différentes entités de la Grande Région
- Définir le mode de récupération des données
- Mettre en place une base d'indicateurs harmonisés
- Construire des indicateurs communs aux 5 régions

Les éléments prioritaires à la constitution du futur observatoire portent sur des aspects très divers. Les appuis politiques et les organismes participants à cet observatoire devront être identifiés. Les moyens techniques, humains et financiers devront être définis. Les objectifs à atteindre devront être clairement exprimés. Pour permettre à l'observatoire d'atteindre ces objectifs en fonction de ses moyens, il sera nécessaire de rédiger une convention définissant le rôle de chacun et l'organisation du futur observatoire.

Il sera également nécessaire de lister les données à obtenir, de définir leur mode d'obtention et de travailler à leur harmonisation. Ces données devront répondre à des besoins de connaissance permettant d'orienter les politiques de santé et de coopération sanitaire au sein de la Grande Région.

Les exemples de mises en place d'observatoires

1. Exemples d'observatoires

Afin de compléter les réflexions, un travail de recherche a été effectué pour savoir comment ont été mis en place d'autres observatoires et comment ils fonctionnent afin d'en discuter avec les organismes participants aux réunions et d'en tirer les éléments pouvant être retenus pour créer et faire fonctionner le futur observatoire.

Différentes caractéristiques de ces observatoires ont été analysées. Elles ont, ensuite été présentées à la réunion du 15 mars 2022 et discutées avec les organismes participants.

Cette analyse a porté sur 7 observatoires ou projets d'observatoire :

- Observatoire statistique transfrontalier de l'espace franco-valdo-genevois (<https://www.statregio-francosuisse.net/>)
- Observatoire transfrontalier des personnels de santé franco-genevois (<http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/projets/projets/project/show/observatoire-transfrontalier-des-personnels-de-sante-franco-genevois/>)
- Projet TransStat (<https://fr.transstat.eu/>)
- Observatoire franco-belge de la santé (<https://www.ofbs.org/>)

- Projet d'observatoire de la santé mentale en Grand Est³
- Observatoire régional santé environnement Nouvelle Aquitaine (<https://www.observatoiresanteenvironnement-na.fr/>)
- Observatoire social du Centre Val de Loire (<https://observationsociale-centre.org/>)

Ces observatoires ont été décrits selon 7 dimensions qui étaient ressorties lors des précédentes réflexions :

- But de l'observatoire
- Contexte de la création
- Travaux réalisés
- Organisations
- Moyens
- Financement
- Partenaires

De manière générale, voici les éléments clés repérés :

✓ But de l'observatoire

Ces observatoires mettent à disposition des décideurs des informations nécessaires à la conduite de politiques par l'identification des besoins qui existent sur les territoires, par exemple. Ils diffusent et partagent des informations et améliorent la connaissance.

✓ Contexte de la création

Les contextes de création sont variables. Deux d'entre eux ont été créés au cours de programmes Interreg, 3 autres ont été mis en place par une ARS ou une DRASS. L'Observatoire de la santé mentale en Grand Est était également destiné à être mis en place par une ARS.

Le soutien obtenu dans le cadre de projet Interreg a constitué dans plusieurs cas l'opportunité de développer une observation transfrontalière. C'est aussi *via* des projets financés par les programmes Interreg que l'IBA-OIE et le SIG-GR ont été mis en place.

✓ Travaux réalisés

Les observatoires mettent généralement régulièrement à jour des tableaux de bord ou des cartographies dynamiques en se basant sur une liste d'indicateurs relativement fixes.

Des rapports permettant d'analyser ces données sont également produits, ainsi que des rapports thématiques.

Ces types de travaux peuvent être retenus pour le futur observatoire. Le mode de présentation de l'information à diffuser peut dépendre du public auquel il s'adresse.

³ Projet visant à développer une observation de la santé mentale en Grand Est mené en 2019 par l'ORS Grand Est à la demande de l'ARS Grand Est

Organisation

Le fonctionnement des différents observatoires est assuré par différents comités chargés de prendre des décisions :

- Un comité de pilotage fixe les orientations et les objectifs. Il valide les travaux. Ces décisions sont prises en fonction des besoins exprimés par les instances politiques.
- Un comité technique suit l'avancée des travaux, valide les choix méthodologiques et coordonne les activités. Il peut assurer le fonctionnement de l'observatoire au quotidien.
- Une convention permet de formaliser cette organisation.

Moyens

Les observatoires étudiés n'emploient pas directement du personnel. Les moyens humains sont mis à disposition par les partenaires participant à l'observatoire.

Pour l'IBA-OIE et le SIG-GR, la situation est un peu différente. Des employés sont affectés exclusivement à ces deux observatoires mais ils ne sont pas employés par ceux-ci. Pour le SIG-GR, le Ministère de l'Energie et de l'Aménagement du Grand-Duché de Luxembourg, qui est le porteur du projet, héberge le SIG et est l'employeur de son salarié. Pour l'IBA-OIE, les 3 personnes qui assurent la coordination sont salariées de Info Institut et les organismes partenaires mettent à disposition du temps de travail de certains de leurs salariés pour l'observatoire. Ces deux modèles pourraient inspirer le futur observatoire.

Financement

Les informations sur les financements n'ont pu être recueillies que pour 2 observatoires. Dans les deux cas, le financement est multiple. C'est aussi le cas pour l'IBA-OIE et le SIG-GR.

Partenaires

Les nombres de partenaires impliqués dans les observatoires peuvent être très variables. Dans le cas de l'Observatoire Social du Val de Loire, ce nombre atteint 55.

Ces partenaires peuvent être très variables. Il peut s'agir de représentations étatiques et régionales, collectivités locales, services publics, hôpitaux, ordres de médecins, acteurs de l'assurance maladie, observatoires, etc.

2. Rencontre avec les structures transfrontalières existantes de la Grande Région

Afin de capitaliser sur l'expérience des structures transfrontalières existantes à l'échelle de la Grande région, des rencontres spécifiques ont eu lieu avec l'IBA-OIE, le 30 mai 2022 et le SIG-GR, le 21 juin 2022 afin de les questionner sur leur mise en place et leur organisation. Il s'agissait aussi d'identifier ce qui avait été leviers et difficultés.

La description de ces deux organismes figure en annexe 4.

/// Réflexion autour des indicateurs statistiques permettant de connaître l'état de santé de la population dans la Grande Région

Parallèlement à la réflexion sur les prérequis nécessaires à la mise en place du futur observatoire de la santé de la Grande Région, des travaux d'identification des indicateurs de santé actuellement disponibles avaient été entrepris.

La première étape consistait à identifier les indicateurs utilisés dans les 5 régions, puis les sources de données d'où elles provenaient (travaux préparatoires) (*cf.* annexe 5).

La deuxième étape consistait à échanger avec les utilisateurs de données de santé des 5 régions pour sélectionner les indicateurs pouvant être utilisées par le futur observatoire. Le choix de ces indicateurs dépend à la fois de leur disponibilité, de leur comparabilité et de leur pertinence pour illustrer l'état de santé de la population. Ces échanges ont eu lieu lors des réunions du 15 mars 2022 et du 16 mai 2022 mais avaient également été menés depuis 2020, au travers de mails, rencontres, recherches internet.

Au cours d'une troisième étape, l'utilisation de ces indicateurs est illustrée par la rédaction d'un premier portrait de l'état de santé de la population dans la Grande Région (*cf.* suite). Ce dernier permet également de faire l'état des lieux de l'accessibilité des données, de réaliser une première étude de comparabilité des indicateurs et d'identifier les données actuellement manquantes.

1. Travaux préparatoires

/// Recherche des indicateurs socio-sanitaires et d'offre de soins utilisés dans les 5 régions de la Grande Région

Plusieurs études de l'état de santé de la population ont été consultées afin d'identifier les indicateurs d'état de santé de la population, de déterminants de l'état de santé et d'offre de soins utilisés dans chaque région (*cf.* annexe 1). Ces études ont permis de dresser la liste des indicateurs disponibles dans chaque région. Une fois cette liste complétée, il a été possible d'identifier les indicateurs existants dans chacune des 5 régions.

/// Liste et description des organismes producteurs de données dans les 5 régions

La liste des principaux producteurs de données sociodémographiques, d'état de santé et d'offre de soins dans la Grande Région a été dressée (*cf.* Annexe 2) afin de repérer les interlocuteurs vers lesquels se tourner lorsqu'il s'agira de collecter les données. Cette liste identifie les modes d'accès aux données quand l'information était disponible.

2. Principaux résultats des recherches et échanges

Au cours des réunions de réflexion sur les indicateurs destinés à servir à la fois à dresser un premier portrait sanitaire de la Grande Région et à alimenter par exemple un tableau de bord du futur observatoire de la santé de la Grande Région, plusieurs constats ont pu être dressés :

- Certains indicateurs n'existent pas dans toutes les régions
- Une partie des indicateurs existants dans les 5 régions ne sont pas strictement comparables.
- L'OIE et le SIG-GR maîtrisent déjà les données socio-démographiques, ce qui permettra au futur observatoire de la santé de se concentrer sur la recherche et l'analyse des données de santé et d'offre de soins.

Des indicateurs n'existent pas dans toutes les régions

Les données mortalité sont utilisées depuis de nombreuses années dans la plupart des pays d'Europe pour mesurer l'état de santé de la population. Elles présentent l'avantage d'être exhaustives et d'être déclinées par pathologie selon une classification internationale des maladies (la CIM-10 à ce jour). En revanche, ces données ne permettent pas de connaître le nombre de personnes atteintes de pathologies – la morbidité –, ce qui est nécessaire pour savoir quelle réponse le système de soins doit apporter aux besoins existants. Les travaux réalisés lors d'autres projets Interreg (Gedidot, Coprosepap) ont déjà mis en évidence le fait que des données de morbidité existent en France (données d'Affections longue durée ALD, remboursements de soins spécifiques, hospitalisations par causes) et en Belgique (registres, hospitalisations), mais qu'elles ne permettent pas de strictement comparer l'incidence et la prévalence des pathologies dans ces deux pays. Par ailleurs, actuellement, ce type de données ne semble pas disponible dans le Grand-Duché de Luxembourg, en Rhénanie Palatinat et en Sarre. Seules des données d'hospitalisations existent dans les 5 régions. Toutefois, ces données ne peuvent refléter qu'imparfaitement la morbidité car elles résultent également de l'offre de soins hospitalière et de l'organisation des soins dans les différents territoires, les patients pouvant ou non être orientés à l'hôpital ou vers d'autres structures selon les pathologies et les soins à apporter.

L'état de santé de la population dépend de plusieurs déterminants tels que l'âge et le sexe de la population, le niveau de vie, l'offre de soins, l'environnement physique et les comportements. La connaissance de ces déterminants est essentielle pour orienter les actions à entreprendre pour améliorer la santé de la population. Plusieurs indicateurs socio-démographiques sont disponibles dans les 5 régions (âge, sexe, taux de chômage, taux de pauvreté, ...) et certains comme déjà dit sont déjà colligés et travaillés par l'IBA-OIE et le SIG-GR. En revanche, les données concernant l'environnement (pollution de l'air, des sols, de l'eau) et surtout en ce qui concerne les comportements (consommation de tabac, alcool, drogues et aliments ; activité physique, ...) sont beaucoup plus rares. Elles peuvent exister à des niveaux nationaux, mais sont rarement déclinées au niveau régional et infrarégional.

Une partie de ces indicateurs n'est pas comparable d'un pays à l'autre

Lorsque les données existent dans les 5 régions, elles ne sont pas toujours strictement comparables. C'est par exemple le cas du taux de chômage. Bien qu'une définition internationale soit donnée par le Bureau International du Travail (BIT), les données correspondant à cette définition ne sont pas déclinées aux niveaux des länder en Allemagne. En France, ces données existent au niveau régional et infrarégional, mais elles résultent d'estimations faites en croisant des données administratives de demandeurs d'emploi et des enquêtes. Ainsi, les données de chômage existant à des niveaux géographiques fins sont des données administratives répondant à des critères qui ne sont pas homogènes entre les 4 pays.

Les données de pollution de l'air ne sont également pas homogènes. Des modélisations mathématiques sont réalisées en France et en Belgique, mais elles sont réalisées à ce jour selon un maillage plus fin en Belgique qu'en France et selon des modèles différents.

Comme il a été indiqué dans le chapitre précédent, des données d'hospitalisations par cause existent dans chaque pays, mais elles sont très imparfaitement représentatives de la morbidité. Il est de plus possible que le mode de recueil/enregistrement de ces données diverge aussi selon les pays et pourraient conduire à ne pouvoir être strictement comparables selon les pathologies notamment. Ce type de constat a déjà été observée par exemple entre la France et la Belgique concernant les hospitalisations en lien avec des pathologies mentales (projet Psicocap).

Les observatoires existants maîtrisent déjà les données socio-démographiques

Le futur observatoire de la santé de la Grande Région pourra s'appuyer sur l'expérience de l'OIE et du SIG pour analyser les données sociodémographique, le travail ayant déjà été fait par ces observatoires. Le recueil des données pourra aussi être réalisé par leur intermédiaire.

Le futur observatoire pourra donc concentrer ses travaux sur le recueil et l'analyse des données de santé, d'offre de soins et sur les autres déterminants de santé (addiction, alimentation, sédentarité, environnement, ...).

III. Préconisations pour la création d'un observatoire transfrontalier de la santé de la Grande Région

Les travaux, discussions et partages d'expériences qui se sont tenus au cours de 2022 et les travaux préalables ont permis de faire ressortir des points qui semblent à retenir pour la mise en place du futur observatoire transfrontalier de la santé de la Grande Région.

Mise en place de l'observatoire

1. Besoin d'un soutien politique

Pour asseoir et acter la constitution d'un observatoire de la santé de la Grande Région, la volonté politique des autorités gestionnaires apparaît indispensable.

Pour rappel, l'ambition de la Grande Région est de construire un vivre-ensemble pour les citoyens du territoire. La santé et l'accès aux soins est donc un aspect qui apparaît primordial à travailler à l'échelle grandrégionale.

A chacune des cinq dernières présidences du Sommet de la Grande Région, il a été appelé à la constitution d'un observatoire de la santé de la Grande Région, au travers de résolutions. La crise sanitaire a aussi renforcé ce besoin et cette volonté de constituer une observation à l'échelle grandrégionale. Une déclaration d'intention de la conférence ministérielle sectorielle Santé de la Grande Région qui s'est tenue le 11 décembre 2020 évoque une action coordonnée en cas de pandémie et un renforcement des soins médicaux.

De plus, lors du séminaire organisé par le Comité économique et social de la Grande Région à Metz le 28 avril 2022, le CESGR a réaffirmé le besoin de disposer de données de santé à l'échelle de la Grande Région par la création d'un observatoire transfrontalier de la santé : « *Créer un observatoire grandrégional de la santé pour disposer d'un lieu de connaissance de l'état de santé des populations, de l'offre de soins disponible, des flux de patients, etc. et permettre de mener des travaux d'aide à la décision des autorités sanitaires de la Grande Région notamment au cours de la crise sanitaire comme celle de la Covid-19* »

Ainsi au travers de ces déclarations, résolutions, il apparaît aujourd'hui que la volonté est bien présente.

2. Un montage qui prend du temps et qui nécessite un portage

Malgré une volonté politique affichée, il s'agit ensuite d'organiser proprement dit le montage.

Les expériences relatées de l'IBA-OIE et du SIG-GR montrent :

- Que plusieurs années ont été nécessaires à la constitution proprement dite des dispositifs d'observation et de leurs modalités d'organisation,
- La nécessité d'un portage fort.

Aussi pour pouvoir investir du temps, il s'avère que les soutiens financiers obtenus dans le cadre des programmes Interreg constituent de réelles opportunités de mises en place des modalités pratiques et financières et de création du réseau nécessaire.

L'IBA-OIE et le SIG-GR ont tous deux été constitués dans le cadre de projets Interreg (2 à la suite pour l'IBA OIE et au moins 1 pour le SIG-GR).

Plusieurs autres observatoires transfrontaliers en dehors de la Grande Région, ont été mis en place au cours de programmes Interreg : ça a été le cas par exemple pour l'Observatoire statistique Franco-Valdo-Genevois.

Ces projets ont permis de réunir les différents acteurs impliqués dans les domaines concernés par ces observatoires et situés dans chaque région couverte par ceux-ci. La durée des programmes Interreg a permis de fixer dans le temps un agenda menant à la création de l'observatoire à l'issue de la durée du projet.

Dans le cadre de ce projet COSAN, soutenu financièrement par le programme Interreg V, ce sont bien des premières bases qui ont pu être posées mais qui devront encore être affinées pour monter concrètement l'observatoire tel qu'il a pu commencer à être imaginé. S'orienter vers un deuxième projet Interreg dans la perspective de finaliser les modalités pratiques d'organisation et financière est donc une option à ce stade dans lequel souhaitent s'engager certains acteurs (*cf.* suite).

Comme l'ont également souligné nos interlocuteurs de l'IBA-OIE et du SIG-GR, un portage fort par un organisme a été un levier important pour la mise en place de ces observatoires. Ce porteur doit ainsi pouvoir engager du temps et il apparaît également important que cet organisme porteur ait une certaine légitimité. A plusieurs reprises a été évoqué le fait que pour monter/porter un observatoire de la santé, l'organisme porteur de cet observatoire devrait déjà être engagé dans l'observation et l'exploitation de données de santé, sur un des territoires de la Grande Région. En effet dans les deux cas de l'IBA-OIE et du SIG-GR, le porteur est un organisme appartenant à uniquement une des régions de la Grande Région mais cela n'a pas constitué un frein ou une problématique particulière, du moment qu'un réseau d'experts de chaque région est constitué et participe aux travaux de l'observatoire grand régional.

3. Un coordinateur à identifier

Au sein de l'organisme qui portera l'observatoire, il apparaît par ailleurs nécessaire d'identifier un coordinateur qui devra sans doute dédier une grande part de son temps, voire tout son temps de travail, au développement de l'observatoire puis à l'observatoire proprement dit une fois constitué.

Les interlocuteurs de l'IBA-OIE et du SIG ont effectivement insisté sur l'importance de ce coordinateur qui deviendra l'interlocuteur central et pourra faire le lien entre partenaires, financeurs, acteurs, décideurs et du temps que cela nécessite de créer et faire vivre le réseau. Ce coordinateur devra s'appuyer aussi sur des autres collaborateurs éventuellement employés de l'observatoire et du réseau constitué.

Au vu du territoires et des langues parlées, il apparait important que ce coordinateur soit bilingue en Allemand et en Français. Il s'agirait également qu'il ait une connaissance minimale des bases de données de santé et des politiques, systèmes de santé des territoires. Il devra faire preuve de capacités de communication et d'organisation.

4. Une convention à établir

La convention permet de fixer les règles de fonctionnement de l'observatoire ainsi que le degré de coopération des différents organismes y participant.

Celle-ci devra fixer divers aspects du futur observatoire :

- Les financements : Il s'agira de fixer les montants nécessaires au fonctionnement et la répartition des participations de chaque partenaire financier
- Le rôle de chaque partenaire : L'organisme coordinateur sera désigné ainsi que les organismes collaborateurs et leur niveau de collaboration.
- Les effectifs salariés affectés

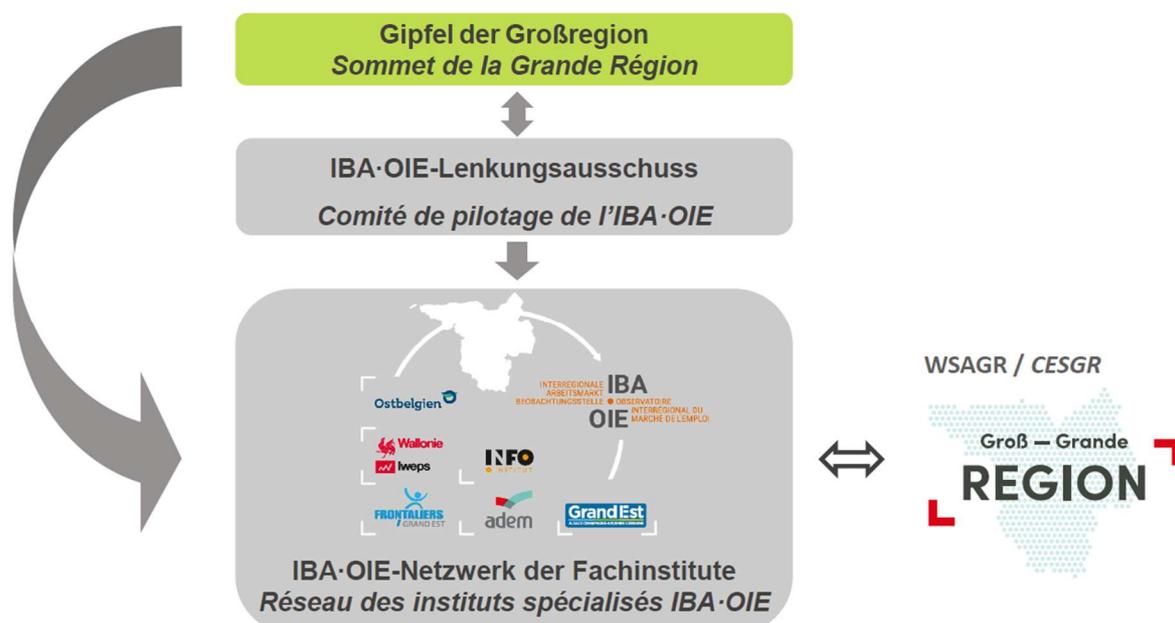
Cette convention devrait être pluriannuelle, ce qui permet, à la fois d'avoir une relative stabilité financière dans le temps et à la fois assurer une souplesse par une possibilité d'adaptation régulière du futur observatoire en fonction de l'évolution des besoins.

Organisation possible de l'observatoire

1. Organisation générale

Les exemples de l'IBA-OIE et du SIG-GR nous montrent le schéma général que pourrait prendre le schéma général du futur observatoire.

Exemple de l'IBA-OIE

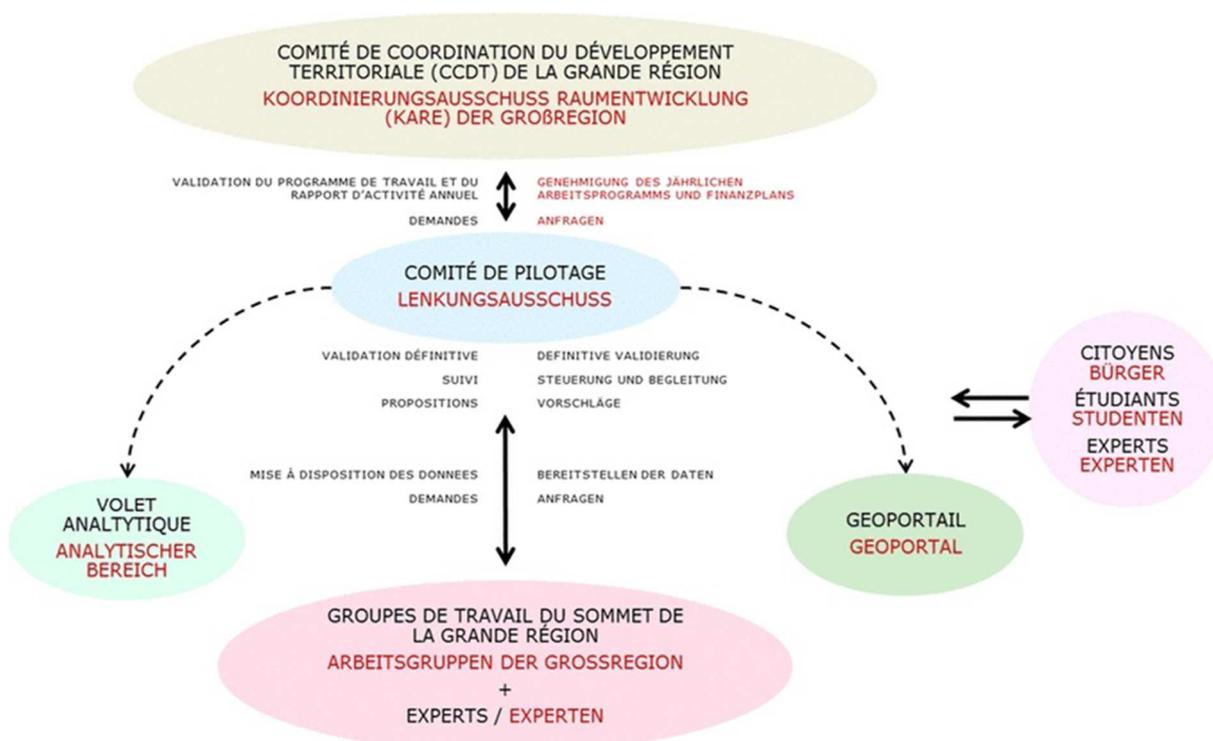


Dns cet exemple, l'observatoire est constitué d'un réseau de 6 partenaires implantés dans chaque région de la Grande Région. Info Institut est le porteur/coordonateur de ce réseau.

Un comité de pilotage assure le suivi des travaux et les valides. Il oriente et planifie les travaux pour une durée de deux ans en fonction des priorités du Sommet de la Grande Région et adapte le programme en fonction des possibilités de réalisation du réseau.

Le CESGR commande également des travaux tous les 2 ans à l'OIE.

Exemple du SIG-GR



L'organisation du SIG-GR est relativement proche de l'organisation de l'IBA-OIE. Le SIG-GR est également composé de plusieurs partenaires. Ici, le portage/coordination est assuré par le Ministère de l'Aménagement du Territoire du Grand-Duché de Luxembourg. Le Comité de pilotage propose les travaux en fonction des besoins exprimés par les groupes de travail du Sommet de la Grande Région et du Comité de coordination du développement territorial de la Grande Région. Ensuite, il suit les travaux et les valide.

📌 Schéma général préconisé pour le futur observatoire

A partir de ces deux exemples, on peut suggérer le schéma général suivant pour le futur observatoire :

- L'observatoire serait constitué de :
 - o Un organisme porteur/coordonateur implanté sur un des territoires de la Grande Région

- Un réseau de partenaires comprenant des organismes producteurs ou utilisateurs de données de santé localisés dans les 5 régions de la Grande Région.
- Un Comité de pilotage chargé du suivi et de la validation des travaux
- Un Comité technique chargé de valider les choix techniques des travaux
- Un réseau d'organismes coopérateurs extérieurs à l'observatoire
- Le CESGR donnerait les orientations des travaux pour une période donnée.

Les différents éléments de cette organisation sont décrits dans les chapitres suivants :

2. Comité de pilotage

Il se réunit une ou deux fois par an (à définir dans la convention) pour fixer les orientations des travaux de l'observatoire, en fonction des demandes exprimées par le CESGR et des éventuelles remontées de terrain ou différentes instances.

Il suit les travaux réalisés par l'observatoire et les valide.

Le Comité de pilotage serait constitué de :

- Représentants des organismes partenaires (description plus bas),
- Représentants des organismes financeurs,
- Représentants du CESGR

Un équilibre entre les représentants des 5 régions doit être respecté afin de veiller à ce que chaque région se sente impliquée dans l'observatoire.

3. Comité technique

Son rôle est de répartir les tâches et de valider les choix techniques. Il se réunit 4 à 6 fois par an (à définir dans la convention).

Le comité technique serait constitué de représentants des organismes partenaires et présidé par l'organisme porteur/coordonateur.

Des représentants des organismes coopérateurs (description plus bas) pourraient, éventuellement être invités pour participer à des réflexions sur des sujets pour lesquels ils pourraient apporter leur expertise.

4. Organisme porteur de la structure

L'organisme porteur de la structure assure la coordination des travaux. Des salariés (nombres et équivalents temps plein à définir) sont affectés au fonctionnement de l'observatoire.



Ils réalisent la plus grande partie des travaux et communiquent régulièrement avec les organismes partenaires. Des compétences en traitement des données, ainsi qu'une pratique de l'Allemand et du Français sont nécessaires. Il apparaît essentiel que cet organisme porteur ait déjà une expérience dans l'exploitation et l'interprétation des données de santé.

5. Réseau de partenaires

Le réseau de partenaires est constitué d'organismes mettant à disposition de l'observatoire une certaine quantité de temps de travail fixé par la convention.

Ces partenaires sont donc intégrés à l'observatoire. Ils y participent en fournissant et en traitant des données. Ils participent également à la rédaction des rapports. Ces partenaires sont situés dans chacune des 5 régions, ce qui permet une expertise dans la connaissance des données, de leurs sources et de la façon dont elles sont produites. Ils ont une connaissance de leur territoire qui permet d'interpréter les résultats statistiques observés.

Ce réseau pourrait être constitué des organismes suivants :

- L'Observatoire Régional de la Santé Grand-Est (ORS-Grand Est) : En tant qu'observatoire, cet organisme dispose déjà des compétences attendues dans le futur observatoire transfrontalier de la santé de la Grande Région :
 - o L'accès à de nombreuses données de santé et la collecte de données supplémentaires
 - o La maîtrise dans le traitement de certaines bases de données
 - o L'analyse des données de santé
 - o L'implication dans des projets transfrontaliers (COSAN mais également COPROSEPAT et PSICOCAP pour la programmation V de la région France-Wallonie-Vlaanderen) avec des expériences de collaboration et comparaison d'indicateurs/données.
- L'Observatoire de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg en cours de constitution dont les missions présentées en décembre à l'équipe en charge de COSAN se recoupent avec les futures missions de l'observatoire grand régional et les autres observatoires implantés dans d'autres régions. Il disposerait d'un accès et d'une maîtrise des données de santé luxembourgeoises.
- L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (Iweps) : Cet organisme, qui a déjà participé à plusieurs projets Interreg dans le domaine de la santé dispose d'un service qui recueille les données de santé wallonnes, les traite et les analyse.
- Le Statistisches Amt Saarland : Cet office statistique recueille déjà de nombreuses données de santé sarroises. Il pourrait servir de relais dans ce länders vers les différents producteurs de données.

- Le Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz : Cet office statistique recueille déjà de nombreuses données de santé en Rhénanie-Palatinat. Il pourrait servir de relais dans ce l'änder vers les différents producteurs de données.

6. Coopérateurs

Les organismes coopérateurs ne feraient pas partie de l'observatoire mais ils travaillent avec celui-ci. Ils apportent une connaissance dans des domaines précis (par exemple en ce qui concerne la législation vis-à-vis des patients se faisant soigner en dehors de leur pays) ou des compétences techniques particulières. Ils peuvent également être des ressources en ce qui concerne l'obtention de données.

Le rôle des différents organismes appartenant à ce réseau serait fixé dans la convention. En échange de la coopération de ces organismes, l'observatoire transfrontalier de la santé pourrait être sollicité par eux pour fournir des données ou apporter une expertise.

Certains organismes sont pressentis pour constituer ce réseau :

- Le SIG-GR pourrait produire et/ou diffuser des cartographies issues de travaux du futur observatoire de la santé.
- L'IBA-OIE pourrait fournir les données socioéconomiques et aider à leur interprétation.
- L'infocentre Gedidot, qui a été mis en place au cours d'un programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen pourrait être un partenaire recueillant les données wallonnes et françaises utilisées par le futur observatoire. De plus, cet infocentre dispose déjà d'une expertise en matière de comparaison des données françaises et belges qui pourront bénéficier au futur observatoire.
- Le réseau des offices statistiques de la Grande Région.

Moyens

1. Partenaires financiers

Les partenaires financiers sont les organismes qui apportent le financement de l'observatoire. Il s'agit d'institutions situées dans chacune des 5 régions, qui voient un intérêt à ce que les données de santé transfrontalières soient collectées, traitées, analysées et diffusées.

Le montant de la participation financière de chaque partenaire sera fixé dans la convention et fonction des ressources nécessaires pour l'observatoire. Une répartition à part égale pour chaque région serait privilégiée. Il s'agit de l'option choisie pour l'IBA-OIE et le SIG-GR. Cela permet d'impliquer chaque région à part égale.

Ces partenaires peuvent être des collectivités locales ou des représentants des états dans le domaine de la santé.

Les partenaires financiers pourraient être (accords non demandés à ce stade) :



- L'Agence wallonne pour une vie de qualité (AViQ)
- La région wallonne
- Le conseil régional du Grand Est
- Les départements de la Meuse, de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle
- L'Agence Régionale de la Santé (ARS) Grand Est
- Le ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg
- Le ministère de la Santé de la Sarre
- Le ministère de la Santé de la Rhénanie-Palatinat
- Etc.

2. Financement

Le montant du financement doit tenir compte des différents postes de frais nécessaires au fonctionnement de l'observatoire et à sa production d'études.

Les différents postes à prendre en compte sont les suivants :

- Salaires et charges patronales
- Frais d'hébergement de la structure : Loyer, électricité, chauffage, ...
- Impôts, taxes et assurances
- Achat de matériel informatique et bureautique
- Achat de données, de documentation
- Maintenance informatique, abonnements (imprimante, téléphone, ...)
- Sécurisation des données, serveurs
- Frais de missions
- Frais de diffusion, communication (site internet, imprimeur, ...)
- Frais bancaires, comptabilité
- Etc.

Le montant du budget dépendra surtout des salaires et charges patronales, qui peuvent représenter environ entre 70% et 80% des dépenses.

L'identification du nombre d'ETP nécessaires au fonctionnement de ce futur observatoire est donc essentielle pour permettre de mesurer le montant de financement nécessaire.

A titre d'exemples, les budgets annuels des observatoires existants dans la Grande Région sont les suivants :

- IBA-OIE : 180 000 euros pour 2,4 équivalents temps-pleins à la coordination (Info-Institut) ainsi que des temps de mise à disposition de salariés par les partenaires.
- SIG-GR : 150 000 euros pour 1,2 équivalent temps-pleins (1 fonctionnaire du ministère de l'énergie et de l'aménagement du territoire du GDL et 20% de temps de travail d'un géomaticien du Landesamt für Vermessung und Geobasisinformation Rheinland Pfalz).



3. Salariés

Le nombre de salariés dépendra en grande partie du volume de travail que l'observatoire transfrontalier de la santé devra produire.

On peut proposer que, dans un premier temps, un seul salarié voire un deuxième (temps de travail à définir) soient employés. Le coordinateur devra d'abord participer activement à mettre en place la structure. Puis, lorsque l'observatoire aura été créé, le dimensionnement du nombre de salariés nécessaires au fonctionnement de l'observatoire devra être mieux défini.

Le coordinateur, qui participera à la mise en place de l'observatoire devrait disposer de plusieurs compétences :

- Le bilinguisme : La maîtrise de l'Allemand et du Français est nécessaire pour créer des liens avec les différents partenaires financiers et politiques. L'observatoire sera constitué d'un réseau d'organismes présents dans les 5 régions de la Grande Région. La coordination des travaux nécessitera donc de communiquer dans les deux langues. Le bilinguisme permettra également de s'adresser aux producteurs de données des 5 régions et d'échanger afin de mieux comprendre, par exemple comment sont construits les différents indicateurs statistiques.
- Une bonne connaissance des bases de données serait également appréciée. Cette compétence permet d'extraire des données nécessaires aux travaux et de comprendre leurs limites. Cela permet aussi de mieux comprendre les données statistiques qui sont transmises par les producteurs de données.
- Des compétences relationnelles permettront de créer des contacts avec les partenaires et financeurs dans les 5 régions. Ces compétences sont également essentielles pour faire fonctionner un réseau.
- Une bonne connaissance des différentes institutions existants dans les 5 régions, ainsi que des politiques de santé et des enjeux concernant la santé dans un contexte frontalier serait également utile, même si le coordinateur pourra également s'appuyer sur des ressources pour monter en compétences sur ces aspects notamment.

Une fiche de poste devra être produite pour recruter ce coordinateur.

Des compétences utiles et qui pourraient être externes seraient intéressantes dans le domaine juridique ou la maîtrise des règles du Règlement général pour la protection des données (RGPD), par exemple. La maîtrise et la sécurisation des données sera également un enjeu majeur, d'autant que les données de santé sont considérées comme des données sensibles.

Plusieurs salariés disposant de compétences diverses pourraient être employés au sein de l'observatoire afin que celui-ci puisse produire l'ensemble des études nécessaires à l'observation de la santé dans la Grande Région. Ces compétences peuvent être d'ordre quantitatives (statistique, démographique, traitement de bases de données, ...) et qualitatives (analyses d'entretien, ...).

Travaux

1. Orientation des travaux

Les choix des travaux à mener seront décidés par un comité de pilotage qui prendra en compte les orientations du CESGR et des politiques des 5 régions. Ces travaux répondront à des besoins de connaissance de l'état de santé de la population de la Grande Région et de l'offre de santé existante.

Le comité de pilotage tiendra compte des moyens disponibles à l'observatoire et de la faisabilité des travaux.

Les études pourraient, dans certains cas ne couvrir qu'une partie du territoire lorsque ça s'avère pertinent même si devant a priori rester plus ponctuels.

L'orientation des travaux sera définie pour une durée d'un ou deux ans. Cela permet de planifier les périodes pendant lesquelles elles pourront être réalisées et de construire un calendrier des travaux à réaliser.

2. Organisation des travaux

Un comité technique organisera les travaux. Cela permettra de choisir la méthodologie et de répartir les travaux entre les différents partenaires du réseau du futur observatoire. Ce comité technique pourrait se réunir 4 à 6 fois par an.

Ensuite, au cours de la réalisation des travaux, des échanges réguliers entre partenaires devront être organisés. Ces échanges peuvent être cadrés par des réunions prévues à l'avance, d'une part, mais aussi se produire spontanément lorsque le besoin d'échanger sur un sujet se fait ressentir, d'autre part. Les réunions planifiées permettent de maintenir l'unité du réseau et de s'assurer de l'avancement des travaux. Les contacts spontanés permettent d'ajouter de la souplesse et de la réactivité.

Les réunions peuvent avoir lieu en visioconférence ou en présentiel. Il faut veiller à ce qu'une part de présentiel soit maintenue afin de tisser des liens informels entre les personnes, ce qui facilite, ensuite la coopération et la compréhension entre les différents partenaires.

3. Type de travaux

Les travaux que produira le futur observatoire répondront à des besoins divers. Ils pourront s'adresser au grand public, à des professionnels ou à des décideurs politiques. Pour répondre à ces différents besoins, plusieurs types de travaux pourront être produits :

- Un tableau de bord permettrait de constituer une base d'indicateurs au sein de l'observatoire. Ces indicateurs pourront également être suivis dans le temps. Ce tableau de bord peut être enrichi par un rapport rédigé et illustré de cartes et graphiques, ainsi que de focus sous forme de chiffres clés par exemple.



- Des focus thématiques permettront d'approfondir certains sujets correspondant aux besoins de connaissances du moment en fonction de la conjoncture et des orientations politiques.
- Une cartothèque pourrait être réalisée par l'observatoire ou le SIG-GR et mise en ligne par ce dernier.
- Des échanges de pratiques entre observatoires pourraient être organisés tous les 2 ans. Cela permet d'améliorer la visibilité de l'observatoire, de tisser des liens avec d'autres structures et d'enrichir les connaissances. Ces échanges peuvent prendre la forme d'ateliers-débats comme c'est le cas pour l'IBA-OIE et le SIG-GR. Ils peuvent réunir des observatoires travaillant sur le thème de la santé dans différents territoires (transfrontaliers, nationaux ou régionaux), des observatoires travaillant sur des thèmes différents dans la Grande Région ou encore d'autres types de structures.
- La diffusion et la médiatisation des travaux doivent permettre d'améliorer la visibilité de l'observatoire et de diffuser l'information auprès de la population. Elle se fera par moyen d'un site internet, mais aussi par la présentation des travaux auprès des instances décisionnelles de la Grande Région ou des 5 régions. Des interventions au cours de congrès pourraient aussi participer à faire mieux connaître le futur observatoire mais surtout les résultats de ses observations. L'impression de rapports pourrait également être utile dans certains cas.

4. Recueil de données

Le recueil de données devra être centralisé par la coordination afin de faciliter l'accès à celles-ci lors de la production des travaux.

Une partie des données sociodémographiques, d'état de santé et d'offre de soins est déjà disponible sur le site Eurostat de façon harmonisée et au niveau géographique des régions composants la Grande Région, voire à un niveau géographique inférieur (départements français, provinces belges, kreise allemands).

L'infocentre mis en place par le programme Gedidot a également déjà effectué des travaux de comparaison des données belges et françaises et les données sont disponibles sur internet. Elles devraient être actualisées à l'avenir. Ces travaux peuvent servir de base à une comparaison de certains indicateurs sur les 4 pays couverts par la Grande Région.

Les données de cadrage sociodémographique sont déjà recueillies et analysées par l'IBA-OIE et le SIG-GR. Le futur observatoire de la santé pourra les utiliser et n'aura pas à refaire le travail de comparaison.

De par leur accès aux données et leur connaissance des producteurs de données et des statistiques existantes dans leur région, les partenaires régionaux du futur observatoire pourront récolter les données d'état de santé et d'offre de soins qui ne sont pas directement disponibles sur Internet. Ce partage de données entre partenaires devra être formalisé au sein de la convention.

Dans un premier temps, une liste relativement restreinte d'indicateurs sera recueillie par l'observatoire afin d'entretenir un tableau de bord et d'alimenter les rapports qui seront produits. Ensuite, cette liste pourra être progressivement enrichie au fur et à mesure que les travaux de comparabilité des données de santé dans chaque région auront progressé. Des priorités devront être définies.

5. Niveaux géographiques à retenir

La Grande Région est composée de 5 régions peuplées de 645 000 à 4 106 000 habitants. Ces régions sont trop grandes pour permettre une analyse fine de l'état de santé de la population.

L'observation de l'état de santé de la population doit être réalisée à des niveaux géographiques relativement fins afin d'identifier les territoires sur lesquelles il est le plus pertinent d'agir. Cette nécessité s'oppose à la nécessité de s'intéresser à des nombres de cas suffisamment élevés pour qu'ils soient statistiquement robustes.

Ainsi, il faut régulièrement trouver un équilibre entre un découpage géographique ni trop large, ni trop fin. Un découpage en entités géographiques peuplées de quelques dizaines de milliers d'habitants chacune permet souvent de répondre à ces exigences contradictoires. Ainsi, les territoires généralement les mieux adaptés à une étude sur l'état de santé de la population sont :

- Belgique : arrondissements
- Grand-Duché de Luxembourg : canton
- France : arrondissement ou EPCI
- Allemagne : kreise

On doit, toutefois, noter que le découpage géographique pertinent pour une étude peut dépendre du niveau géographique auquel la donnée est disponible, de la fréquence des cas observés (il est possible de travailler sur un découpage géographique relativement fin lorsque les nombres de cas observés sont importants), du mode représentation de l'information et du niveau géographique sur lequel les politiques vont pouvoir être appliquées. Ainsi, certaines études ne nécessiteront pas de réaliser des observations infrarégionales alors que d'autres pourront être réalisées aux niveaux les plus fins tels que la commune ou les quartiers.

Le futur observatoire de la santé devra recueillir les données au niveau géographique le plus fin possible, ce qui permettra, ensuite, de réaliser les regroupements souhaités.

Autres éléments

1. Bilinguisme

Comme indiqué précédemment, le bilinguisme est un élément indispensable à prendre en compte dans la mise en place d'un observatoire transfrontalier de la Grande Région.



La maîtrise de l'Allemand et du Français permet la communication entre les différents partenaires, de s'adresser à des acteurs locaux et de communiquer les résultats des études vers les différents publics des 5 régions.

La rédaction des rapports devra être réalisée dans les deux langues. Ce travail spécifique peut nécessiter l'emploi de traducteurs lorsque le nombre de pages à traduire est relativement important. C'est la solution qui a été choisie à l'IBA-OIE.

Vers un 2^{ème} projet Interreg pour finaliser l'édification d'un observatoire de la santé grandrégional

A la suite de ces différents travaux et échanges, l'option de recourir à une deuxième projet Interreg pour aller plus avant dans le montage d'un observatoire régional de la santé grandrégional semble être une option intéressante. De plus la programmation Interreg VI va s'ouvrir en 2023 avec des premiers appels à projets et la création d'un tel observatoire se trouve inscrite dans les objectifs de cette programmation.

Il s'agirait donc de construire un projet à soumettre au programme Interreg avec différents partenaires des régions constituant la Grand Région, dont les acteurs qui ont pu être rencontrés en 2022. Un travail de mobilisation est ainsi en cours.

IV. Etat des lieux des données socio-sanitaires dans la Grande Région

Les indicateurs existants dans les 5 régions

Les travaux de recherches de données sociodémographiques, d'état de santé et d'offre de soins ont permis de dresser une liste d'indicateurs et leurs sources dans les 5 régions.

Cette liste, qui figure en annexe 5 pourra être complétée et modifiée lorsque le futur observatoire de la santé sera opérationnel et que les coopérations au sein du potentiel futur réseau de partenaires aura permis d'approfondir les échanges de connaissances.

Portrait de territoire de la Grande Région

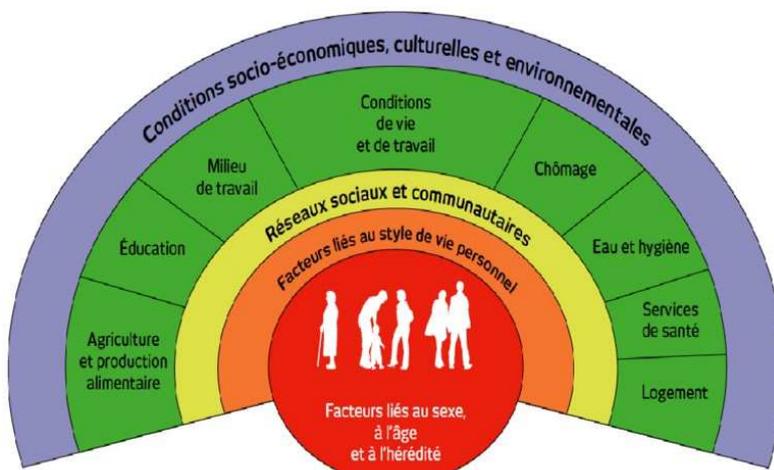
A partir de la liste d'indicateurs statistiques précédemment décrite, une sélection d'indicateurs sociodémographiques, d'état de santé et d'offre de soins a permis de proposer un premier portrait sanitaire de la population de la Grande Région.

Ces indicateurs ont été sélectionnés en raison du fait qu'ils sont produits dans chacune des 5 régions de la Grande Région. Ces indicateurs ne sont pas toujours strictement comparables entre eux. Ce portrait de territoire permet donc également d'illustrer les besoins d'homogénéisation des indicateurs qui est nécessaire pour pouvoir comparer la situation socio sanitaire de la population des 5 régions de la Grande Région.

1. Déterminants de santé

Comme indiqué précédemment, l'état de santé de la population est influencé par de multiples facteurs regroupés sous le terme de déterminants de santé. Ces déterminants concernent aussi bien les caractéristiques des individus que leur environnement. Ils sont regroupés dans le schéma suivant :

Modèle des déterminants de santé de Whitehead et Dahlgren



La connaissance de ces différents déterminants est nécessaire pour orienter les actions des politiques visant à améliorer la santé de la population.

Les données sociodémographiques dans la Grande Région sont recueillies et analysées par l'OIE depuis de nombreuses années. Le présent rapport n'a pas vocation à répéter ces travaux, mais plutôt à comparer des données de santé, ce qui n'est pas fait par ailleurs. Les données sociodémographiques présentées ici sont donc relativement sommaires. Pour approfondir ce sujet, on peut se référer aux rapports sur le marché de l'emploi 2021 publié par l'OIE, ainsi qu'aux cartes thématiques sur les questions sociodémographiques disponibles sur le site du SIG de la Grande Région.

Population et densité

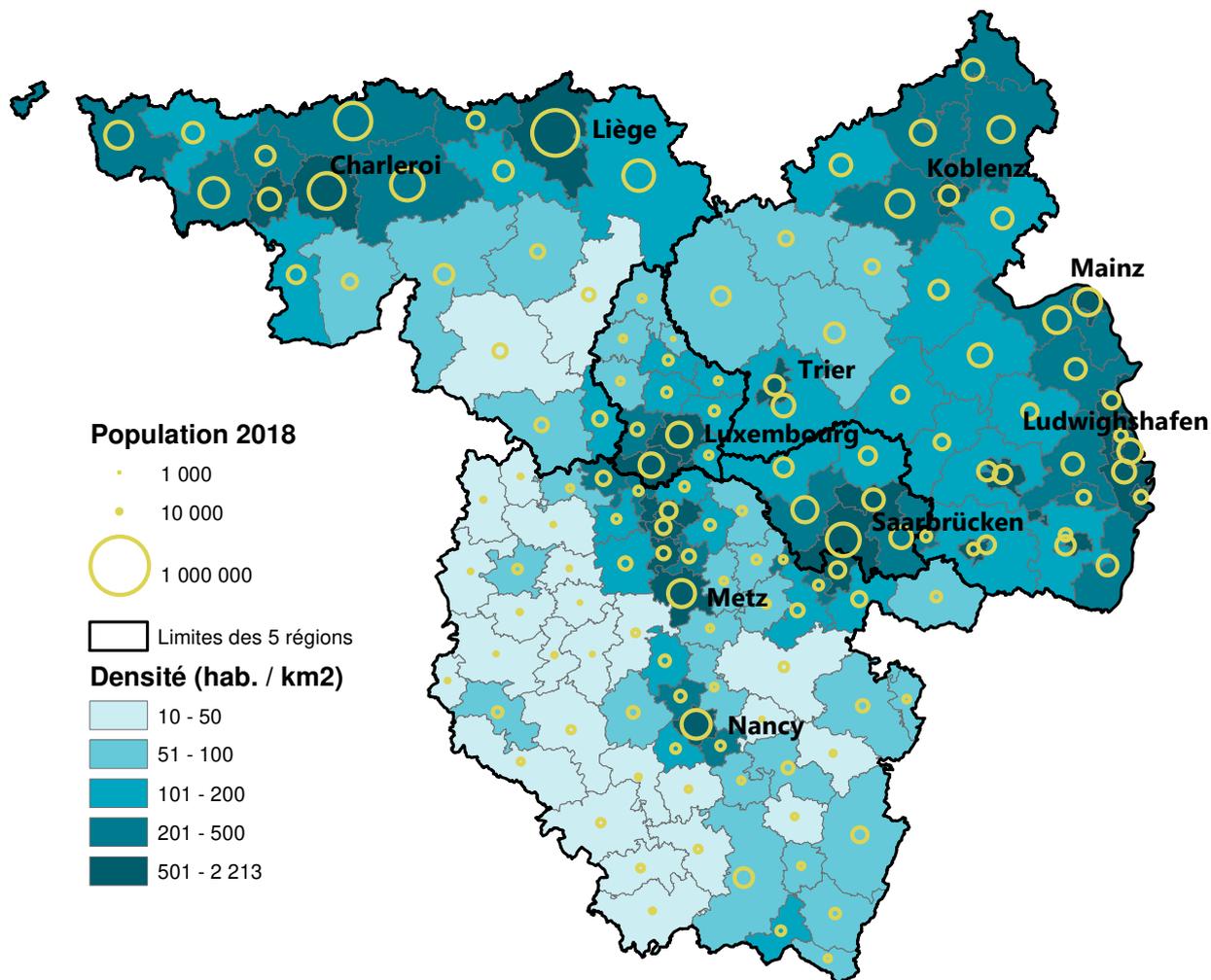
En 2022, la Grande Région est peuplée par 11 708 460 habitants sur une superficie de 45 974 kilomètres carrés, soit une densité de 255 habitants par kilomètre carré. Ce territoire a une population équivalente à celle de la Belgique et une densité proche de celle de l'Allemagne. A l'intérieur de la Grande Région, la densité de population est plus faible en Lorraine (98 hab. / km²) et plus élevée dans la Sarre (382 hab. / km²). Au niveau infrarégional, la population est particulièrement concentrée dans quatre zones géographiques : Le Hainaut, l'axe qui va de Nancy à Luxembourg, la Sarre et la vallée du Rhin entre la frontière française et Mayence. Dans l'ouest de la Lorraine, en

revanche, les densités sont beaucoup plus faibles.

Population et densité au 1^{er} janvier 2022

	Population	Densité (hab./km ²)
Wallonie	3 662 495	217
GD Luxembourg	645 397	250
Lorraine	2 311 735	98
Rhénanie Palatinat	4 106 485	207
Sarre	982 348	382
Grande Région	11 708 460	255
Belgique	11 584 008	377
France M.	65 627 454	121
Allemagne	83 237 124	233

Population et densité au 1^{er} janvier 2018 par arrondissement belge, canton luxembourgeois, EPCI français et Kreise allemand



Sources :

- Belgique : StatBel
- France : Insee – Estimations de population
- Grand-Duché de Luxembourg : Statec
- Allemagne : Statistisches bundesamt (Destatis)

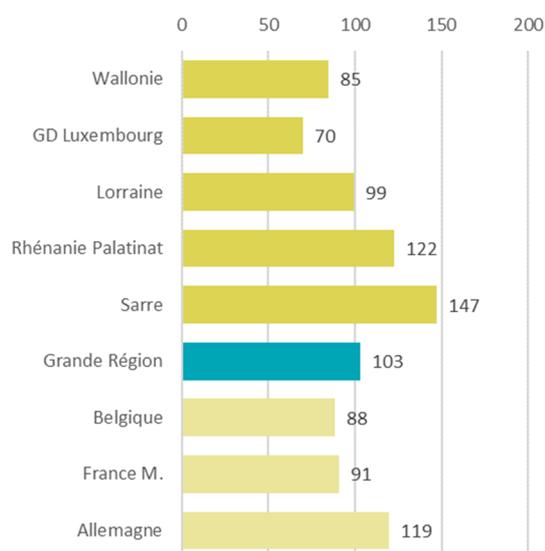
Calculs : ORS Grand Est

Répartition par tranche d'âge

Au 1^{er} janvier 2022, on compte 2 477 003 habitants âgés de 65 ans ou plus et 2 399 475 habitants de moins de 20 ans dans la Grande Région. Le rapport entre ces deux nombres fait apparaître un indice de vieillissement égal à 103. Cet indice est beaucoup plus faible dans le Grand-Duché de Luxembourg (70), ce qui signifie que la population dans ce pays est relativement jeune. Dans la Sarre, au contraire, la population est beaucoup plus âgée avec un indice égal à 147. Le faible indice de vieillissement observé dans le Grand-Duché de Luxembourg est surtout lié à la faible proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus (14,8 % contre 21,2 % dans la Grande Région) alors que la proportion de population âgée de moins de 20 ans est proche du niveau grand-régional (21,1 %

contre 20,5 %) et est inférieure à ce qui est observé en Lorraine (22,1 %) et en Wallonie (22,7 %).

Indices de vieillissement au 1^{er} janvier 2022



Sources :

- Belgique : StatBel
- France : Insee – Estimations de population
- Grand-Duché de Luxembourg : Statec
- Allemagne : Statistisches bundesamt (Destatis)

Calculs : ORS Grand Est

Définition :

L'indice de vieillissement correspond au rapport entre le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus et le nombre de personnes âgées de moins de 20 ans. Ce rapport est multiplié par 100 afin de le rendre plus facilement lisible. Un indice supérieur à 100 signifie donc que les personnes âgées de 65 ans ou plus sont plus nombreuses que les personnes âgées de moins de 20 ans.

Population en risque de pauvreté monétaire

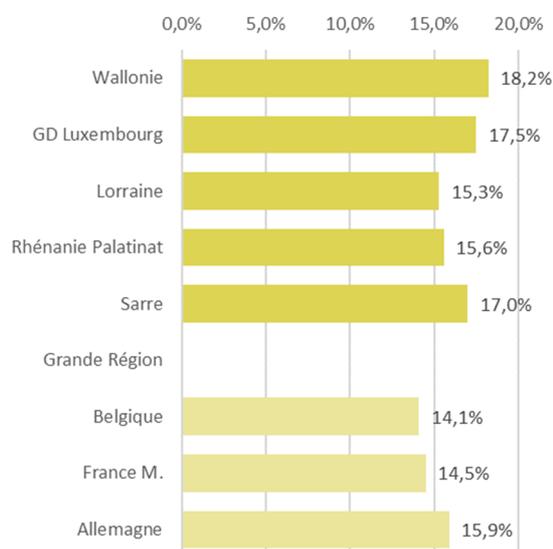
La pauvreté influe fortement l'état de santé de la population. Une étude française portant sur la période 2012-2016⁴ montre, par exemple, que chez les hommes, l'espérance de vie des 5 % des hommes les plus pauvres est inférieure de 12,7 ans par rapport à l'espérance de vie des 5 % les plus riches.

Le taux de pauvreté ne peut pas être mesuré dans l'ensemble de la Grande Région pour deux raisons. D'une part, le type de sources des données varie suivant les régions. Il s'agit, par exemple, du résultat d'enquêtes en Belgique alors que ce taux est obtenu à partir de données administratives en France.

D'autre part, le seuil de pauvreté est fixé en fonction du revenu médian de chaque pays (60 % du revenu médian, voir définition en encadré). En effet, la pauvreté est une notion relative qui identifie la population qui a des revenus qui ne lui permettent pas d'avoir le niveau de vie standard du pays dans lequel elle vit. Les revenus médians étant différents dans chaque pays, une même personne peut avoir des revenus inférieurs au seuil de pauvreté dans un pays et supérieur à ce seuil dans un autre pays.

En 2019, les taux de pauvreté sont relativement élevés. Ils dépassent les niveaux nationaux en Wallonie (18,2 % contre 14,1 %), en Lorraine (15,3 % contre 14,5 %) et dans la Sarre (17,0 % contre 15,9 %).

Taux de pauvreté en 2019



Sources :

- Belgique : Eurostat – EU-SILC, calculs : Iweps.
- France : Insee, DGFIP, Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier FiLoSoFi
- Grand-Duché de Luxembourg : Statec
- Allemagne : Destatis – Mikrozensus

Définitions :

Le taux de pauvreté correspond à la part de la population appartenant à un ménage dont le revenu disponible par unité de consommation est inférieur à 60 % au revenu disponible médian par unité de consommation dans le pays.

Unité de consommation : Dans chaque ménage, un nombre d'unité de consommation est calculé. Il s'agit du nombre pondéré d'individus constituant ce ménage selon la règle suivante :

- 1^{er} adulte = 1 unité de consommation
- Autres habitants âgés de 14 ans ou plus : 0,5 point chacun
- Enfants âgés de moins de 14 ans : 0,3 point chacun

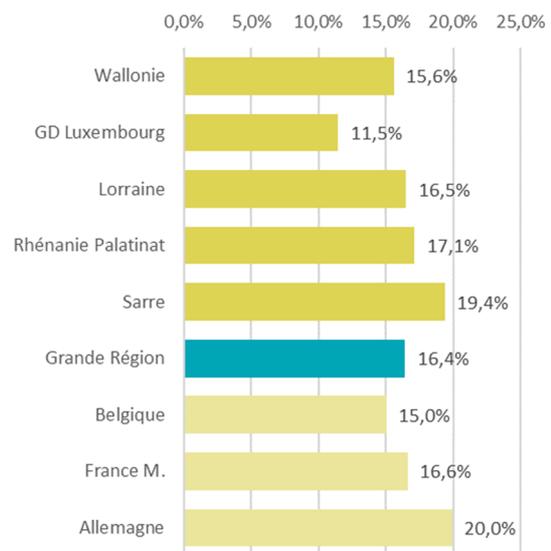
⁴ Insee - L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes [En ligne]. 6 février 2018. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895> [Consulté le 14 novembre 2022].

Personnes vivant seules

Le fait de vivre seul est un facteur de vulnérabilité. En effet, les personnes vivant seules doivent prendre en charge seules les frais de leur logement et elles ne bénéficient pas de l'aide de leurs proches dans les actes de la vie quotidienne. Cette vulnérabilité devient particulièrement importante à partir de 80 ans lorsque le risque de dépendance augmente.

Dans la Grande Région, 1 916 893 personnes vivent seules sur 11 660 966 habitants, soit 16,4 % de la population. Cette proportion varie de 11,5 % dans le Grand-Duché de Luxembourg à 19,4 % en Sarre. Les personnes vivant seules sont relativement âgées. En Lorraine, par exemple, 39,4 % des personnes seules ont 65 ans ou plus alors que cette tranche d'âge représente 22,0 % de l'ensemble de la population. Cet âge relativement élevé des personnes seules explique le fait qu'elles sont relativement peu nombreuses au Grand-Duché de Luxembourg où la part des personnes âgées de 65 ans ou plus est la plus faible de la Grande Région et qu'elles sont relativement nombreuses dans la Sarre où la part des personnes âgées de 65 ans ou plus est la plus élevée de la Grande Région.

Part de la population vivant seule en 2014-2021*



* Grand-Duché de Luxembourg : 2014, Belgique et France : 2019, Allemagne : 2021

Sources :

- Belgique : StatBel
- France : Insee – Estimations de population
- Grand-Duché de Luxembourg : Statec
- Allemagne : Statistisches bundesamt (Destatis)

Des indicateurs à développer dans les 5 régions

Alors que les indicateurs sociodémographiques sont relativement bien connus dans la Grande Région, de nombreux autres indicateurs de déterminants de santé sont insuffisamment développés ou homogénéisés pour être comparés.

Ainsi, les indicateurs de pollution environnementale (sol, air, eau, bruit) sont de plus en plus développés, mais leur comparaison entre les 4 pays reste difficile et une expertise particulière doit être développée pour permettre de les analyser.

Les données concernant les consommations de produits psychoactifs (tabac, alcool, drogues, médicaments psychotropes) ne sont jamais déclinées à des niveaux géographiques fins tels que la commune. Elles sont généralement issues d'enquêtes nationales. Ainsi l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies réalise des études dans la plupart des pays d'Europe, ce qui permet de comparer les niveaux de consommation entre pays européens. Mais ces enquêtes ne permettent pas de comparer les consommations entre régions d'Europe. Dans chaque pays, des enquêtes sont également régulièrement réalisées et elles sont parfois déclinées à des niveaux régionaux, mais très rarement en dessous. Ces enquêtes sont de plus souvent réalisées avec des méthodologies qui diffèrent d'un pays à l'autre.

Les informations sur la consommation alimentaire et sur la sédentarité sont également insuffisamment développées pour permettre des comparaisons entre les différentes régions européennes. Elles ne sont jamais déclinées à un niveau infrarégional (provincial en Belgique). Le nombre de personnes enquêtées est souvent insuffisant pour permettre d'observer des tendances significatives entre régions.

Il serait également nécessaire de développer et homogénéiser les informations existantes en ce qui concerne la vaccination et les dépistages des maladies.

2. Etat de santé de la population

/ Mortalité

La mortalité reste le principal indicateur d'état de santé d'une population. Il présente l'avantage d'être exhaustif et les pathologies à l'origine du décès sont identifiées à partir d'une classification internationale des maladies (CIM 10). Afin de présenter des résultats comparables entre les différentes régions, les taux de mortalité sont standardisés sur l'âge de la population européenne.

Afin de décliner la mortalité par cause de décès, les données présentées dans ce chapitre ont été recodées par les différents organismes nationaux en fonction de la CIM10. Ces traitements prenant du temps, les dernières statistiques disponibles dans les 4 pays datent de 2017. Des données plus récentes, portant uniquement sur la mortalité générale, auraient pu être recueillies jusqu'en 2021 à partir des états-civil. Elles n'ont pas été utilisées ici afin de permettre une comparaison entre la mortalité générale et la mortalité par pathologie.

Sources :

Belgique : Sciensano – SPMA

France : Inserm (CépiDC)

Grand-Duché de Luxembourg : Ministère de la santé – Direction de la santé

Allemagne : Statistisches bundesamt (Destatis)

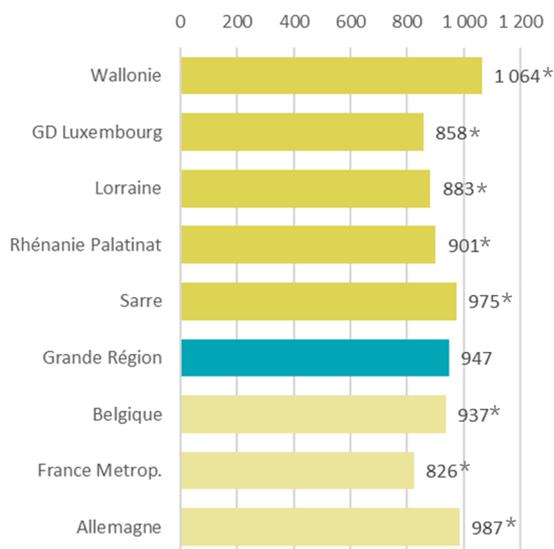
Calculs : ORS Grand Est

Taux standardisé de mortalité :

Le taux de mortalité standardisé correspond au taux de mortalité qui serait observé si la répartition par âge de la population était la même que dans une population de référence (ici : Population standard européenne de 2013). Il est calculé à partir des taux de mortalité par tranche d'âge quinquennale entre 5 et 84 ans, ainsi que des taux spécifiques à 0 an, entre 1 et 4 ans et pour l'ensemble des personnes âgées de 85 ans ou plus. La standardisation des taux permet de comparer la mortalité entre plusieurs territoires ou entre plusieurs époques en supprimant l'influence de l'âge de la population. Il est, ainsi, possible de comparer la mortalité dans deux territoires ayant des pyramides des âges très différentes.

Mortalité générale

Taux standardisés de mortalité générale pour 100 000 habitants en 2015-2017



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

En 2015-2017, en moyenne, 122 440 personnes domiciliées dans la Grande Région décèdent chaque année. Soit, après standardisation sur l'âge un taux de 947 pour 100 000 habitants.

Des taux plus élevés sont observés en Sarre (975 pour 100 000) et en Wallonie (1 064 pour 100 000). Les taux sont en revanche plus faibles en Rhénanie-Palatinat (901 pour 100 000), en Lorraine (883 pour 100 000) et dans le Grand-Duché de Luxembourg (858 pour 100 000). Par rapport aux niveaux nationaux, on observe une surmortalité de 14 % en Wallonie et de 7 % en Lorraine. En Rhénanie-Palatinat, la mortalité est inférieure de 9 % au niveau allemand.

Au niveau infrarégional, les taux standardisés de mortalité ont été calculés sur une période de 5 ans afin de recueillir des nombres de décès suffisamment élevés pour obtenir des taux de mortalité statistiquement significatifs. Au cours de la période 2013-2017, le taux standardisé de mortalité grand régional s'élève à 973 pour 100 000. Le taux le plus faible est observé en Lorraine, dans la Communauté de communes de Seille et Grand-Couronné, à l'est de Nancy (754 pour 100 000), dans la Communauté de communes de l'Aire à l'Argonne, entre Bar-le-Duc et Verdun (763 pour 100 000) et dans la communauté de communes de Moselle et Madon, au sud-ouest de Nancy (764 pour 100 000). Les taux les plus élevés sont observés en Wallonie, dans l'arrondissement de Charleroi (1 171 pour 100 000) et dans l'arrondissement de Mons (1 176 pour 100 000) et en France dans la Communauté de communes de Mad et Moselle, au sud-ouest de Metz (1 273 pour 100 000).

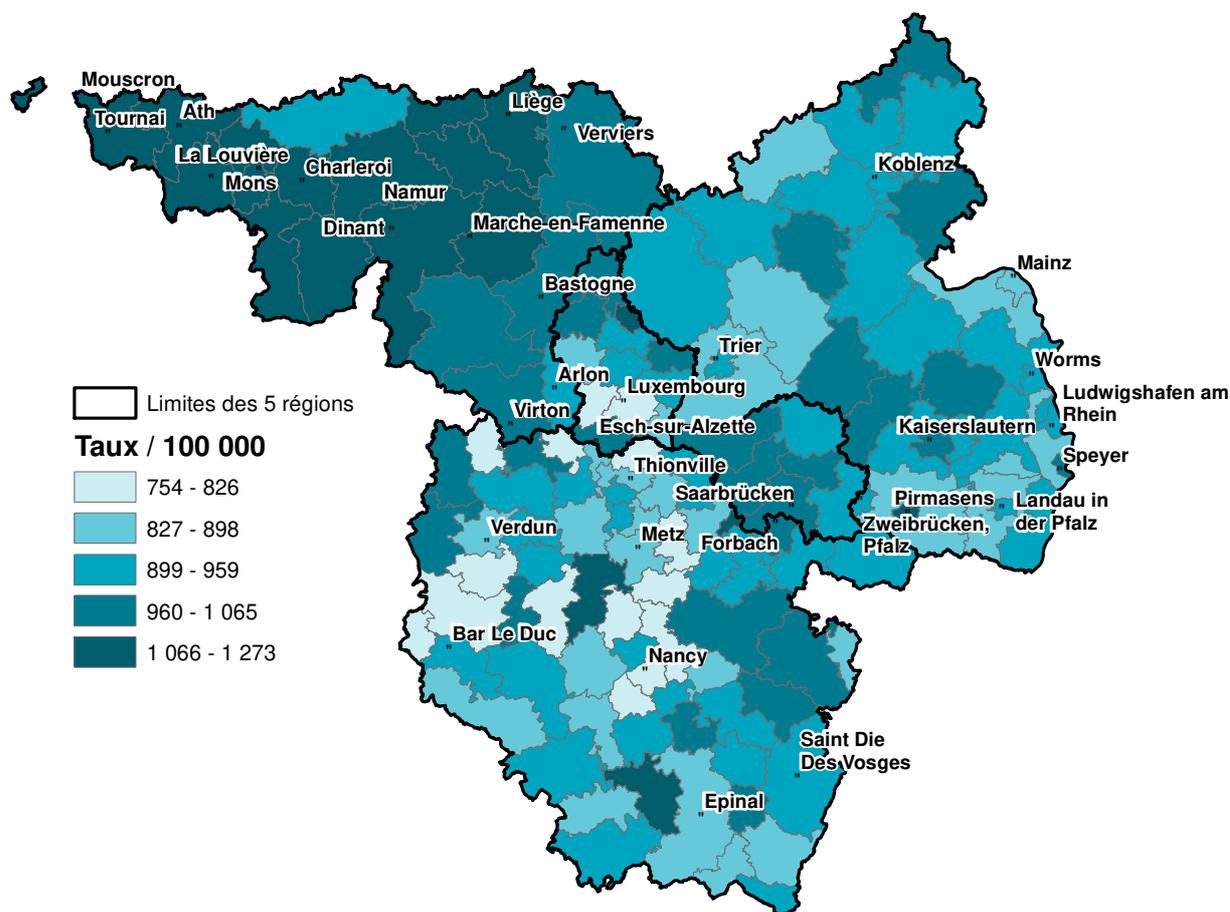
A noter que ces valeurs « extrêmes » sont en général observées dans des territoires assez peu peuplés, rendant plus fluctuantes les données.

Dans l'ensemble, la mortalité est particulièrement élevée dans les anciennes régions industrielles. C'est le cas d'une grande partie des arrondissements wallons s'étendant de Tournai à Liège, de la Sarre en Allemagne et du Bassin Houiller en Lorraine. Des territoires ruraux, tels que le Saulnois, en Lorraine (à l'est de Nancy) ou le massif de l'Hunsrück en Allemagne (entre Trèves et Kaiserslautern).

La mortalité est, en revanche généralement plus faible dans les grandes aires urbaines où le niveau de vie de la population est relativement élevé tels que Luxembourg, Nancy ou Mayence.

En Wallonie, la mortalité est également relativement faible dans le Brabant wallon, situé en périphérie de Bruxelles.

Taux standardisés de mortalité générale pour 100 000 habitants en 2013-2017*



* Les taux standardisés par canton du Grand-Duché de Luxembourg ont été estimés (voir encadré)

Estimations :

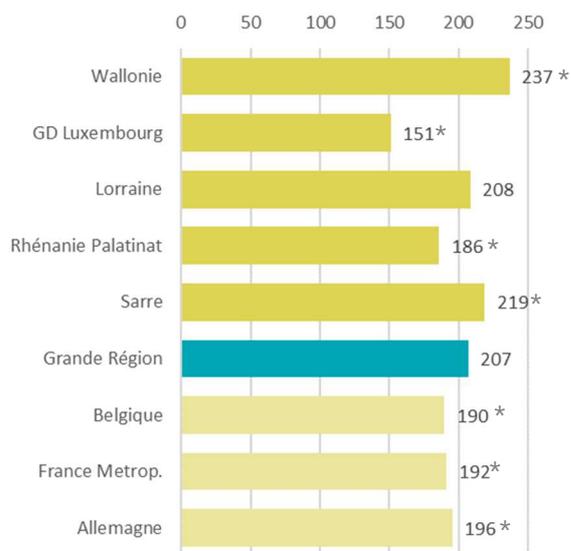
Les taux standardisés de mortalité par canton luxembourgeois ont été estimés. En effet, la répartition de la population par tranche d'âge était disponible uniquement au 1^{er} janvier 2018. Pour estimer la répartition de la population par âge au 1^{er} janvier des années de 2013 à 2017, l'estimation a été réalisée en deux étapes :

- 1^{ère} étape : On considère que la population par tranche d'âge a évolué de la même façon dans chaque canton que dans l'ensemble du Grand-Duché de Luxembourg (niveau géographique pour lequel la répartition par âge était connu chaque année depuis le 1^{er} janvier 2013).
- 2^{ème} étape : La population par tranche d'âge calculée à la 1^{ère} étape est calée sur l'évolution de la population totale du canton au 1^{er} janvier de chaque année.

Mortalité prématurée

Compte tenu du niveau des soins existants en Europe, on considère qu'environ la moitié des décès pourraient être évités avant 65 ans, soit par une amélioration du dépistage et de l'accès aux soins, soit par une meilleure prévention. Ces décès qui concernent particulièrement les populations défavorisées représentent 17 % des décès dans la Grande Région.

Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 habitants en 2015-2017



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

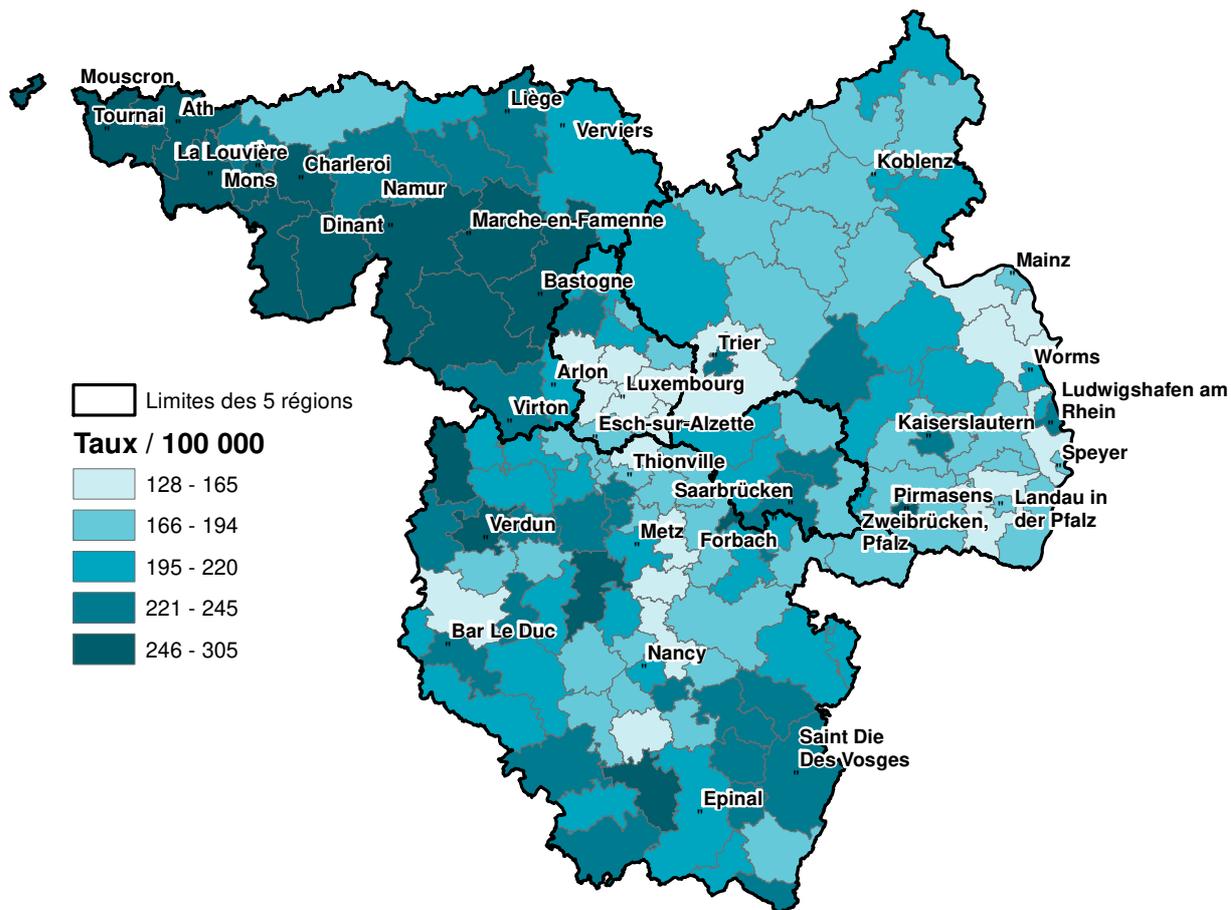
En 2015-2017, en moyenne, 20 634 habitants de la Grande Région décèdent avant 65 ans chaque année. Soit, après standardisation sur l'âge un taux de 207 pour 100 000 habitants.

Des taux plus élevés sont observés en Wallonie (237 pour 100 000) et en Sarre (219 pour 100 000). Les taux sont en revanche plus faibles en Rhénanie-Palatinat (186 pour 100 000) et dans le Grand-Duché de Luxembourg (151 pour 100 000). Par rapport aux taux nationaux respectifs, les niveaux de mortalité sont plus élevés en Wallonie (+25 %), dans la Sarre (+12 %) et en Lorraine (+9 %). Le taux est en revanche plus faible en Rhénanie Palatinat (-5 %).

Au cours de la période 2013-2017, le taux standardisé de mortalité avant 65 ans pour l'ensemble de la Grande Région s'élève à 212 pour 100 000. Les taux les plus faibles sont observés dans le canton de Luxembourg (128 pour 100 000) et dans les communautés de communes françaises de l'Aire à l'Argonne, entre Bar-le-Duc et Verdun (130 pour 100 000) et du Haut-Chemin-Pays de Pange, à l'est de Metz (135 pour 100 000). Les taux les plus élevés sont observés dans l'arrondissement belge de Philippeville, au sud de Charleroi et Namur (286 pour 100 000), dans la ville allemande de Pirmasens (294 pour 100 000) et dans la communauté de communes française de Mirecourt Dompain, à l'ouest d'Epinal (305 pour 100 000).



Taux standardisés de mortalité prématurée pour 100 000 en 2013-2017*

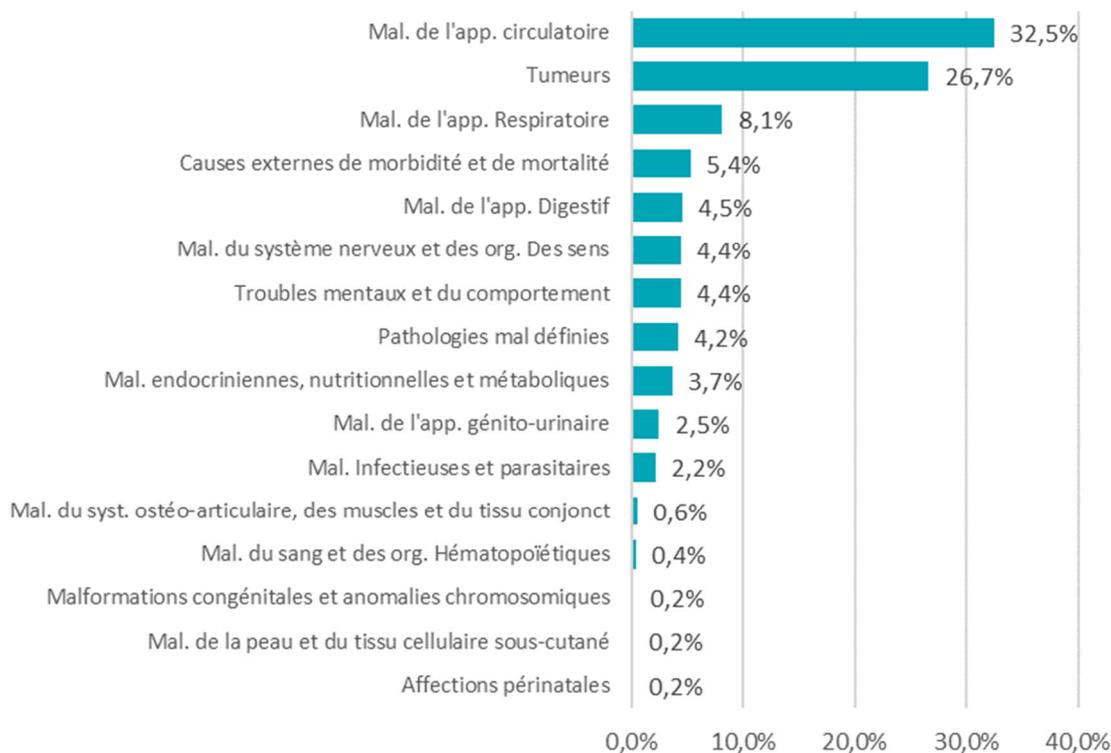


* Les taux standardisés par canton du Grand-Duché de Luxembourg ont été estimés (voir encadré)

Principales causes de décès

Au cours de la période 2015-2017, près du tiers des décès dans la Grande Région sont liés à des maladies de l'appareil circulatoire (32,5 %) et un peu plus du quart à des tumeurs (26,7 %).

Répartition des décès par groupe de pathologie dans la Grande Région en 2015-2017



La répartition de la mortalité par pathologie est très variable d'une région à l'autre. En effet, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 39,5 % des décès en Rhénanie Palatinat et seulement 24,2 % en Lorraine où elles se situent en deuxième position derrière les cancers (29,7 %). On observe également de très grandes disparités régionales en ce qui concerne la part des décès par maladies de l'appareil respiratoire (de 5,8 % dans la Sarre à 10,8 % en Wallonie). Ces différences, au sein de la Grande Région, sont généralement beaucoup plus importantes que les différences observées entre les régions d'un même pays. On peut donc s'interroger sur l'homogénéité du codage des pathologies au sein de l'Union Européenne.

Pour d'autres groupes de pathologies, en revanche, les différences sont beaucoup moins importantes. C'est le cas, par exemple des tumeurs dont la part varie de 25,4 % en Wallonie à 29,7 % en Lorraine et des maladies de l'appareil digestifs (de 4,2 % en Lorraine à 5,0 % dans la Sarre). Il semble que dans le cas de ces groupes de pathologies, l'identification de la cause de décès ne prête moins la place à l'interprétation que pour les groupes de pathologies précédemment cités.

La cause du décès est effectivement parfois difficile à identifier. Dans ce cas, le décès est considéré comme un « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ». Il s'agit de pathologies mal définies. Ces décès représentent 1,4 % de la mortalité en Rhénanie Palatinat et 7,7 % en Lorraine. A noter qu'en Sarre (5,2 %),

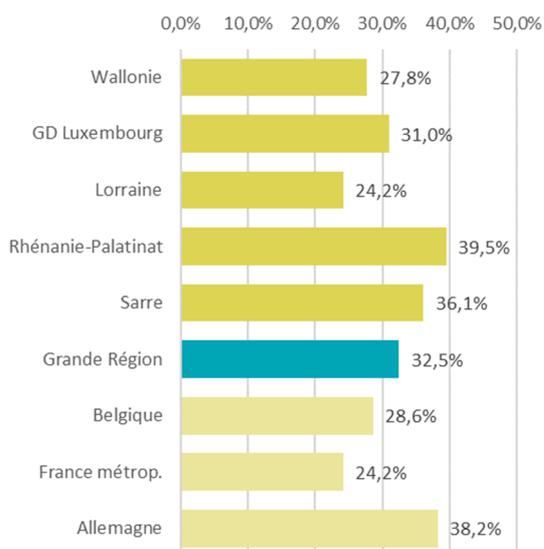
cette proportion est presque 4 fois plus importante qu'en Rhénanie Palatinat. Ces fortes disparités reflètent également la difficulté à homogénéiser les pratiques de codage des décès.

Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

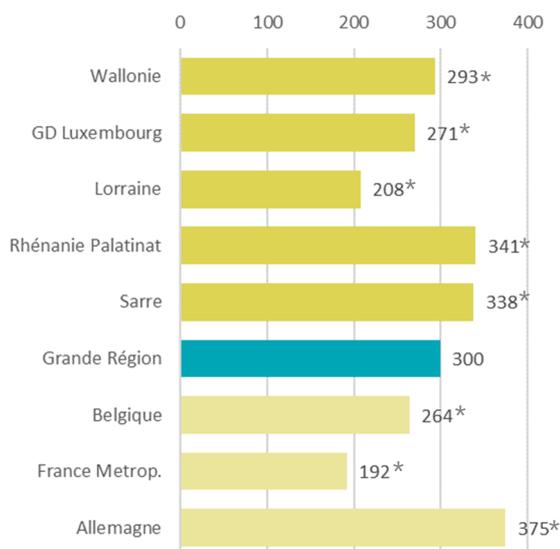
Ce groupe de pathologies, aussi appelé maladies cardiovasculaires, recouvre principalement les cardiopathies ischémiques (dont les infarctus du myocarde), les insuffisances cardiaques et les maladies vasculaires cérébrales (dont les AVC, accidents vasculaires cérébraux). Selon la CIM 10, il s'agit des pathologies codées de I00 à I99.

Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2015-2017

Part de ces décès dans la mortalité générale



Taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants)



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

Avec 39 763 décès par an, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 32,5 % des décès dans la Grande Région en 2015-2017. Cette proportion varie de 24,2 % en Lorraine à 39,5 % en Rhénanie Palatinat. Dans chaque pays, les proportions régionales sont relativement proches des proportions nationales. Les écarts entre pays sont donc beaucoup plus grands que les écarts infranationaux, ce qui fait penser à une certaine hétérogénéité des codages de décès entre pays.

Le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est égal à 300 pour 100 000 dans la Grande Région en 2015-2017. Un taux beaucoup plus faible est observé en Lorraine (208 pour 100 000) et des taux plus élevés sont observés dans la Sarre (338 pour 100 000) et en Rhénanie Palatinat (341 pour 100 000). Dans ces deux länders, les niveaux de mortalité sont inférieurs au niveau national alors qu'on observe une surmortalité de 11 % en Wallonie par rapport au niveau belge et de 8 % en Lorraine par rapport au niveau français.

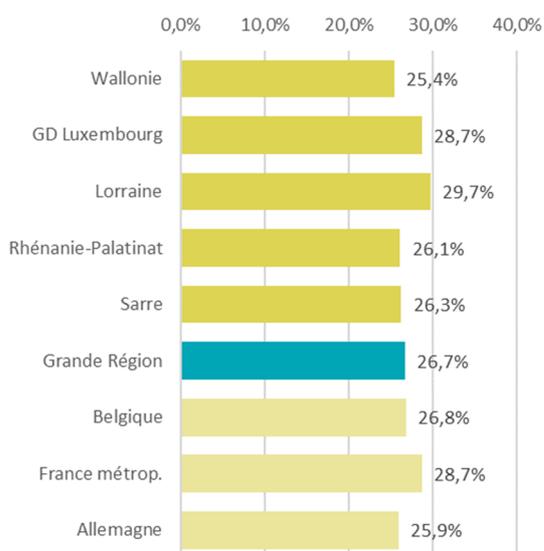


Mortalité par tumeurs

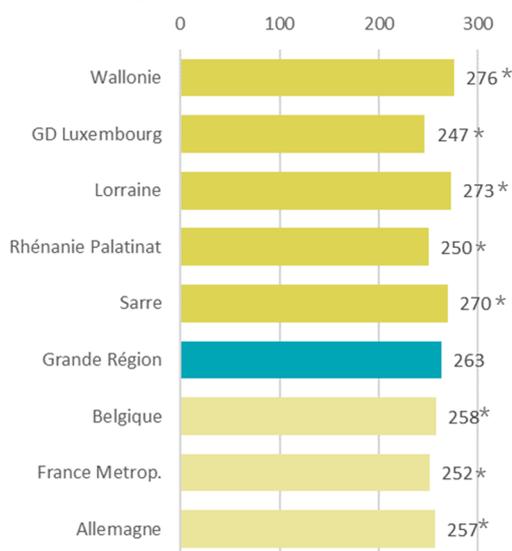
La plupart des décès par tumeurs sont dus à des tumeurs malignes, aussi appelées cancers. Les principales localisations entraînant des décès sont les cancers du sein, les cancers colorectaux, les cancers du poumon et les cancers de la prostate. Selon la CIM 10, les tumeurs malignes sont codées de C00 à C97 et les autres tumeurs sont codées de D00 à D48.

Mortalité par tumeurs en 2015-2017

Part de ces décès dans la mortalité générale



Taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants)



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

Avec 32 629 décès par an, les tumeurs représentent 26,7 % des décès dans la Grande Région en 2015-2017, soit la deuxième cause de décès. Cette proportion varie de 25,4% en Wallonie à 29,7 % en Lorraine. Les écarts de proportions de tumeurs sont relativement faibles entre régions et pays, ce qui provient probablement du fait que l'interprétation de la cause de décès dans le cas d'un cancer ne laisse pas beaucoup de place à l'interprétation.

Les taux standardisés varient de 247 décès pour 100 000 habitants dans le Grand Duché du Luxembourg à 276 pour 100 000 en Wallonie.

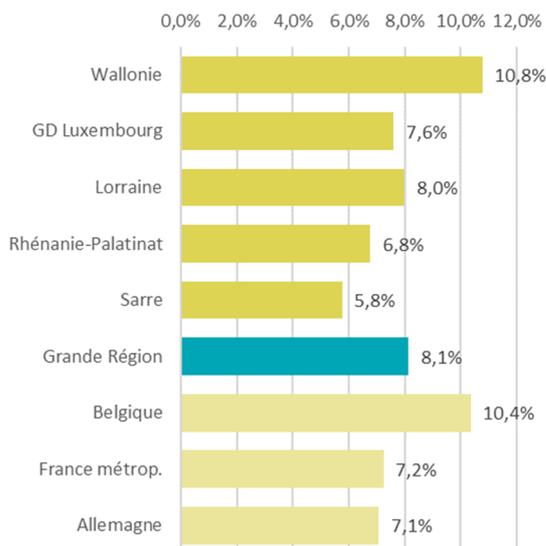


Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire

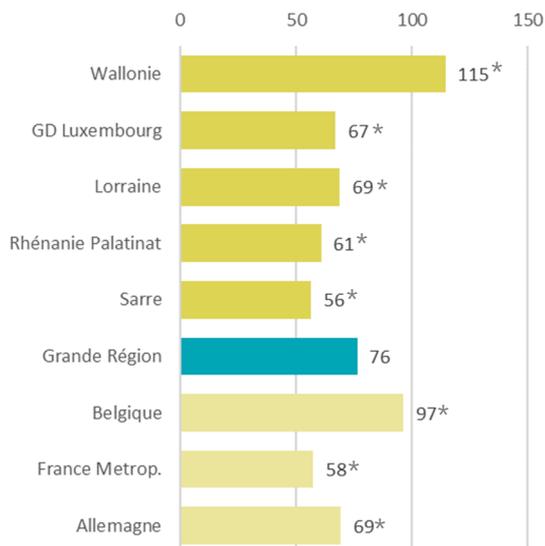
Les principales pathologies appartenant au groupe des maladies de l'appareil respiratoire sont les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les pneumopathies, les bronchites et les insuffisances respiratoires. Selon la CIM 10, ce groupe de maladies est codé de J00 à J99.

Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire en 2015-2017

Part de ces décès dans la mortalité générale



Taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants)



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

Avec 9 955 décès par an, les maladies de l'appareil respiratoire représentent 8,1 % des décès dans la Grande Région en 2015-2017. Cette proportion varie de 5,8 % dans la Sarre à 10,8 % en Wallonie. Dans chaque pays, les proportions régionales sont relativement proches des proportions nationales. Cela peut amener à s'interroger sur la possibilité d'une certaine hétérogénéité de codage entre pays.



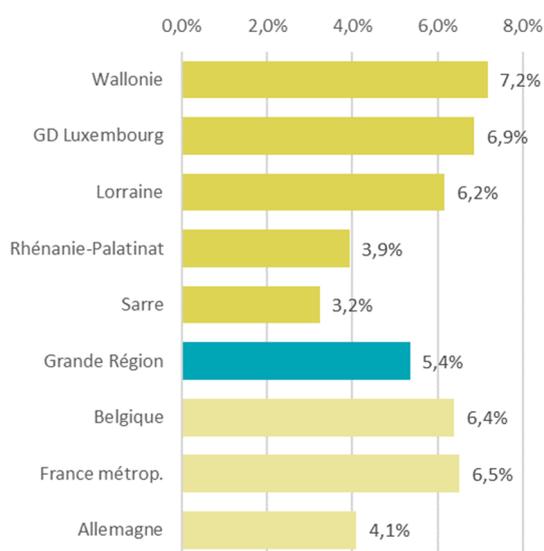
Mortalité par causes externes

Les décès par causes externes ne sont pas liés à des pathologies mais à des lésions traumatiques ou des empoisonnements. Il s'agit principalement de suicide, d'accidents de la circulation ou de chutes accidentelles. Selon la CIM 10, ils sont classés de 2 façons :

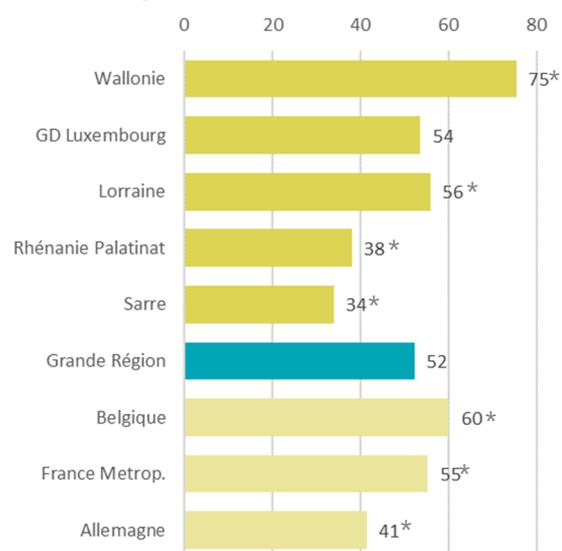
- Un codage de S00 à T98 décrit le type de lésion, ce qui permet de savoir quelle partie du corps a été atteinte.
- Un codage de V00 à Y98 identifie la cause de ces lésions. C'est ce codage qui est utilisé pour identifier la cause de décès.

Mortalité par causes externes en 2015-2017

Part de ces décès dans la mortalité générale



Taux standardisés de mortalité (pour 100 000 habitants)



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

Avec 6 554 décès par an, les causes externes représentent 5,4 % des décès dans la Grande Région en 2015-2017, soit la quatrième cause de décès. Cette proportion varie de 3,2 % dans la Sarre à 7,2 % en Wallonie. Dans chaque pays, les proportions régionales sont relativement proches des proportions nationales. Les écarts entre pays sont donc beaucoup plus grands que les écarts infranationaux, ce qui fait penser à une hétérogénéité des codages de décès entre pays.

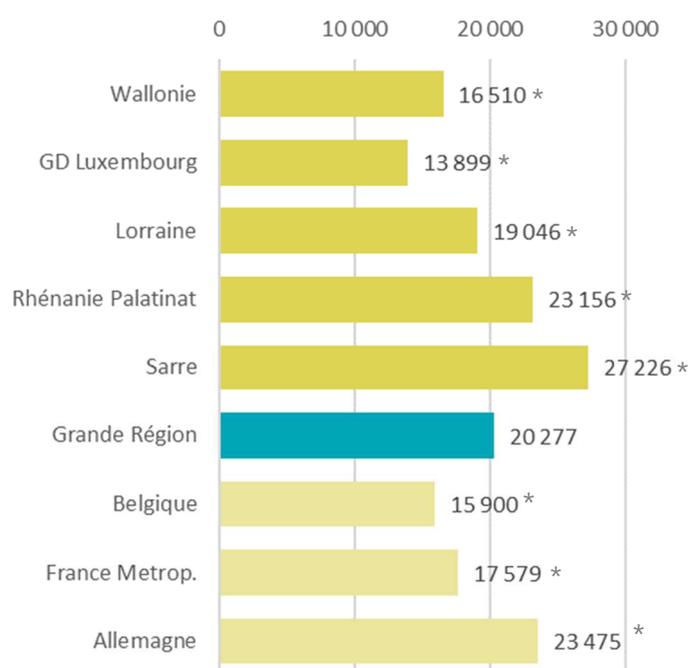
Hospitalisations

Les hospitalisations représentent un indicateur partiel et indirect de l'état de santé de la population. Elles ne recouvrent qu'une partie de la morbidité. En effet, les hospitalisations ne sont pas seulement consécutives à une pathologie. Elles découlent également du dépistage de cette pathologie, de l'offre de soins hospitalière, ainsi que de l'organisation de l'offre de soins qui peut orienter les patients vers des alternatives à l'hospitalisation.

Les données présentées ici concernent l'activité hospitalière. En effet, les séjours sont comptabilisés en fonction du lieu d'hospitalisation quel que soit le lieu de domicile des patients. Il ne s'agit donc pas d'indicateurs de morbidité. Toutefois, l'exploitation étant réalisée à l'échelle régionale, elle se rapproche d'indicateurs de morbidité dans la mesure où la plupart des patients sont hospitalisés dans leur région de domicile.

Il faut noter qu'un patient peut être hospitalisé plusieurs fois dans l'année. Par conséquent, le nombre de séjours est supérieur au nombre de patients.

Taux standardisés d'hospitalisation en 2017 ** (hors naissances) pour 100 000 habitants



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

** 2016 pour le Grand-Duché de Luxembourg

En 2017, on a enregistré 583 337 séjours hospitaliers d'au moins une nuit en Wallonie, 450 826 en Lorraine, 999 109 en Rhénanie Palatinat et 298 185 dans la Sarre. En ajoutant les 74 495 séjours ayant eu lieu dans la Grand-Duché de Luxembourg en 2016, le nombre de séjours sur une année s'élève à 2 405 992 dans la Grande Région, soit un taux standardisé de 27 226 pour 100 000 habitants. Le taux est beaucoup plus faible dans le Grand-Duché de Luxembourg (13 899 pour 100 000) et plus élevé dans la Sarre (27 226 pour 100 000). Ces données étant calculées en fonction du lieu d'hospitalisation, elles dépendent fortement de l'offre de soins des territoires.

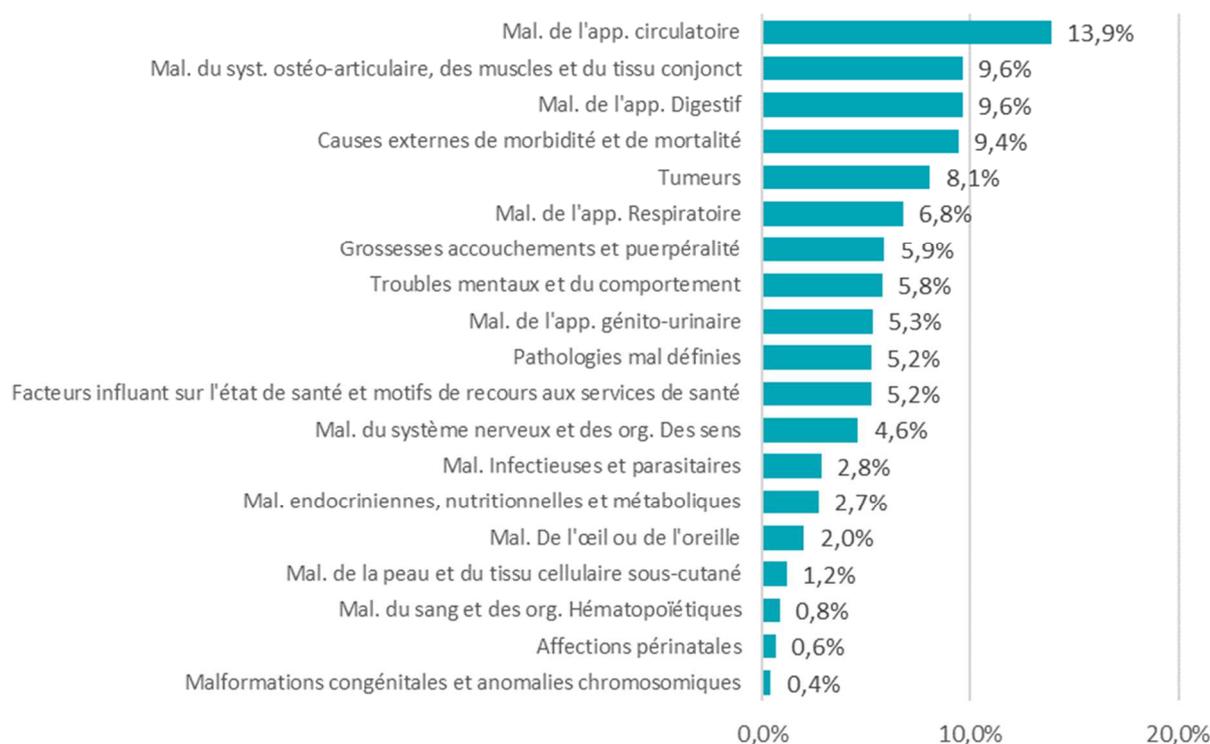


Principales causes d'hospitalisations

En 2017 (2016 pour le Grand-Duché de Luxembourg), 2 280 664 autorisations de sorties suite à des hospitalisations comprenant au moins une nuit ont été enregistrées dans les hôpitaux de la Grande Région. Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la principale cause d'hospitalisation (13,9 %) devant les maladies du système ostéo-articulaire (9,6 %), les maladies de l'appareil digestif (9,6 %) et les causes externes (9,4 %). Les tumeurs, qui représentent la deuxième cause de mortalité ne sont situées qu'en cinquième position des causes d'hospitalisation avec 8,1 % des séjours.

Deux groupes viennent perturber la répartition des séjours par pathologie. Il s'agit, d'une part des pathologies mal définies et, d'autre part des facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé (chapitre Z). Ces deux groupes représentent 5,2 % des séjours chacun. La part des pathologies mal définies varie de 3,6 % dans le Grand-Duché de Luxembourg à 7,9 % en Lorraine et la part du chapitre Z varie de 0,9 % dans la Sarre et la Rhénanie Palatinat à 17,7 % en Lorraine. Une exploitation plus approfondie permettrait sans doute de reclasser une grande partie de ce chapitre parmi les groupes de pathologie.

Répartition des séjours hospitaliers d'au moins une nuit par groupe de pathologie dans la Grande Région en 2017 (2016 pour le GD Luxembourg)

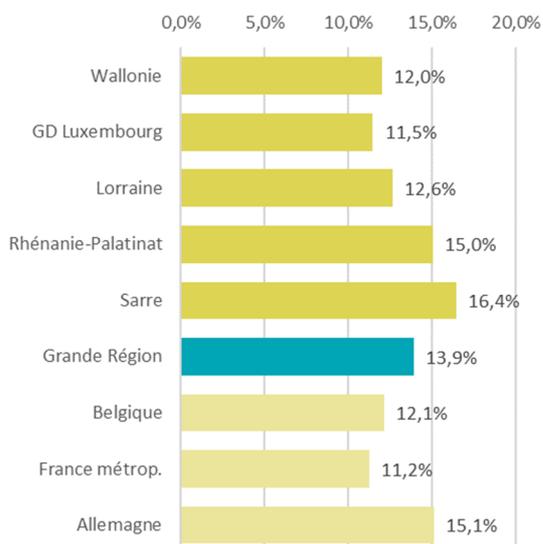


Hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire

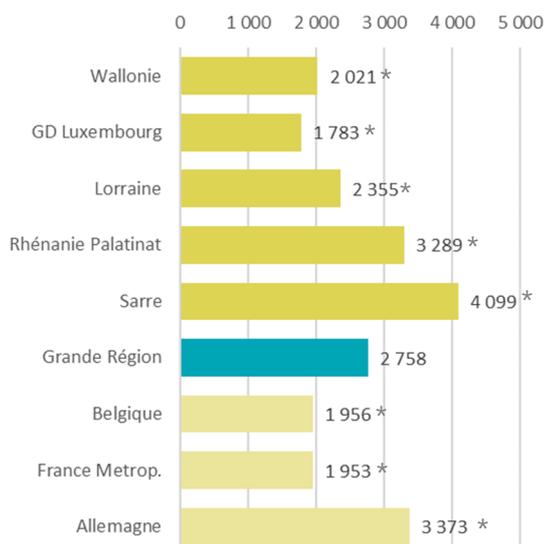
Comme indiqué plus haut (chapitre mortalité), ce groupe de pathologies est également appelé maladies cardiovasculaires et codé de I00 à I99 selon la CIM 10.

Hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire en 2017 **

Proportions parmi l'ensemble des séjours



Taux standardisés d'hospitalisation (pour 100 000 habitants)



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. P<0,05

** 2016 pour le Grand-Duché de Luxembourg

Les maladies de l'appareil circulatoire représentent 13,9 % des séjours hospitaliers dans la Grande Région. Cette proportion est plus élevée dans la Sarre (16,4 %) et plus faible dans la Grand-Duché de Luxembourg (11,5 %).

En 2017, on enregistre 149 968 séjours hospitaliers d'au moins une nuit pour une maladie de l'appareil circulatoire dans la Grande Région, soit 2 758 pour 100 000 habitants. Un taux nettement plus élevé est observé dans la Sarre (4 099 pour 100 000) et plus faible dans le Grand-Duché de Luxembourg (1 783 pour 100 000).

Définitions

Les patients sont comptabilisés ici en fonction de leur lieu d'hospitalisation, ce qui diffère du lieu de domicile

Les séjours hospitaliers pris en compte ici comprennent au moins une nuit à l'hôpital. Ces séjours sont comptabilisés au moment de la sortie des patients. Il s'agit du nombre d'autorisation de sortie pour un séjour d'au moins une nuit.

Les pathologies sont définies à partir de la table de classification internationale de la morbidité hospitalière (ISHMT) établie par Eurostat.

La classification des actes chirurgicaux, en revanche, est réalisée à partir de la 9^{ème} classification internationale des maladies (CIM 9) pour la Belgique et le Grand-Duché de Luxembourg, selon le catalogue des actes médicaux en France et l'OPS301 en Allemagne. Ces différences peuvent avoir des conséquences sur la comparabilité des données.

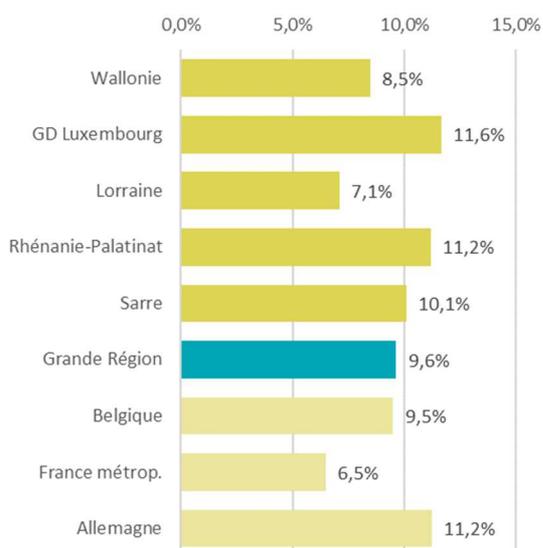


Hospitalisations pour maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

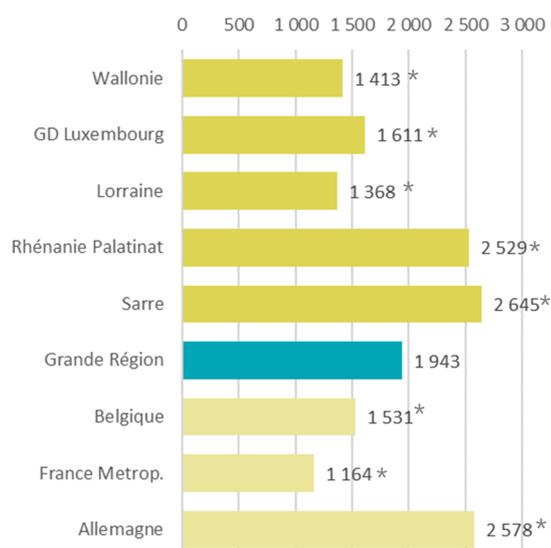
Ce groupe de pathologies comprend principalement des arthropathies, dont des arthroses de la hanche ou du genou, des atteintes des disques intervertébraux et des atteintes des tissus mous (myopathies, atteintes synoviales, tendons, ...). Selon la CIM 10, ce groupe est classé de M00 à M99.

Hospitalisations pour maladies du système ostéo-articulaire en 2017

Proportions parmi l'ensemble des séjours



Taux standardisés d'hospitalisation pour 100 000 habitants



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

** 2016 pour le Grand-Duché de Luxembourg

Les maladies du système ostéo-articulaire représentent 9,6 % des séjours hospitaliers dans la Grande Région. Cette proportion est plus élevée en Rhénanie Palatinat (11,2 %) et dans le Grand-Duché de Luxembourg (11,6 %) et plus faible en Wallonie (8,5 %) et en Lorraine (7,1 %).

En 2017, on enregistre 111 692 séjours hospitaliers d'au moins une nuit pour une maladie du système ostéo-articulaire dans la Grande Région, soit 1 948 pour 100 000 habitants. Des taux nettement plus élevés sont observés en Rhénanie Palatinat (2 529 pour 100 000) et dans la Sarre (2 645 pour 100 000) et plus faibles en Wallonie (1 413 pour 100 000) et en Lorraine (1 368 pour 100 000).

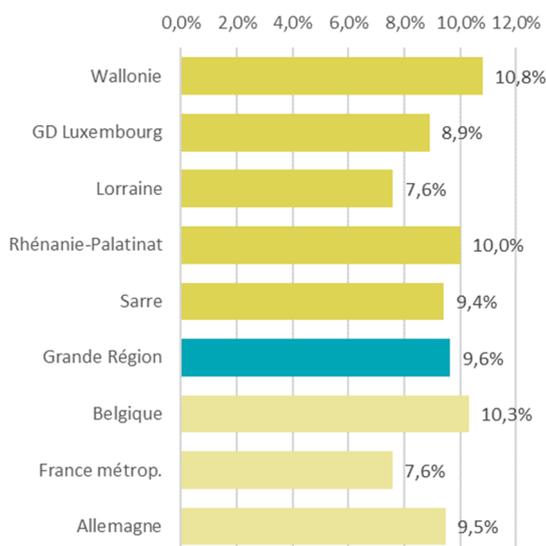


Hospitalisations pour maladies de l'appareil digestif

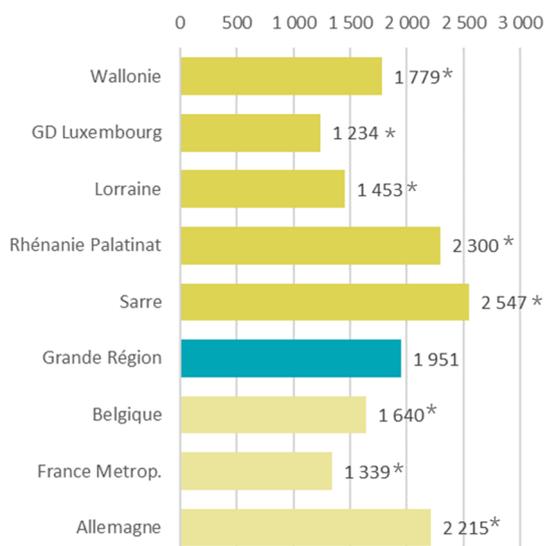
Les maladies de l'appareil digestif regroupent de nombreuses pathologies. Les principales d'entre elles à l'origine d'une hospitalisation sont les cholélithiases (calculs biliaires), les hernies inguinales, les diverticuloses de l'intestin et les appendicites. Selon la CIM 10, elles sont codées de K00 à K99.

Hospitalisations pour maladies de l'appareil digestif en 2017

Proportions parmi l'ensemble des séjours



Taux standardisés d'hospitalisation (pour 100 000 habitants)



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

** 2016 pour le Grand-Duché de Luxembourg

Les maladies de l'appareil digestif représentent 9,6 % des séjours hospitaliers dans la Grande Région. Cette proportion est plus élevée en Wallonie (10,8 %) et plus faible en Lorraine (7,6 %).

En 2017, on enregistre 99 819 séjours hospitaliers d'au moins une nuit pour une maladie de l'appareil digestif dans la Grande Région, soit 1 951 pour 100 000 habitants. Des taux plus élevés sont observés en Rhénanie Palatinat (2 300 pour 100 000) et dans la Sarre (2 547 pour 100 000). Ils sont plus faibles en Lorraine (1453 pour 100 000) et dans le Grand-Duché de Luxembourg (1 234 pour 100 000).

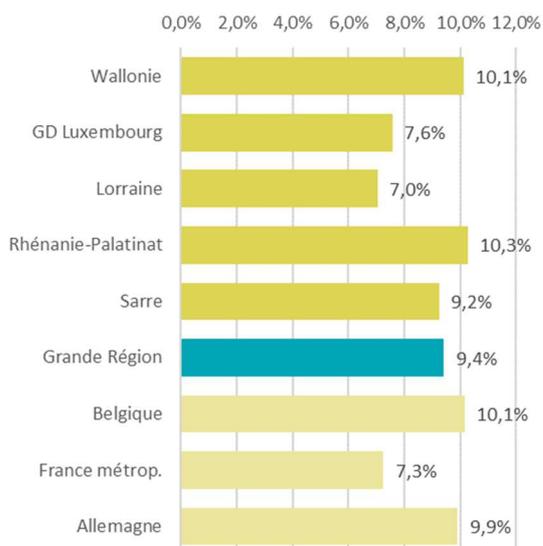


Hospitalisations pour causes externes

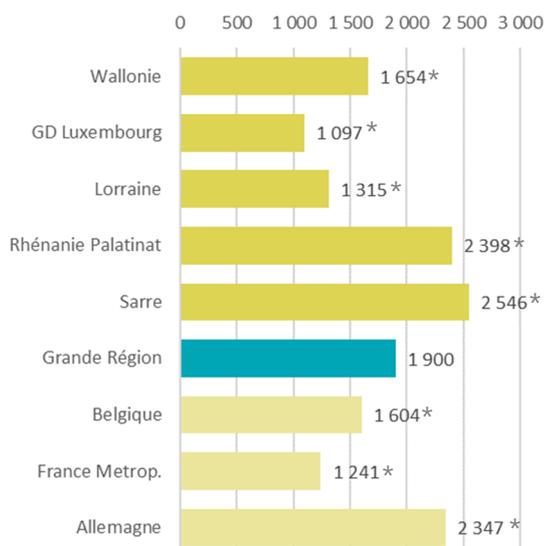
Comme indiqué plus haut (chapitre mortalité), ce groupe comprend des atteintes causées par des lésions traumatiques ou des empoisonnements. Il peut être codé selon deux logiques différentes. En ce qui concerne les hospitalisations, il est codé en fonction de la partie du corps atteinte, de S00 à T99 selon la CIM 10.

Hospitalisations pour causes externes en 2017**

Proportions parmi l'ensemble des séjours



Taux standardisés d'hospitalisation (pour 100 000 habitants)



* Taux significativement différent du taux dans la Grande Région. $P < 0,05$

** 2016 pour le Grand-Duché de Luxembourg

Les causes externes représentent 9,4 % des séjours hospitaliers dans la Grande Région. Cette proportion est plus élevée en Wallonie (10,1 %) et en Rhénanie Palatinat (10,3 %) et plus faible dans le Grand-Duché de Luxembourg (7,6 %) et en Lorraine (7,0 %).

En 2017, on enregistre 102 508 séjours hospitaliers d'au moins une nuit pour une cause externe dans la Grande Région, soit 1 900 pour 100 000 habitants. Des taux nettement plus élevés sont observés en Rhénanie Palatinat (2 398 pour 100 000), et dans la Sarre (2 546 pour 100 000). Ils sont plus faibles en Lorraine (1 315 pour 100 000) et dans le Grand-Duché de Luxembourg (1 097 pour 100 000).

Sources : Eurostat

Calculs : ORS Grand Est

Taux standardisé d'hospitalisations :

Le taux standardisé d'hospitalisation correspond au taux de d'hospitalisations (séjours) qui serait observé si la répartition par âge de la population était la même que dans une population de référence (ici Population standard européenne de 2013). Il est calculé à partir des taux d'hospitalisation par tranche d'âge quinquennale entre 5 et 94 ans, ainsi que des taux spécifiques à 0 an, entre 1 et 4 ans et pour l'ensemble des personnes âgées de 95 ans ou plus.

La standardisation des taux permet de comparer plusieurs territoires entre eux ou plusieurs époques entre elles en supprimant l'influence de l'âge de la population. Il est, ainsi, possible de comparer les taux d'hospitalisations dans deux territoires ayant des pyramides des âges très différentes.

Des indicateurs à développer dans les 5 régions

Les statistiques d'hospitalisations devront être recueillies en fonction du lieu de domicile des patients afin d'obtenir des indicateurs ayant des caractéristiques se rapprochant d'indicateurs de morbidité. Cela permettrait de mesurer des taux d'hospitalisation à partir du niveau communal. Des travaux supplémentaires devraient par ailleurs être engagés pour mieux évaluer la comparabilité des données entre les 5 régions. Il est toutefois très probable que l'organisation des soins hospitaliers soit variable selon les régions et impacte les statistiques des hospitalisations, ce qui serait intéressant à approfondir. Des premiers éléments sur l'offre de lits en hospitalisation sont disponibles dans la section suivante.

Les autres indicateurs de morbidité, qui permettent de connaître la proportion de personnes atteintes d'une pathologie, sont rares et une analyse approfondie est nécessaire pour identifier/construire des indicateurs qui pourraient être comparés entre les différents pays. En France, des données médico-administratives permettent de connaître le nombre de personnes remboursées pour des soins liés à certaines pathologies ou ayant un statut particulier auprès de l'assurance maladie lié à la présence d'une pathologie chronique (affections de longue durée). Ces données permettent d'estimer le nombre de personnes traitées pour des pathologies, ce qui est différent du nombre de personnes atteintes d'une pathologie (les personnes non dépistées, non traitées ou n'ayant pas eu recours aux affections de longue durée n'étant pas prises en compte – toutefois pour certaines pathologies elles permettent d'approcher assez finement). Des données de remboursement de soins doivent également être recueillies dans les 4 autres régions de la Grande Région. Un important travail de comparabilité et d'évaluation du taux de couverture des personnes malades devra être fait pour permettre une comparaison entre les différents pays.

En ce qui concerne le cancer, des registres existent en Belgique, dans la Grand-Duché de Luxembourg et en Allemagne qui permettent de savoir de façon exhaustive le nombre de personnes pour lesquelles cette pathologie a été dépistée. L'accès à ces données sera indispensable pour connaître la prévalence de cette pathologie dans la Grande Région.

3. Offre de soins

Les statistiques d'offre de soins permettent de mesurer les moyens disponibles pour répondre aux besoins de santé. L'offre de soins recouvre les établissements, les professionnels et les équipements. Elle ne doit pas être confondue avec l'offre de santé qui recouvre un champs plus vaste incluant par exemple les actions de prévention, ainsi que les installations ou associations destinées à favoriser un meilleur état de santé de la population.

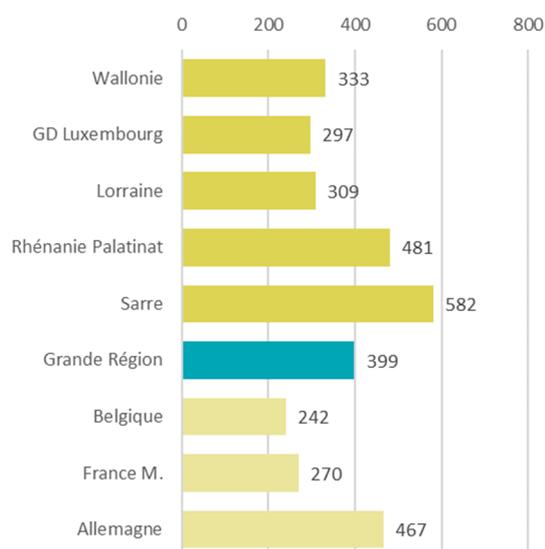
Les établissements de soins

Hôpitaux de soins court séjours

Les lits en soins de courts séjours sont destinés à accueillir des patients venus à l'hôpital pour y recevoir des soins. Cela n'inclut pas ici les activités de réhabilitation, les maternités et la psychiatrie (cf. définitions dans l'encadré).

En 2020, 46 734 lits de soins en court séjours étaient disponibles dans la Grande Région, soit 399 places pour 100 000 habitants. Ces densités sont plus élevées en Rhénanie-Palatinat (481 pour 100 000) et dans la Sarre (582 pour 100 000). Elles sont plus faibles en Wallonie (333 pour 100 000), en Lorraine (309 pour 100 000) et dans le Grand-Duché de Luxembourg (337 pour 100 000). Dans chacune des régions de la Grande Région, les densités sont supérieures à ce qui est observé aux niveaux nationaux.

Densités de lits en hôpital de soins de courts séjours en 2020* (pour 100 000 habitants)



** 2019 pour le Grand-Duché de Luxembourg, 2021 pour la Wallonie

Mode de sélection des hôpitaux de soins de court séjours :

Belgique : Lits agréés avec index C (services de diagnostic et de traitement chirurgical), D (services de diagnostic et de traitement médical), CD (mixte C+D), E (service de pédiatrie), G (gériatrie), NIC (néonatal intensif)

GD Luxembourg : Ensemble des lits autorisés aigus (hors obstétrique)

France : Lits en médecine et lits en chirurgie

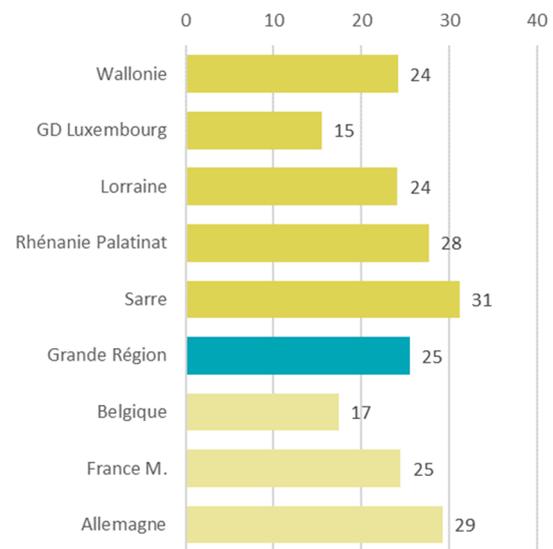
Allemagne : Ensemble des lits hospitaliers hors maternité et psychiatrie (voir les encadrés correspondants)



Maternités

En 2020, 2 985 lits en maternité étaient disponibles dans la Grande Région, soit 25 places pour 100 000 habitants. Ces densités varient de 15 pour 100 000 dans le Grand-Duché de Luxembourg à 31 pour 100 000 dans la Sarre. Les densités sont plus importantes en Wallonie et dans la Sarre qu'aux niveaux nationaux. A l'inverse, elles sont plus faibles en Lorraine et en Rhénanie-Palatinat.

Densités de lits en maternités en 2020* (pour 100 000 habitants)



** 2019 pour le Grand-Duché de Luxembourg, 2021 pour la Wallonie

Mode de sélection des lits en maternités :

Belgique : Lits agréés avec un index M (maternité)

GD Luxembourg : Lits autorisés aigus en obstétrique

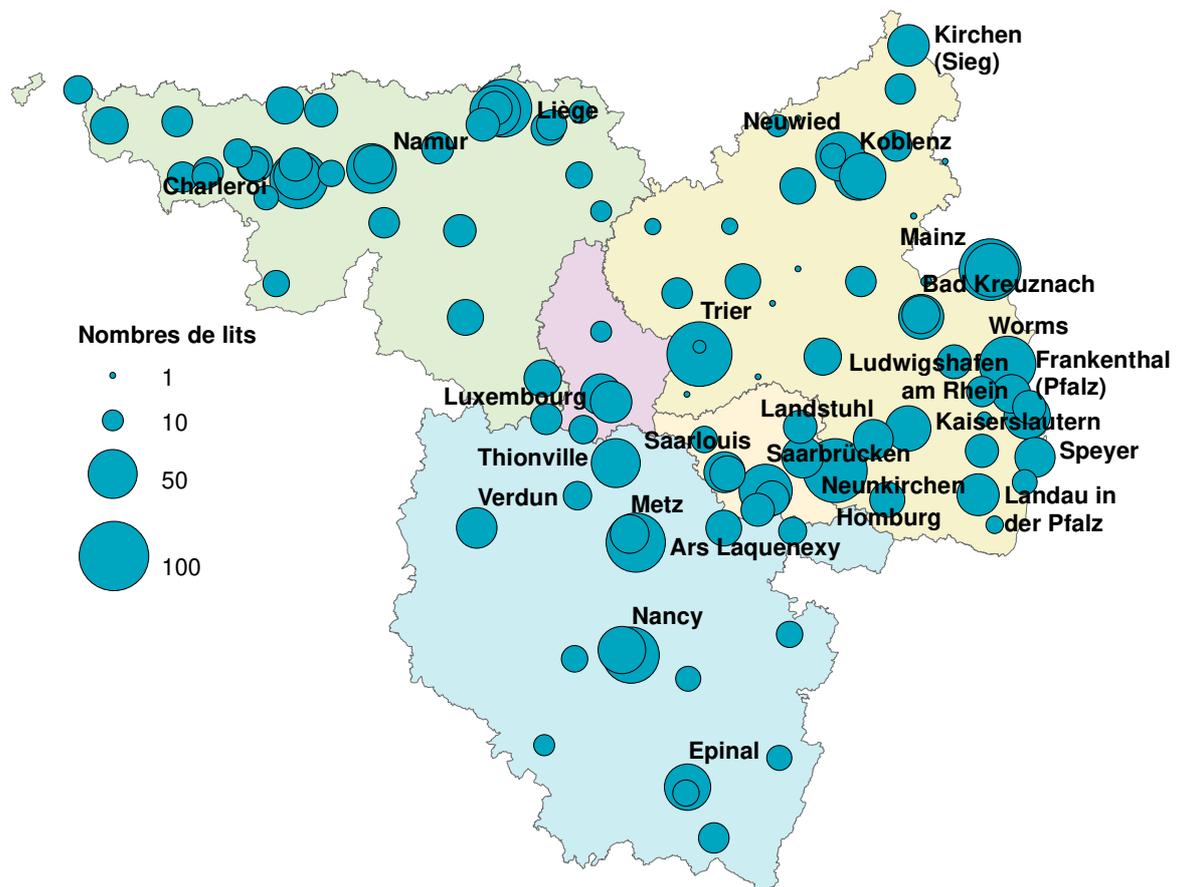
France : Lits en obstétrique

Allemagne : Lits avec indice 2400 (gynécologie et obstétrique) et 2500 (obstétrique). Les lits exclusivement réservés à la gynécologie ne sont pas pris en compte (indices 2402, 2405, 2406 et 2425).



En 2020, 108 établissements comportent des places destinées à la maternité (cf. définitions à la page suivante). Trois établissements ont une capacité d'au moins 80 lits. Il s'agit de Standor Mitte/Nord à Trèves (87 lits), l'universitätsklinikum des Saarlandes de Hombourg (84 lits) et l'universitätsmedizin Johannes Gutenberg à Mayence (80 lits). A l'opposé, 7 établissements, tous situés en Rhénanie-Palatinat, sont équipés de moins de 10 lits.

Répartition des maternités en 2020*

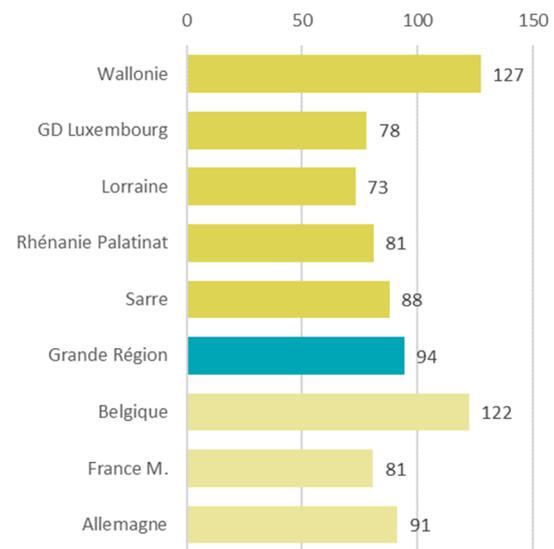


** 2019 pour le Grand-Duché de Luxembourg, 2021 pour la Wallonie

Psychiatrie

En cumulant les places pour adultes et pour enfants, on compte 11 048 lits en hôpital psychiatrique dans la Grande Région, soit 94 places pour 100 000 habitants. Cette densité varie de 73 pour 100 000 en Lorraine à 127 pour 100 000 en Wallonie. Par rapport aux niveaux nationaux, la densité est plus élevée en Wallonie et plus faible en Lorraine, en Rhénanie-Palatinat et en Sarre.

Densités de lits en hôpitaux psychiatriques en 2020* (pour 100 000 habitants)



** 2019 pour le Grand-Duché de Luxembourg, 2021 pour la Wallonie

Mode de sélection des hôpitaux en psychiatrie :

Belgique : Lits agréés avec un index A (neuropsychiatrie d'observation et de traitement), IB (Traitement intensif de patients psychiatriques), K (neuropsychiatrie infantile), T (psychiatrie), Tfb (placement familial intramuros).

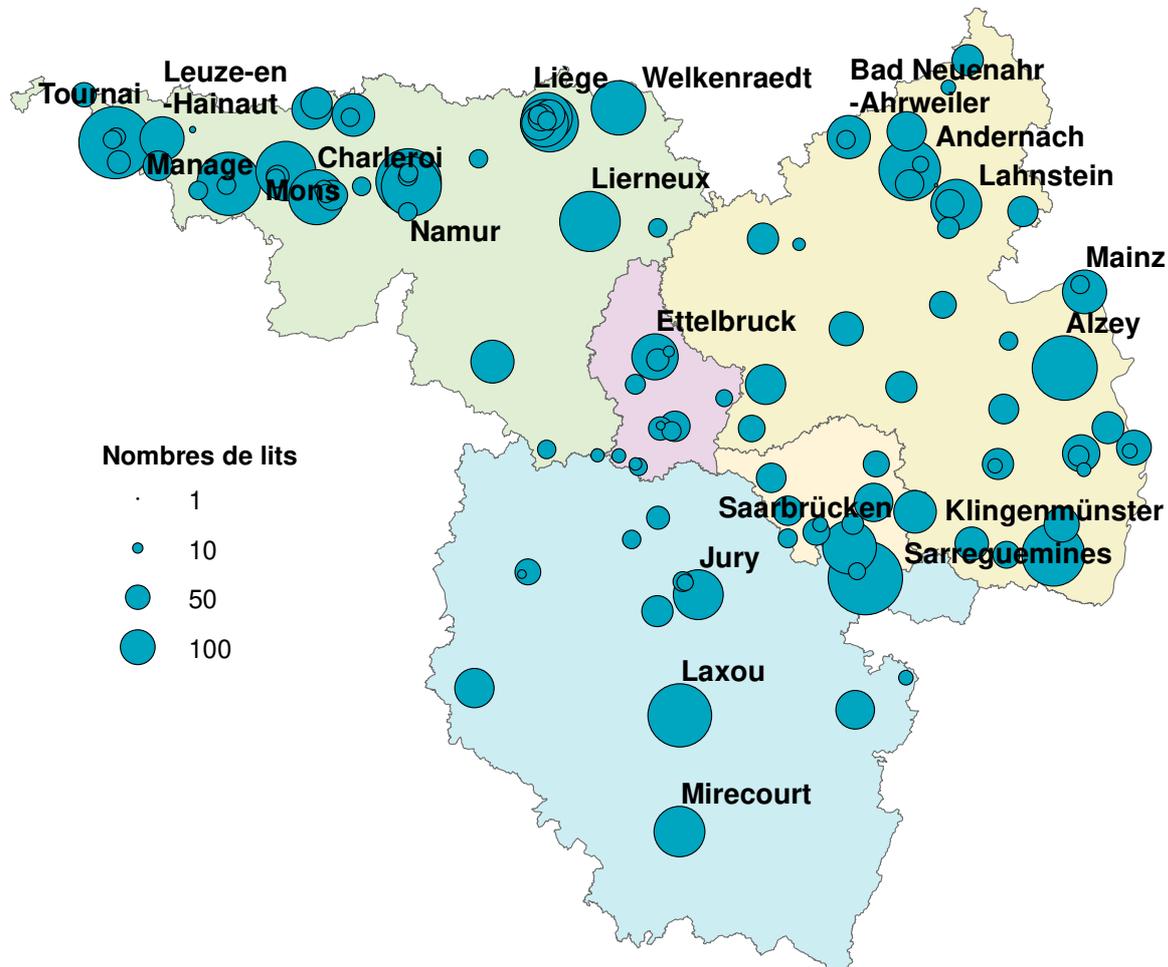
GD Luxembourg : lits autorisés aigus de psychiatrie, lits de moyen séjour de réhabilitation psychiatrique, lits d'hospitalisation de longue durée psychiatrique

France : Lits en psychiatrie adulte et lits en psychiatrie juvénile

Allemagne : Lits en psychiatrie (indices 2900, 2928, 2930, 2931, 2950, 2951, 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2960, 2961), lits de psychiatrie infanto-juvénile (indices 3000, 3060, 3061) et lits de psychothérapie/psychosomatique (indices 3100, 3110, 3160 et 3161).

En 2020, 109 établissements sont équipés de lits en psychiatrie dans la Grande Région. Le centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines, en Lorraine est le plus gros établissement du territoire, avec 418 lits, devant le centre régional psychiatrique de Tournai, en Wallonie, avec 400 places. Au total, 18 établissements comptent plus de 200 lits et 18 autres en comptent entre 100 et 200.

Répartition des hôpitaux psychiatriques en 2020*



** 2019 pour le Grand-Duché de Luxembourg, 2021 pour la Wallonie

Sources :

Belgique : Service Public Fédéral, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/partage-de-donnees-de-sante/institutions-de-soins>

GD Luxembourg : Ministère de la santé – Carte sanitaire 2019

France : DREES – Statistiques annuelles des établissements (SAE 2020).

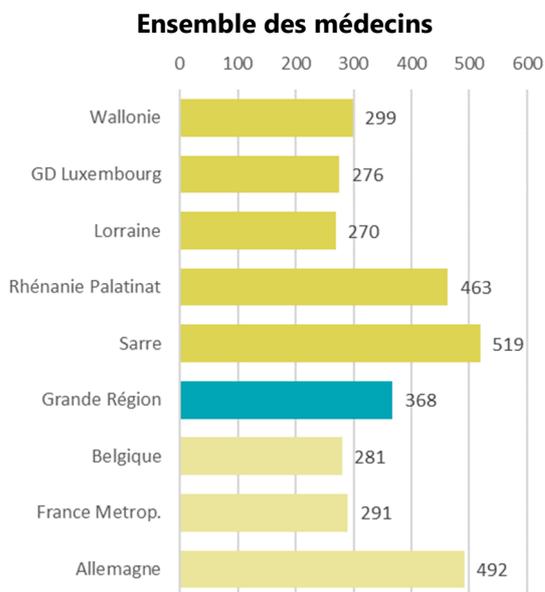
Allemagne : Statistisches ämter des bundes und der länder – Krankenhausverzeichnis 31-12-2020.

Les professionnels de santé

Médecins

Les données concernant les médecins ont été recueillies en regroupant les médecins salariés et les médecins libéraux afin de faciliter la comparabilité des données entre les différents pays.

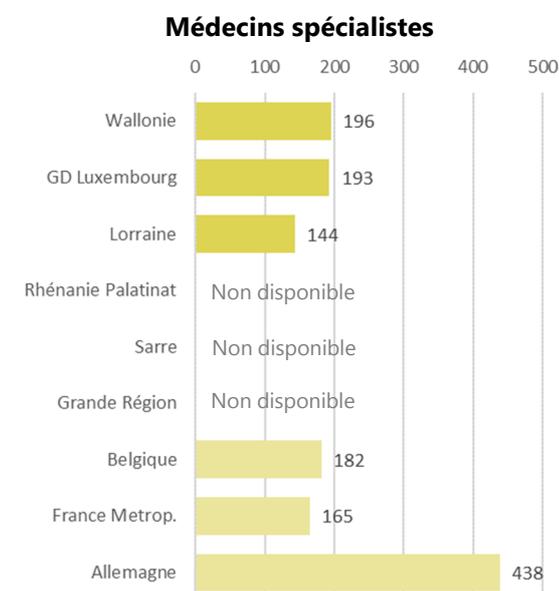
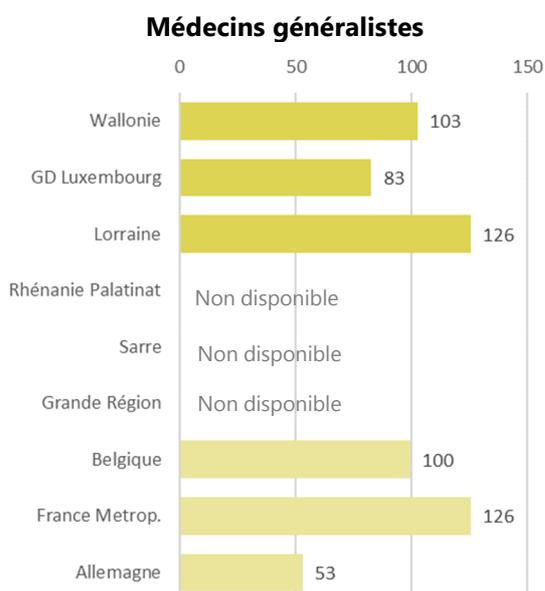
Densités en médecins en 2019* (pour 100 000 habitants)



En 2019, 43 072 médecins salariés ou libéraux exercent dans la Grande Région, soit 368 médecins pour 100 000 habitants.

Des densités beaucoup plus élevées sont enregistrées en Rhénanie Palatinat (463 pour 100 000) et dans la Sarre (519 pour 100 000). Les densités sont, en revanche plus faibles dans la Grand-Duché de Luxembourg (276 pour 100 000) et en Lorraine (270 pour 100 000).

Par rapport aux niveaux nationaux, les densités sont plus faibles en Lorraine et en Rhénanie Palatinat et plus élevées en Wallonie et dans la Sarre.



* 2017 pour le Grand-Duché de Luxembourg et 2020 pour l'Allemagne

La répartition des médecins par spécialité n'a pas pu être obtenue dans les deux länders allemands. Par conséquent, elle n'a pas non plus pu être obtenue pour l'ensemble de la Grande Région.

La densité en médecins généralistes est plus élevée en Lorraine qu'en Wallonie et dans le Grand-Duché de Luxembourg. Les statistiques pour l'ensemble de l'Allemagne montrent que ces densités sont beaucoup plus faibles dans ce pays alors qu'au contraire, les densités en



médecins spécialistes sont beaucoup plus élevées en Allemagne que dans les trois autres pays. Ces résultats semblent indiquer que l'organisation des soins en Allemagne oriente moins prioritairement les patients vers un médecin généraliste que dans les autres pays.

Sources :

- Belgique : Atlas de l'AIM (Agence inter mutualiste)
- GD Luxembourg : Eurostat
- France : RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé)
- Allemagne : Bundesärztekammer

Calculs : ORS Grand Est

Définitions

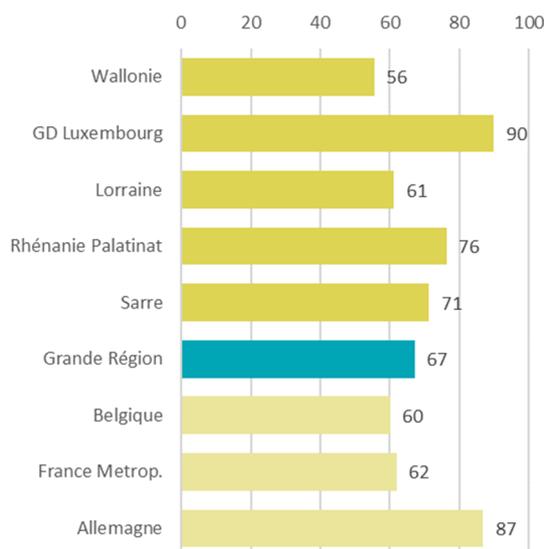
- Belgique : Médecins libéraux ou salariés actifs. Il s'agit de médecins ayant facturé un montant minimum de remboursement AIM au cours de l'année de prestation -1.
- GD Luxembourg : Médecins libéraux ou salariés
- France : Médecins libéraux ou salariés ayant une activité de soins (non compris les remplaçants)
- Allemagne : Médecins actifs salariés ou libéraux.

Limites

En Allemagne, il n'a pas été possible d'obtenir la répartition des médecins par spécialité et par région parmi l'ensemble des actifs libéraux ou salariés. Seuls les nombres de médecins généralistes contractuels ont pu être recueillis (34 393 médecins généralistes sur 44 158 au niveau national). Par conséquent, il n'a pas été possible de calculer des densités de médecins par spécialité en Rhénanie-Palatinat et dans la Sarre.

Dentistes

Densités en dentistes en 2019* (pour 100 000 habitants)



* 2017 pour le Grand-Duché de Luxembourg et 2020 pour l'Allemagne

En 2019, 7 874 dentistes salariés ou libéraux exercent dans la Grande Région, soit 67 professionnels pour 100 000 habitants. Ces densités sont plus faibles en Lorraine (61 pour 100 000) et en Wallonie (56 pour 100 000) et beaucoup plus élevées dans le Grand-Duché de Luxembourg (90 pour 100 000).

Sources :

Belgique : Atlas de l'AIM (Agence inter mutualiste)
GD Luxembourg : Eurostat
France : RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé)
Allemagne : Bundeszahnärztekammer – Jahresbericht 2021-2022

Calculs : ORS Grand Est

Définitions

Belgique : Dentistes libéraux ou salariés actifs. Il s'agit de médecins ayant facturé un montant minimum de remboursement AIM au cours de l'année de prestation -1.
GD Luxembourg : Dentistes libéraux ou salariés
France : Dentistes libéraux ou salariés ayant une activité de soins (non compris les remplaçants)
Allemagne : Dentistes actifs salariés ou libéraux

Des indicateurs à développer dans les 5 régions

Les données d'offre de soins sont souvent difficiles à comparer entre les quatre pays couverts par la Grande Région. Un important travail devra être fait afin de comprendre les définitions exactes des différentes offres, ce qui permet de savoir quel champ est couvert, et, ainsi, de savoir dans quelle mesure les données sont réellement comparables.

Une meilleure connaissance des différents types d'établissements sera nécessaire. Les capacités des différents services hospitaliers ainsi que les alternatives à l'hospitalisation devront être analysées.

En ce qui concerne les professions médicales, un travail de comparaison des différentes professions devra être réalisé. L'exemple des densités en médecins généralistes et spécialistes en Allemagne par rapport aux trois autres pays laisse à penser qu'un même terme peut recouvrir des réalités différentes d'un pays à l'autre. Les différentes spécialités médicales ainsi que les professions non médicales (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ...) devront être détaillées.

V. Conclusion

Une mise en place au cours d'un programme Interreg VI

La création d'un observatoire transfrontalier de la santé de la Grande Région doit répondre à un besoin de connaissances exprimé par une instance ayant les moyens de mettre en œuvre une politique de santé. Ce souhait a été exprimé à plusieurs reprises par le Sommet de la Grande Région ainsi que par le Comité Economique et Social de la Grande Région.

La mise en place effective de ce futur observatoire pourrait être réalisée au cours d'un programme Interreg VI, ce qui permettrait d'associer des acteurs des 5 régions composant la Grande Région avec une participation européenne au financement. Un coordinateur bilingue ayant des compétences dans le domaine de la communication et du traitement des bases de données devra être recruté. Il pourra amener les différents producteurs de données de la région à devenir des partenaires de ce futur observatoire.

A l'issue de ce programme Interreg VI, le futur observatoire devra être fonctionnel et être assuré de sa pérennisation. Cela nécessitera d'avoir obtenu l'engagement des partenaires opérationnels, l'engagement des financeurs et un programme de travail. La signature d'une convention fixant le rôle de chacun constituera l'acte fondateur de l'observatoire.

Un observatoire constitué d'un réseau de partenaires

A l'exemple de l'IBA-OIE, du SIG-GR et d'autres observatoires transfrontaliers actuellement en place, le futur observatoire de la santé de la Grande Région serait constitué de plusieurs instances :

- Un réseau de partenaires comprenant des organismes producteurs de données de santé localisés dans les 5 régions de la Grande Région
- Un organisme coordinateur
- Un comité de pilotage chargé du suivi et de la validation des travaux
- Un comité technique chargé de valider les choix techniques des travaux.

Le futur observatoire pourrait également s'appuyer sur un réseau d'organismes coopérateurs, extérieurs à l'observatoire, apportant leur connaissance et leur expertise dans des domaines que ne maîtrise pas l'observatoire.

Enfin, le CESGR donnerait les orientations des travaux pour une période fixée à l'avance.

Des moyens adaptés aux besoins

Les moyens financiers alloués au fonctionnement du futur observatoire devront être apportés par des partenaires des 5 régions ayant intérêt à ce que les données de santé soient collectées, traitées, analysées et diffusées.

Le montant du financement devra prendre en compte les différents postes de dépenses nécessaires au fonctionnement du futur observatoire. Il dépendra surtout du nombre de salariés, en équivalents temps plein, qui devront être recrutés.



Il serait en particulier souhaitable que le coordinateur soit bilingue et diverses compétences seront recherchées.

Des travaux divers répondant aux besoins de connaissance

Les travaux réalisés par le futur observatoire seront choisis par un comité de pilotage en tenant compte des orientations du CESGR et des moyens disponibles à l'observatoire. Ils seront organisés par un comité technique composé des différents partenaires se réunissant 4 à 6 fois par an.

Afin de répondre à différents besoins (aide à la décision, diffusion de l'information, ...), ils pourront prendre plusieurs formes :

- Des tableaux de bord
- Des focus thématiques
- Une cartothèque pourrait être assurée par le SIG-GR
- Des ateliers d'échanges de pratiques entre organismes transfrontaliers ou du domaine de la santé

Les données de santé, traitées dans ces travaux, pourront être récoltées par les différents partenaires régionaux et centralisées, puis traitées par l'organisme coordinateur.

Des travaux divers répondant aux besoins de connaissance

Une première liste d'indicateurs a été identifiée, ce qui a permis de dresser un premier portrait de santé de la population de la Grande Région.

Avec 11 708 460 habitants en 2022 sur 45 974 kilomètres carrés, soit 255 habitants par kilomètre carré, la Grande Région est aussi peuplée que la Belgique et à une densité légèrement supérieure à celle de l'Allemagne. L'indice de vieillissement (103 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans) est supérieur à celui de la Belgique et de la France, mais inférieur à celui de l'Allemagne. La population du Grand-Duché de Luxembourg, avec un indice de 70 est plus jeune que dans les 4 autres régions.

En 2019, les taux de pauvreté sont relativement élevés. Ils dépassent les niveaux nationaux en Wallonie (18,2 % contre 14,1 %), en Lorraine (15,3 % contre 14,5 %) et dans la Sarre (17,0 % contre 15,9 %).

Avec 947 décès pour 100 000 habitants, le taux standardisé de mortalité dans la Grande Région est proche du niveau belge (937 pour 100 000). Ces taux dépassent les niveaux nationaux de 14 % en Wallonie et de 7 % en Lorraine. Il est, en revanche inférieur au niveau allemand en Rhénanie Palatinat (-9 %). Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause de mortalité devant les cancers, sauf en Lorraine. Les règles d'attribution des causes de décès semblent être hétérogènes entre les 4 pays couverts par la Grande Région. La répartition des causes de décès est, en effet, relativement proche de la répartition nationale dans chaque région, mais de fortes différences apparaissent entre les pays.

Il n'existe, actuellement, pas de données de morbidité disponibles comparables. Les données d'hospitalisations actuellement accessibles dans chaque pays sont localisées uniquement en fonction du lieu d'hospitalisation. Il s'agit donc de données d'activités hospitalières. Des



données localisées en fonction du lieu de domicile des patients permettraient de mieux approcher la notion de morbidité, bien qu'elles soient influencées par l'offre hospitalière et l'organisation des soins. Une coopération avec les organismes disposant de données de santé dans les 5 régions devrait permettre d'obtenir ces données domiciliées.

Un important travail de comparaison des sources de données devra être réalisé afin d'améliorer l'harmonisation des données de santé dans les 5 régions, ce qui permettra d'accroître le nombre d'indicateurs de suivi et la connaissance de l'état de santé de la population dans la Grande Région.

Annexes

I. Annexe 1 : Liste des études et sources de données consultées

- En Wallonie :
 - o Observatoire de la Santé du Hainaut, *Tableau de Bord de la santé de la province du Hainaut 2016*: https://observatoiresante.hainaut.be/wp-content/uploads/2018/06/Sante_en_Hainaut_12_TBS-2016_full_v2.pdf
 - o Observatoire de la Santé de la Province de Luxembourg, *Tableau de Bord de la santé de la province de Luxembourg 2016*: https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=4093
- En Lorraine : Différents documents produits par l'Observatoire Régional de la Santé Grand Est :
 - o ORS Grand Est, *Profils des EPCI du Grand Est, 2019* (disponible à l'ORS Grand Est)
 - o ORS Grand Est, *Tableau de bord de la santé* réalisé pour l'ARS Grand Est en 2017 (disponible à l'ORS Grand Est).
- Au Grand-Duché de Luxembourg :
 - o ORSAS Lorraine, *Diagnostic de santé du territoire Alzette-Belval, 2016* (disponible à l'ORS Grand Est)
 - o STATEC, *Atlas démographique du Luxembourg*: <https://integratioun.lu/wp-content/uploads/2019/03/AtlasDemographiqueLuxembourg.pdf>
 - o STATEC, *Le Luxembourg en Chiffres – 2020*: <https://statistiques.public.lu/fr/publications/series/luxembourg-en-chiffres/2021/luxembourg-en-chiffres.html>
 - o Inspection générale de la sécurité sociale, *Emploi total par commune de résidence au Luxembourg et dans les pays frontaliers*, 21 juillet 2022 : <https://data.public.lu/fr/datasets/emploi-total-par-commune-de-residence-au-luxembourg-et-dans-les-pays-frontaliers/>
 - o Les rapports et études de la direction de la santé du ministère de la santé : <https://dirtsante.gouvernement.lu/fr/la-direction/structure/epidemiologie-statistique.html>
- En Allemagne :
 - o Données concernant les professionnels de santé : <https://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/>
 - o Destatis (Données sociodémographiques) : <https://www.destatis.de/DE/Themen/ inhalt.html>

- Statistisches ämter des bundes und der länder, Regionalatlas Deutschland : <https://regionalatlas.statistikportal.de/>
- Statistisches ämter des bundes und der länder (données sociodémographiques) : <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online>
- Statistisches ämter des bundes und der länder, Verzeichnis der krankenhäuser und Vorsorge – oder Rehabilitationseinrichtungen krankenhausverzeichnis 2020 (données sur l'offre de soins hospitalière) : <https://www.statistikportal.de/de/veroeffentlichungen/krankenhausverzeichnis>
- Kassenärztliche bundesvereinigung (données d'offre en professionnels de santé) : <https://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php>
- Umwelt Bundesamt (données sur l'environnement) : <https://www.umweltbundesamt.de/daten>
- En Rhénanie-Palatinat :
 - Statistisches lanesamt Rheinland-Pfalz (données de santé et d'offre de soins) : <http://www.statistik.rlp.de/de/startseite/>
 - Kassenärztliche vereinigung Rheinland-Pfalz (données d'offre en professionnels de santé) : <https://www.kv-rlp.de/institution/statistiken-und-berichte/digitale-statistiken/altersstruktur/>
- En Sarre :
 - Statistisches amt Saarland (données de santé et d'offre de soins) : https://www.saarland.de/stat/DE/themen/themen_node.html
 - Kassenärztliche vereinigung Saarland (données d'offre en professionnels de santé) : <https://www.kvsaarland.de/>
- Données sociodémographiques de la Grande Région :
 - Observatoire interrégional du marché de l'emploi, *Rapport sur la situation du marché du travail 2022* : <https://www.iba-oie.eu/fr/publications/rapports-sur-la-situation-du-marche-de-lemploi-de-libaoie>
 - Système d'Information Géographique de la Grande Région, Cartes thématiques : <https://www.sig-gr.eu/fr/cartes-thematiques.html>
 - Réseau des offices statistiques de la Grande Région, *Portail statistique de la Grande Région* : <https://www.grande-region.lu/portal/>
- Eurostat. Accès aux données sociodémographiques et d'état de santé harmonisées aux niveaux nationaux (NUTS1) ou régionaux (NUTS2 et NUTS3) : <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>

II. Annexe 2 : Description des producteurs de données dans la Grande Région

D'après les informations trouvées en ligne et éventuelles prises de contact.

France

1. L'institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

Missions : L'Institut national de la statistique et des études économiques collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie et la société françaises

Thématiques : Démographie, marché du travail, économie, conditions de vie, entreprises, environnement

Niveaux géographiques : France, département, EPCI, zones d'emplois, bassins de vie, communes, quartiers IRIS, ...

Accès aux données : Données disponibles gratuitement en ligne via le site internet

Financement :

Type de structure : publique

Contact :

Lien : [Insee - Institut national de la statistique et des études économiques](#)

Belgique

1. L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS)

Missions : L'IWEPS est un institut scientifique public. L'Institut contribue à l'amélioration des connaissances utiles à la prise de décision en Wallonie. Cette mission consiste à développer, produire et diffuser, en toute indépendance scientifique et professionnelle et de manière objective, impartiale et transparente :

- des travaux statistiques
- des travaux de recherches fondamentales et appliquées qui participent au travail statistique
- des travaux d'évaluation des politiques publiques
- des travaux de prospective et des études prévisionnelles à court, moyen et long termes

Thématiques : Démographie, marché du travail, mobilité, éducation et formation, environnement, conditions de vie, santé

Niveaux géographiques : La Wallonie

Accès aux données : Données disponibles gratuitement en ligne via « Walstat »

Type de structure : publique

Contact : Mail : info@iweps.be

Tel : +32 (0) 81 468 411

Lien : <https://www.iweps.be/>

<https://walstat.iweps.be/walstat-accueil.php>

2. STATBEL

Missions : Statbel est l'office belge de statistiques. Il collecte, produit et diffuse des chiffres fiables et pertinents sur l'économie, la société et les territoires belges. La collecte s'effectue à l'aide de sources de données administratives et d'enquêtes. La production est réalisée de manière qualitative et scientifique. Les statistiques sont diffusées en temps opportun et de manière conviviale.

Thématiques : Population, ménages, environnement, logement, emploi, formation, mobilité

Niveaux géographiques : Belgique, régions, provinces

Accès aux données : Données accessibles gratuitement en ligne

Contact : Mail : statbel@economie.fgov.be

Tel : 0800 120 33

Lien : <https://statbel.fgov.be/fr>

Luxembourg

1. L'institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg (STATEC)

Missions :

- Constitution d'un système d'information statistique accessible au public, notamment sur la structure et l'activité du pays en procédant par enquêtes ou exploitation de fichiers administratifs
- Elaboration de statistiques concernant les phénomènes démographiques, économiques, sociaux et environnementaux, ainsi qu'en centralisant les données statistiques dont les organismes publics disposent en raison de leurs attributions
- Réaliser les recensements de la population, du logement et des bâtiments (la date et les modalités de ces recensements étant fixées par le règlement grand-ducal)



- Faire des études et analyses dans le domaine de la méthodologie statistique et des procédures statistiques et d'en publier les résultats
- Rassembler une documentation générale concernant les statistiques ainsi que les théories et les faits démographiques, économiques et sociaux

Thématiques : démographie, socio-économie, environnement, santé, enseignements, loisirs

Niveaux géographiques : le Grand-Duché du Luxembourg

Accès aux données : données accessibles en ligne

Type de structure : Publique

Lien : <https://statistiques.public.lu/fr/index.html>

Contact : /

2. Ministère de la santé - Direction de la santé : services épidémiologies et statistiques

Missions : assurer l'étude, la surveillance et l'évaluation de l'état de santé de la population et des déterminants de santé dans le but d'une planification sanitaire. À ce titre, il effectue et/ou coordonne des enquêtes/études/registres et le recueil de statistiques nécessaires en étroite collaboration avec les différentes divisions de la Direction de la santé, ainsi qu'avec des partenaires nationaux (Ministères, LIH, STATEC, IGSS, Université...) et internationaux (OMS, Eurostat, OCDE, OEDT, Commission Européenne), pour obtenir une meilleure connaissance de l'état de santé et des déterminants de santé de la population nationale et ainsi de contribuer à l'identification des priorités de santé publique dans le pays.

Le Service épidémiologie et statistique est ainsi le point de contact pour un certain nombre d'organisations nationales et internationales et est en charge de valoriser, de diffuser de l'information et de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les thématiques liées à la santé.

Aussi, le Service épidémiologie et statistique a pour mission de fournir le soutien méthodologique et statistique aux autres divisions et services de la Direction de la santé.

Thématiques : Etat de santé, déterminants de santé, offre libérale et hospitalière

Niveaux géographiques : Grand-Duché du Luxembourg

Accès aux données : publications disponibles en ligne, base de données sur demande

Type de structure : publique

Lien : <https://dirsante.gouvernement.lu/fr.html>

Contact : direction-sante@ms.etat.lu

3. Inspection générale de la sécurité sociale (IGSS)

Missions : L'Inspection générale de la sécurité sociale contribue à l'élaboration des mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale. Elle réalise des analyses et études à des fins d'évaluation et de planification des régimes de protection sociale tant au niveau national qu'international.

Le service « Etudes et Analyses » a pour mission d'établir pour les besoins du Gouvernement, les bilans actuariels du régime de pension contributif en étroite collaboration avec les différents organismes d'assurance pension, de préparer des projets concernant la programmation sociale, à moyen ou à long terme, suivant les lignes de conduite définies par le Gouvernement et de recueillir les données statistiques nécessaires tant sur le plan national que sur le plan international.

Thématiques : Emploi

Niveaux géographiques : Grand-Duché du Luxembourg, cantons, communes

Accès aux données : Accès gratuitement via data.public.lu

Type de structure : publique

Lien : <https://igss.gouvernement.lu/fr/service.html> (site de l'IGSS)
<https://data.public.lu/fr/> (plateforme de données Luxembourgeoise)

Contact : 00-247-86383 igss@igss.etat.lu

Allemagne

1. Office fédéral de la statistique

Missions : L'Office fédéral de la statistique est le premier point d'accès aux données officielles sur la société, l'économie, l'environnement et l'État. Nous fournissons des statistiques neutres, objectives et professionnellement indépendantes. Ces chiffres constituent la base des processus décisionnels démocratiques et factuels. Grâce à nos données, nous ne nous contentons pas de décrire le présent, mais nous fournissons également des informations sur les évolutions sociales et économiques.

Thématiques : Démographie, éducation, revenu, santé, emploi, logement, environnement

Niveaux géographiques : National, Länder, districts, comtés

Accès aux données : Données disponibles en ligne sous forme de tableau ou via l'atlas (<https://regionalatlas.statistikportal.de/>)

Lien : <https://www.destatis.de/DE/Home/inhalt.html>

Contact :

2. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland – Versorgungsatlas (institut central des soins de l'assurance maladie obligatoire d'Allemagne – Atlas des soins)

Missions : L'Atlas des soins de santé (Versorgungsatlas) est un service fourni par l'Institut central des soins de l'assurance maladie obligatoire de la République fédérale d'Allemagne et offre des informations sur les soins médicaux. L'accent est mis sur l'examen et la représentation cartographique des différences régionales. Les analyses sont basées sur les données de facturation des soins médicaux agréés par la SHI en Allemagne.

Thématiques : prévalence, nombre de médecins, approvisionnement en médicaments, vaccination, etc.

Niveaux géographiques : Länder, arrondissements (Kreis), état fédéral

Accès aux données : Données disponibles en ligne

Lien : <https://www.versorgungsatlas.de/>

Contact : kontaktversorgungsatlas@zi.de

3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Association nationale des médecins de l'Assurance Maladie obligatoire)

Missions : En tant qu'organisation faitière des différentes associations d'assurance maladie légale, la KBV occupe une position clé dans le système d'assurance maladie obligatoire. Sa tâche principale est la représentation politique des intérêts des médecins et psychothérapeutes travaillant dans des cabinets ambulatoires. De même, elle est toujours à la table des négociations sur l'éventail des services fournis par les caisses d'assurance maladie obligatoire et sur la rémunération des médecins.

Thématiques : Démographie, état de santé, mode de vie (tabac, alcool, etc.), socio économie, offre de soins (libérale, hospitalière)

Niveaux géographiques : état fédéral, Länder

Accès aux données : données accessibles en ligne (possiblement d'autres sur demande)

Lien : <https://www.kbv.de/html/index.php>

Contact : 030 4005-0

4. Bundesagentur für Arbeit (Office fédéral du travail)

Missions : Dans le cadre des statistiques officielles en Allemagne, l'Agence fédérale pour l'emploi compile et publie des statistiques sur le marché du travail et les prestations de base pour les demandeurs d'emploi pour toutes les régions. Les statistiques fournissent aux employés et aux employeurs des orientations pour les décisions professionnelles et

économiques. Elles fournissent les données de base pour la recherche sur le marché du travail, complètent les statistiques de l'Office fédéral de la statistique et des offices statistiques des Länder et constituent une source importante pour le travail des offices statistiques municipaux.

Thématiques : emploi, chômage

Niveaux géographiques : état fédéral, Länder, Kreis

Accès aux données : données disponibles en ligne

Lien : <https://statistik.arbeitsagentur.de/>

Contact :

Statistik-Service Südwest (Statistiken für Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

069/6670-601 Statistik-Service-Suedwest@arbeitsagentur.de

5. Umwelt Bundesamt (Office fédéral de l'environnement)

Missions : Notre mission est de collecter des données sur l'état de l'environnement, de rechercher les interrelations, de faire des prévisions pour l'avenir et d'utiliser ces connaissances pour conseiller le gouvernement fédéral, comme le ministère fédéral de l'environnement, sur ses politiques. Outre les travaux "purement" scientifiques, l'application des lois sur l'environnement et la fourniture d'informations aux citoyens sur les questions de protection de l'environnement sont d'autres points centraux de notre travail quotidien.

Thématiques : environnement : air, eau, sol déchets, climat, indice de bien-être, bruit, transports, etc.

Niveaux géographiques : état fédéral

Accès aux données : données disponibles en ligne (peut-être sur demande pour échelle plus fine)

Lien : <https://www.umweltbundesamt.de/>

Contact : 00 49-340-2103-2416 buergerservice@uba.de

Sarre

1. Statistisches Amt des Saarlandes (l'Office statistique de la Sarre)

Missions :

- Mise en œuvre des statistiques de l'Etat fédéral et des Länder ainsi que des enquêtes statistiques basées sur les actes juridiques de l'Union Européenne.
- Elaboration de plus de 200 statistiques

- Coordonne les enquêtes individuelles en termes de métrologie, de contenu et de calendrier
- Thématiques : Démographie, socio-économie, éducation, environnement, sport

Niveaux géographiques : Sarre

Accès aux données : Données à la demande payantes

Lien : https://www.saarland.de/stat/DE/home/home_node.html

Contact :

Dirk Krause-Wichmann 00-49-68-15-01-40-55 d.krause-wichmann@lzd.saarland.de

2. Kassenärztliche vereinigung (Association des médecins de l'Assurance Maladie obligatoire) de la Sarre

Missions : Le KV Saarland est un prestataire de service qui organise les soins généraux, spécialisés et psychothérapeutiques ambulatoires pour ses assurés dans la Sarre.

Pour le grand public, il s'agit d'un interlocuteur pour les questions essentielles de santé.

Ces objectifs consistent à :

- Assurer les soins de santé pour la population
- Développer et mettre en œuvre avec ses partenaires des soins médicaux complets et veiller à leur qualité
- Apporter une expertise au développement du système de santé.

Thématiques : Âge des professionnels de santé (MG, spécialités, psy), évolution des honoraires, composition des revenus

Niveaux géographiques : Kreisregion (arrondissements)

Accès aux données : Les données ne sont pas disponibles en ligne

Type de structure : publique

Lien : <https://www.kvsaarland.de/>

Contact : Par formulaire en ligne à cette adresse : <https://www.kvsaarland.de/kontaktformular-journalisten>

Rhénanie-Palatinat

1. Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Office statistique de la Rhénanie-Palatinat)

Missions : L'Office national de la statistique de Bad Ems est le prestataire de services de l'infrastructure statistique de la Rhénanie-Palatinat. Il fournit des informations sur l'état et le développement de la société, de l'économie, du secteur public et de l'environnement en Rhénanie-Palatinat. 80 % des plus de 300 statistiques produites par l'Office statistique de Rhénanie-Palatinat sont des statistiques européennes ou fédérales. De nombreuses statistiques sont compilées sur une base mensuelle. D'autres enquêtes sont menées trimestriellement, semestriellement ou annuellement. De grandes enquêtes structurelles telles que le recensement ou le recensement agricole sont menées tous les plusieurs années

Thématiques : Démographie, socio-économie, santé

Niveaux géographiques : Länder, Kreisfreie Städte (villes sans quartier), Landkreise (comtés)

Accès aux données : données accessibles en ligne et sur demande (payant)

Lien : <https://www.statistik.rlp.de/de/startseite/>

Contact : Téléphone: 00-49-2603 71-4444 E-Mail: [info \(at\) statistik.rlp.de](mailto:info@statistik.rlp.de)

Jeanette Vogel : 00-49-26-03-71-15-50 jeanette.vogel@statistik.rlp.de

2. Kassenärztliche vereinigung (Association des médecins de l'Assurance Maladie obligatoire) de la Rhénanie-Palatinat (KV RLP)

Missions : Le KV RLP est une société de droit public. Il assure des soins médicaux ambulatoires en Rhénanie-Palatinat. Environ 8 000 médecins et psychothérapeutes de Rhénanie-Palatinat qui traitent les personnes bénéficiant d'une assurance maladie obligatoire sont organisés en tant que membres du KV RLP. Le KV RLP publie régulièrement des données actuelles sur des questions clés dans les soins ambulatoires ainsi que sur les activités médicales et psychothérapeutiques contractuelles en Rhénanie-Palatinat

Thématiques : Âge des professionnels de santé (MG, spécialités, psy), évolution des honoraires, composition des revenus

Niveaux géographiques : Kreisregion (arrondissements)

Accès aux données : Données disponibles en ligne (possiblement aussi sur demande)

Type de structure : publique

Lien : <https://www.kv-rlp.de/>

Contact : 06131 326-326 kv-hotline@kv-rlp.de

Grande Région et Europe

1. Le réseau des offices statistiques

Missions :

- Elaboration de données statistiques économiques et sociales harmonisées à l'échelle transfrontalière, métadonnées et commentaires statistiques
- Elargir continuellement le stock d'indicateurs harmonisés
- Traiter les questions en relation avec les systèmes statistiques de la Grande Région
- Coordonner les initiatives en matière de statistiques dans la Grande Région

Le réseau des offices statistiques se compose des cinq offices statistiques de la Grande Région :

- L'institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg (STATEC)
- L'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) Grand-Est
- L'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS)
- Statistisches Amt des Saarlandes (l'Office statistique de la Sarre)
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Office statistique de la Rhénanie-Palatinat)

Thématiques : démographie, socio-économie, environnement

Niveaux géographiques : les 5 territoires de la Grande Région

Accès aux données : Données accessibles en ligne

Lien : <https://www.grande-region.lu/portal/>

Contact : Olivaso Razafindramanana – 06.18.78.41.95 – olivaso.razafindramanana@insee.fr

2. Observatoire interrégional du marché de l'emploi (OIE)

Missions : L'Observatoire interrégional du marché de l'emploi est chargé de préparer pour les responsables politiques de la Grande Région des informations comparables et interprétables sur le marché de l'emploi, afin de permettre aux décideurs de tirer des conclusions utiles en matière de politique structurelle et de l'emploi pour la Grande Région. Il constitue un système transfrontalier de diagnostic des évolutions socio-économiques.

Thématiques : Démographie, frontaliers, emploi, emploi transfrontalier

Niveaux géographiques : Grande Région

Accès aux données : Données disponibles sous forme de rapport, pas de bases de données brutes

Contact : Frédéric Marsal 00 49 681 954 13-25 frederic.marsal@info-institut.de



Lien : <https://www.iba-oie.eu/Home.50.0.html?&L=1>

3. Système d'information géographique de la Grande Région

Missions : L'idée de projet de création d'un système d'information géographique pour la Grande Région (SIG-GR) s'insère dans le cadre des travaux menés par Sommet de la Grande Région dans le [domaine de la planification et du développement territorial](#).

Thématiques : Démographie, emploi, transports, environnement, occupation du sol, formation et éducation, santé

Niveaux géographiques : Grande région

Accès aux données : Données disponibles sous forme de carte interactive

Contact : Thierry Hengen 00 352 247 86 945 thierry.hengen@mat.etat.lu

Lien : <https://www.sig-gr.eu/fr.html>

4. Eurostat

Missions : Eurostat est l'office statistique de l'Union européenne. Sa mission est de fournir des statistiques et des données de haute qualité sur l'Europe.

Thématiques : Démographie, emploi, éducation et formation, santé, revenu, jeunesse, sport, transports, environnement

Niveaux géographiques : National, région/Länder

Accès aux données : Bases de données accessibles gratuitement en ligne

Contact :

Lien : <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/home>

III. Annexe 3 : Présentation des organismes ayant participé aux réunions de réflexion

Les descriptions suivantes ont été présentées par les organismes ayant participé à la première réunion de réflexion qui s'est tenu en visioconférence le 24 janvier 2022 dans le cadre du projet COSAN et du module observatoire.

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) Grand Est – service étude et diffusion

Cet organisme français était représenté par messieurs Laurent Brochet et Olivasoa Razafindramanana.

- Mission de l'organisme : proposer à partir des données produites par l'Insee et du service public français, des études, un éclairage sur la région Grand Est et ses caractéristiques, mises à disposition de données, conseil et expertise (une quarantaine d'études par an)
- De nombreuses données à disposition : économique, administratives, données d'enquêtes, etc.
- Différentes thématiques : bilan démographique, études conjoncturelles
- Moyens : une trentaine de personnes au sein du service étude et diffusion
- Budget fixé nationalement
- Secteurs : le plus largement sur la région Grand Est à plusieurs échelons, territoires transfrontaliers de la région Grand Est (Belgique, Luxembourg, Suisse, Allemagne)
- De nombreux travaux en partenariats : partenariats d'études avec ORS Grand Est, collectivités territoriales, associations, agence d'urbanisme, etc.

Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg (Statec)

Cet organisme luxembourgeois était représenté par madame Ioana Salagean.

- Ne produit pas de données de santé. La plupart proviennent du ministère de la santé
- Quelques enquêtes du Statec abordent la santé :
 - Micro-données d'enquête annuelle : enquête sur les conditions de vie des ménages (santé auto perçue, présence maladie chronique, limitation activités, besoins non satisfait, IMC, activité physique, consommation fruits et légumes, alcool, tabac) qui peuvent être produite de manière régulière
 - Données base de registre administrative sur causes de décès et maladies
 - Statistiques sur l'activité des hôpitaux disponible via comptabilité nationale
- Collabore avec l'observatoire de la santé du GDL

- Territoires : résidents luxembourgeois, statistiques sur l'emploi au niveau de la Grande Région
- Mode de financement : ministère de l'économie, fonds public

Observatoire de la santé du Grand-Duché de Luxembourg

Cet organisme luxembourgeois, en cours de création pendant l'année 2022, était représenté par mesdames Tanja Ducomble et Anne-Charlotte Lorcy, employées par le Ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg.

- Projet en création depuis mars 2021, quelques étapes administratives à finaliser pour être opérationnel mais déjà des travaux en cours avec 4 personnes à la création
- Objectifs : Guider les décisions et politiques de santé, en évaluer l'impact en mettant les données en réseaux sur l'état de santé et les déterminants de santé.
- Missions : évaluer l'état de santé de la population (mortalité, morbidité, évaluer les comportements à risque, évaluer la qualité et l'efficacité du système de santé, identifier les inégalités de santé), étudier l'évolution et l'adéquation des ressources en professionnels pour répondre aux besoins sanitaires de la population, publier et diffuser ces informations, proposer au ministre les priorités de santé publique pour améliorer l'état de santé et le système de santé, établir une carte sanitaire des établissements hospitaliers
- Statut d'administration publique sous tutelle du ministère de la santé, animé par un conseil des observateurs (experts thématiques)
- Moyens : une dizaine de personnes
- Budget de l'état
- Source de données : registre des causes de décès, du cancer, des maladies, des professions de santé, enquête en population (la plupart étant des déclinaisons luxembourgeoises d'enquêtes européennes), données médico-administrative, etc.
- Territoires : national dans un premier temps

A noter que les personnes de l'observatoire de la santé du Grand Duché du Luxembourg n'ayant ensuite pu participer aux autres échanges organisés en 2022, une rencontre a été organisée avec Mme Lorcy et Mme le Docteur Berthet le 14 décembre 2022 où une présentation plus détaillée de l'observatoire du GD du Luxembourg a été réalisée.

Statistisches Amt Saarland (Office statistique de la Sarre)

Cet organisme allemand de la Sarre était représenté par monsieur Dirk Krause-Wichmann.

- Statut : autorité du Land, appartient au ministère des finances de la Sarre

- Missions : évaluer l'état de santé de la population. Evaluer le coût des soins. Recueille, complète, valide et donne du sens aux données hospitalières et des autres structures de soins qui lui sont transmises sur une base de dispositions légales.
- Ces données sont mises à disposition 1 fois par an et sont diffusées pour un public large et les spécialistes.
- Données liées aux diagnostics, maladies traitées dans les hôpitaux en Sarre, aperçu des capacités des différents hôpitaux (nombre de lits, nombre de jours/lits occupés par an, nombre de patients traités, statistiques sur le personnel dans les hôpitaux), évaluation des causes de décès et des maladies à l'origine du décès
- Territoires : au niveau de la Saare et des 6 circonscriptions de la Sarre

Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz (Office statistique de la Rhénanie Palatinat)

Cet organisme allemand de Rhénanie-Palatinat était représenté par messieurs Klaus Jungbluth et Markus Elz.

- Statut : autorité du Land, appartient au ministère des finances de la Rhénanie-Palatinat
- Missions : évaluer l'état de santé de la population. Evaluer le coût des soins. Recueille, complète, valide et donne du sens aux données hospitalières et des autres structures de soins qui lui sont transmises sur une base de dispositions légales.
- Ces données sont mises à disposition 1 fois par an et sont diffusées pour un public large et les spécialistes.
- Données liées aux diagnostics, maladies traitées dans les hôpitaux en Rhénanie-Palatinat, aperçu des capacités des différents hôpitaux (nombre de lits, nombre de jours/lits occupés par an, nombre de patients traités, statistiques sur le personnel dans les hôpitaux), évaluation des causes de décès et des maladies à l'origine du décès
- Territoires : au niveau de la Rhénanie-Palatinat et des circonscriptions de ce l'änder.

Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (Iweps)

Cet organisme wallon était représenté par madame Annick Vandenhooft.

- Institut scientifique public
- Missions d'alimenter le débat démocratique, soutien de prise de décision, mise à disposition de statistiques publiques, évaluation de politiques publiques
- Equipe interdisciplinaire : 62 personnes



- Production à la demande et au bénéfice du gouvernement wallon, des administrations wallonnes mais aussi pour d'autres instances publiques (STATBEL, etc.)
- Participation à des projets internationaux (OCDE, FEDER, etc.), quelques réponses à des opérateurs privés

Observatoire interrégional du marché de l'emploi (IBA-OIE)

Cet organisme transfrontalier était représenté par madame Alexa Himbert et monsieur Frédéric Marsal.

- Approche grand-régionale
- Priorité sur les données marché du travail et de la situation économique
- Outil du sommet de la Grande Région, composé de 5 instituts des sous-régions depuis 20 ans
- Financé par les différentes sous-régions (accord de coopération qui se renouvelle tous les 3 ans)
- Missions : actualiser le rapport sur le marché du travail, rapport sur la situation économique et sociale de la Grande Région, participation à la communication de la Grande Région, coopération avec d'autres acteurs du marché du travail dans la Grande Région, sollicitations sur demandes individuelles du ministère ou d'autres institutions de la Grande Région
- Programme de travail fixé par le sommet de la Grande Région
- Thématiques : marché de l'emploi, éducation, démographie, mobilité

Système d'information géographique de la Grande Région (SIG-GR)

Cet organisme transfrontalier était représenté par monsieur Thierry Hengen.

- Mis en place au cours d'un projet Interreg IV
- Financement par fond propre et co-financé par plusieurs partenaires impliqués dans le projet
- Outil transversal du sommet de la Grande Région
- Rattaché au ministère de l'énergie et de l'aménagement du territoire du GDL
- Mission d'observation territoriale transfrontalière, outil de développement et d'aménagement du territoire de la Grande Région
- 14 thèmes, 50 indicateurs et 170 cartes : démographie, marché du travail, environnement, énergie, culture, etc. établis en fonction des demandes
- Travaux : soutien de groupes de travail du sommet de la Grande Région, soutien du projet Interreg et d'autres organismes transfrontaliers



- Coopération avec deux autres outils transversaux de la Grande Région : l'OIE et le réseau des offices statistiques
- Communication de cartes et données via le géoportail de la Grande Région avec un portail par thématiques
- Couverture géographique : ensemble de la Grande Région, si possible, possibilité d'échelon plus fins sur demande. Flexible sur le découpage : communes, cantons, EPCI, arrondissements, etc ...

IV. Annexe 4 : Descriptions approfondies des organismes transfrontaliers traitant des données dans la Grande Région

Ces descriptions ont été réalisées en reprenant les informations recueillies lors des entretiens qui se sont déroulés avec l'IBA-OIE le 30 mai 2022 à Sarrebruck et avec le SIG-GR le 21 juin 2022 à Luxembourg.

Nous tenons encore à remercier nos interlocuteurs qui ont pu nous transmettre des informations et nous parler de leurs expériences.

L'Observatoire Interrégional du marché de l'Emploi (IBA-OIE)

1. Mise en place de l'IBA-OIE

Le sommet de la Grande Région a demandé une étude de faisabilité de l'observatoire.

Info-Institut a mis en place l'observatoire

Il y a d'abord eu un financement via deux projets Interreg, puis la signature d'une convention a permis une pérennisation.

2. Gouvernance

Info-Institut est prestataire du Sommet de la Grande Région :

- Le Sommet émet des demandes au Comité de Pilotage de l'IBA-OIE.
- Le Comité de Pilotage de l'IBA-OIE valide les orientations des travaux émises par le Sommet de la Grande Région. Il valide aussi les travaux de l'IBA-OIE. Des échanges ont lieu entre le Comité de Pilotage et la Coordination pour s'assurer que les travaux pourront être réalisés avec les moyens existants. Si les moyens ne permettent pas de répondre aux demandes, le Comité de Pilotage priorise les travaux en fonction des informations données par l'IBA-OIE.
- L'IBA-OIE est constitué des 3 salariés de la coordination (employés par Info-Institut) et du réseau des partenaires.

Tous les 2 ans, la présidence du Comité de Pilotage est renouvelée suite au renouvellement la présidence du Sommet de la Grande Région.

Le CESGR demande un rapport sur la situation économique et sociale de la Grande Région tous les 2 ans à l'IBA-OIE.

3. Organisation institutionnelle

L'IBA-OIE est une ASBL

Info Institut coordonne l'IBA-OIE

Info-Institut est un Institut de conseil aux entreprises.

Info-Institut est administrateur de l'IBA-OIE et en assure la coordination.

Il réalise la plus grande partie des travaux de l'IBA-OIE :

- Recherche des données (essentiellement à partir d'Internet),
- Traitement,
- Rédaction des rapports.

Il représente le partenaire de la Sarre et de la Rhénanie Palatinat dans le réseau de l'IBA-OIE.

Les 3 salariés de la coordination sont employés par Info-Institut.

Ils travaillent uniquement pour l'IBA-OIE. Les autres salariés d'Info-Institut ne travaillent pas du tout pour l'IBA-OIE. Il y a donc une distinction nette entre ces salariés.

Chaque employé de la coordination est polyvalent, mais il y a des interlocuteurs fixes vis-à-vis des partenaires.

Spécialisations des 4 salariés de la coordination (y compris Marie Feuten-Schmidt) :

- Economiste
- Géographe, aménagement du territoire
- Communication inter-culturelle + économie
- Science politique

La coordination réalise la plus grande partie des travaux.

Le réseau des partenaires

Le réseau des partenaires est constitué de :

- Ostbelgien : Administration régionale de la partie germanophone de la Belgique
- Iweps : Institut de statistiques
- Frontaliers Grand Est : Association facilitant la mobilité des frontaliers
- ADEM : Agence pour le développement de l'emploi au GDL
- Région Grand Est : Administration régionale
- LISER (Luxembourg Institute of Socio-Economic Research) : Institut de recherche en science sociale
- Info-Institut : Institut de conseil aux entreprises. Assure la coordination de l'IBA-OIE et représente le relai local pour la Sarre et la Rhénanie Palatinat.

Le réseau des partenaires peut être sollicité lorsque des données ne sont pas disponibles sur Internet. Les partenaires participent à la rédaction des rapports (soit en traitant un thème, soit en relisant. La répartition de la rédaction peut aussi se faire en fonction de la langue parlée ou de la connaissance du territoire. Cette participation est mineure par rapport au travail réalisé par la coordination).

Chaque partenaire affecte une partie du temps de travail d'une personne à l'IBA-OIE.

Les coopérateurs

Des coopérateurs peuvent être consultés pour apporter leur expertise :

- La Task-Force frontalière est un coopérateur qui apporte des informations juridiques sur les travailleurs frontaliers.
- Le réseau des offices statistiques peut apporter des données statistiques complémentaires
- Le SIG de la Grande Région diffuse quelques données sur le marché de l'emploi sur son site internet.

Le sommet de la Grande Région demande à ce que l'IBA-OIE, le SIG-GR et le réseau des offices statistiques travaillent ensemble.

Les coopérateurs financiers

Font partie du Sommet de la Grande Région. Ils financent à part égale l'IBA-OIE. (voir « Moyens »)

4. Organisation des travaux

Tous les mois les partenaires se réunissent (la plupart du temps en visioconférence et quelques fois en présentiel) pour :

- Échanger des informations quant à leur région,
- Faire le point sur la rédaction des rapports.

En dehors de ces réunions de travail, les partenaires peuvent se contacter si besoin.

5. Moyens

Les représentants du sommet de la Grande Région sont les financeurs :

- Ministère de la santé, du travail, de la démographie et des affaires sociales de la Rhénanie-Palatinat
- Ministère de l'économie, du travail, de l'énergie et de la circulation de la Sarre
- L'IWEPS, qui représente la Wallonie
- Le gouvernement du Grand Duché de Luxembourg
- La Région Grand Est

Une partie du budget peut servir à acheter des données statistiques.

Trois salariés à la coordination (employés par Info-Institut) travaillent pour un équivalent de 85 heures par semaine + 1 salarié par partenaire (seulement une petite partie de leur temps de travail est consacré à l'IBA-OIE).

6. Orientation des travaux

Définie pour deux ans par le Comité de Pilotage suite aux demandes du Sommet de la Grande Région lors du changement de sa présidence.

7. Travaux réalisés

Recueil de données, principalement sur Internet, puis rédaction de rapports.

Interventions pour répondre à des organismes souhaitant obtenir des informations complémentaires.

Participation à tous les groupes de travail du CESGR en rapport avec la question de l'emploi.

Les travaux portent surtout sur l'observation. Des interprétations aux résultats sont données, notamment grâce aux connaissances des partenaires sur les actions existant dans leur territoire. L'IBA-OIE n'émet pas de préconisations.

Des travaux de « dernière minute » peuvent être demandés par le sommet de la Grande Région et l'IBA-OIE fait en sorte de pouvoir apporter des réponses.

Des ateliers débats sont organisés tous les ans sur une journée (1/2 journée si en visioconférence).

Ils réunissent des représentants de chaque région.

Des experts sont invités pour parler de sujets qui sont moins maîtrisés par les membres de l'IBA-OIE. Ces ateliers-débats jouent donc aussi le rôle de formation pour les salariés.

8. Données statistiques

Les données sont recueillies principalement sur Internet. Eurostat est une source importante de données.

Lorsque les données ne sont pas disponibles sur Internet, l'IBA-OIE peut s'adresser aux coopérateurs pour les obtenir. Par exemple, les membres du réseau des offices statistiques de la Grande Région.

Les indicateurs traités par l'IBA-OIE ont d'abord été constitués de quelques indicateurs comparables dans les 5 régions, puis la liste d'indicateurs a été enrichie petit-à-petit. L'IBA-OIE peut proposer des indicateurs qui existent dans une région. Si les autres régions ne peuvent pas le produire, alors cet indicateur est abandonné.

La liste des indicateurs est aussi conditionnée par le format de diffusion sur internet et sur tablette/smartphone. Les informations doivent donc être lisibles sur ces supports.

Le Système d'Information Géographique de la Grande Région

1. Mise en place du SIG-GR

En 2008 et 2009, le GDL, qui présidait la Grande Région, a exprimé le souhait d'avoir une vision à 20 ou 30 ans de la Grande Région avec plusieurs axes stratégiques (proximité des citoyens,

transition écologique, ...). Cela nécessitait de disposer d'un outil avec des données harmonisées pour orienter les décisions.

Des experts se sont réunis pour mettre en commun leurs informations.

En 2010, le SIG-GR a été mis en place au sein d'un projet Interreg doté d'environ 1 million d'euros.

- Le ministère du cadastre de la Rhénanie Palatinat était chef de file du projet
- Le comité de pilotage était composé des organismes disposant de données.
- Le financement intégrait également :
 - o L'interprétation
 - o Les déplacements
 - o Les équipements (serveur, ...)
 - o Acquisition des données

En 2013 : le transfert de la présidence s'est fait vers le ministère de l'énergie et de l'aménagement du territoire du GDL afin que la coordination et la présidence se fasse au sein du même organisme.

2. Gouvernance

Convention

Une convention est signée tous les 5 ans. Elle définit :

- Les objectifs
- Les missions
- Les instances de pilotage
- Les moyens et ressources humaines
- Les partages de données
- Les contributions financières des partenaires
- La durée, les conditions de modifications de la convention, ...

Le renouvellement de la convention se prépare un an à l'avance. Il faut savoir si :

- Les partenaires sont toujours d'accord avec les objectifs du SIG-GR
- Les partenaires souhaitent que d'autres organismes rejoignent le partenariat
- Le financement doit être modifié

La convention édicte les grands principes mais permet aussi une certaine souplesse nécessaire au fonctionnement du SIG-GR.

Le comité de coordination du développement du territoire (CCDT) de la Grande Région (groupe de travail du Sommet de la GR) a la tutelle du SIG-GR. Il définit les orientations et les transmet au comité de pilotage du SIG-GR

3. Organisation institutionnelle

Comité de pilotage

Présidé par le ministère de l'énergie et de l'aménagement du territoire du GDL et composé de partenaires :

- Les 14 signataires de la convention
- Administration du cadastre et de la topographie du GDL
- Das Land Rheinland-Pfalz struktur und genehmungsdirektion Nord (Cadastre de la RP)
- Das Land Rheinland-Pfalz Landesamt für vermessung und geobasisinformation
- Das Saarland Landesamt für vermessung geoinformation und landentwicklung

4 organismes sont intégrés en tant qu'observateurs :

- IBA-OIE
- Groupe de travail statistiques du Sommet de la GR
- Groupe de travail cadastre du Sommet de la GR
- Secrétariat du Sommet de la GR

Le comité de pilotage assure :

- La gestion et le suivi des travaux du SIG-GR
- Elabore et met en œuvre le programme de travail pour 2 ans en cohérence avec le programme de travail du Sommet de la GR
- Valide définitivement les cartes (sauf celles qui sont demandées directement par le CCDT)

Le COPIL se réunit 3 ou 4 fois par an.

Les décisions sont presque toujours prises par consensus. Rarement par vote.

Beaucoup de contacts individuels entre le SIG-GR et les représentants des membres du Copil en dehors des réunions du Copil.

Les partenaires du Copil sont relativement stables dans le temps. Il y a peu de changements.

Le ministère de l'énergie et de l'aménagement du territoire du Grand-Duché du Luxembourg est l'employeur du personnel du SIG-GR. Le SIG-GR est rattaché au ministère.

Le fait que ce soit un ministère apporte une certaine légitimité au SIG-GR pour demander des données aux divers organismes producteurs de données.

La localisation dans le GDL semble être appréciée de la part des partenaires étrangers.

4. Organisation des travaux

Avant le commencement des travaux, le SIG-GR regarde les sources et les méthodologies pour savoir si les sources sont comparables et si les cartes demandées pourront être réalisées.



Collecte des données par le SIG.

Les représentants des organismes au Copil servent de points de contacts au SIG-GR pour faciliter l'acquisition des données.

Les partenaires des projets Interreg auxquels participe le SIG-GR apportent aussi leurs données.

Il peut y avoir aussi des échanges entre le SIG-GR et les partenaires des projets Interreg pour valider certaines cartes.

5. Moyens

Financement

Le financement s'élève à 150 000 euros par an répartis à part égales entre les 5 régions. Les différents partenaires de chaque région se répartissent ensuite la contribution régionale

Moyens humains

Un emploi à temps plein (40 heures par semaine) au sein du ministère de l'énergie et de l'aménagement du territoire du GDL pour le coordinateur.

Un emploi de géomaticien à temps partiel (20 %) au sein du cadastre de la RP

A l'avenir cela devrait évoluer :

- Une personne à temps plein affecté aux aspects techniques uniquement (recueil de données, traitement)
- Le coordinateur pourrait réduire le temps de travail affecté au SIG-GR.

6. Orientation des travaux

Définie pour deux ans par le Comité de Pilotage suite aux demandes du Sommet de la Grande Région lors du changement de sa présidence.

7. Travaux réalisés

Participation à des projets Interreg en tant que soutien, mais pas en tant qu'opérateur.

Une estimation des besoins et de la plus-value de la cartographie est faite en amont.

Certains travaux sont localisés seulement sur une partie de la GR

Des indicateurs de routine sont mis à jour tous les 2 ans.

Sinon, des cartes sont produites selon les besoins du moment.

Participation à la publication du chiffre du mois avec IBA-OIE et réseau des offices statistiques.

Coopération avec GeoRhena (SIG du Rhin supérieur) pour produire des cartes harmonisées



Participe à des réunions du réseau européen des SIG.

Des brochures tous les 2 ans

Des ateliers tous les 2 ans :

- Pour parler des données
- Parfois centrés sur des sujets spécifiques

Des conférences de presse

8. Données statistiques

Les données sont collectées par le SIG.

Les représentants des organismes au Copil servent de points de contacts au SIG-GR pour faciliter l'acquisition des données. Ces habitudes se sont mises en place au fur et à mesure que la confiance s'est installée.

Les partenaires des projets Interreg auxquels participe le SIG-GR apportent aussi leurs données.

Les données sont de moins en moins payantes grâce à l'open data.

L'IGN apporte des données cartographiques. Elles ne sont plus payantes.

Les données sont recueillies généralement au niveau géographique le plus fin, puis agrégées au niveau géographique pertinent à l'étude(souvent entre la commune et la région. Par exemple les arrondissements ou les zones d'emploi.



V. Annexe 5 : Liste des sources des indicateurs sociodémographiques, d'état de santé et d'offre de soins dans les 5 régions de la Grande Région

Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Cadre socio-démographique					
Environnement et cadre de vie					
Densité de population	SPF-Economie-DGS	Insee (Recensement)	STATEC (Eurostat + Portail Grande Région + Portail du GDL)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)
Part de la population vivant dans une commune rurale	Statbel	Insee (Recensement)	STATEC (Portail du GDL)		
% de licences sportives délivrées à des personnes de 5-19 ans et 20-59 ans		MEOS - INJEP			
Site SEVESO	https://www.seveso.be/fr	http://www.georisques.gouv.fr/dossiers/telechargement			
Installations nucléaires	AFCN - Agence Fédérale du Contrôle Nucléaire (https://afcn.fgov.be/fr/)	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)			
Occupation du sol : part de d'espaces agricoles, des espaces naturels, espaces artificialisés	SPF Economie - Direction générale Statistique - Statbel - Statistique de l'occupation du sol (Eurostat + Portail Grande Région)	Ministère chargé de l'agriculture, SSP, enquête Teruti-Lucas (Portail Grande Région) (plus récent que Corine Land Cover)	Administration du Cadastre et de la Topographie (Eurostat + Portail Grande Région + Portail du GDL)	Flächenerhebung (Eurostat + Portail Grande Région)	Flächenerhebung (Eurostat + Portail Grande Région)
Concentration moyenne en NO2	Issep, projet Sigensa ou IRCELINE (https://www.irceline.be/)	ATMO Grand-Est et Atmo Hauts-de-France	Administration de l'environnement (Portail du GDL)		Umweltbundesamt
Concentration moyenne en O3	Issep, projet Sigensa ou IRCELINE (https://www.irceline.be/)	ATMO Grand-Est et Atmo Hauts-de-France	Administration de l'environnement (Portail du GDL)		Umweltbundesamt



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Concentration moyenne en PM 2,5	Issep, projet Sigensa ou IRCELINE (https://www.irceline.be/)	ATMO Grand-Est et Atmo Hauts-de-France	European Environment Agency (EEA) - Eurostat et Administration de l'environnement		Umwelt bundesamt
Concentration moyenne en PM 10	Issep, projet Sigensa ou IRCELINE (https://www.irceline.be/)	ATMO Grand-Est et Atmo Hauts-de-France	European Environment Agency (EEA) - Eurostat et Administration de l'environnement		Umwelt bundesamt
Zones impactées par de niveaux de bruit élevés	Service publique de Wallonie (DGO 1-2-3), Société wallonne des aéroports SOWEAR	CEREMA, Sites internet des EPCI concernés			Lärmstudie der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Teneur moyenne en nitrate des eaux de distribution	SWDE - Société wallonne des Eaux	ARS			Umwelt bundesamt
Proportion de maisons parmi les résidences principales		Insee (Recensement)		DeStatis	DeStatis
Proportion d'appartement parmi les résidences principales		Insee (Recensement)		DeStatis	DeStatis
Proportion de propriétaires	Walstat ou société wallonne du logement ou CENSUS 2011	Insee (Recensement)	STATEC (Portail du GDL)	DeStatis	DeStatis
Proportion de locataires	Walstat ou société wallonne du logement ou CENSUS 2011	Insee (Recensement)		DeStatis	DeStatis
Moyen de chauffage des ménages		Insee (Recensement)	STATEC (Portail du GDL)	DeStatis	DeStatis
Part des logements insalubres		FILOCOM 2013 - MEDDE d'après DGFIP		DeStatis	DeStatis
% de Logements sans douches ni baignoires	EU-SILC (Eurostat)	Insee (Recensement)	EU-SILC (Eurostat), STATEC (Portail du GDL)	DeStatis	DeStatis
% de Logements suroccupés	Centre d'études en habitat durable CEHD	Insee (Recensement)	EU-SILC (Eurostat)	DeStatis	DeStatis
% d'actifs travaillant dans leur commune de résidence	WALSTAT	Insee (Recensement)	STATEC, recensement de la population (Portail du GDL)	DeStatis	DeStatis
% de ménages possédant au moins une voiture	EU-HBS – Enquête Budget des Ménages	Insee (Recensement)		DeStatis	DeStatis



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Proportion des déplacements domicile-travail selon le mode de transports		Insee (Recensement)	STATEC, recensement de la population (Portail du GDL)	DeStatis	DeStatis
Démographie					
Population totale	Registre National (Situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC, Etat civil (Portail Grande Région + Portail du GDL)	Statistik der natürlichen und der räumlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)	Statistik der räumlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)
Taux d'accroissement annuel moyen	Registre National (Situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC, Etat civil (Portail Grande Région, Portail du GDL)	Statistik der natürlichen und der räumlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)	Statistik der räumlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)
Solde naturel annuel moyen	Registre National (Situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC, Etat civil (Portail Grande Région, Portail du GDL)	Statistik der natürlichen und der räumlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)	Statistik der räumlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)
Solde migratoire annuel moyen	Registre National (Situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC, Etat civil (Portail Grande Région, Portail du GDL)	Statistik der natürlichen und der räumlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)	Statistik der räumlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)
Pyramide des âges	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC (Eurostat + Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)
Part de la population âgée de moins de 20 ans	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC (Eurostat + Portail Grande Région + Portail du GDL)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)
Part de la population âgée de 60 à 79 ans	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC (Eurostat + Portail Grande Région + Portail du GDL)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)
Part de la population âgée de 80 ans ou plus	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC (Eurostat + Portail Grande Région + Portail du GDL)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)
Indice de vieillissement	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC (Eurostat + Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Evolution de la part des 80 ans et +	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC (Eurostat + Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (Eurostat et Portail Grande Région)
% de ménages monoparentaux	SPF-Economie-DGS	Insee (Recensement)	STATEC	DeStatis	DeStatis
% de personnes vivant seules	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)	STATEC, recensement de la population (Portail du GDL)	Mikrozensus (Portail Grande Région)	Mikrozensus (Portail Grande Région)
% de personnes vivant seules parmi les 80 ans ou plus	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)		DeStatis	DeStatis
% de personnes âgées de 80 ans ou plus vivant en établissement sanitaire ou social	Registre National (situation au 1er janvier) - Statbel - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)		DeStatis	DeStatis
Indice conjoncturel de fécondité	StatBel	Insee (Etat Civil)	STATEC, Etat civil (Portail Grande Région + Portail du GDL)	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Portail Grande Région)
Nb d'enfants de moins de 5 ans pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans	SPF-Economie-DGS	Insee (Recensement)	STATEC	DeStatis	DeStatis
Âge moyen à la maternité/au premier enfant	Eurostat	Insee (Etat Civil)	Eurostat	Eurostat	Eurostat
Socio-économique					
Part de la population non scolarisée âgée de 15 à 64 ans n'ayant pas ou ayant un faible diplôme	Enquête EFT (Statbel) - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)			
Part de la population non scolarisée âgée de 15 à 64 ans diplômés du supérieur	Enquête EFT (Statbel) - Calculs IWEPS	Insee (Recensement)		de.statista.de	de.statista.de
% de personnes âgées de 15 à 64 ans inactives (personnes au foyer)		Insee (Recensement)		de.statista.de	de.statista.de
% de personnes âgées de 15 à 64 ans inactives (hors étudiants, retraités et personne au foyer)		Insee (Recensement)		de.statista.de	de.statista.de



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Proportion de 15-24 ans non insérés (NEET) (ni emploi, ni formation, ni stage)	Eurostat	Insee (Recensement)	Eurostat	Eurostat	Eurostat
Taux de chômage	Enquête EFT (Statbel) - Comptes de l'emploi (Steunpunt Werk) - Calcul calibrage IWEPS - Walstat	Insee (taux de chômage localisés)	Enquête communautaire sur les forces de travail / EU-Arbeitskräfteerhebung (Eurostat + Portail de la Grande Région) - STATEC (Portail du GDL)	Enquête communautaire sur les forces de travail / EU-Arbeitskräfteerhebung (Eurostat + Portail de la Grande Région)	Enquête communautaire sur les forces de travail / EU-Arbeitskräfteerhebung (Eurostat + Portail de la Grande Région)
Taux de chômage de longue durée	Enquête EFT (Statbel) - Comptes de l'emploi (Steunpunt Werk) - Calcul calibrage IWEPS - Walstat	Insee (taux de chômage localisés)	Agence pour le Développement de l'Emploi (Eurostat + Portail Grande Région + Portail du GDL)	Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland der Bundesagentur für Arbeit (Eurostat + Portail Grande Région)	Regionaldirektion Rheinland-Pfalz-Saarland der Bundesagentur für Arbeit (Eurostat + Portail Grande Région)
Taux d'emplois précaires	Eurostat	Insee (Recensement)	Eurostat	statistik.arbeitsagentur.de, de.statista.com	statistik.arbeitsagentur.de, de.statista.com
Taux de pauvreté	EU-SILC 2018 - Statbel	Insee, DGFIP, FiLoSoFi	EU-SILC (Eurostat), STATEC (Portail du GDL)	EU-SILC (Eurostat)	EU-SILC (Eurostat)
Revenu disponible médian		Insee, DGFIP, FiLoSoFi	STATEC (Portail du GDL)	DeStatis	DeStatis
Autres déterminant de santé					
Proportion de fumeurs (18 ans ou plus)	Sciensano - HIS-Enquête santé	Santé publique France - Baromètre Santé			Mikrozensus (Statistisches Landesamt Rheinland Pfalz)
Taux d'obésité (18 ans ou plus)	Sciensano - HIS-Enquête santé	Obépi Roche - Ligue contre l'obésité			Mikrozensus (Statistisches Landesamt Rheinland Pfalz)
Taux de surpoids (18 ans ou plus)	Sciensano - HIS-Enquête santé	Obépi Roche - Ligue contre l'obésité			Mikrozensus (Statistisches Landesamt Rheinland Pfalz)
Etat de santé					
Espérance de vie et Mortalité					
Espérance de vie	SPF Economie - Direction générale Statistique - Statbel - Statistiques démographiques (Portail Grande Région)	Insee (Etat Civil)	STATEC, Etat civil (Eurostat + Portail Grande Région + Portail du GDL)	Bevölkerungsfortschreibung (abgekürzte Sterbetafel) (Eurostat + Portail Grande Région)	Bevölkerungsfortschreibung (abgekürzte Sterbetafel, ab 2010/2012 Periodensterbetafel) (Eurostat + Portail Grande Région)



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Espérance de vie à 65 ans	Eurostat	Insee (Etat Civil)	STATEC, Etat civil (Eurostat)	Eurostat	Eurostat
Taux comparatif de mortalité générale	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité prématurée	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité prématurée évitable	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cancer	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cancer colorectal	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cancer du foie	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cancer du pancréas	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cancer du sein	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par cardiopathies ischémiques	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par insuffisance cardiaque	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par maladies vasculaires cérébrales	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil digestif	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par causes externes	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par accident de transport terrestre	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par suicides	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par chutes accidentelles	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par diabète	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par BPCO	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité liée à l'alcool	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité liée au tabac	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Taux comparatif de mortalité par maladie d'Alzheimer	Statbel (Etat-civil)	Inserm (CépiDC)	Ministère de la santé - Direction de la santé	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Morbidité					
Taux comparatif de patients atteints de diabète	SPF SS (ARR / AI) // INAMI Patients chroniques	CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			
Taux comparatif de patients atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures	Belgian cancer Registry	CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			Ggf. Krebsregister RLP
Taux comparatif de patients atteints de cancer colorectal	Belgian cancer Registry	CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			Ggf. Krebsregister RLP
Taux comparatif de patients atteints de cancer du foie	Belgian cancer Registry	CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			Ggf. Krebsregister RLP
Taux comparatif de patients atteints de cancer du pancréas	Belgian cancer Registry	CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			Ggf. Krebsregister RLP
Taux comparatif de patients atteints de du poumon	Belgian cancer Registry	CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			Ggf. Krebsregister RLP
Taux comparatif de patients atteints de cancer du sein	Belgian cancer Registry	CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			Ggf. Krebsregister RLP



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Taux comparatif de patients atteints de cancer de la prostate	Belgian cancer Registry	CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			Ggf. Krebsregister RLP
Taux comparatif de patients atteints d'insuffisance cardiaque		CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			Deutsche Herzstiftung - Herzbericht
Taux comparatif de patients atteints d'insuffisance respiratoire		CNAMTS, MSA, RSI / SNDS			
Taux comparatif de patients hospitalisés par pathologie	RHM (SPF Santé publique)	Atih (PMSI-MCO, Rim-P)			
Part de la population atteinte de maladie					Mikrozensus (Statistisches Landesamt Rheinland Pfalz)
Nouveaux cas de tuberculose	FARES (Fondation Contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé)	Santé Publique France - Maladies à déclaration obligatoire	Direction de la Santé (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)
Nouveaux cas d'hépatites			Direction de la Santé (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)
Nouveaux cas d'hépatites A	Aviq - Déclarations obligatoires	Santé Publique France - Maladies à déclaration obligatoire	Direction de la Santé (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)
Nouveaux cas d'hépatites B			Direction de la Santé (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)
Nouveaux cas d'hépatites C			Direction de la Santé (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)
Nouveaux cas de Sida	Rapport VIH SIDA, diagnostic de la contamination (Internet : Statistiques Grande Région)	Santé Publique France - Maladies à déclaration obligatoire	Direction de la Santé (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)	Robert-Koch-Institut - Berlin (Internet : Statistiques Grande Région)



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Prévention					
Taux de dépistage du cancer du sein	Atlas AIM	SNDS (DCIR)	Enquête EHIS (site ministère de la santé)		Ggf. Krebsregister RLP, Deutsche Krankenhausgesellschaft
Taux de dépistage du cancer colorectal	Dépistage du cancer colorectal	SNDS (DCIR)	Enquête EHIS (site ministère de la santé)		Ggf. Krebsregister RLP, Deutsche Krankenhausgesellschaft
Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus		SNDS (DCIR)	Enquête EHIS (site ministère de la santé)		Ggf. Krebsregister RLP, Deutsche Krankenhausgesellschaft
Taux de vaccination à l'âge de 24 mois (par type de vaccin)		Certificats de santé du 24ème mois (PMI - Conseils départementaux)	Enquête couverture vaccinale (site ministère de la santé)		Ggf. Krebsregister RLP
Consommation de soins					
% population ayant vu un médecin généraliste	Agence Intermutualiste (AIM)	SNDS (DCIRS)			Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
% population ayant vu un médecin spécialiste	Agence Intermutualiste (AIM)	SNDS (DCIRS)			Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
% population ayant vu un dentiste	Agence Intermutualiste (AIM)	SNDS (DCIRS)			Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
% population ayant vu un infirmier	Agence Intermutualiste (AIM)	SNDS (DCIRS)			Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Taux comparatif de patients ayant reçu une prescription médicamenteuse (par classe de médicaments)	Pharmanet	SNDS (DCIRS)			Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Patients ayant eu au moins un remboursement pour antidépresseur dans l'année	Pharmanet	SNDS (DCIRS)			Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Patients hospitalisés	SPF Santé Publique (RHM)	Atih (PMSI - MCO)	IGSS (carte sanitaire)	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Patients hospitalisés par cause	SPF Santé Publique (RHM)	Atih (PMSI - MCO)	IGSS (carte sanitaire)	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Patients hospitalisés en psychiatrie	SPF Santé Publique (RHM)	Atih (Rim-P)	IGSS (carte sanitaire)	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Personnes âgées dépendantes					
Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes		Enquêtes CARE et EHPA, Insee (Recensement)			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes par type de limitation		Enquêtes VQS et EHPA, Insee (Recensement)			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes à domicile par GIR		Enquête CARE			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes à domicile par type de limitation d'activité		Enquête VQS			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes en établissement par GIR		Enquête EHPA, Insee (Recensement)			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Estimation du nombre de personnes âgées dépendantes en établissement par type de limitation d'activité		Enquête EHPA, Insee (Recensement)			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Offre de soins					
Professionnels de santé					
Densité en médecins généralistes	Cadasre de l'Aviq; INAMI; cercles de MG	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)	Ärztchamber des Saarlandes (Internet : Statistiques Grande Région)	Landesärztkammer (Internet : Statistiques Grande Région)
Densité en médecins généralistes de moins de 55 ans	Cadasre de l'Aviq; INAMI; cercles de MG	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Landesärztkammer Rheinland-Pfalz
Densité en médecins spécialistes	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)	Ärztchamber des Saarlandes (Internet : Statistiques Grande Région)	Landesärztkammer (Internet : Statistiques Grande Région)
Densité en cardiologues	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches Landesamt Rheinland Pfalz



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Densité en oncologues	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en endocrinologues	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en ophtalmologues	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en pédiatres	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en psychiatres	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en gynécologues	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en infirmiers	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en chirurgien-dentistes	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)	Ärzttekammer des Saarlandes (Internet : Statistiques Grande Région)	Landesärztkammer (Internet : Statistiques Grande Région)
Densité en masseurs-kinésithérapeutes	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en sage-femme	Agence Intermutualiste (AIM) - statistiques annuelles des pro. de santé	RPPS	Direction de la Santé (Portail du GDL)		Statistisches landesamt Rheinland Pfalz



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Etablissements de soins					
Centres de santé (Dentaire, infirmier, médicaux, polyvalents, maison de santé pluriprofessionnelle)		FINESS			
Densité en lits en médecine-chirurgie-obstétrique	SPF Santé Etablissements de soins	SAE	Direction de la Santé (Internet : Statistiques Grande Région)	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en lits en médecine	SPF Santé Etablissements de soins	SAE		Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en lits en chirurgie	SPF Santé Etablissements de soins	SAE		Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en lits en maternité	SPF Santé Etablissements de soins	SAE		Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en lits de psychiatrie adulte	SPF Santé Etablissements de soins	SAE	Direction de la santé (Portail du GDL)	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en lits de psychiatrie juvénile	SPF Santé Etablissements de soins	SAE		Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en lits de soins de suite et de réadaptation	Aviq	SAE	Direction de la santé (Portail du GDL)	Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz
Densité en lits d'unité de soins de longue durée	SPF Santé Etablissements de soins	SAE	Direction de la santé (Portail du GDL)		Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Etablissements possédant une activité de SMUR	SPF Santé Etablissements de soins	SAE			Ministerium des Innern und für Sport Rheinland-Pfalz
Etablissements possédant un service de gériatrie	Aviq	SAE		Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz, MWG RP Ref. 15204
Etablissements possédant une activité de radiothérapie	Aviq	SAE		Statistisches amt Saarland	Statistisches landesamt Rheinland Pfalz, MWG RP Ref. 15204
Etablissements possédant une unité de dialyse	Aviq	SAE			



Indicateur	Belgique	France	Luxembourg	Sarre	Rhénanie Palatinat
Offre aux personnes âgées					
Densité en lits en établissement pour personnes âgées	Rapport bisannuel des établissements d'accueil pour aînés	FINESS			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Densité de place en service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées		FINESS			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Offre aux personnes handicapées					
Etablissements destinés aux adultes handicapés (MAS, FAM, foyer de vie, d'hébergement)	Aviq	SAE			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz
Etablissements destinés aux enfants handicapés (IME, SESSAD)	Aviq	SAE			Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung Rheinland-Pfalz



VI. Annexe 6 : Liste des abréviations

Abréviation	Intitulé	Pays
AFCN	Agence fédérale du contrôle nucléaire	Belgique
AI	Allocation d'intégration	Belgique
AIM	Agence inter mutualiste	Belgique
ARR	Allocation de remplacement de revenu	Belgique
ARS	Agence régionale de la santé	France
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière	France
AVIQ	Agence wallone pour une vie de qualité	Belgique
CEHD	Centre d'étude en habitat durable	Belgique
Cépi-DC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	France
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés	France
DCIR	Datamart consommation inter régime	France
DGFIP	Direction générale de la finance publique	France
DGS	Direction Générale de la Statistique	Belgique
EEA	European environment agency	Europe
EHIS	European health interview survey	Europe
Enquête CARE	Enquête Capacité aides et ressources des séniors	France
Enquête EFT	Enquête sur les forces de travail	Belgique
Enquête EHPA	Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées	France
Enquête VQS	Enquête vie quotidienne et santé	France
EPCI	Etablissement public de coopération intercommunale	France
EU-HBS	European union - Household budget survey	Europe
EU-SILC	European union - Statistics on income and living condition	Europe
FARES	Fondation contre les affections respiratoires et pour l'éducation à la santé	Belgique
FILOCOM	Fichier des logements à la commune	France
FiLoSoFi	Fichier localisé social et fiscal	France
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux	France
GDL	Grand Duché de Luxembourg	Luxembourg
INAMI	Institut national d'assurance maladie et invalidité	Belgique
INJEP	Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire	France
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques	France
Inserm	Institut national de la santé et des recherches médicales	France
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire	France
ISSeP	Institut scientifique de service publique	Belgique
IWEPS	Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique	Belgique



MCO	Médecine chirurgie obstétrique	France
MEDDE	Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie	France
MEOS	Mission d'étude et d'observation de la statistique	France
MG	Médecins généralistes	France
MSA	Mutualité sociale agricole	France
MWG	Ministerium für wissenschaft und gesundheit	Allemagne
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information	France
RHM	Résumé hospitalier minimum	Belgique
RIM-P	Recueil d'informations médicalisées pour la psychiatrie	France
RLP	Rheinland Pfalz	Allemagne
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé	France
RSI	Régime social des indépendants	France
SAE	Statistiques annuelles des établissements	France
SNDS	Système national des données de santé	France
SOWEAR	Société wallonne des aéroports	Belgique
SPF	Service Publique Fédéral	Belgique
StatBel	Statistiques Belgique Institut national de la statistique et des études économiques du	Belgique
Statec	Grand Duché de Luxembourg	Luxembourg
SWDE	Société wallonne de l'eau	Belgique



	<p>Interreg  Grande Région Großregion COSAN <small>Fonds européens de développement régional Europäischer Fonds für regionale Entwicklung</small></p>	 <p>Observatoire Régional de la Santé</p>
<p>Etude financée par Le Fonds européen de développement régional</p>		