



HAL
open science

L'aménagement hospitalier en Lorraine

Françoise Tenenbaum

► **To cite this version:**

Françoise Tenenbaum. L'aménagement hospitalier en Lorraine. Géographie. Université Paul Verlaine - Metz, 1979. Français. NNT: 1979METZ002L . tel-01775637

HAL Id: tel-01775637

<https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01775637>

Submitted on 24 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITÉ DE METZ

FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES

Françoise TENENBAUM née LEFEBVRE

L'AMÉNAGEMENT HOSPITALIER EN LORRAINE

THÈSE

pour le

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE LETTRES	
N° Inv.	1979003L
Cote	L/M3 79/2
Loc.	2e cc.

DOCTORAT DE TROISIÈME CYCLE

Directeur de recherche : Monsieur François REITEL
Professeur à la Faculté des Lettres
et Sciences Humaines de METZ.

TOME I

Juin 1979

A Monsieur le Professeur F. REITEL

pour la gentillesse avec laquelle il nous a accueilli,
pour ses avis si précieux , pour ses vues synthétiques,
sa connaissance de la Lorraine et sa disponibilité
constante.

Aux Directeurs et personnels de direction des hôpitaux lorrains et des
D.D.A.S.S. de Bar-le-Duc , Epinal , Metz , Nancy et Dijon
pour le temps qu'ils nous ont consacré .

A Madame D.MEDDAHI pour son aide et ses conseils amicaux.

A Madame F. DUBOIS pour son courage et sa perspicacité.

A mes Maîtres parisiens pour leur enseignement.

A DENIS, mon époux, pour son soutien actif et déterminé.

A ma fille AURORE pour sa patience et le temps que je lui ai pris.

A mon fils CHARLES en échange des coups de pied reçus lorsque le
portant j'étais penchée sur mon travail.

A mes parents avec toute mon affection et ma respectueuse gratitude.

A tous ceux que j'aime, mes beaux-parents, mon frère, mes beaux-frères
et belles-sœurs , Grand-père et mes amis.

A Madame J. HENRY.

" La manière dont les malades
sont traités, situe le degré
de civilisation d'une cité."
d'après Fustel de Coulanges.
(La Cité Antique.1846)

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

L'AMENAGEMENT HOSPITALIER EN LORRAINE

PREMIERE PARTIE

=====

	Pages
PRESENTATION DU PROBLEME	1 à 69
<u>Introduction</u>	
-Présentation historique de l'infrastructure hospitalière et état actuel	1a
- Définition de la Région Sanitaire lorraine	2a
- Les Etablissements concernés par l'étude	2c
- Moyens d'étude	3
- Techniques de rédaction et méthodes utilisées	7
- Quelques éléments de démographie lorraine	8
TITRE I - LES IMPLANTATIONS HOSPITALIERES ET LEUR REPARTITION SELON LA POPULATION LORRAINE	14 à 26
- Définition des divers statuts juridiques des établissements	
- Chapitre A - Les Etablissements Publics	14
- Chapitre B - Les Etablissements Privés	
- Section I : les Etablissements privés à but lucratif	24
- Section 2 : les Etablissements privés à but non lucratif	25
TITRE II - L'HISTORIQUE DE LA CREATION DE CES DIVERS ETABLISSEMENTS	26 à 39
TITRE III - L'ARMATURE HOSPITALIERE LORRAINE EN 1976 - 1977	40 à 54
- Chapitre A : les Etablissements selon leur statut juridique	40
- Chapitre B : Les lits d'hospitalisation selon le statut juridique des établissements et la population en 1976-1977	48

	Pages
TITRE IV - LA CARTE SANITAIRE LORRAINE	55 à 69 J
- Chapitre A : la carte sanitaire lorraine Etude historique et explicative	55
- Chapitre B : Etude de la répartition des lits hospitaliers par secteur sanitaire selon le statut juridique et l'effectif de la population	69a
DEUXIEME PARTIE =====	
ETUDE DE L'ARMATURE HOSPITALIERE PAR SERVICE	70 à 313
TITRE A - L'OBSTETRIQUE & LA GYNECOLOGIE EN LORRAINE	70 à 105
- Chapitre A 1 - L'équipement actuel en lits d'obstétrique et de gynécologie et la carte sanitaire	70
- Chapitre A 2 - La répartition "privé-public" des établissements et lits obstétrico-gynécologiques	76
- Chapitre A 3 - Les établissements ou services obstétrico- gynécologiques selon leur taille	80
- Chapitre A 4 - Les durées de séjour et les taux d'occupation	94
TITRE B - LA MEDECINE EN LORRAINE	106 à 137
- Chapitre B 1 - L'équipement actuel en lits de médecine et la carte sanitaire	107
- Chapitre B 2 - La répartition "privé-public" des établissements et des lits médicaux	112
- Chapitre B 3 - Durées de séjour et taux d'occupation des services de médecine en Lorraine	124
TITRE C - LES SPECIALITES MEDICALES EN LORRAINE	138 à 292
- Présentation	138
- Chapitre C 1 : La cardiologie en Lorraine	145
- Chapitre C 2 : La pédiatrie en Lorraine	149
- Chapitre C 3 : La cardiologie et lapédiatrie en Lorraine Brève étude commune	168
- Chapitre C 4 : L'hémodialyse et le traitement des insuffisants rénaux chroniques en Lorraine	172

- Chapitre C 5 - La carcinologie en Lorraine	184
- Chapitre C 6 - La pneumo-phtisiologie en Lorraine	196
- Chapitre C 7 - La psychiatrie en Lorraine	210
- Section I : La psychiatrie en Meurthe & Moselle	
- La psychiatrie pour adulte	216
- la psychiatrie infanto-juvénile	227
- Section II - La psychiatrie en Meuse	
- la psychiatrie pour adulte	232
- la psychiatrie infanto-juvénile	237
- Section III - La psychiatrie en Moselle	240
- la psychiatrie générale de base (pour adultes)	241
- la psychiatrie infanto-juvénile	254
- Section IV - La psychiatrie dans les Vosges	263
- la psychiatrie pour adulte	264
- la psychiatrie infanto-juvénile	269
- Chapitre C 8 - Les secours d'urgence - la réanimation et les soins intensifs en Lorraine : une grande disparité d'implantation	281

TITRE D - LA CHIRURGIE EN LORRAINE - L'EQUIPEMENT
TECHNIQUE ET LES PRIX DE JOURNEE

293 à 313

TROISIEME PARTIE

=====

LES ZONES D'ATTRACTION DES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS 314 à 344

TITRE I - LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS TYPES 315 à 339

- Chapitre A - L'hôpital local : attraction locale et établissements de dégagement	315
- Chapitre B - L'hôpital général : attraction locale et départementale	317
- Chapitre C - Le Centre Hospitalier Général	318
- Chapitre D - Le Centre Hospitalier : attraction départemen- tale	320
- Chapitre E : Le Centre Hospitalier Régional le C. H. R. Metz-Thionville	321

	Pages
- Chapitre F - Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy	322
- Chapitre G - Zones d'attraction des établissements situés dans des régions à relief accidenté (les Vosges)	339
TITRE II - LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVES TYPES	339 à 341
- Chapitre a - Les zones d'attraction des établissements privés à but lucratif	340
- Chapitre b - les zones d'attraction des établissements privés à but non lucratif	340
 QUATRIEME PARTIE =====	
LE POIDS ECONOMIQUE DU SECTEUR HOSPITALIER	345 à 387
TITRE I - LES EMPLOIS OFFERTS EN LORRAINE PAR LE SECTEUR HOSPITALIER	346 à 364
- Chapitre A - Part du personnel hospitalier sur la population active totale au lieu de travail	352
- Chapitre B - Part du personnel hospitalier sur la population active du secteur tertiaire (au lieu de travail)	354
- Chapitre C - Les divers emplois hospitaliers (étude quantitative par catégorie)	361
TITRE II - IMPORTANCE FINANCIERE DU SECTEUR HOSPITALIER DANS L'ECONOMIE LORRAINE	365 à 377
- Chapitre A - L'hospitalisation : secteur de production Synthèse économique générale	365
- Chapitre B - L'hospitalisation : gros employeur de personnel	366
Section 1 - La masse salariale : poste budgétaire le plus important	368 à 374
--- a - le secteur public lorrain	368
- a' - plus l'hôpital comprend de lits et plus la part des frais de personnel est importante dans son budget d'exploitation	369
- a'' - augmentation proportionnelle de la masse salariale au "fil des ans"	371
--- b - le secteur privé lorrain	372
- Section 2 - Le salaire moyen théorique dans le secteur privé et dans le secteur public	374

	Pages
TITRE III - LA COLLECTIVITE LOCALE HOSPITALIERE ET LE BUDGET COMMUNAL - COMPARAISON QUANTITATIVE	377 à 379
TITRE IV - LE FINANCEMENT DE L'HOPITAL PUBLIC ET SON CONSEIL D'ADMINISTRATION	380 à 387
CONCLUSION	387 bis à 395
ANNEXES	396
LEXIQUE (Abréviations et termes techniques)	479
BIBLIOGRAPHIE	I à XXX
RECAPITULATION des principaux périodiques consultés	XXX à XXXII
RAPPORTS CONSULTES	XXXIII à XXXIV
TABLES DES CARTES	XXXV
TABLES DES GRAPHS ET FIGURES	XXXVIII
TABLE DES TABLEAUX	XLI
TABLE DES ANNEXES	L

-:-:-:-:-
-:-:-:-
-:-

PREMIERE PARTIE
PRESENTATION DU PROBLEME

INTRODUCTION

=====

Dans la conception actuelle de la protection sanitaire du pays ou même du service public hospitalier, tel qu'il est défini par la loi portant réforme hospitalière, nous sommes loin et même peut-être à l'opposé du devoir individuel de "l'hospitalitas" tel qu'il était entendu dans l'Antiquité.

En effet, "chez les Israélites, c'est l'un des meilleurs moyens d'honorer Dieu, et celui qui refuse de secourir les pauvres commet un péché aussi grave que l'idolâtrie¹". Les Grecs ne sont tenus qu'à l'hospitalité envers les membres de leur propre famille tandis que "Lorsque Jésus prescrit la charité, c'est tantôt comme un gage des sentiments d'affection fraternelle dont il fait dépendre le salut, tantôt comme le lien spirituel qui cimente la communauté des fidèles, tantôt enfin comme le moyen d'aider le riche dans la voie du renoncement¹".

C'est donc mûs par la quête de leur propre salut éternel que de riches donateurs créeront au Moyen-Age nombre d'Etablissements charitables -comme l'Hôtel-Dieu de Beaune fondé en 1443 par le Chancelier de Bourgogne, Nicolas Rolin, qui l'annonce dans les termes suivants :

"Mettant de côté toutes sollicitudes humaines et ne songeant qu'à mon propre salut..., désirant par une heureuse transaction échanger contre les biens célestes les biens temporels qui m'ont été accordés par la divine libéralité, et de transitoires qu'ils sont les rendre éternels..., je fonde, érige, construis et dote... l'usage et la demeure des pauvres malades." ¹

En effet, c'est généralement de la "demeure des pauvres" qu'il s'agit et non des hôpitaux tels que nous les concevons actuellement.

A cela il y a plusieurs raisons dont la plus importante est l'absence d'une médecine efficace. Dans les Hôtels-Dieu -au nombre de 20 000 en Europe au 15ième siècle- on reconforte plus l'âme que l'on ne soigne le corps et l'on accueille autant les miséreux et sans-abris

1 Jean COURQUET "L'Hôpital aujourd'hui et demain" p. 3

que les malades réels pour lesquels on ne peut souvent que dire des messes dans la salle commune.

Ce sont donc des établissements de bienveillance et l'on peut considérer que ce caractère leur restera, malgré leur fréquent rattachement au secteur public, au moins jusqu'au milieu du siècle dernier c'est-à-dire jusqu'à l'aube de la médecine moderne. Non que ce caractère ait maintenant disparu, il est encore heureusement présent dans tous les services sous une forme différente, mais bien plutôt que l'hôpital se doit maintenant plus de guérir que d'héberger, caractère qui est dévolu aux hospices, maisons de retraite, et fondations spécialisées.

D'autre part l'élévation du niveau de vie et la notion d'égalité face à l'utilisation des équipements collectifs ont fait naître la notion de Droit à la Santé. C'est alors que l'on distingue l'opposition avec la notion de charité : Ce n'est plus le "fait du Prince" qui crée mais bien plutôt la population qui exige son dû.

Les progrès de la médecine constants ont reculé la limite de la vie mais aussi rendu certains équipements de plus en plus sophistiqués et de plus en plus onéreux. Aucun particulier ne pouvant les posséder pour son seul usage les établissements hospitaliers se sont ouverts à toutes les classes de la société, ceci a amené le législateur à élaborer un plan d'Aménagement, une

répartition géographique équitable des équipements techniques en fonction de la population et de son implantation différentielle.

Il était impossible voire même inconcevable de diriger ou de répartir la bienveillance privée ou publique alors qu'il devient indispensable pour la Santé Publique de contrôler le niveau de la couverture sanitaire car, malheureusement, la santé a aussi son prix.

C'est ainsi qu'est née l'idée de répartition géographique des possibilités de soins, bien plus tard que celles par exemple de répartition de la justice ou de la défense militaire.

De plus, ce n'est que depuis 1962 (décret n° 62-44 du 16.1.1962), que s'est fait jour la notion de complémentarité des équipements privés et publics et la couverture sanitaire de la population n'est envisagée de façon globale que depuis la loi portant réforme hospitalière du 31.12.1970.

Des normes nationales ont été élaborées en ce qui concerne le nombre de lits par tranche d'habitants, selon les spécialités et les différents équipements lourds.

Le territoire national lui-même a été organisé en régions sanitaires elles-mêmes divisées en secteurs sanitaires où la population locale doit généralement pouvoir se soigner sur place sans que toutefois l'on porte atteinte au "droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissements de soins".

La Lorraine étant elle-même une région sanitaire, il nous a paru intéressant d'étudier géographiquement son infrastructure hospitalière et d'évaluer son capital en techniques et en hommes afin de le comparer aux besoins de sa population.

DEFINITIONS

Nous étudions la région sanitaire lorraine telle qu'elle a été délimitée par l'arrêté du 11 janvier 1973 (J. O. du 13 janvier 1973) dans son article 1 :

"En application de l'article 12 du décret n° 73-54 du 11 janvier 1973 et sous réserve des dispositions de l'article 2 ci-dessous, les limites des régions sanitaires correspondent à celles des circonscriptions d'action régionale".

Les "circonscriptions d'action régionale" définies par le décret n° 70-18 du 9 janvier 1970 étaient issues des territoires d'application des "programmes d'action régionale" (arrêté du 28 novembre 1956 du commissariat au plan) et ont elles-mêmes donné lieu à la création des "Régions" par la loi n° 72-619 du 5 juillet 1972. La région sanitaire lorraine correspond donc à la région lorraine telle qu'elle a été délimitée pour l'élaboration des différents plans et ainsi dotée des diverses instances régionales.

Elle comprend les quatre départements suivants :
Meuse, Meurthe et Moselle, Moselle, Vosges
eux-mêmes divisés en secteurs sanitaires au nombre total de douze (selon l'arrêté ministériel du 31 octobre 1975 que l'on peut consulter en Annexe).

Secteur n°

1	Verdun/Meuse
2	Briey
3	Metz-Thionville
4	Boulay - Forbach - St-Avoid - Sarreguemines
5	Bar-le-Duc - Commercy - St Mihiel
6	Nancy - Pont à Mousson - Toul
7	Sarrebourg - Dieuze
8	Lunéville
9	Neufchâteau - Vittel
10	Epinal
11	St Dié
12	Remiremont - Gérardmer

Il s'agit ici des secteurs définis essentiellement pour la Médecine - Chirurgie - Obstétrique (M. C. O.) ; les secteurs psychiatriques représentant un cas particulier qui sera étudié ...

LES ETABLISSEMENTS CONCERNES PAR L'ETUDE

Nous avons pris en compte :

- tous les hôpitaux quels que soient leurs statuts
- toutes les cliniques privées

Ont été exclus de l'étude, les hospices et maisons de retraite parce que leur équipement médical est négligeable et peu dynamique (leur étude aurait alourdi ce travail).

En ce qui concerne les centres de rééducation nous n'en dirons que quelques mots pour les citer et d'une façon générale n'ont pas été pris en compte les établissements ne comportant pas de lits hospitaliers, c'est-à-dire :

- dispensaires et infirmeries ;
- centres de protection maternelle et infantile ;
- maisons maternelles hormis la partie obstétrico-pédiatrique ;
- et en général tous les établissements d'hébergement proprement dit.

MOYENS D'ETUDE

Après un travail préliminaire de documentation sur :

- les travaux antérieurs que l'on trouvera en référence ;
- l'institution des différents secteurs sanitaires et les divers statuts hospitaliers (cf code de la Santé Publique) ;
- le fonctionnement technique des services hospitaliers tant économique que médical ;
- la population et l'économie de la Lorraine,

nous avons, sur le plan pratique, dans un premier temps, rendu visite à quelques établissements pour mettre au point un schéma d'enquête à partir duquel nous avons rédigé un questionnaire.

Ce questionnaire a été présenté aux quelques 128 établissements concernés. Nous nous sommes efforcés de rendre personnellement visite à chaque établissement à l'exception seulement de deux établissements mineurs qui nous ont répondu par écrit.

Dans chaque cas nous avons pris contact avec le directeur ou ses adjoints, les services de l'économat, du personnel, et des statistiques, parfois avec les médecins. Pour préciser certains renseignements nous avons été amenés à effectuer une visite des locaux eux-mêmes; bien évidemment les principaux établissements ont nécessité plusieurs entretiens avec les responsables de chaque secteur d'activité.

Fréquemment ces visites ont été complétées par des échanges téléphoniques et épistolaires.

Nous avons chaque fois insisté pour obtenir des documents officiels de type statistique et budgétaire qui nous ont souvent été fournis.

Voici donc le plan du questionnaire que nous avons utilisé, (on en trouvera un exemplaire en annexe.)

Il s'agissait tout d'abord de situer l'établissement enquêté au moyen de ses :

- nom ;
- adresse et numéro de téléphone ;
- statut juridique ;

Puis de connaître sa date de création et son historique.

Nous avons voulu ensuite étudier sa capacité en lits, les spécialités qui y sont exercées et évaluer leur "poids" respectif dans l'établissement par le nombre de lits qui est alloué à chacune d'elles.

Nous avons abordé alors l'aspect économique de notre travail, par les questions sur le prix de journée de chaque service, le nombre d'entrées annuelles dans l'établissement, et pour être plus précis, par service.

Puis, pour affiner des données, nous nous sommes penchés sur la durée moyenne des séjours dans l'établissement par service afin d'estimer le dynamisme de l'établissement et d'en pondérer le taux d'occupation.

Suivent :

- l'étude financière
- le budget
 - . valeur de la section d'exploitation
 - . valeur de la section d'investissement
- les investissements réalisés depuis dix ans et ceux à venir
- les réalisations immobilières en cours ou futures

De même que l'étude économique et financière, celle sur le personnel nous permet d'évaluer l'importance de l'établissement et sa technicité, laquelle sera l'objet des questions suivantes d'où la possibilité de cerner le modernisme et le niveau d'intervention médicale de l'établissement.

Notre questionnaire se terminera par la recherche de la zone d'attraction de l'établissement sur la population régionale ; par quels moyens les malades sont dirigés vers l'établissement, par un médecin ou par un autre établissement, et vers où se font les transferts.

Quels sont les organismes de remboursements et y-a-t'il des facteurs sociaux d'hospitalisation (tourisme, accidents de travail, etc...) ?

Evidemment pour les établissements les plus importants, ce questionnaire n'a servi que de cadre à l'enquête et de nombreuses questions plus précises ont été posées.

Pour compléter cette étude, nous avons souvent dû nous référer aux textes de loi et aux documents des différentes Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale, de l'I. N. S. E. E. (Institut national des statistiques et études économiques), des missions régionales (DREAM notamment) et d'autres ouvrages, cités également dans la bibliographie, que nous nous sommes procurés dans des bibliothèques universitaires, ou dans les hôpitaux eux-mêmes, ou dans le commerce.

TECHNIQUES DE REDACTION ET METHODES UTILISEES

Munis de ces questionnaires et des renseignements complémentaires, nous avons -dans un premier temps- établi nos propres statistiques afin de dépouiller les résultats de nos enquêtes. Puis nous en avons souvent tiré des cartes thématiques et des graphiques en nous appuyant sur un support géographique tantôt régional, tantôt départemental, ou selon les secteurs sanitaires lorrains. Ensuite les confrontant aux divers documents officiels, en notre possession, nous avons essayé de tirer des conclusions sur l'aménagement hospitalier actuel de la Lorraine et de suivre son évolution.

Bien évidemment, une telle étude se heurte à certaines difficultés et d'emblée il faut noter que la visite de quelque 128 établissements répartis sur 4 départements, constitue une importante mobilisation temporelle et qu'entre ceux que nous avons vu au début de notre enquête et ceux par la visite desquels nous l'avons close, certaines données ont pu changer sans qu'il soit toujours possible de les actualiser. Ensuite -et comme il est courant dans ce mode d'étude- quelques établissements n'ont pas voulu répondre à certaines de nos questions voire même à la totalité du questionnaire- nous n'avons à déplorer ici que deux refus intégraux. Pour ces quelques cas difficiles, nous avons souvent pu retrouver les données manquantes grâce aux diverses statistiques officielles consultées, mais parfois ce fut impossible, tel a été en effet le cas pour certaines données financières dont nous déplorons le manque de précision.

QUELQUES ELEMENTS DE DEMOGRAPHIE MORRAINE

Selon le recensement de 1975, la région lorraine comprenait 2 330 821 habitants répartis dans ses 4 départements comme suit :

- Meuse	203 904 habitants
- Meurthe et Moselle	722 587 habitants
- Moselle	1 006 373 habitants
- Vosges	397 957 habitants

Nous remarquons d'emblée de très fortes disparités et notons que deux départements (Meuse et Vosges) sont beaucoup moins peuplés que les deux autres (Meurthe et Moselle - Moselle), ces derniers ayant chacun seul plus d'habitants que les deux autres réunis.

Pour une approche plus précise, nous pouvons étudier la population des différents arrondissements lorrains et leur densité au KM² (cf tableau p.9a).

Les arrondissements les plus peuplés sont ceux de Nancy, Epinal, Metz (2 arrondissements), Thionville (2 arrondissements), Briey et Forbach. Cette hiérarchie géographique distingue les villes de pouvoir directionnel varié : administratif (préfectures, sous-préfectures), commercial, et surtout industriel. Nous pouvons nous étonner du peu de population de l'arrondissement de Bar-le-Duc (préfecture de la Meuse) dont la population n'atteint pas le niveau d'une ville comme Lunéville et qui dans son propre département se laisse distancer par Verdun (sous-préfecture).

Pour notre étude il est très intéressant de voir se déterminer des zones très peuplées et bien localisées en dehors de tout pouvoir administratif particulier.

Il s'agit notamment des arrondissements de Briey (Meurthe et Moselle - 169 habitants/KM²) et de Forbach (273 habitants/KM²) qui nous font déjà distinguer leur caractéristique propre : ce sont des zones d'habitation très dense car elles correspondent aux zones d'exploitation minière (Bassin de fer de Briey-Longwy) ou houillère (Gisement de charbon de la région de FORBACH).

Sur l'exploitation de ces différentes richesses du sous-sol s'est greffée une importante industrie sidérurgique, qui, employant de nombreux ouvriers, est à l'origine des fortes densités d'habitation des arrondissements de :

- Briey et les industries du Bassin de Longwy
- Forbach et le Bassin Houillier de LORRAINE
- Metz

+ Metz campagne : densité = 183 hab./KM²

+ Metz ville : densité = 2 667 hab./KM²

Population des 2 arrondissements messins = 303 899 Hab.

- Thionville avec le Bassin de Thionville et l'industrie sidérurgique des vallées de la Fensch et de l'Orne

+ Thionville Est : densité = 180 hab./KM²

+ Thionville Ouest : densité = 578 hab./KM²

Population des 2 arrondissements Thionvillois = 271 177 Hab.

DENSITE/Km2 DES ARRONDISSEMENTS ET
 DEPARTEMENTS DE LORRAINE EN 1975
 ET POPULATION SANS DOUBLES COMPTES 1975

	Dens./Km2	Population
<u>Meuse</u>		
Bar-le-Duc	46	67 446
Commercy	23	45 082
Verdun	32	91 376
Meuse (Moyenne Gal.)	33	203 904
<u>Meurthe et Moselle</u>		
Briey	169	192 135
Lunéville	54	78 500
Nancy	262	395 593
Toul	49	56 359
M. et Moselle (M. Gal.)	138	722 587
<u>Moselle</u>		
Boulay-Moselle	95	69 420
Château-Salins	30	29 275
Forbach	273	189 780
Metz-campagne	183	192 030
Metz-ville	2 667	111 869
"Metz -Total"		303 899
Sarrebourg	61	61 029
Sarreguemines	103	81 793
Thionville-Est	180	123 643
Thionville-Ouest	578	147 534
"Thionville-Total"		271 177
Moselle (M. Gal.)	162	1 006 373
<u>Vosges</u>		
Epinal	75	232 267
Neufchâteau	43	68 610
Saint-Dié	83	97 080
Vosges (M. Gal.)	68	397 957
<u>LORRAINE</u>	~ 100,25	2 330 821

Source : INSEE - Pop. légale et statistiques communales complémentaires
 Recensement général de la pop. de 1975 - Fascicules oranges
 Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle, Vosges.

- Nancy évidemment (avec sa population de 395 593 habitants et une densité de 262 hab./km²) qui cumule une quadruple fonction administrative - commerciale - universitaire et industrielle avec sa banlieue très active.

La population messine est de même très variée car la métropole régionale comporte les mêmes fonctions que Nancy.

L'étude des Catégories Socio-Professionnelles (C. S. F.) en 1968 (étude de l'I. N. S. E. E. selon le recensement de 1968 (1)) nous permet une vue plus circonstancielle.)

1968	France %	Lorraine %	Meurthe & Moselle %	Meuse %	Moselle %	Vosges %
Primaire	15,1	8,3	5,2	18,7	6,0	13,3
Secondaire	38,1	49,5	47,5	39,9	52,6	50,9
Tertiaire moins administrations	35,6	30,3	33,4	28,2	29,9	26,8
Administrations	11,2	11,9	13,9	13,2	11,5	9,0
Total du tertiaire	46,8	42,2	47,3	41,4	41,4	35,8

D'après le Républicain Lorrain (2) et l'Association Bureaux-Province, l'évolution en Lorraine des actifs par secteur a été la suivante entre 1968 et 1975 :

Lorraine	1968	1975
Nombre d'actifs	837 200	879 300
Secteur primaire (agriculture & extraction de minerai)	9 %	5,2 %
Secteur Secondaire Industrie	50,4 %	48,4 %
Secteur tertiaire (administration commerce etc...)	40,6%	46,4 %

Source : Association Bureaux-Province d'après un sondage sur les recensements.

1) Petit Guide (1974) statistique de la Lorraine - I. N. S. E. E. - Observatoire économique de l'Est - p. 30

2) "Le Républicain Lorrain" du 5 juillet 1978 - rubrique Aménagement du territoire - "M. CHAÛDEAU, patron de la D. A. T. A. R. : "Il faut accélérer la décentralisation du secteur tertiaire".

La région lorraine nous apparaît comme une région d'activité principalement secondaire (49,5% des actifs contre 38,1 % des actifs français).

Ce caractère est vérifié dans chacun des 4 départements, mais principalement en Moselle et dans les Vosges.

Quels sont donc ces emplois industriels ?

Selon l'URSSAF, en 1973, la Lorraine en comprenait 316,2 milliers ainsi répartis :

- Meurthe & Moselle	96,5
- Moselle	132,2
- Meuse	19,8
- Vosges	67,7

D'une étude par activité économique, on remarque que ces emplois relèvent peu de la mécanique (62,1 milliers), mais beaucoup plus des secteurs produisant des biens de consommation (87,3 milliers) - surtout dans les Vosges qui en fournissent 48,2 milliers, dont 36,2 milliers dans le secteur textile/habillement - et plus encore des secteurs des biens intermédiaires : 166,8 milliers d'emplois.

La Meurthe & Moselle avec 56 milliers d'emplois et la Moselle surtout, avec 93,3 milliers d'emplois arrivent en tête.

La sidérurgie fournit 33,7 milliers d'emplois en Meurthe & Moselle (régions de Longwy (Pays-Haut), de Briey, Pompey, Neuves-Maisons), alors qu'elle était à l'origine de 50,2 milliers d'emplois en Moselle (région de Thionville, vallée de la Fensch et de l'Orne, alentours de Metz).

Viennent ensuite les houillères (Région de Forbach et de Frey-
ming Merlebach) avec 22 500 emplois.

Ce sont évidemment ces emplois, qui sont à l'origine des zones de forte population, que nous avons mis en évidence.

En effet, leur implantation est liée aux ressources du sous-sol et ceci sur une aire géographique limitée. C'est une de leurs caractéristiques puisque de nombreuses autres activités ont une plus large latitude d'implantation.

Les activités tertiaires sont concentrées principalement dans les villes et essentiellement en Meurthe & Moselle qui occupe ainsi un pourcentage plus élevé de personnes que le pourcentage national d'employés du secteur tertiaire par rapport au total des emplois quelque soit le secteur.

- Meurthe & Moselle	47,3 %
- Moselle	41,4 %
- Meuse	41,4 %
- Vosges	35,8 %
- France	46,8 %

"En Lorraine, le secteur tertiaire (408 000 actifs en 1975) s'est accru en moyenne de 10 000 salariés entre 1968 et 1975. De fait, l'accroissement de 5 % de la population active durant cette période s'est faite essentiellement autour de ce secteur (+ 20 %) alors que l'industrie touchée par les restructurations de la sidérurgie et des mines de fer, a vu ses effectifs s'accroître seulement de 1 %.

..... La Lorraine demeure au 12ème rang des régions françaises : son taux d'emploi tertiaire pour 10 000 habitants est passé de 1 494 en 1968 à 1 749 actifs en 1975, alors que dans le même temps, le taux moyen des régions - y compris l'Ile de France - est passé de 1 793 à 2 043 actifs pour 10 000 habitants" (1)

../..

1) Le Républicain Lorrain du 5 juillet 1978 "Il faut accélérer la décentralisation du secteur tertiaire".

Quant à la Population travaillant dans le secteur primaire on la trouve évidemment dans toutes les régions de campagne.

Leur nombre absolu varie peu d'un département à l'autre (Meurthe et Moselle 9 500 ; Meuse 11 265 ; Moselle 11 275 ; Vosges 13 965), mais leur pourcentage est évidemment plus élevé en Meuse (18,7 %) et dans les Vosges (13,3 %) qu'en Meurthe et Moselle (5,2 %) et en Moselle (6 %) ; (le pourcentage national est de 15,1 %).

Sachant que la population agricole a un mode d'habitat peu dense et disséminé dans la campagne alors que celle du secondaire et du tertiaire est dense et bien localisée, nous nous attendons à trouver des équipements hospitaliers de répartition différente tant au point de vue quantitatif que qualitatif : c'est ce que nous pourrons étudier.

Mais avant d'achever cette brève étude de la démographie lorraine, il convient de se pencher sur la structure administrative spécifique de cette région.

La Lorraine, terre souvent convoitée et fréquemment déchirée par de nombreux envahisseurs, garde bien visible en son sein l'empreinte du passé. Pour nous en rendre compte, il suffit de regarder son découpage administratif et, notamment la délimitation des départements de Moselle et de Meurthe et Moselle, telle qu'elle apparaît ci-dessous sur la carte de la "Lorraine actuelle".

Nous remarquons le curieux découpage de la Meurthe et Moselle et de la Moselle ; les étonnantes entités administratives, si étirées, dont les chefs-lieux sont loin d'être centraux, et dont certaines villes sont beaucoup plus proches de la préfecture voisine que de celle à laquelle elles sont rattachées !

(Longwy (Meurthe et Moselle) - Nancy : 119 km)
 (Longwy + Metz : 65 km)

(Briey (Meurthe et Moselle) - Nancy : 74 km)
 (Briey - Metz : 29 km)

Mais ce serait oublier que ces deux départements ont été déterminés par la frontière franco-allemande de 1871-1918 qui coupait les deux départements de la Moselle (au Nord) et de la Meurthe (au Sud). La partie demeurée française est devenue la Meurthe et Moselle alors que les territoires autrefois annexés étaient regroupés dans le département de la Moselle.

Evidemment ceci a induit une structure administrative 13
particulière dans ces départements aussi bien dans le
domaine de la santé que dans d'autres secteurs. Il
faut notamment mentionner le rattachement de la Moselle
aux deux départements alsaciens pour ce qui concerne
l'application du Concordat, certaines lois locales
(dont celles de 1908 sur les associations) et les
régimes d'Assurances Sociales.

D'autre part, il faut signaler que la Faculté de
Médecine de Nancy a été créée par le repli de celle
de Strasbourg en 1872 et c'est ainsi que Nancy vit alors
le transfert en ses murs de la troisième faculté de
France (Paris - Montpellier - Strasbourg).

Nancy pris alors l'esor scientifique et littéraire
que nous lui connaissons et dont elle est si jalouse. (1)

Depuis la fin du XVIe siècle la médecine a toujours été enseignée en Lorraine
à Pont-à-Mousson d'abord à Nancy ensuite.

L'Université de Médecine de Pont-à-Mousson fut créée en 1572 par le Duc Charle
III et le Cardinal de Lorraine. Jusqu'en 1752, c'est là que se fit le seul
enseignement de Médecine ^{en} Lorraine. On y enseignait aussi bien la médecine que
la Chirurgie.

Sur la volonté du Roi Stanislas qui voulait faire de Nancy une capitale, de
nombreux établissements se créent : notamment en 1752 le Collège Rond de
Médecine où se réunissent les médecins ; ils donnent des cours, ce qui n'est
pas sans créer des difficultés avec la Faculté de Pont-à-Mousson.

En 1768, l'Université de Pont-à-Mousson est transférée à Nancy. Un décret de
l'Assemblée Constituante du 18 août 1792, supprime toutes les Universités et
Sociétés Savantes. La décision de l'An II ne rétablit en France que 3 écoles
de Santé : Paris, Montpellier, et Strasbourg.

Cependant un enseignement demeure à Nancy et il est officiellement reconnu
par le Gouvernement en 1822 qui l'érige en Ecole Secondaire de Médecine et
en 1843 en Ecole Préparatoire de Médecine.

En 1872, la Faculté de Médecine de Nancy a été restaurée par le repli de celle
de Strasbourg.

TITRE I LES IMPLANTATIONS HOSPITALIERES ET LEUR REPARTITION
SELON LA POPULATION LORRAINE

Nous pouvons recenser le nombre suivant d'établissements selon les différents départements lorrains :

- Meuse	11 établissements
- Meurthe et Moselle	41 établissements + 1 hôpital des armées
- Moselle	44 établissements + 1 hôpital des armées
- Vosges	30 établissements

(cf Tableau p.I4_{bis})

Avant de nous préoccuper de l'aspect quantitatif, nous essayons de définir le genre d'établissements que l'on peut rencontrer et cela grâce à leur statut juridique. Deux catégories d'établissements sont à distinguer : les établissements publics et les établissements privés.

Chapitre A: Les Etablissements Publics

Les établissements publics sont généralement des collectivités locales relevant des communes mais il peut arriver qu'elles soient départementales et admettent alors le préfet ou le directeur départemental de l'Action Sanitaire et Sociale pour autorité de tutelle (ou même nationale).

Nous nous référerons pour plus de précisions au

NOMBRE D'ETABLISSEMENT PAR
STATUT JURIDIQUE DANS LES
DIFFERENTS DEPARTEMENTS

Nbre Etablissements:	Meuse	Meurthe et Moselle	Moselle	Vosges	Total
Statut Juridique					
ETABLISSEMENT PUBLIC	7	11	14	19	51
ETABLISSEMENT PRIVE (TOTAL)	4	30	30	11	75
- But Lucratif	3	19	10	11	43
- But non Lucratif (total)	1	11	20	0	32
dont + confessionnel	0	9	6	0	9
+ ex. mines, industr. + autre triellès	0	6	8	0	14
+ autre	1	2	6	0	9
TOTAL (public + privé)....	11	41	44	30	126
HOPITAL DES ARMEES (H. A.)	0	1	1	0	2
TOTAL GENERAL.....	11	42	45	30	128

Code de la Santé Publique -loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 "portant réforme hospitalière."

Article 20 - Chapitre II :

"Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés par décret ou par arrêté préfectoral dans les conditions et selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 22, par un directeur nommé par le ministre chargé de la Santé Publique, après avis du président du conseil d'administration.

Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics sont soumis à la tutelle de l'Etat.

Des normes d'équipement et de fonctionnement sont déterminées par décret."

Il existe d'autre part un classement des établissements publics entre eux ;

cf Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 - Article 4 -

"Les établissements mentionnés à l'article 3 sont dits :

1°) Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou

concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Les centres hospitaliers comportent :

- a) des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante ;
- b) éventuellement, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;
- c) éventuellement, des unités d'hospitalisation pour convalescence, cure ou réadaptation.

chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement ;

2°) Centres de convalescence, cure ou réadaptation, s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

3°) Unités d'hospitalisation, dont le fonctionnement médical demeure fixé par décret en Conseil d'Etat.

Décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972 - Chapitre I -

Article 2 : " Les centres hospitaliers sont classés suivant leur importance, leur équipement, leur spécialisation et leur fonctionnement médical en :

- Centres hospitaliers régionaux ;
- Centres hospitaliers."

pour préciser leurs différences se rapporter aux textes cités en annexe, ici Décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972 - Chapitre Ier Articles 3,4,5 et 6.

A propos des unités d'hospitalisation l'on doit noter qu'elles peuvent constituer à elles-seules des établissements indépendants comme il en est d'ailleurs statué au Chapitre III du même décret :

"Article 15 : "Les unités d'hospitalisation visées à l'article 4 (3°) de la loi du 31 décembre 1970 sont des unités médicales.

Elles peuvent :

- soit constituer un établissement dénommé hôpital local
- soit être incluses dans un des établissements visés aux chapitres Ier et II du présent décret..."

L'hôpital local idéal, selon l'Association de médecine rurale¹, comporterait :

- une section de malades aigus qui grouperait 15 à 20 % des lits et dans laquelle ne serait soignée qu'une pathologie courante ;
- une section de convalescents ;
- une section long séjour pour invalides, qui très souvent sont des grabataires réclamant des soins particulièrement élaborés.

Les sections long séjour valides relèvent désormais de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales.

Cette loi prévoit cependant qu'en dessous de 200 lits les services d'hébergement social resteront sous la direction et la gestion de l'établissement dont ils dépendent.

Il s'agit de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux "institutions sociales et médico-sociales."

Les établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées, des adultes ou des enfants handicapés ou inadaptés relèvent donc de cette loi et "les dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ne leur sont pas applicables (Chapitre II Article 3 de la loi n° 75-535).

Pour les hôpitaux locaux comportant un service d'hébergement deux solutions sont donc envisageables :

- soit transformer totalement ou partiellement ce service en section de cure médicale, il relève alors de la loi portant réforme hospitalière n° 70-1318. Cette procédure est indiquée dans l'article 5 de la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales :

"Les établissements d'hébergement pour personnes âgées peuvent comporter des sections de cure médicale. Les conditions dans lesquelles la création de ces sections est autorisée sont précisées par décret."

- soit garder totalement ou partiellement le caractère d'hébergement de ce service, c'est-à-dire que l'hôpital devient alors le substitut du domicile des "malades" hébergés.

Pour l'heure les hôpitaux locaux n'ont pas tous effectué ce choix et c'est toujours le même service de tutelle et

de l'Équipement à la D. D. A. S. S. qui contrôle les services sanitaires et d'hébergement des hôpitaux locaux. Mais la loi n° 75-535 a prévu le délai du choix dans son chapitre IV.

ARTICLE 23 : "Dans un délai de dix ans à dater de la promulgation de la présente loi, les hospices publics seront transformés en tout ou partie et selon les besoins, soit en unités d'hospitalisation définies à l'article 4 (1° ou 3°) de la loi n° 70-1316 du 31 décembre 1970, soit en centres de cure définis au 2° dudit article 4, soit en établissements publics relevant de la présente loi et destinés à l'hébergement des personnes âgées."

L'éclatement des hôpitaux locaux imposerait deux gestions distinctes même si l'administration de l'établissement reste unique. Actuellement aucun établissement lorrain n'ayant fait ce choix la gestion reste commune et cela nous a été un obstacle important pour l'étude du budget, des investissements et du personnel de la partie proprement hospitalière.

Les établissements publics sont classés selon leur taille et leur niveau thérapeutique en :

- Centres hospitaliers régionaux ;
- Centres hospitaliers généraux ou spécialisés ;
- Centres de convalescence, cure ou réadaptation ;
- Unités d'hospitalisation.

on se référera, en annexe, au décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972 pour préciser l'importance, l'équipement, la spécialisation et le fonctionnement médical de ces divers établissements.

Voici le classement des divers établissements publics lorrains :

Centres Hospitaliers Régionaux

Nancy (Meurthe et Moselle)

Metz-Thionville (Moselle)

En effet, les Centres Hospitaliers de Metz et de Thionville ont fusionné en un Centre Hospitalier Intercommunal Metz-Thionville le 28 juin 1976. Il s'en est suivi, après accord avec le C. H. R. de Nancy, et le Ministère, la création le 30 avril 1977, du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville.

Centres Hospitaliers Généraux

Epinal (Vosges)

Neufchâteau (Vosges)

Remiremont (Vosges)

Saint-Dié (Vosges)

Centres Hospitaliers

Verdun (Meuse) - (P) (P : provisoire)

Bar-le-Duc (Meuse)

Sarreguemines (Moselle)

Hôpitaux

Meurthe et Moselle

Briey (P)

Lunéville (P)

Pompey (P)

Pont à Mousson (P)

Toul (P)

Nancy (Maternité départementale et régionale)

Meuse

Commercy (P)

Saint-Mihiel (P)

Moselle

Boulay

Dieuze

Forbach

Sarrebourg

Saint-Avold

Vosges

Gérardmer (P)

Vittel (P)

Hôpitaux Ruraux devenus Hôpitaux Locaux (loi du 24 décembre 1971 n° 71-1025 et circulaire n° 1007 du 29 octobre 1973 non parue au J. O. -voir annexe- Chapitre II, 1^{er}, c)

Meurthe et Moselle

Blâmont

Cirey-sur-Vezouze

Saint-Nicolas de Port

Meuse

Clermont en Argonne

Stenay

Moselle

Amnéville (maternité)

Vosges

Bruyères

Bussang

Châtel-sur-Moselle

Cornimont

Darney

Fraize

Lamarche

Mirecourt

Rambervillers

Raon l'Étape

Senones

Le Thillot

(P) cette mention indique que le classement est effectué
à titre provisoire

Mais ce classement est insuffisant et la loi n° 70-1318
du 31 décembre 1970 définissant aussi des centres
hospitaliers spécialisés, nous avons étudié ceux qui
existent en Lorraine et répondent du décret n° 72-1078
du 6 décembre 1972 (cf annexe)

Article 4 : "Les Centres Hospitaliers sont soit généraux
soit spécialisés

1° Les Centres Hospitaliers Généraux...

2° Un centre hospitalier est dit spécialisé lorsqu'il
répond aux besoins relatifs à certaines disciplines et
affections particulières."

Il s'agit dans notre étude des :

a) Centres Hospitaliers Spécialisés en psychothérapie

A savoir :

- le centre psychothérapique de Ravenel à Mirecourt dans les Vosges ;
- le centre psychothérapique de Jury-les-Metz en Moselle ;
- le centre psychothérapique de Lorquin en Moselle ;
- le centre psychothérapique de Sarreguemines en Moselle ;
- le centre psychothérapique de Fains-les-Sources près de Bar-le-Duc en Meuse ;
- le centre psychothérapique de Laxou près de Nancy en Meurthe et Moselle.

Evidemment des services psychothérapiques existent dans de nombreux établissements, notamment au C. H. U. de Nancy (Meurthe et Moselle), au C. H. de Thionville (Moselle), de Verdun (Meuse), aux hôpitaux de Saint-Nicolas-de-Port (Meurthe et Moselle) et de Rambervillers (Vosges).

b) Autres centres hospitaliers spécialisés

- notamment le centre hospitalier spécialisé de phtisiologie de Sarrebourg (Moselle)
- et le Centre hospitalier spécialisé : "Maternité Régionale A. Pinard - récemment reclassée- NANCY

Chapitre B : LES ETABLISSEMENTS PRIVES

du 31. XII. 1970

La loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière stipule (Article 1) que "La protection sanitaire du pays est assurée par les membres des professions de santé d'une part et par les établissements de soins, publics ou privés, qu'ils participent ou non au fonctionnement du service public hospitalier institué par la présente loi, d'autre part."

Nous avons donc étudié les établissements de soins privés et nous en distinguons deux sortes : les établissements privés à but lucratif -souvent appelés Cliniques- et les établissements privés à but non lucratif.

Section I * Les Etablissements privés à but lucratif

que ce soient des cliniques médicales, médico-chirurgicales, chirurgicales, gynéco-obstétricales, obstétrico-chirurgicales, ou autres appartenant à une ou plusieurs personnes physiques et ayant la personnalité morale.

Lorsque ce sont de petits établissements, ils appartiennent souvent à la personne qui les exploite personnellement (médecin ou sage-femme) sans qu'ils soient érigés en société.

S'il s'agit d'établissements plus importants, on remarque souvent la présence de deux sociétés exploitantes

- a) une société anonyme à responsabilité limitée (S.A.R.L.)
ou une société anonyme (S. A.) exploitant l'établisse-

ment proprement dit fondée par des actionnaires, qui souvent y travaillent, et administrativement dirigée par un directeur salarié et un conseil d'administration.

b) une société civile immobilière (S. C. I.) propriétaire des murs.

Si l'exploitation est faite par une société anonyme, elle est soumise au droit des sociétés, à la personnalité morale et son Président Directeur Général en exerce la responsabilité ; Si l'exploitation est directement faite par le propriétaire de l'établissement sans l'aide d'une société c'est évidemment lui qui en assume la responsabilité selon le droit civil.

"Ces sociétés sont soumises au régime du droit commercial et du droit civil tandis que, sur le plan fiscal, elles sont assimilées aux particuliers et ne peuvent recevoir de subvention d'aucune collectivité publique. ¹"

Section 2 / Les établissements privés à but non lucratif

Les établissements privés à but non lucratif sont, en ce qui nous concerne, des associations soumises à la loi du 1er juillet 1901 (ou à la loi locale de 1908 pour les départements de Moselle - Haut-Rhin - Bas-Rhin).

1 G. MARQUET "Manuel pratique de droit public, de droit civil et de législation hospitalière et sociale" 1974 p. 47-48

CREATION D'ETABLISSEMENT

Avant 1700	1700-1789	1790-1870
C. H. Bar-le-Duc 1106	H. St Nicolas Sarrebourg	H. Mat. St Croix 1800 (privé) METZ
H. Notre-Dame 1158 Ancêtre du CHU NANCY	H. Lunéville 1707	C. h. psy. Fains-Veel (Bar-le-Duc) 1809 Meuse
C. H. Neufchâteau 1250	H. l. Mirecourt 1707	H. St Mihiel Forme actuelle 1814
H. Lamarche 1400	H. St François St Nicolas de Port (1482) 1712	H. Baccarat (privé, association des oeuvres des dames de charité de Baccarat) 1830
H. St Mihiel 1429	H. St Jacques Dieuze 1715	H. psy. de Laxou 1842 sou sa forme actuelle
Maison Hqsp. St Charles Nancy XV siècle	H. St Charles Toul 1730	H. Hosp. St Joseph 1851 Sarralbe (privé)
H. l. Blâmont 16è siècle	H. local de Clermont- en-Argonne 1732	H. Hosp. Boulay 1856
H. Rambervillers 1604	H. Commercy 1742	H. Pompey 1865
Hosp. Pont-à-Mousson er 1198, en réalité reconstruit en 1616	H. psy. de Laxou 1742	H. St Joseph Bitche 1866 (p.b.n.l.)
H. Bon secours Metz 1691	Etablissement congréga- tiste pour malades mentaux	H. Stiring-Wendel 1856 (houillères) rebâti en 1913 - fermeture 1924
H. St Nicolas Sarrebourg 11è s. et se retrouve sur les registres en 1788	H. l. de Darney 1753	
	H. l. Lamarche 1776	
	H. l. de Senones 1776	
TOTAL : 11 établissements deviendront	TOTAL 11 établissements deviendront	TOTAL : 10 établissements
publics : 10 éta.	publics : 11 éta.(tous)	publics : 5 éta.
p.b.n.l. : 1 éta.		privés : 5 éta.
p.b.l. : néant	p.b.l. : néant	p.b.n.l. : 5 éta.
		pas de privé lucratif

H. : Hôpital

H.l. : Hôpital local

C. H. Centre Hospitalier

H. psy. : Hôpital psychiatrique

p. b. n. l. : privé à but non lucratif

p. b. l. : privé à but lucratif

H. Mat. : Hôpital Maternité

H. Hops. : Hôpital Hospice

1871-1918		1919-1944
H. l. Raon l'Etape début du siècle	: C. H. gén ¹ . Sarreguemines : 1901	: H. St André 1919 Metz
H. l. Fraize 1871	: Ass. Hosp. Joeuf 1903	: Mat. Régionale 1919 Nancy
C. H. spé. Sarreguemines	: créée par les Etablits de Wendel	: H. St Georges Hannonville/Côtes 1921
H. Ste Blandine Metz 1880	: H. Municipal St Avoird : 1904	: Cl. St Pierre Fourier : 1921 L'ORNE (66)
Hop. Central Nancy ouverture 1883	: H. Cornimont 1906	: Cl. Ste Thérèse 1924 Nancy actuellement à Vandoeuvre
H. St Joseph 1888 Phalsbourg	: H. St Maurice Moyeuvre-Grande (Ass. H. de la Vallée de l'Orne) 1907	: Hospitalor Forbach (Ste Barbe) 1924 en remplacement de Stiring-Wendel
H. l. Châtel/Moselle 1890	: Cl. Ste Elisabeth 1908 THIONVILLE (57)	: Cl. St Jean Nancy 1928
H. Gérardmer 1893	: H. de Creutzwald 1909	: Cl. de l'Espérance 1930 LUXEU (Nancy - 54)
H. l. Bussang 1895	: créé par la Sté de Mines de la Houve	: H. de St Dié 1930
Cl. Vautrin St Joseph 1896	: Cl. St Don 1909 DOMBASLES (54)	: Polyclinique de Parc Bar-le-Duc 1934
H. Algrange 1898	: Cl. du Montet (privé créé par une congrégation - 1910) NANCY (54)	: H. L. Cirey-sur-Vezouze : 1935
H. Ste Barbe Morhange 1899	: C. H. Lorquin 1910	: C. H. Verdun 1936
Hôtel Dieu Longwy 1900	: C. H. Gén ¹ de Forbach	: Mat. d'Amnéville 1938
Cl. St Eloi à Neuves-Maisons 1900	: H. H sp. Marie-Madeleine : 1913	: H. Desandrouins Verdun : 1944 (création U. S.)
Centre Méd. départ. St Luc Abreschwiller avant 1900	: H. de Freyming 1913 créé par la Caisse minière de Sarre et de Moselle	
H. de Pte Roselle 1900 (créé par les houillères)	: Ass. H. ch. Briey 1913	
H. Hayange 1900 créé par les Etablissements De Wendel	: "Cl. des Mines"	
H. Château-Salins 1900	: H. de Carling 1917 (n'existe plus depuis 1937)	
TOTAL : 32 établissements		TOTAL : 14 établissements
publics : 13 ét.		publics : 6 ét.
privés : 19 ét.		privés : 8 ét.
p.b.l. : 1 ét. (cl du Montet)		p.b.l. : 5 ét.
p.b.n.l. : 18 ét.		p.b.n.l. : 3 ét.
Ass. ayant acheté à mines ou usines : 11 ét.		dont établissement rachetés par des associations
2 ét. à but non l. ayant acheté aux mines ou usines n'existent plus il y a eu transfert des lits aux autres établissements des mêmes associations		à des usines ou à des mines : 1 ét.

1945-1970	1971-1977
Cl. Notre-Dame Nancy 1947:	Cl. J. D'Arc Nancy 1959 :
Cl. St Joseph Verdun 1947:	Cl. d'Essey-les-Nancy 1971 :
C. H. spé. de Ravenel 1947:	Centre psychiatrique de Jury août 1972 :
C.l. St Gabriel Nancy 1950:	H. Remiremont 1973 :
Cl. St Gérard Baccarat 1951:	Hop. Maillot 1975 Briey (succède Hop. de Briey qui datait de 1760 :
Cl. Ste Thérèse Longeville les Metz 1951:	Cl. Pasteur Villerupt 1961 :
H. Créhange créé par les houillères 1951:	Cl. St Jean Epinal 1960 :
Centre départ. de l'Enfance Rue de Plappeville à Metz 1951:	Cl. St Nabor à St Avold 1960-1961 :
Cl. St Antoine Vittel 1951:	Cl. Pasteur Villerupt 1961 :
Cl. du Dr Kolb NANCY (54) 1955:	Cl. Ambroise Paré Nancy 1961 :
Cl. St Nicolas Epinal 1955:	H. de Vittel 1962 :
Hospitalor St Avold 1956:	Maison convalescence "Mon Repos" Rasey-Xertigny 1963 :
Cl. Perrin-Longwy 1957:	H. St Georges Hannonville/Côtes 1964 :
C.H. spé. de Sarreguemines reconstruction 1957:	Cl. du Dr Coonaert 1964 :
C. H. spé. de Sarrebourg 1957:	VILLERUPT (54) :
Cl. N. D. Epinal 1957:	Cl. St André Nancy 1965 :
Cl. St Joseph Raon-l'Étape 1958:	Cl. St François Forbach 1966 :
Cl. Dr Simonin POMPEY (54) 1959:	Cl. Padovani Vittel 1966 :
Cl J. D'Arc Lunéville (50 lits) 1959:	Cl. Ch. et traumatologie Nancy 1967 :
	H. d'Epinal en remplacement du vieil hôp 1967 :
	Polycl. Gentilly Nancy 1968 :
	H. Bel-Air Thionville :
	Cl. Cl ^{de} Bernard Metz 1968 :
TOTAL : 38 ETABLISSEMENTS	TOTAL : 5 ETABLISSEMENTS
publics : 17 établissements	publics : 3 établissements
privés : 31 "	privés : 2 "
p.b.l. : 27 "	p.b.l. : 2 "
p.b.n.l. : 4 "	p.b.n.l. : 0 "

"Ce sont des groupements que les individus, dès lors qu'ils poursuivent un but légal, et non lucratif peuvent créer librement.¹"

Leur déclaration à la préfecture dont ils dépendent leur confère la personnalité morale et la capacité juridique.

Ces établissements privés à but non lucratif peuvent alors recevoir "des cotisations ou des libéralités de leurs membres" et "bénéficier de subventions versées par l'Etat ou les collectivités locales."²

TITRE II L'HISTORIQUE DE LA CREATION DE CES DIVERS ETABLISSEMENTS

Les historiens ont pu relever la création des premiers établissements d'hospitalisation sur le territoire franc dès le 6^{ème} ou le 7^{ème} siècle. Mais l'essor de ces établissements ne se fera vraiment qu'au cours du Moyen-Age et il s'agit alors d'institutions charitables laissées à la gestion de l'Eglise.

En Lorraine, comme partout ailleurs, ce sont des fondations pieuses destinées à loger les "povres du Christ" ou les "peregrini" (pèlerins de St Jacques notamment³) appelées alors hospices ou bien à "soigner" malades, femmes enceintes, enfants, orphelins ou abandonnés, vieillards impotents appelées alors Hôtels-Dieu ou Maisons-Dieu.

1 J. RIVERO "Droit administratif" - Précis Dalloz - 1973 - p. 45

2 G. MARQUET "Manuel pratique de droit public, de droit civil et de législation hospitalière et sociale - p. 48

3 J. IMBERT "Les Hôpitaux en France" - p.13

Dans ces derniers établissements, on reçoit toutes sortes d'infortune mais c'est surtout aux soins de l'âme auxquels ^{qui ne possédaient que,} l'on s'attache ; les médecins, ↓ des remèdes peu efficaces, y sont en effet absents, et rarement appelés en consultation, alors que les aumôniers y sont nombreux.

Il faut noter, d'autre part, l'existence de très nombreuses maladreries (2 000 dans le royaume français au 13^{ème} siècle) qui, peut-être grâce à l'isolement des lépreux, contribuèrent à vaincre cette terrible maladie.

Nous n'en trouvons plus la trace en Lorraine car, comme partout ailleurs, l'épidémie une fois enrayée, leurs biens immobiliers furent légués aux hôpitaux voisins.

Parmi les établissements que nous avons étudiés, sept ont été créés au Moyen-Age ce qui est un nombre important puisqu'il n'y aurait eu à cette époque qu'une cinquantaine d'Hostels-Dieu en France (cf Tableau p.25^{ter}). Jusqu'en 1700 nous avons pu dénombrer 11 établissements hospitaliers en Lorraine. A cette époque tous seraient évidemment à classer dans la catégorie "privés à but non lucratif" puisque tous sont gérés par l'Eglise. Il en est de même des 11 autres établissements que nous voyons se créer jusqu'à la Révolution de 1789.

Mais dès 1551, et pour assurer des ressources plus stables aux maisons charitables qui vivaient jusque là misérable-

ment de la charité publique, le roi de France, Henri II, autorise la levée d'une taxe communale, le fameux "droit des pauvres."¹ C'est la première ingérence de l'"Etat" dans le domaine hospitalier, c'est le premier pas, timide certes, vers le caractère de service public de ces établissements et la sauvegarde de l'intérêt des malades. L'"Aumonier royal s'adjuge un droit de surveillance sur tous les hôpitaux du royaume sans exception et... obtient que les officiers royaux soient investis de la haute administration hospitalière jusque là réservée traditionnellement aux évêques ("Lettres royaux" du 17 décembre 1543)² "

Cette notion de service public, née tardivement, ne quittera plus le domaine de la santé et s'étoffera au cours des siècles jusqu'à aujourd'hui. Selon l'époque et les régimes, elle s'accompagnera plus ou moins de la notion de bienfaisance publique et parfois même, par déviation, de celle de protection de la sécurité des habitants (création royale d'Hôpitaux Généraux pour le renfermement des pauvres et mendiants - 1662).

Les révolutionnaires de 1789 rendant la société responsable de la misère, remplacent la notion de charité par celle d'assistance et nationalisent les hôpitaux et leurs biens (11 juillet 1794) L'assemblée Constituante

1 J. IMBERT "L'Hôpital français" p. 7

2 J. IMBERT "Les Hôpitaux en France" p. 24

(juin 1789 - septembre 1791), l'Assemblée Législative (18 août 1792) et le Directoire confient la direction des établissements hospitaliers à des commissions issues des municipalités (loi du 7 octobre 1796) et dissolvent les congrégations religieuses. C'est ainsi que les hôpitaux sont maintenant du ressort communal et seront gérés "selon les seuls besoins de la collectivité bénéficiaire et non plus d'après les désirs des fondateurs." Mais ceci comporte un inconvénient majeur qui est la fermeture de l'hôpital aux malades étrangers à la commune. "La charité s'arrête à l'Octroi." De plus, dans les hôpitaux des grandes villes ayant de plus importantes ressources financières les malades étaient beaucoup mieux soignés que dans les petits hôpitaux de campagne et ceci jusqu'au milieu du XIXème siècle.

Les établissements hospitaliers publics et communaux ainsi créés par la loi du 16 vendémiaire an V fonctionnant plutôt mal, l'on note un net retour à la charité publique dès le Consulat. Les quêtes puis même les fondations de lits sont autorisées et encouragées (An XI - 1802). En 1806, l'Empereur permet la fondation d'établissements hospitaliers. Ces établissements d'initiative privée subissaient une tutelle gouvernementale identique à

celle des établissements publics et n'obtenaient la personnalité qu'à l'acquisition d'un "brevet d'institution publique." ¹

Cette tutelle de l'État est très lourde et nous ne voyons guère se créer d'établissements hospitaliers en Lorraine pendant l'Empire.

Jusqu'en 1789, notre région comprenait donc environ 22 établissements d'hospitalisation. Mais il faut remarquer ici que nous n'avons pas noté les établissements qui ont disparu depuis lors, ni ceux dont la vocation est restée l'hébergement seul - citons entre autres l'hospice de Boudonville près de Nancy fondé en 1769 par François de Ravinel, doyen de la Primatiale.

De ces 22 établissements, un seul retrouvera son statut d'établissement privé (à but non lucratif) à savoir la maison hospitalière Saint-Charles fondée par la toute puissante congrégation des soeurs de Saint-Charles dont l'action s'étend alors à toute la Lorraine et même aux pays voisins. Les 21 autres établissements resteront du domaine public.

Pendant la révolution nous ne notons aucune création en Lorraine et une seule pendant le Consulat (Hôpital - Maternité Ste Croix créé à Metz en 1800 par les "Dames de la charité maternelle" initialement laïques et qui fonde-

1 J. IMBERT - "Les hôpitaux en France" p. 60

ront ensuite une congrégation religieuse).

Mais dès l'Empire, les créations deviennent plus nombreuses et de 1804 à 1870 il se crée 9 établissements. Ce sont la plupart du temps des établissements dus à l'initiative privée, quelle soit laïque :

- Hôpital de Baccarat ;
- Hôpital de Stiring-Wendel ;
- Hôpital St Joseph à Bitche ;
- Hôpital de St Mihiel ;
- Hôpital de Pompey ;
- Hôpital de Boulay ;
- Hôpital psychiatrique de Laxou géré à partir de 1842 par le département.

ou religieuse :

- Hôpital St Joseph à Sarralbe.

Nous remarquons là, avec l'Hôpital de STIRING-WENDEL, la première fondation hospitalière d'origine industrielle. Il s'agit de l'Hôpital des

Houillères fondé par de Wendel en 1856. Est-ce là une création philanthropique, un peu paternaliste, d'un grand industriel pour ses ouvriers victimes d'accidents du travail ou bien un "atelier de réparation" de sa main-d'œuvre ?

Ceci n'est pas notre propos. Par contre nous y voyons la première manifestation d'une médecine du travail encore bien débutante et surtout le premier hôpital d'origine industrielle et ceci est très important en Lorraine où nous

comptons actuellement 14 établissements de ce genre
(11 % du nombre total d'établissements en Lorraine).

s établissements créés de 1871 à 1918 - Pendant l'occupation allemande, la création d'établissements hospitaliers s'est poursuivie et même de façon beaucoup plus intensive, puisque dans une Lorraine, qui en 1870, comptait 32 hôpitaux, il s'en crée en moins de 40 ans le même nombre. Treize établissements publics voient ~~ainsi~~ le jour et dix-neuf établissements privés. Sur ces dix-neuf, dix-huit sont des établissements privés à but non lucratif (Loi de 1901 sur les associations ou Loi locale de 1908 en Moselle) assimilés à des établissements de bienfaisance. ~~De~~ ces dix-huit établissements il faut distinguer :

- onze qui ont été créés par de puissantes sociétés industrielles (mines - sidérurgie). Parfois, il ne s'agissait que d'infirmes qui sont devenues par extension des hôpitaux mais certains étaient dès l'origine des hôpitaux.
- un qui a été fondé par un regroupement de communes dont la couverture sanitaire était insuffisante :
Hôpital d'arrondissement de Château-Salins (57)
- six fondés par des congrégations religieuses.

Un seul de ces établissements hospitaliers créés entre 1871 et 1918 est dit "privé à but lucratif" et encore s'agit-il d'une fondation religieuse de même type

que celles que nous venons de voir (clinique du Montet ou de la Sainte Enfance ^{à Nancy} créée par la congrégation des sœurs de la Sainte Enfance de Marie qui possèdent les bâtiments alors que l'exploitation de la clinique proprement dite est confiée à une Société Anonyme).

établissements créés de 1919 à 1944 - quatorze établissements hospitaliers sont créés en Lorraine :

- six établissements publics dont l'un, La Maternité Régionale A. Pinard à Nancy, ressort de l'administration départementale
- huit établissements privés dont
 - + cinq sont à but lucratif
 - + et trois à but non lucratif

Cette période marque le début de la multiplication des établissements privés à but lucratif plus couramment appelés "cliniques privées".

Ce sont des créations modernes dont la vocation initiale est ici encore à l'opposé des fondations classiques où la notion de "bénéfice" aurait pu paraître inconcevable. Les praticiens, jadis rarement appelés en consultation,¹ font alors naître leurs propres établissements et ceci pour plusieurs raisons :

- a) le niveau de technicité de la médecine rendant l'équipement nécessaire trop onéreux l'on a assisté à l'abandon de la notion de charité

1 "cf page 27 de notre étude"

-voire même de bienfaisance pour celle d'assistance et de service-

b) cet équipement complexe n'est pas transportable et nécessite un environnement technique et des lits d'HOSPITALISATION.

Ces locaux existent bien dans certains hôpitaux publics mais ceux-ci sont souvent trop peu nombreux et ne créent pas assez de postes pour le nombre toujours plus important de médecins formés. Aussi ces derniers ont-ils été amenés à créer leur propre outil de travail que sont ces cliniques privées.

c) Le "boom" démographique de l'après-guerre et les conditions de confort médical et d'aseptie alors exigées rendirent souhaitable la création de maternités par des sages-femmes préférant voir venir chez elles leurs parturientes plutôt que de continuer à effectuer des accouchements dans des logements souvent précaires.

Les premières de ce genre en Lorraine ont été :

- la Clinique de l'Espérance anciennement

Clinique Ste Monique créée en 1930 à LAXOU

(près de Nancy)

- la polyclinique du Parc anciennement Clinique

St PIERRE créée en 1934 à Bar-le-Duc

établissements créés de 1945 à 1970 - nous voyons se créer en Lorraine

38 établissements dont -et pour les raisons que nous venons de voir- 31 établissements privés.

- quatre sont des établissements privés à but non lucratif :

+ deux ont été créés par des sociétés industrielles (H. B. L.)

. Hôpital de Créhange

. Hospitalor de St Avold

+ un est une fondation de bienfaisance d'origine anglaise

. Hôpital St Georges à Hannonville-sous-les-Côtes

à Nancy

+ un, la clinique Chirurgicale et de Traumatologie, est le fait de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Nord-Est.

Nous voyons ainsi apparaître en 1967, le premier établissement hospitalier financé par les organismes d'Assurance et de Sécurité Sociale. C'est le premier pas lorrain vers une sorte de mainmise de ces organismes sur la couverture sanitaire de la population similaire à celles que tentent de faire les mutuelles sur l'exercice libéral de la médecine et de la pharmacie.

- les vingt-sept autres établissements privés sont à but lucratif. Douze d'entre eux sont des maternités (sept ont été créées par des sages-femmes), quatre ont des lits de maternité et de chirurgie, onze sont des cliniques à vocation chirurgicale seule.

Nous observons ainsi la multiplication des cliniques privées pour les raisons que nous avons définies plus haut.

établissements créés de 1971 à 1977 : cinq établissements.

Deux sont privés à but lucratif et trois publics. En ce qui concerne les établissements publics, il s'agit de 2 établissements nouveaux remplaçant des hôpitaux vétustes et un hôpital psychiatrique dont l'ampleur est contestée.

Une des cliniques privées est à vocation obstétrico-chirurgicale alors que l'autre est neuro-psychiatrique. On ne relève plus de nouveaux établissements privés à but non lucratif : peut-être y-a-t'il là un frein de l'État n'autorisant plus la création de tels établissements qui bénéficient des privilèges fiscaux inhérents aux associations. Il faut aussi mentionner que l'Église souffrant d'une diminution notable de ses effectifs congréganistes ne peut se permettre de créer, actuellement, de nouveaux hôpitaux en Europe.

Voici, donc, en quelques traits, l'historique de la création des divers établissements hospitaliers lorrains. Nous avons pu suivre en Lorraine l'évolution de la pensée qui fait passer ^{de} la notion de charité à celle de service public et de même voir comment après avoir, par bienfaisance, créé tant d'établissements hospitaliers,

la Société s'apprête à en créer d'autres par... économie (cf les Créations Mutualistes) !

En 1977, nous avons ainsi pu dénombrer 126 établissements hospitaliers auxquels il convient d'ajouter les deux hôpitaux des armées que nous n'avons pas encore étudiés.

En effet, il nous faut ici citer les hôpitaux des armées car, selon l'article 3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 "portant réforme hospitalière", il est clairement stipulé que -sous certaines conditions fixées par le décret n° 74-431 du 14 mai 1974⁽²⁾ le service de santé des armées participe au service public hospitalier.

La Lorraine, région sanitaire civile définie plus haut, est comprise dans la très importante 6ème Région Militaire. Cette dernière, bien plus vaste, s'étend sur les régions de :

Champagne-Ardenne

- Ardennes
- Marne
- Aube
- Haute-Marne

Bourgogne

- Yonne
- Nièvre
- Côte d'Or
- Saône et Loire

Franche Comté

- Haute Saône
- Doubs
- Jura

4 départements Lorrains

2 départements Alsaciens

Elle comprend cinq hôpitaux militaires dont deux en Lorraine

(1) D'après D. C. S. S. A. 3. OHI. Janvier 1975 citée dans "Les Hôpitaux des Armées et le Service Public Hospitalier" Mémoire de fin d'Assistantat Novembre 1975 - Yves HAREL - page 142 - Tableau n° IV -

(2) Décret n° 74.431 du 14 Mai 1974 (que l'on trouvera en annexe)

- Hôpital des Armées LEGUEST à Metz (441 lits)
- Hôpital des Armées SEDILLOT à Nancy (420 lits)

La création des hôpitaux des armées est très ancienne bien qu'à l'origine ils ressemblaient plus à des infirmeries militaires qu'à de véritables hôpitaux.

A Nancy, le premier hôpital militaire a été fondé en 1702 sous le nom d'Hôpital SAINT-JEAN. Plusieurs hôpitaux se sont succédés jusqu'à l'actuel Hôpital SEDILLOT qui date de 1909-1910.

A Metz, l'Hôpital des Armées LEGUEST date de 1912 et a successivement servi d'hôpital militaire aux armées allemandes, américaines et françaises.

Longtemps ces hôpitaux n'ont soigné que les militaires de carrière et ceux du contingent, parfois leurs familles, actuellement, et bien que leurs équipements et leurs lits ne soient pas comptabilisés dans la carte sanitaire civile, ils peuvent accepter n'importe quel civil. Aussi n'est-il pas rare de voir s'effectuer des transferts de malades lorsque les services des hôpitaux civils sont pleins. Se devant, légalement, de participer au service public hospitalier les hôpitaux des armées sont tenus d'accepter les urgences et de se plier aux éventuels plans

O. R. S. E. C.

De même il peut arriver qu'un hôpital des Armées soit amené à transférer un militaire dans un hôpital

civil pour une spécialité qu'il n'aurait pas
(ex. : Neurochirurgie ou réanimation lourde au C. H. U.
de Nancy).

Il est donc intéressant de voir que les deux
hôpitaux des armées lorrains apportent à la région un
supplément de 861 lits et nous serons donc amenés à les
étudier succinctement plus loin.

En résumé, voyons quelle est l'armature hospitalière
lorraine en effectif d'établissements et de lits, répartis
selon les divers statuts juridiques vu ci-dessus.

TITRE III : L'ARMATURE HOSPITALIERE LORRAINE EN 1976-1977

Chapitre A : LES ETABLISSEMENTS SELON LEUR STATUT JURIDIQUE

Nous avons pu dénombrer 128 établissements lorrains répondant aux articles 2 à 4 de la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 (n° 70-1318).

Ils se répartissent en :

- 51 établissements publics ;
- 75 établissements privés ;
- 2 hôpitaux des armées.

(cf tableau p.I4_{bis}).

Remarquons d'emblée le grand nombre d'établissements privés lorrains : il y en a en effet 50 % de plus que d'établissements publics. Mais ce sont des établissements de taille souvent plus réduite puisque le secteur public lorrain offre un total de 18 821 lits pour seulement 7 087 lits privés -(tableau p.40_{bis}) -La différence est encore plus flagrante si l'on considère que 43 établissements privés à but lucratif fournissent 2 316 lits alors que les 18 821 lits publics ne sont répartis que dans 51 établissements.

Il nous est ainsi paru intéressant d'ordonner les différents établissements selon leur taille en prenant pour référence le classement utilisé pour l'attribution des postes de Directeur des Hôpitaux publics, à savoir :

NOMBRE DE LITS PAR
STATUT JURIDIQUE DANS LES
DIFFERENTS DEPARTEMENTS
en 1976 - 1977

Statut Juridique	Nbre Lits					Total
	Meuse	Meurthe et Moselle	Moselle	Vosges		
ETABLISSEMENT PUBLIC	2 257	7 031	5 427	4 106	18 821	
ETABLISSEMENT PRIVE (TOTAL)	220	2 329	4 046	492	7 087	
- But Lucratif	191	995	638	492	2 316	
- But non Lucratif (total)	29	1 334	3 408	0	4 771	
+ confessionnel	0	182	1 026	0	1 208	
+ industriel	0	895	1 432	0	2 327	
+ autre	29	257	950	0	1 236	
TOTAL (public + privé)....	2 477	9 360	9 473	4 598	25 908	
HOPITAL DES ARMEES (H. A.)	0	420	441	0	861	
TOTAL GENERAL.....	2 477	9 780	9 914	4 598	26 769	

Le Centre Hospitalier spécialisé de Jury-les-Metz est ici encore compté parmi les établissements privés à but non lucratif. Le Centre Médical de Luc à Abreschviller(57) est compté ici comme établissement hospitalier .

moins de	80 lits :	Hôpital de 5 ème classe
de 80 à	199 lits :	Hôpital de 4 ème classe
de 200 à	499 lits :	Hôpital de 3 ème classe
de 500 à	999 lits :	Hôpital de 2 ème classe
plus de	1 000 lits :	Hôpital de 1 ème classe

(tableau 4I_{bis} et graphe 4I_{ter}).

Immédiatement l'on remarque qu'aucun établissement privé n'a plus de 500 lits et que 63 % d'entre eux en ont moins de 80. A l'opposé, le secteur public n'a que 37 % d'établissements inférieurs à 80 lits alors que 29 % comptent plus de 500 lits. On peut donc dire qu'il y a une différence très nette de taille des bâtiments entre les deux types d'exploitation.

Si l'on veut faire une analyse plus fine en individualisant à l'intérieur des privés les établissements à but non lucratif et les "cliniques privées", on constate d'emblée que 81 % d'entre elles ont moins de 80 lits et une seule plus de 200 lits. C'est une caractéristique importante de ces établissements qui sont des formules de gestion souple engageant une immobilisation de capitaux financiers beaucoup moins considérables que dans les grands hôpitaux publics et, qui par leur taille modeste et les rapports humains qui en résultent, exercent certainement une séduction sur la population.

Singulièrement on peut rapprocher les établissements

Répartition des établissements

leur taille, leur localisation

Taille des Etablissements	Etab moin	Etablissements de de 1 000 lits et +					Totaux	
		M et M:	M.	M.	Mo.	V.		To.
Statut Juridique								
<u>Etablissements Publics</u>	3	2	0	3	1	6	51	
						11,7		
<u>Etablissements Privés</u>								
p. b. l.	15						43	
p. b. n. l.	6						32	
- confessionnel	2						9	
- industriel	4						14	
- autre	0						9	
- TOTAL	21						75	
TOTAUX	24							
TOTAUX SELON QUELQUE SOIT LE		Etablissements LE STATUT JURIDIQUE						
		6						
% sur le Nombre total d'Etablissements du Département	58,5	5		7	3,3			
% de Chaque Département sur le total selon la taille de l'établissement	36	33		50	16,6			

E : Etab.
p. b. l.
p. b. n.
To. : To

à but non lucratif des hôpitaux publics puisque 37 % d'entre eux possèdent moins de 80 lits mais 25 % d'entre eux sont des unités de plus de 200 lits ce qui les oppose nettement aux "cliniques privées."

Conclusion :

Hôpitaux publics : petits, moyens et grands

Établissements privés à but non lucratif : petits et moyens

Établissements privés à but lucratif : petits et moyens

L'origine des établissements à but non lucratif ne jouant pas.

Que dire de la répartition départementale de ces différents établissements ?

La Moselle possède le plus grand nombre d'établissements hospitaliers (44) suivie de près par la Meurthe et Moselle (41), à distance les Vosges (30) et la Meuse qui, avec ses 11 établissements, pourrait paraître peu pourvue.

Le pourcentage -en nombre d'établissements privés et publics- est bien différent selon les départements ; le secteur public possède :

64 % des établissements en Meuse

27 % des établissements en Meurthe et Moselle

32 % des établissements en Moselle

63 % des établissements dans les Vosges

Cette répartition (2/3 - 1/3) rapproche :

- d'une part, la Meuse et les Vosges, départements à la population peu nombreuse et de faible densité, à activité agricole prépondérante ou industrielle disséminée.
- d'autre part, la Meurthe et Moselle et la Moselle, départements à la population dense, avec de grandes unités urbaines, à l'activité industrielle concentrée et avec un secteur tertiaire important.

L'analyse du secteur privé permet de remarquer un fait très particulier ; il n'existe aucun établissement à but non lucratif dans les Vosges et un seul en Meuse -encore a-t-il été créé par des Anglais !

Parmi ces établissements, l'absence de ceux d'origine industrielle peut s'expliquer dans la mesure où l'industrie est justement inexistante ou très dispersée dans ces deux départements.

Pourquoi n'y trouve-t-on pas d'établissements d'origine confessionnelle ?

La bienfaisance religieuse s'est-elle moins préoccupée de ces régions agricoles où la maladie est moins criarde que dans les quartiers pauvres des villes ou est-ce un défaut d'organisation des agriculteurs par rapport à l'organisation des populations urbaines (et cependant les accidents du travail sont également fréquents chez les

agriculteurs.)

Quant au seul hôpital privé à but non lucratif existant dans ces départements, il s'agit de l'Hôpital St Georges créé en 1921 à Hannonville-sous-les-Côtes (Meuse), pour les habitants du canton de Vigneulles, par des Anglais, traumatisés par les horreurs de la guerre en Lorraine.

De plus cet hôpital a la particularité d'être un établissement privé dans un village de 416 habitants. Or, tous les autres établissements privés lorrains se trouvent dans des unités urbaines.

En effet, les 74 autres établissements privés se trouvent dans les unités urbaines définies en 1968 et 1975 par l'I. N. S. E. L. comme étant :

"Une ou plusieurs communes sur le territoire desquelles se trouve un ensemble d'habitations qui présentent entre elles une continuité et comportent au moins 2 000 habitants."

Ce caractère s'oppose à celui du secteur public qui, avec ses hôpitaux ruraux -maintenant appelés par le nom générique d'hôpitaux locaux- garde de plus nombreuses implantations dans les communes rurales (au nombre de quatre).

L'on pourrait s'étonner de ce chiffre faible mais il faut souligner que ce seuil de 2 000 habitants est exceptionnellement bas. D'autre part, dans de nombreux autres pays, une commune (ou un ensemble de communes) est dite urbaine lorsqu'elle comporte au moins 5 000

habitants.

Pour une analyse plus démonstrative, nous avons classé les établissements hospitaliers en fonction de la taille, de la commune, et éventuellement, de l'unité urbaine à laquelle ils appartiennent (recensement INSEE 1975) - (Tableau VI).

On constate que les établissements privés à but lucratif sont concentrés dans les grandes unités urbaines : 27 établissements (sur 43) dans les villes de plus de 50 000 habitants. Aucun établissement dans les communes de moins de 2 000 habitants, 14 établissements dans des unités urbaines de 5 000 à 25 000 habitants.

Les établissements privés à but non lucratif sont également prépondérants dans les grandes villes (19 établissements sur 32 dans des unités urbaines de plus de 50 000 habitants) ; mais, le reste est plus également réparti, en particulier, on trouve deux établissements dans des communes de moins de 2 000 habitants.

Quant aux établissements publics, considérons les hôpitaux locaux (ex. ruraux) ; ceux-ci siègent dans des communes de moins de 12 500 habitants (et en particulier 4 établissements dans des communes de moins de 2 000 habitants).

Il faut toutefois signaler deux établissements dans des unités urbaines de plus de 100 000 habitants : il s'agit alors de deux anciennes petites communes englobées dans de grandes agglomérations.

45^{bis}

CLASSEMENT DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SELON LA TAILLE
DE L'UNITE URBAINE OU ILS SONT SITUES (DEFINITION I.N.S.E.E.1975)

Taille des Unités Urbaines	selon les départements	Etablissements Publics		Etablissements Privés	
		Hôpitaux	Autres	Etablissements	Etablissements
		Locaux	Hôpitaux	à but lucratif	à but non lucratif
0 - 1 999	M. et M. M. Mo. V.	\$1 \$1 \$2	: :1 (psy.) :2 (dont 1 psy.) :	\$1 \$1 \$1 (psy.) \$2	: :1 :1 (psy.) :
2 000 à 4 999	M. et M. M. Mo. V.	\$1 \$1 \$1 \$2	: : :1 :	\$1 \$1 \$1 \$1 (psy.)	: : :3 :
5 000 à 9 999	M. et M. M. Mo. V.	\$1 \$1 \$1 \$5	: : :2 :2	\$1 \$1 \$1 \$4	: :1 : :3
10 000 à 14 999	M. et M. M. Mo. V.	\$1 \$1 \$1 \$3	: :3 :1 :2 :3 (dont 1 psy.)	\$1 \$4 \$1 \$1	: :2 : :1
15 000 à 19 999	M. et M. M. Mo. V.	\$1 \$1 \$1 \$1	: : :1 :3 (dont 1 psy.) :1	\$1 \$1 \$1 \$1	: : : :1
20 000 habitants et plus	M. et M. M. Mo. V.	\$1 \$1 \$1 \$1	: :4 (dont 1 psy.) : :4 :1 :	\$14 \$8 \$8 \$5	: :8 :11 : :

M. et M. = Meurthe et Moselle
M. = Meuse
Mo. = Moselle
V. = Vosges
psy. = établissement psychiatrique

ETABLISSEMENTS PUBLICS SITUES
DANS DES UNITES URBAINES DE 10 000 à 24 999 habitants

Taille des Unités Urbaines		Hôpitaux Locaux	Autres Hôpitaux
Selon les Départements			
0 000	M. et M.		
à	M.		
2 500	Mo.	2	
habitants	V.		2
2 500	M. et M.	1	3
à	M.		1
4 999	Mo.		2
habitants	V.	1	1

On peut donc distinguer les hôpitaux locaux des autres hôpitaux publics, qui sont situés, pour la majorité d'entre eux, dans des unités urbaines de plus de 12 500 habitants, (21 sur 31).

Attirons immédiatement l'attention sur les établissements psychiatriques, point que nous reprendrons ultérieurement. 4 sur 7 sont situés dans des communes de moins de 5 000 habitants dont 3 de moins de 2 000 habitants.

Observons encore que les départements de Meurthe et Moselle et de Moselle possèdent le même nombre d'établissements privés (30) mais que les 2/3 d'entre-eux sont "privés à but lucratif" en Meurthe et Moselle alors qu'en Moselle ce statut juridique ne concerne qu'un tiers d'entre eux.

Est-ce une vitalité particulière du secteur privé à but lucratif en Meurthe et Moselle due à la présence sur le marché de médecins hautement qualifiés, issus du Centre Hospitalier et Universitaire, désirant un travail similaire et qui hésitent à s'éloigner de la faculté ?

Quant à la prévalence du secteur privé à but non lucratif en Moselle peut-on l'expliquer par une meilleure organisation des catégories socio-professionnelles ouvrières ou bien la carence du secteur public dans ce département ? De plus, il faut signaler que la Moselle est le seul département lorrain qui soit encore concordataire et de ce fait l'Eglise, qui n'a pas été séparée de l'Etat, se doit de soigner les malades en compensation de privilèges traditionnels.

Rappelons que ces établissements à but non lucratif ont été en Moselle créés pour la plupart durant l'adminis-

tration allemande. Est-ce une réaction des autorités religieuses qui ont profité de la loi de 1908 pour se protéger d'éventuelles rigueurs comparables à celles du Kulturkampf de Bismarck ?

Au sujet des établissements d'origine industrielle : leur développement, rappelons le, date de la même époque et s'est fait pendant l'expansion de l'industrialisation lourde de la région.

La carence du secteur public en Moselle :
Son infériorité par rapport à la Meurthe et Moselle.

En Moselle, la population est de 39,3 % supérieure à celle de la Meurthe et Moselle et pourtant elle possède 23 % de moins de lits publics.

Voyons donc plus précisément la répartition lorraine des lits hospitaliers.

CHAPITRE B

LES LITS D'HOSPITALISATION - selon le Statut Juridique
des Etablissements et la Population - en 1976 - 1977

Il est intéressant de comparer de façon quantitative
la couverture sanitaire départementale et la population qu'elle concerne.

Les Lits d'Hospitalisation et la Population Lorraine

	FRANCE	LORRAINE	MEURTHE & MOSELLE	MEUSE	MOSELLE	VOSGES
Nombre total de lits civils	(1) 553 791	25 908	9 360	2 477	9 473	4 598
% par rapport au total lorrain			36%	9,5%	36,5%	17,7%
Effectif démographique en 1975 (INSEE) en milliers	52 655,8	2 330,8	722,6	203,9	1 006,4	397,7
% par rapport au total lorrain			31 %	8,74%	43 %	17 %
Proportion de la population urbaine (% - en 1975 (INSEE)	72,98	72,7	79,2	45,7	75,1	68,4
Indice Lits/ population	10,6 ‰ hab/	11 ‰ hab.	12,95 ‰ hab.	12,15 ‰ hab.	9,41 ‰ hab.	11,55 ‰ hab.

1) Rapport de la Commission Santé et Assurance Maladie -
Préparation du 7ème Plan - Commissariat Général au Plan
p. 222 - Source : Ministère de la Santé.

.../...

Essayons tout d'abord une approche globale du problème.

La Lorraine avec ses 11 lits pour 1 000 habitants paraît, à première vue, bien équipée puisque la moyenne nationale était de 10,6 en 1974 et qu'avec 4,4 % de la population française elle possède 4,7 % des lits d'hospitalisation.

De même tous les départements lorrains, sauf la Moselle, ont un indice $\frac{\text{lits}}{\text{population}}$ supérieur à l'indice national.

L'indice le plus fort étant, comme nous pouvons nous en douter, celui de Meurthe et Moselle supérieur de près d'un tiers à l'indice national. Ce département avec 31 % de la population lorraine possède 36 % des lits hospitaliers.

La Meuse et les Vosges, bien qu'ayant en chiffres absolus peu de lits par rapport aux autres départements lorrains, présentent, de par leur faible population (qui diminue), un bon indice $\frac{\text{lits}}{\text{population}}$. Avec 8,74 % des lorrains, la Meuse bénéficie de 9,5 % des lits et les Vosges présentent à peu près le même pourcentage d'habitants que de lits, soit 17 et 17,7 %.

Mais il n'en est malheureusement pas de même pour la Moselle dont l'indice est de 11 % inférieur à l'indice français et qui, avec 43 % de la population lorraine, ne possède que 36,5 % des lits. Ce déficit de 6,5 % est considérable puisqu'il représente un manque de 1 684 lits !.. et ceci malgré l'appui important du secteur privé qui

apporte 43 % des lits mosellans !...

Si l'on voulait prendre pour référence le département de la Meurthe et Moselle puisque c'est celui qui est le plus médicalisé quantitativement et qualitativement (La Faculté de Médecine étant à Nancy), voici quels seraient les rapports :

a) Pour la Meuse

Population de Meurthe et Moselle	= 3,5 x population de la Meuse
Nombre de lits de Meurthe et Moselle	= 3,77 x nombre de lits de la Meuse

La Meuse présente donc un léger déficit quantitatif par rapport à la Meurthe et Moselle.

b) Pour les Vosges

Population de Meurthe et Moselle	= 1,8 x population des Vosges
Nombre de lits de Meurthe et Moselle	= 2,03 x nombre de lits des Vosges

Ceci est un déficit important d'autant plus que ce département a un relief montagneux sur une bonne partie de son territoire et que les normes du Ministère de la Santé autorisent alors un indice de lits supérieur à cause des difficultés de transport durant l'hiver.

c) Pour la Moselle

Population de Meurthe et Moselle	= 0,7 x population de la Moselle
Nombre de lits de Meurthe et Moselle	= 0,99 x nombre de lits de Moselle

Nous retrouvons ici le déficit mosellan en lits d'hospitalisation, déficit que nous avons pu chiffrer plus haut à 1 684 lits. La carte sanitaire, définie par la loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière, attribue des lits supplémentaires à la fonction enseignante des Centres Hospitaliers et Universitaires, mais, selon l'arrêté du 15 avril 1977,^(I) ceux-ci ne peuvent être que de 1 049 lits.

Nous ne pouvons donc y trouver l'explication de ce déficit en lits.

Pour ce qui concerne l'Etude de la répartition des lits selon le statut juridique des établissements rappelons (tabl.40^{BIS}) que la Meurthe et Moselle possède le plus grand nombre de lits publics quoiqu'elle n'ait que 11 établissements publics et la Moselle 14 (soit 1,2 fois plus). Ceci s'explique par la présence à Nancy du Centre Hospitalier Régional et Universitaire, et notamment des nouveaux bâtiments de Brabois, qui entraîne de par son existence un déséquilibre des lits hospitaliers lorrains.

Compensant ceci, les lits privés sont bien plus nombreux en Moselle qu'en Meurthe et Moselle (1,7 fois plus). Le total des lits mosellans est, malgré tout, à peine supérieur, en nombre absolu, au total des lits de Meurthe et Moselle. Mais c'est encore insuffisant par rapport à la différence de population. En ce qui concerne les lits privés à but non lucratif, la différence est grande puisqu'on en trouve 2,5 fois plus en Moselle (ceci est évidemment à mettre en relation avec les différents nombres d'établissements que nous avons étudiés plus haut).

(I) Arrêté du 15 Avril 1977 (que l'on trouvera en annexe).

Mais toutefois, il semble que les établissements à but non lucratif soient aussi plus grands en Moselle qu'en Meurthe et Moselle : le coefficient multiplicateur du nombre d'établissements (n.e.) est en effet de 1,8 alors que celui du nombre de lits (n. l.) est de 2,5 (ce caractère nous est confirmé à l'observation du Graphe n° 1).

Voici plus exactement les différents rapports :

RAPPORT DU NOMBRE DES ÉTABLISSEMENTS ET LITS EN MOSELLE SUR LE NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS ET LITS EN MEURTHE ET MOSELLE

	n.e.	n.l.
(Etablissements p. b. n. l.	1,8	2,5
(Etablissements d'origine confessionnelle	2	5,6
(Etablissements d'origine industrielle	1,33	1,6
(Etablissements autres	3	3,7

n.e. = $\frac{\text{nombre d'établissements en Moselle}}{\text{nombre d'établissements en Meurthe et Moselle}}$

n.l. = $\frac{\text{nombre de lits mosellans}}{\text{nombre de lits en Meurthe et Moselle}}$

p.b.n.l. : privés à but non lucratif

La plus grande différence de rapport se rencontre dans les établissements d'origine confessionnelle. On peut penser que la raison en est due à la présence à Metz de très grands établissements comme l'hôpital St Blandine, l'hôpital St André ou bien encore la maternité Ste Croix dont on ne trouve pas d'homologue autre part.

Que dire à propos des lits d'hospitalisation en Meuse et dans les Vosges ?

Les lits publics y sont peu nombreux corrélativement aux petits nombres d'établissements et aux faibles effectifs démographiques. Mais il semble qu'en Meuse les établissements existant soient plus grands que ceux des Vosges.

En effet, voici les chiffres :

Nombre d'établissements et nombre de lits en Meuse et dans les Vosges en
 ————— 1976-1977. —————

	:	Nombre	:	Nombre
	:	d'Établissements	:	de lits
(:		:	
(	:	7	:	2 257
(:		:	
(	:	19	:	4 106
(:		:	

Nous pensons qu'il faut y trouver là une raison de géographie physique. En effet, la multiplicité des petits hôpitaux locaux (ex. ruraux) est due dans les Vosges à la rigueur de l'hiver et aux difficultés alors rencontrées par les malades pour se rendre dans un hôpital éloigné.

De plus, dans les Vosges, la vie s'organise traditionnellement, par vallée (on descend la vallée pour aller à l'hôpital le plus proche), et ceci a certainement concouru à la création de nombreuses petites unités hospitalières rurales. Ce problème n'existe pas en Meuse, pays de relief modéré, et explique que les hôpitaux y soient moins nombreux et plus grands.

Cette particularité concernant la taille des établissements se retrouve également dans les secteurs privés

(tabl.p.I4_{bis} et 40_{bis}). De même que lors de notre étude sur le nombre d'établissements (cf plus haut), nous ne trouvons que peu ou pas de lits privés à but non lucratif en Meuse ou dans les Vosges et quelques rares lits privés à but lucratif.

Ces deux départements relativement peu peuplés et à la proportion de population urbaine faible par rapport aux deux autres départements lorrains et de surcroît non universitaires, semblent peu "intéresser" les créateurs de lits hospitaliers privés...

Afin de nous faire une idée de l'armature hospitalière lorraine nous avons sans cesse dû étudier et le secteur public et les différents secteurs privés ainsi que leurs interactions. C'est aussi ce qu'à instauré le législateur de 1970 et qui, depuis lors, est mis en vigueur par la Carte Sanitaire sur laquelle nous allons maintenant nous pencher.

TITRE IV : LA CARTE SANITAIRE LORRAINE

Chapitre A : Comme nous l'avons vu précédemment la conception actuelle de la médecine et du droit à la santé nous impose une vue globale de l'infrastructure hospitalière. C'est aussi ce qu'a ressenti le législateur qui a défini en 1970 la politique de sectorisation et la carte sanitaire.

"La finalité de celle-ci se situe dans une perspective d'aménagement du territoire... C'est la recherche d'une répartition équilibrée de moyens par rapport à la population, aux activités et aux équipements.¹"

Avant 1970, l'administration avait déjà envisagé le découpage territorial afin de mieux cerner les besoins et notamment la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 avait prévu le découpage des départements en secteurs psychiatriques.

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, loi portant réforme hospitalière, stipule en son article 5 que la carte sanitaire délimite des régions et des secteurs d'action sanitaire.

La région sanitaire lorraine regroupe, comme nous l'avons déjà indiqué plus haut, les quatre départements de la région de programme (Arrêté du 11 janvier 1973).

"L'Hospitalisation publique en France"

La délimitation des secteurs sanitaires a été plus difficile à déterminer. En effet, le Ministère de la Santé a nettement défini ses tenants et aboutissants :

"L'Étendue des secteurs et des régions sanitaires est déterminée par la carte compte tenu de l'importance et de la qualité des installations et des équipements publics et privés existants et en cours de réalisation, de l'importance et des variations de la population, des moyens de communication, des conditions géographiques, de l'évolution des techniques médicales et des caractéristiques propres à chaque secteur ou région.¹"

Ceci imposait aux instances nationales, régionales et aux commissions médicales un travail qui pouvait se révéler très long, aussi l'article 12 du même décret prévoyait que ces délimitations seraient, dans un premier temps, effectuées par arrêté ministériel "pris après avis de la Commission Nationale de l'Équipement Hospitalier... ou, lorsqu'elle aura été constituée, de la Commission Nationale de l'Équipement Sanitaire..."

C'est ainsi que primitivement la Lorraine se vit dotée par l'arrêté ministériel du 15 février 1974 de 15 secteurs sanitaires provisoires.

1 Décret n° 73-54 du 11 janvier 1973 (J.O. du 13 janvier 1973)

Voici quelles étaient leur dénominations :

- Secteur n° 1 : Verdun-sur-Meuse
- Secteur n° 2 : Briey
- Secteur n° 3 : Thionville
- Secteur n° 4 : Metz
- Secteur n° 5 : Boulay-Moselle - Forbach - Saint-Avold
- Secteur n° 6 : Sarreguemines
- Secteur n° 7 : Bar-le-Duc
- Secteur n° 8 : Commercy - Saint-Mihiel
- Secteur n° 9 : Nancy - Pompey - Pont-à-Mousson - Toul
- Secteur n° 10 : Sarrebourg - Dieuze
- Secteur n° 11 : Lunéville
- Secteur n° 12 : Neufchâteau - Vittel
- Secteur n° 13 : Epinal
- Secteur n° 14 : Saint-Dié
- Secteur n° 15 : Remiremont - Gérardmer

Les indices de besoins afférent à ces différents secteurs étaient déterminés par ceux fixés par l'arrêté ministériel du 30. X. 1973⁽¹⁾ pour toute la France (l'Alsace en ayant de particuliers) :

Disciplines	Indice de Besoins en Lits pour 1 000 habitants	
	Secteurs Sanitaires de moins de 150 000 habitants	Secteurs Sanitaires de plus de 150 000 habitants
Médecine	2,3 à 2,5	2,5 à 2,7
Chirurgie	1,8 à 2,0	2,1 à 2,3
Gynécologie-Obstétrique	0,4 à 0,5	0,4 à 0,6

Les centres hospitaliers universitaires et établissements assimilés assurant le service public hospitalier disposent aux fins d'enseignement et de recherche d'indices supplémentaires : Médecine : 0,2 lits pour 1 000 habitants ; Chirurgie = 0,2 lits pour 1 000 habitants ; Gynécologie-Obstétrique = 0,05 lits pour 1 000 habitants

Cette sectorisation provisoire devait permettre, selon le décret déjà cité, "la constitution des groupements interhospitaliers prévus par l'article 5 de la loi susvisée du 31. XII. 1970".

A partir de cette première sectorisation une deuxième étape devait conduire à la sectorisation définitive pour "parvenir à créer des secteurs viables (de consistance suffisante) et conformes aux fonctions qui leur sont assignées... En effet, le secteur sera l'unité de référence pour la programmation des établissements et des équipements en ce qui concerne les soins courants ; il sera également l'unité de complémentarité ou de coordination des établissements au sein des groupements qui devront se constituer dans son cadre".⁽¹⁾

En Lorraine, comme dans plusieurs autres régions, on a donc pu remarquer la diminution du nombre des secteurs sanitaires afin que chacun d'eux puisse mieux "répondre aux missions qui leur sont imparties par la loi hospitalière et le décret relatif à la carte sanitaire."⁽¹⁾

Chaque secteur doit donc "comporter assez d'établissements pour permettre ces groupements, et comprendre une

Circulaire Ministérielle n° 87 du 25 mars 1974 relative à l'élaboration de la carte sanitaire pour la médecine, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique (non parue au Journal Officiel) page 2 -

Parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale (Paris - 26, rue Desaix)

population assez nombreuse pour justifier l'existence d'un⁵⁹
ou plusieurs plateaux techniques autonomes, suffisants,
pour la distribution des soins courants. (1)"

La carte sanitaire lorraine a ainsi été remaniée
par l'arrêté ministériel du 31 octobre 1975 (J.O. n° 283
du 6. XII. 1975) et ne comprend plus que douze secteurs
sanitaires. La circulaire ministérielle du 26. XII. 1969 (2)
indiquait que la zone desservie par un établissement
dispensant des soins courants ne pouvait s'étendre à plus
d'un rayon de 25 kilomètres, soit un temps d'accès estimé
à une demi-heure. Ce critère a donc dû être modifié pour
permettre la création ou le fonctionnement de "plateaux
techniques" que le progrès des techniques médicales im-
pose.

Pour compenser cet amoindrissement de la taille des
secteurs sanitaires on peut remarquer que les indices de
besoins en lits ont été augmentés.

Voici quelles étaient leurs "fourchettes" en ce qui
concerne la médecine, la chirurgie et la gynécologie-
obstétrique :

Médecine	: de 2,5 à 2,7 lits
	1000 habitants
Chirurgie	: de 2,0 à 2,3 lits
	1000 habitants
Gynécologie-Obstétrique	:: de 0,5 à 0,6 lits
	1000 habitants

) circulaire n° 87 du 25 mars 1974 citée ci-dessus

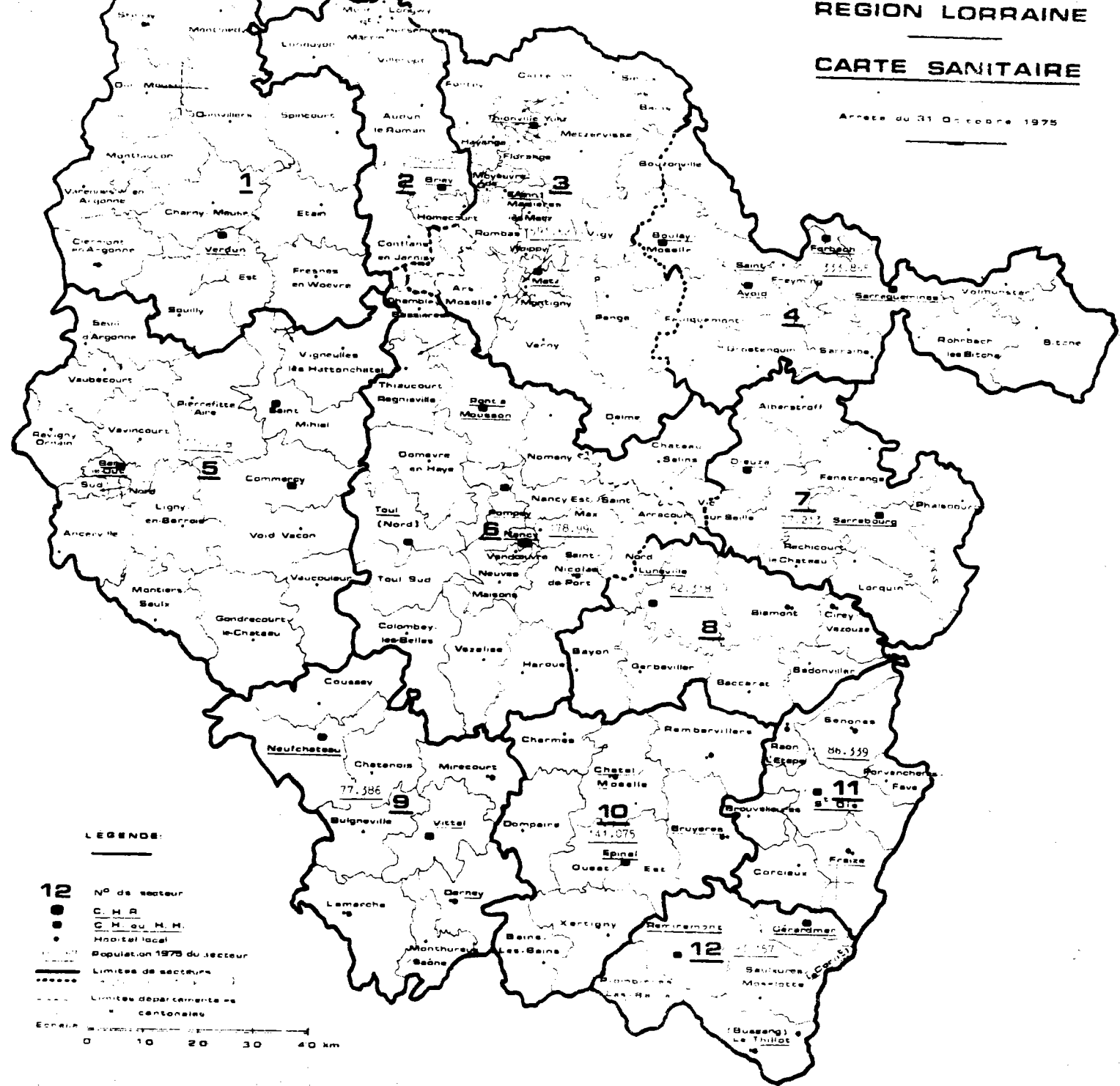
) circulaire ministérielle du 26 décembre 1969 "carte hospitalière"

exposé Général

publiées, toutes deux, au Bulletin Officiel de la Santé et de la Sécurité
Sociale (Paris - 26, rue Desaix)

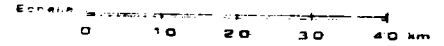
CARTE SANITAIRE

Arrête du 31 Octobre 1975



LEGENDE:

- 12 N° de secteur
- C. H. A.
- C. M. ou H. M.
- Hôpital local
- Population 1975 du secteur
- Limites de secteurs
- Limites départementales
- Limites départementales cantonales



Sectorisation définie par arrêté ministériel du 31 Octobre 1975

Application des indices fixés par l'arrêté ministériel à la population recensée en 1975

N° et désignation des secteurs	Population recensée	Indices fixés (.) et nombre de lits correspondants :						
		Médecine		Chirurgie		Gynécologie Obstétrique		
1 - Verdun.....	91.376	(2,5)	228	(2,0)	183	(0,5)	46	
2 - Briey.....	184.964	(2,7)	499	(2,3)	425	(0,6)	100	
3 - Metz-Thionville.....	591.620	(2,7)	1597	(2,3)	1361	(0,6)	355	
4 - Boulay, Forbach, Saint-Avold, Sarreguemines.....	333.855	(2,7)	901	(2,3)	768	(0,6)	200	
5 - Bar-le-Duc, Commercy, Saint-Mihiel.....	112.528	(2,6)	293	(2,2)	248	(0,5)	56	
6 - Nancy, Pompey, Pont-à-Mousson, Toul..... + C.H.U. de Nancy.....	478.990 (2.330.821)	(2,7)	1293) (0,2) 466)	1759	(2,3) 1102) (0,2) 466)	1568	(0,6) 287) (0,05) 117)	404
7 - Sarrebourg, Dieuze.....	77.213	(2,5)	193	(2,0)	154	(0,5)	39	
8 - Lunéville.....	62.318	(2,5)	156	(2,0)	125	(0,5)	31	
9 - Neufchâteau, Vittel.....	77.386	(2,5)	193	(2,0)	155	(0,5)	39	
10 - Epinal.....	141.075	(2,5)	353	(2,0)	282	(0,5)	71	
11 - Saint-Dié.....	86.339	(2,5)	216	(2,0)	173	(0,5)	43	
12 - Remiremont, Gérardmer.....	93.157	(2,5)	233	(2,0)	186	(0,5)	47	
	<hr/> 2.330.821		<hr/> 6621		<hr/> 5628		<hr/> 1442	

13 Mars 1976.

(les indices supplémentaires attribués aux fins d'enseignement restant les mêmes).

Mais deux remarques importantes sont à faire :

- les secteurs sanitaires de Metz et de Thionville ont été fondus en un seul secteur : ce qui favorisera la création de l'Établissement Public Hospitalier Intercommunal de Metz-Thionville (I) puis du Centre Hospitalier Nord-Métropole Lorrain.
- en même temps qu'une diminution du nombre des secteurs sanitaires on a procédé à une simplification de leurs limites. (2) Sans toutefois que ceux-ci puissent toujours respecter les contours départementaux.

(3) Les modifications suivantes ont pu être observées :

- Secteur n° 1 : Verdun-sur-Meuse : inchangé
- Secteur n° 2 : Briey : inchangé
- Secteur n° 3 : Metz-Thionville : Il y a eu fusion des anciens secteurs n° 3 et 4. De plus, des communes du canton de Boulay/Moselle y ont été ajoutées.

L'historique de la Création du Centre Hospitalier Régional Nord-Métropole lorrain sera vue plus loin.

On trouvera en annexe les délimitations cantonales et communales des secteurs actuels ainsi que leur expression cartographique et les indices pour la médecine, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique de 1975 et 1977.

) La numérotation des secteurs ainsi que leurs intitulés (soulignés dans le texte) correspondent à ceux de 1975.

- Secteur n° 4 : Boulay, Forbach, Saint-Avold, Sarrequemines :
c'est la réunion des anciens secteurs
n° 5 et 6
- Secteur n° 5 : Bar-le-Duc, Commercy, Saint-Mihiel :
c'est la fusion des anciens secteurs
n° 7 et 8. Mais de plus le canton de
Gondrecourt-le-Château (55) y est compris
enssa totalité puisque les communes qui
avaient été rattachées au précédent secteur
n° 12 (Neufchâteau - Vittel) y sont
réintégréés
- Secteur n° 6 : Nancy, Pompey, Pont-à-Mousson, Toul :
il correspond au précédent secteur n° 9
mais on remarque que le canton de
Colombey-les-Belles y est maintenant
inclu en entier ; en revanche, il ne
comprend plus la partie du canton de
Charmes (88) précédemment rattachée.
- Secteur n° 7 : Sarrebourg, Dieuze : il correspond au
précédent secteur N° 10 mais contient
maintenant le canton d'Albestroff en
entier alors que les communes des cantons
de Blâmont (54) et Cirey-sur-Vezouze (54)
lui ont été retirées.

Secteur n° 8 : Lunéville : c'est l'homologue de l'ancien secteur n° 11 avec les modifications suivantes :

- le canton de Lunéville-Nord y comprend plus de communes ;
- les cantons de Baccarat, Badonviller, Blâmont et Cirey-sur-Vezouze y sont inclus dans leur intégrité ;
- aucune commune du canton de Rambervillers (88) n'en fait plus partie

Secteur n° 9 : Neufchâteau, Vittel : il correspond au précédent secteur n° 12 mais comprend maintenant le canton de Mirecourt en entier, alors que lui ont été supprimées les communes des cantons de Colombey-les-Belles rattachées au secteur n° 16, de Gondrecourt-le-Château et Vaucouleurs incluses dans le secteur n° 5

Secteur n° 10 : Epinal (précédent secteur n° 13) : il comporte maintenant les cantons de Charmes et de Rambervillers en entier

Secteur n° 11 : Saint-Dié (précédent secteur n° 14) : il comprend maintenant en entier les cantons de Brouvelieures (dont certaines communes avaient été comprises dans les anciens secteurs 13 et 14); Corcieux et Fraize (tous deux auparavant déchirés entre les secteurs 14 et 15)

Secteur n° 12 : Remiremont, Gérardmer (ancien secteur n° 15) ;
il comprend maintenant en entier les cantons
de Remiremont et Plombières-les-Bains
(auparavant divisée entre les secteurs n°
13 et 15).

Il n'est pas étonnant de remarquer qu'indices et limites des secteurs sanitaires aient varié de 1973 à 1975 puisqu'il s'agissait, d'une part, de l'élaboration et de la mise en place de la carte sanitaire et que, d'autre part, le décret n° 73-54, vu ci-dessus, précise en son article 11 que :

" La carte sanitaire est révisée obligatoirement lors de l'élaboration de chaque Plan de développement économique et social ; en outre, elle peut faire l'objet de révisions partielles à l'initiative du Ministre ou des Préfets de région."

Cette sectorisation géographique paraît assez cohérente et peut être considérée comme définitive. Elle a en effet été respectée par la circulaire ministérielle n° 316 du 6 juin 1977 qui, tout en déterminant la nouvelle politique de la santé, recommande aux instances régionales et départementales de ne pas "remettre en cause le découpage sectoriel. Il convient, en effet, de donner une certaine stabilité à ce dernier afin que puissent se développer les actions de coordination entre les établissements et que l'application de la carte sanitaire parvienne à un stade plus qualitatif⁽¹⁾."

Ce découpage sectoriel est actuellement définitif. Mais s'il devait y avoir, ainsi que cela a déjà commencé, des modifications importantes de la densité ou de la répartition de la population, on serait en droit d'attendre une sectorisation différente.

) circulaire ministérielle n° 316 du 6 juin 1977 relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (modification des indices de besoin) non parue au Journal Officiel) - Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.

L'arrêté du 15 avril 1977 qu'explique la circulaire ministérielle citée ci-dessus se contente donc de fixer de nouveaux indices lits/population sans changer les limites des secteurs. Ces nouveaux indices sont généralement plus faibles.

Secteurs de plus de 150 000 habitants

- Médecine : 1,9 à 2,3 lits/1 000 habitants
- Chirurgie : 1,9 à 2,3 lits/1 000 habitants
- Gynécologie-Obstétrique : 0,4 à 0,5 lits/1 000 habitants

Secteurs de moins de 150 000 habitants

- Médecine : 1,7 à 2,1 lits/1 000 habitants
- Chirurgie : 1,6 à 2,0 lits/1 000 habitants
- Gynécologie-Obstétrique : 0,4 à 0,5 lits/1 000 habitants

Cette baisse des indices est due à la politique même de la sectorisation. En effet, il s'agit de bien déterminer la finalité de chacun des services hospitaliers afin de pouvoir distinguer les lits de court, moyen et long séjour et d'y approprier le meilleur plateau technique possible.

a) Pour les lits de médecine, la détermination stricte des lits de "malades aigus" aboutit au reclassement de certains lits dits de "médecine" en lits de moyen voire de long séjour et à un besoin moindre de lits de "médecine-aigue". On obtiendra donc une diminution des indices lits/population ne s'appliquant plus qu'à la "médecine active".

Carte sanitaire de la Région de Lorraine

Modifications apportées par la parution de nouveaux indices lits/population

N° et désignation des secteurs de la carte sanitaire définie par arrêté ministériel du 31 octobre 1975	Population recensée en 1975	Nombre de lits correspondant à l'application des indices lits/population					
		Médecine		Chirurgie		Gynécologie-Obstétrique	
		Indices du 31.10.75	Nouveaux indices du 15.4.77	Indices du 31.10.75	Nouveaux indices du 15.4.77	Indices du 31.10.75	Nouveaux indices du 15.4.77
1 - Verdun	91.376	228	155 à 192	183	146 à 183	46	37 à 46
2 - Briey	184.964	499	351 à 425	425	351 à 425	111	74 à 92
3 - Metz-Thionville	591.620	1597	1124 à 1361	1361	1124 à 1361	355	237 à 296
4 - Boulay, Forbach, etc	333.855	901	634 à 768	768	634 à 768	200	134 à 167
5 - Bar-le-Duc, etc	112.528	293	191 à 236	248	180 à 225	56	45 à 56
6 - Nancy, etc	478.990	1293	910 à 1106	1102	910 à 1102	287	192 à 239
+ Fonction C.H.U. Nancy ...	(2.330.821)	466	466	466	466	117	117
(Total du secteur 6)	-	(1759)	(1376 à 1568)	(1568)	(1376 à 1568)	(404)	(309 à 356)
7 - Sarrebourg, Dieuze	77.213	193	131 à 162	154	124 à 154	39	31 à 39
8 - Lunéville	62.318	156	106 à 131	125	100 à 125	31	25 à 31
9 - Neufchâteau, Vitteuil	77.386	193	132 à 163	155	124 à 155	39	31 à 39
10 - Epinal	141.075	353	240 à 296	282	226 à 282	71	56 à 71
11 - Saint-Dié	86.339	216	145 à 181	173	138 à 173	43	35 à 43
12 - Remiremont, Grandmer	93.157	200	158 à 196	186	149 à 186	47	37 à 47
<u>Total de la Région</u>	<u>2.330.821</u>	<u>6521</u>	<u>4743 à 5579</u>	<u>5628</u>	<u>4672 à 5605</u>	<u>1442</u>	<u>1051 à 1293</u>
Indice moyen résultant pour la Région, y compris ...		2,84	2,03 à 2,44	2,41	2,00 à 2,40	0,62	0,45 à 0,55

Modifications apportées par la parution de nouveaux indices lits/population

La sectorisation de la Lorraine a été définie par l'arrêté ministériel du 31 octobre 1975 qui donne la composition des 12 secteurs retenus avec, pour chacun d'eux, la valeur de l'indice lits/population dans chacune des trois disciplines M.C.O. (M = Médecine et spécialités médicales, C = Chirurgie et spécialités chirurgicales, O = Gynécologie et Obstétrique).

Un arrêté du 15 avril 1977 vient de prescrire de nouveaux indices, en général plus faibles, compris entre les deux valeurs extrêmes indiquées ci-dessous :

Discipline	Indices lits/1000 h		Observations
	31.10.75	nouveaux	
a) Secteurs de plus de 150.000 habitants			
M	2,7	de 1,9 à 2,3	Secteurs n° 2 (Briey) - 3 (Metz-Thionville) - 4 (Boulay, Forbach, St-Avold, Sarreguemines) et 6 (Nancy, Pont-à-Mousson, Toul)
C	2,3	de 1,9 à 2,3	
O	0,6	de 0,4 à 0,5	
b) Secteurs de moins de 150.000 habitants			
M	2,5	de 1,7 à 2,1	Secteurs n° 1 (Verdun) - 7 (Sarrebouurg, Dieuze) - 8 (Lunéville) - 9 (Neufchâteau, Vittel) - 10 (Epinal) - 11 (Saint-Dié) et 12 (Remiremont, Gérardmer)
C	2,0	de 1,6 à 2,0	
O	0,5	de 0,4 à 0,5	
c) exception : Secteur n° 5			
M	2,6	de 1,7 à 2,1	Secteur n° 5 : Bar-le-Duc, Commercy, Saint-Mihiel
C	2,2	de 1,6 à 2,0	
O	0,5	de 0,4 à 0,5	

Les indices supplémentaires concernant les lits à fonction C.H.U. n'ont pas été modifiés : M = C = 0,2 et O = 0,05.

L'application des nouveaux indices particuliers à chaque secteur conduirait à un nombre global de lits, pour la Région de Lorraine, égal à :

- (M : de 4743 à 5679 lits, dont 466 lits de C.H.U.
- (C : de 4672 à 5605 lits, dont 466 lits de C.H.U.
- (O : de 1051 à 1293 lits, dont 117 lits de C.H.U.

L'indice moyen applicable à l'ensemble de la population qui résulte des nombres de lits ci-dessus ressort à :

- M : de 1,83 à 2,24, plus 0,20 C.H.U., soit au total de 2,03 à 2,44.
- C : de 1,80 à 2,20, plus 0,20 C.H.U., soit au total de 2,00 à 2,40.
- O : de 0,40 à 0,50, plus 0,05 C.H.U., soit au total de 0,45 à 0,55.

3 0 AOUT 1977

b) En ce qui concerne la gynécologie-obstétrique, le problème est un peu différent car il faut ici tenir compte de la baisse généralisée de la natalité et des "fermetures de petites maternités qui amèneraient à constater un déficit fictif¹" quoiqu'il en résulte on obtient ici encore un besoin moindre et des indices lits/population inférieurs.

Il faut toutefois signaler l'augmentation des besoins en gynécologie mais celle-ci ne compense pas la baisse de ceux relatif à l'obstétrique.

c) Voicipource qui est de la chirurgie l'explication du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale¹ :

- "... la modification apportée a consisté seulement à abaisser l'indice minimum de la fourchette ; l'objectif est double ;
- répondre aux cas de secteurs où les indices précédents paraissaient trop élevés compte tenu des besoins qui restaient à couvrir et des coefficients de fonctionnement des établissements ;
 - avoir, grâce à un élargissement des branches de la fourchette, une souplesse d'appréciation plus grande quant au niveau à retenir dans chaque secteur."

¹ Circulaire ministérielle n° 316 du 6 juin 1977, citée ci-dessus, p. 3

Ainsi chaque secteur possédant moins de lits, il sera recherché une spécialisation plus grande de ces lits et le plein emploi des équipements.

Simultanément, l'on obtiendra des durées de séjour plus faibles et l'intérêt de postes de chirurgiens à plein temps en sera amplifié.

En conclusion, et pour voir l'évolution de la politique sanitaire à travers les indices de besoins, les voici

en un tableau.

Les indices de besoins en lits M.C.O. selon les arrêtés ministériels de 1973, 1975 et 1977.

Indices Lorrains besoins en lits pour 000 habitants	Indices de lits de MEDECINE				Indices de lits de CHIRURGIE				Indices de lits de GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE			
	au : 30. X. : 1973 :	au : 31. X. : 1975 :	au : 15. IV : 1977 :	IV	au : 30. X. : 1973 :	au : 31. X. : 1975 :	au : 15. IV : 1977 :	IV	au : 30. X. : 1973 :	au : 31. X. : 1975 :	au : 15. IV : 1977 :	IV
Secteurs de moins de 50 000 habitants	2,3 : à : 2,5	2,5 : à : 2,6	1,7 : à : 2,1	IV	1,8 : à : 2,0	2,0 : à : 2,2	1,6 : à : 2,0	IV	0,4 : à : 0,5	0,5 : à : 0,5	0,4 : à : 0,5	IV
Secteurs de plus de 50 000 habitants	2,5 : à : 2,7	2,6 : à : 2,7	1,9 : à : 2,3	IV	2,1 : à : 2,3	2,2 : à : 2,3	1,9 : à : 2,3	IV	0,4 : à : 0,6	0,5 : à : 0,6	0,4 : à : 0,5	IV

Rappelons que ces indices concernent dans chaque secteur la totalité des lits qu'ils soient privés ou publics et qu'ils peuvent être modifiés selon la conjoncture. Ainsi la carte sanitaire évolutive devient le pivot à partir duquel l'équipement doit être ordonné et, théoriquement, rien ne pourra être réalisé en dehors de ses prévisions.

Celles-ci prennent en compte trois fonctions.:

- une fonction locale correspondant aux besoins dans les disciplines dites courantes ;
- une fonction type "centre hospitalier" portant sur les besoins en lits relevant des spécialités médicales ou chirurgicales assurés généralement par les centres hospitaliers et les centres hospitaliers régionaux ;
- une fonction type "centre hospitalier régional" représentative des besoins en lits relevant de spécialités desservies généralement par les seuls centres hospitaliers régionaux.

En conclusion, on peut considérer que les différences d'équipements entre les régions de campagne et les villes sont fortes. Les campagnes ont et auront une vocation locale. Les villes possédant des équipements plus importants auront une vocation locale et régionale. Ces besoins en lits de spécialité font l'objet de cartes sanitaires particulières actuellement en cours d'étude. Il s'agit, pour la Lorraine, des :

- carte sanitaire de PEDIATRIE ;
 - carte sanitaire d'HEMODIALYSE ;
 - carte sanitaire de CARCINOLOGIE ;
 - carte sanitaire de PNEUMO-PHTISIOLOGIE ;
 - carte sanitaire de certains équipements lourds tels les
 - . tomographes axiaux transverses avec calculateur intégré dit "scanners"
 - . photocoagulateurs à rayonnement laser...
 - carte sanitaire de NEUROCHIRURGIE ;
 - carte sanitaire de CARDIOLOGIE ;
 - carte sanitaire d'OPHTALMOLOGIE ;
- et de la carte sanitaire de PSYCHIATRIE.

Toutes, sauf celles concernant les équipements lourds et la psychiatrie, sont actuellement incluses, pour l'élaboration des indices lits/population, dans la carte sanitaire de médecine.

Les secteurs sanitaires de ces différentes cartes respectent le découpage lorrain en 12 secteurs (31. X. 1975) et plusieurs circulaires du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale leur attribuent des indices lits/population particuliers :

- indice de besoins en lits de pédiatrie :
0,2 lits pour 1 000 habitants - circulaire du 1er avril 1975
- indice de besoins en postes d'hémodialyse :
30 postes pour 1 000 ~~habitants~~ auxquels il convient d'ajouter 5 postes par million d'habitants pour l'activité régionale du C. H. U. (Arrêté Ministériel du 28 août 1973 - J. O. du 11 septembre 1973)
- indice de besoins en lits de pneumo-phtisiologie :
0,25 lits pour 1 000 habitants - circulaire du 4 février 1975
- indice des besoins en équipements lourds de carcinologie :
" L'indice de besoins afférents aux appareils accélérateurs de particules émetteurs de rayonnements dont l'énergie est supérieure à 10 MeV est fixé à un appareil par million d'habitants.
L'indice de besoins afférents aux appareils contenant des sources scellées de radio-éléments, d'activité minimale supérieure à 500 curies émetteurs

de rayonnement gamma d'énergie supérieure à 500 KeV, ainsi qu'aux appareils accélérateurs de particules émetteurs de rayonnements dont l'énergie est comprise entre 500 KeV et 10 MeV est fixé à cinq par million d'habitants." (1)

En conclusion, on considère qu'il faut 5 appareils de télé-gammathérapie, ou accélérateurs de particules d'énergie inférieure à 10 MeV par million d'habitants

- indices de besoins afférents aux

- tomographes axiaux transverses avec calculateur intégré dits "SCANNERS" : 1 par million d'habitants (2)
- photocoagulateurs à rayonnement LASER (J. O. du 17 mars 1974 et du 22 janvier 1977)
- caméras à scintillation : 1 pour 500 000 habitants (J. O. N° 34 du 9/11/1975)
- indices de besoins en lits de neurochirurgie : 0,06 ‰
- ceux-ci s'ajoutant aux lits de chirurgie générale - (une proportion supplémentaire de 10 ‰ de ces lits de neurochirurgie est consacrée à la suite lourde chirurgicale).

Pour affiner notre travail, nous nous pencherons sur l'équipement lorrain par service d'hospitalisation et nous pourrons alors le comparer aux prévisions des cartes sanitaires ministérielles, mais auparavant il nous paraît intéressant de terminer l'étude globale des lits d'hospitalisation lorrains par l'analyse de leur répartition par secteur sanitaire et selon leur statut juridique.

../..

-
- 1) arrêté ministériel du 17 mai 1976 fixant l'indice de besoins relatif à certains appareils de radiothérapie carcinologique (J. O. du 30 mai 1976)
 - 2) Circulaire ministérielle du 6 mai 1976 publiée au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale (Paris - 26, rue Desaix).

Chapitre B : ETUDE DE LA REPARTITION DES LITS HOSPITALIERS PAR
SECTEUR SANITAIRE ET SELON LEUR STATUT JURIDIQUE

Pour ce faire reportons nous au Tableau VI :
 nombre de lits totaux par secteur sanitaire M. C. O.
 et à la Carte de même titre.

A - Répartition des Lits selon leur Statut Juridique

- Remarquons l'importance du secteur privé dans
 les secteurs 3 (Metz-Thionville, Moselle) ; 4
 (Boulay-Forbach-St Avold- Sarreguemines, Moselle) et
 2 (Briey, Meurthe-et-Moselle). Ces trois secteurs
 ont des caractéristiques démographiques très
 similaires (densité de la population - C. S. P.)
 et le secteur 2, plus proche de la Moselle que
 de la Meurthe-et-Moselle, a en fait été détaché
 de ce dernier département par l'histoire.

Il faut souligner ici la particulière
 importance du privé à but non lucratif en compa-
 raison du reste de la Lorraine.

D'autre part :

- Il n'y a pas d'établissement privé dans le
 secteur n° 12
- De même le statut privé est presque absent dans
 les secteurs 1 - 5 - 7 - 9
- Les secteurs 5 - 9 - 10 - 11 - 12 ne possèdent
 pas d'établissements privés à but non lucratif
- et dans les secteurs 7 et 12 les établissements
 à caractère privé à but non lucratif sont inexistants.

D'autre part, observons l'importance du Public en Meuse (secteurs 1 et 5 : Argonne, Barrois et Côtes de Meuse) et dans les Vosges (secteurs 9 - 10 - 11 - 12 : Xaintois, Plaine sous-Vosgienne, Vôge) de même que dans le Pays des Etangs et les Basses Vosges (Moselle - secteur 7). Ce sont des pays de campagne.

Quant au secteur N° 6 (Vermois, Haye et Saulnois), hypertrophié, il présente de nombreux lits publics à cause, notamment, du C. H. U.

B - Répartition des Lits selon la Population du secteur

Numero des secteurs	Population du secteur en 1975	Nombre Total de lits par secteur sanitaire	Coefficient Lit/Population ou nombre de lits pour 1 000 habitants
1	91 376	976	10,68
2	184 964	1 305	7,05
3	591 620	4 812	8,13
4	333 855	3 478	10,42
5	112 528	1 501	13,34
6	478 990	7 654	15,98
7	77 213	1 121	14,52
8	62 318	463	7,43
9	77 386	2 424	31,32
10	141 075	975	6,91
11	86 339	627	7,26
12	93 157	572	6,14
TOTAL LORRAINE	2 330 821	25 908	11,11

Observons d'emblée la grande dissimilitude des coefficients lits/population. Si nous avons bien 6 secteurs ayant un coefficient avoisinant ou supérieur à l'indice moyen français de 10,6 ‰ ceux-ci varient de 10,42 à... 31,32 !!! et six autres secteurs ont un indice bien inférieur, l'indice minimal étant celui du secteur n° 12 (Remiremont-Gérardmer) avec 6,14 lits pour 1 000 habitants soit 5 fois moins que dans le secteur n° 9 (Neufchâteau-Vittel).

Des différences notoires existent aussi entre les secteurs de population à peu près égale :

- population du secteur n° 7 : 77 213
coefficient lits/population = 14,52
- population du secteur n° 9 : 77 386
coefficient lits/population = 31,32

Voici quelques éléments d'explication mais nous comprenons mal cette particularité du secteur 9

- 1° population urbaine plus importante que dans d'autres secteurs agricoles (secteur n° 9 : 38 %
secteur n° 7 : 29 %
- 2° vastes bâtiments hôteliers reconvertis en établissements hospitaliers à Vittel. Un professeur de la faculté de médecine nancéienne y est devenu chef de service (Maladies rénales et nutritionnelles)
- 3° afflux saisonnier de curistes (et de touristes)
- 4° présence de l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Mirecourt)

L'on pourrait, d'autre part, comparer des secteurs de population différente et penser obtenir un même coefficient multiplicateur. Or en ce qui concerne le secteur n° 8 (le plus pauvre en lits) et le secteur n° 6 (le mieux doté) on observe que pour une population multipliée par 7,7 le nombre de lits est multiplié par 16,5 !...

	secteur n° 8	secteur n° 6
nombre de lits	463	7 654
population	62 318	478 990

Deux explications sont à avancer :

- 1° le surplus de lits attribué au C. H. U. pour sa fonction régionale
- 2° la proximité de ces deux secteurs mais cela n'explique pas tout. Et nous rejoignons là l'étude faite plus haut (p. 48 à 54) à propos de la comparaison de la répartition départementale.

En ce qui concerne la répartition privé-public, et au vue de la carte, on peut schématiquement dire que les secteurs de Saint-Dié et d'Epinal se rapproche de celui de Nancy ; celui de Briey ressemble au secteur de Metz-Thionville, quant au secteur de Sarrebourg il présente une structure mixte, intermédiaire entre celle de Metz-Thionville et de Nancy.

NOMBRE DE LITS TOTAUX
PAR SECTEUR SANITAIRE M. C. O.

MEDECINE - CHIRURGIE - OBSTETRIQUE

Privés But non Lucratif		Privé Total	Total Général
Pourcentage Représenté Par ce Nombre sur le Total Général (en fin de ligne)	Nombre de Lits	Pourcentage Représenté Par ce Nombre sur le Total Général (en fin de ligne)	Nombre de Lits
2,9	29	9,6	94
66,3	865	73	952
44,7	2 151	55	2 654
32,1	1 118	34	1 253
	-	8,4	126
6,62	507	17,5	1 339
6,9	77	7	77
5,2	24	21,6	100
	-	0,9	21
	-	39	382
	-	14	89
	-	0	-
			7 087
			2 ^o 908

DEUXIEME PARTIE
ETUDE de l'ARMATURE HOSPITALIERE
PAR SERVICE

TITRE A - L'OBSTETRIQUE et la GYNECOLOGIE

En 1976 (début 1977), nous pouvions dénombrer en Lorraine 1866 lits d'obstétrique et de Gynécologie.

Remarquons d'emblée que nous ne pouvons pas différencier les lits d'obstétrique de ceux réservés à la gynécologie, car, très souvent, les établissements eux-mêmes ne les distinguent pas et les utilisent indifféremment selon les besoins.

CHAPITRE A₁ -

- L'Equipement actuel en lits d'obstétrique et de Gynécologie et la carte sanitaire.

La Lorraine est globalement, et aussi par secteur, trop pourvue en lits d'obstétrique et de gynécologie.

En effet, l'arrêté ministériel du 31. X. 1975 et, à plus forte raison, celui du 15. 4. 1977 prévoient des besoins moindres et un équipement en lits plus retréint, puisque le premier conseille 1 442 lits et le second de 1 051 à 1 293 lits. Ce qui fait, par rapport au premier arrêté, un surplus régional de 29 %, et par rapport à la valeur la plus haute du second un surplus de 44,3 %.

../..

Voici quels sont les surplus de lits par secteur :

Secteur :		Surplus par rapport		Surplus par rapport	
n° :		à l'arrêté du 31. X. 1975		à l'arrêté du 15. IV. 1977	
				(valeur haute)	
: Nombre de Lits :		% :		: Nombre de Lits :	
				% :	
1	: 24	: <u>52</u>	:	24	: <u>52</u>
2	: 52	: 46	:	71	: <u>77</u>
3	: 127	: 35	:	186	: <u>63</u>
4	: 51	: 25,5	:	84	: <u>50,3</u>
5	: 40	: <u>71,4</u>	:	40	: <u>71,4</u>
6	: 6	: 1,5	:	54	: 15,2
7	: 10	: 25,6	:	10	: 25,6
8	: 7	: 22,6	:	7	: 22,6
9	: 37	: <u>94,8</u>	:	37	: <u>94,8</u>
10	: 31	: 43,6	:	31	: 43,6
11	: 17	: 39,5	:	17	: 39,5
12	: 22	: 46,8	:	22	: 46,8

Comme nous l'avons déjà remarqué tous les secteurs présentent un notable surplus de lits. Ceux que nous avons soulignés ont plus de 50 % de lits surnuméraires. Évidemment, ceux-ci sont plus nombreux par rapport au nouvel arrêté puisque les indices ont baissé. Il s'agit des secteurs de Meuse (Verdun et Bar-le-Duc - Commercy - St Mihiel), de Meurthe et Moselle (Briey), de Moselle (Metz-Thionville, Boulay-Forbach - St Avoird - Sarreguemines) et des Vosges (Neufchâteau - Vittel).

Paradoxalement, le secteur de Nancy - Pont à Mousson - Toul est celui qui est le plus proche des indices ministériels.

Pourquoi de telles différences ?

La Lorraine, terre d'accueil de nombreux immigrants (population généralement jeune), a été pendant longtemps une des régions les plus fécondes de France ce qui explique qu'elle se soit fortement dotée de lits d'obstétrique et de gynécologie.

A titre d'illustration voici les taux de fécondité, exprimés en nombre annuel d'enfants nés vivants pour cent femmes en âge de procréer (15 à 49 ans), de la Lorraine, de ses quatre départements et de la France en général :

Taux de fécondité en France et en Lorraine de 1900 à 1969 .

(Taux de Fécondité)	(: 1900-1902)	(: 1953-1955)	(: 1961-1963)	(: 1967-1969)
(Années)	(:)	(:)	(:)	(:)
(Moyenne française)	(: 8,6)	(: 7,97)	(: 8,08)	(: 7)
(Moyenne lorraine)	(: 9,7)	(: 9,75)	(: 9,4)	(: 7,25)
(Meurthe et Moselle)	(: 9,6)	(: 9,6)	(: 8,8)	(: 7)
(Meuse)	(: 8,8)	(: 10,2)	(: 10)	(: 7,2)
(Moselle)	(: 10,2)	(: 10)	(: 10,2)	(: 7,6)
(Vosges)	(: 10,1)	(: 9,2)	(: 8,6)	(: 7,2)

Or actuellement la Lorraine subit, comme les autres régions, une forte baisse de la natalité mais de surcroît voit sa population ouvrière étrangère partir faute d'emploi.

Voici quelle a été l'évolution de son taux de natalité depuis 1973 ⁽¹⁾ :

Taux de natalité pour 1 000 habitants en	France	Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
1973	16,4	16,9	17,4	16,8	16,5	17,0
1974	15,2	15,7	16,4	14,0	15,3	16,3
1975 (1)	14,1 (p)	14,8	15,0	14,8	14,5	14,9
1976 (2)	13,82					

(1) y compris les faux morts-nés (2) six premiers mois

(p) Résultats provisoires

Différence 1973-1975	2,3	2,1	2,4	2	2	2,1
----------------------	-----	-----	-----	---	---	-----

La diminution du taux de natalité lorrain reste généralement plus faible que dans le reste de la France (population plus jeune et restée plus proche du catholicisme) sauf en Meurthe et Moselle. Peut-on expliquer cela par une

urbanisation plus grande ? : 79,2 % de la population de Meurthe et Moselle est citadine contre 72,9 % en France et 72,7 % en Lorraine.

Mais bien que la natalité baisse actuellement ne peut-on pas mettre en cause de tels indices ? Comment ont-ils été élaborés ? Ils résultent d'une étude nationale faite par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale et qui constate un "suréquipement en lits de cette discipline alors que parallèlement les besoins de manière globale n'ont fait que baisser régulièrement. (1)"

Cette étude nationale révèle que la durée moyenne de séjour et le coefficient d'occupation restent stables bien que le nombre des entrées et celui des journées d'hospitalisation soient en baisse. Le Ministère en conclut qu'il n'existe pas dans ce secteur un bon effort de rationalisation et qu'il convient de l'induire en modérant le nombre de lits. Mais (1) : " - Le calcul ainsi effectué ne tient pas compte de la gynécologie dont la part représente actuellement 12,6 % de l'ensemble gynécologie-obstétrique (public) et ne

(1) Circulaire ministérielle n° 316 du 6 juin 1977 relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie, et gynécologie-obstétrique (modification des indices de besoin)
Annexe n° 3 - Fixation d'un nouvel indice de besoins en gynécologie-obstétrique - page 22 -

cesse de croître dans les établissements d'une certaine importance ;

- le taux retenu de 80 % d'occupation moyenne est "optimum" et ne permet qu'une souplesse relative car il implique à certaines périodes des taux proches voire supérieurs à 100 % ;
- les besoins nouveaux résultant de la lutte contre la stérilité, de la surveillance prénatale, de la prévention des grossesses à risque dont la part augmente régulièrement n'ont pas été pris en considération ;
- ni les interruptions volontaires de grossesse (150 000 environ par an), qui entraînent une hospitalisation de quarante-huit heures."

Tous ces correctifs peuvent conduire à une augmentation de 25 à 30 % des lits prévus par l'arrêté du 15 avril 1977.

Or bon nombre des secteurs lorrains présentent un surplus de lits obstétrico-gynécologiques de cette ordre là et parmi ceux qui paraissent encore sur-dotés on note ;

- 1) des régions en voie de dépeuplement : La Meuse (secteurs 1 et 5)

Les Vosges non montagneuses (secteur 9)

- 2) des régions autrefois très peuplées et qui deviennent des terres d'émigration en raison d'une carence d'emplois industriels -

(Secteurs 2 : Briey ; 3 : Metz-Thionville ;

4 : Boulay, Forbach, St-Avold, Sarregue-

MATERNITE ET GYNECOLOGIE

Nombre de Lits

Arrêté Ministériel

du

31. X. 1975

75^{bis}

Arrêté Ministériel

du

15. 4. 1977

Secteurs	Etablts publics	Etablts privés à but lucratif	Etablts privés à but non lucratif	TOTAL +	Indices fixés	Nbre de lits correspondant	Nouveaux Indices fixés	Nombre de Lits correspondant
Verdun/Meuse.....	70	-	-	70 +	0,5	46	0,4 à 0,5	37 à 46
Briey.....	-	40	123	163 +	0,6	111	0,4 à 0,5	74 à 92
Metz-Thionville..	176	145	161	482 +	0,6	355	0,4 à 0,5	237 à 296
Boulay-forbach... St Avold Sarreguemines	144	33	74	251 +	0,6	200	0,4 à 0,5	134 à 167
Bar-le-Duc..... Commercy St Mihiel	76	20	-	96 +	0,5	56	0,4 à 0,5	45 à 56
Nancy-Pt à Mousson: Toul	256	148	6	410 +	0,6 287 0,05 117	404	0,4 à 0,5 + 0,05	192 à 239 + 117
Sarrebourg-Dieuze	35	-	14	49 +	0,5	39	0,4 à 0,5	31 à 39
Lunéville.....	28	10	-	38 +	0,5	31	0,4 à 0,5	25 à 31
Neufchâteau-Vittel	55	21	-	76 +	0,5	39	0,4 à 0,5	31 à 39
Epinal.....	37	65	-	102 +	0,5	71	0,4 à 0,5	56 à 71
St Dié.....	31	29	-	60 +	0,5	43	0,4 à 0,5	35 à 43
Remiremont-Gérard- mer	69	-	-	69 +	0,5	47	0,4 à 0,5	37 à 47
TOTAL LORRAINE	977	511	378	1 866	0,62	1 442	0,45 à 0,55	1 051 à 1 293

+ Le signe situé après le chiffre total signifie que le secteur considéré a un surplus de lits par rapport aux indices ministériels

mines).

Ces régions minières et industrielles avaient traditionnellement une population jeune et de ce fait démographiquement très dynamique. Et il s'en est suivi l'aménagement de nombreux lits obstétrico-gynécologiques.

Chapitre A₂ La Répartition "privé-public" des Établissements et des Lits obstétrico-gynécologiques.

Reportons nous au Tableau p.75bis. Nous y remarquons que les établissements publics offrent en Lorraine plus de lits obstétrico-gynécologiques (977) que les établissements privés (889) mais que ce caractère n'est pas vérifié dans tous les secteurs.

En effet, dans certains secteurs il y a moins de lits publics, ou même on peut noter leur absence :

(	Secteur	:	Lits Publics	:	Lits Privés)
(:		:)
(-----		-----)
(	2 Briey	:	-	:	163)
(	3 Metz-Thionville	:	176	:	306)
(	10 Epinal	:	37	:	65)
(:		:)

On retrouve ici la similitude de caractéristiques entre les secteurs de Briey et de Metz-Thionville (Infrastructure publique faible relayée par le privé).

Quant au secteur d'Epinal, nous pensons qu'il faut y voir une implantation privée préférentielle en raison de l'existence en ce secteur de la plus importante ville vosgienne.

PARTITION PRIVE/PUBLIC DES LITS OBSTETRICO-GYNECOLOGIQUES DANS LES DIFFERENTS
SECTEURS

Intitulés des Secteurs	Nbre de Lits	Lits Publics		Lits Privés (Total)		Lits Privés b. l.		Lits Privés b. n. l.	
		Nbre	% +	Nbre	% +	Nbre	% +	Nbre	% +
Verdun/Meuse	70	70	100,-	-	-	-	-	-	-
Briey	163	-	-	163	100,-	40	24,5	123	75,5
Metz-Thionville	482	176	36,5	306	63,5	145	30,1	161	33,4
Boulay-Forbach-St	251	144	57,4	107	42,6	33	13,1	74	29,5
Avold-Sarreguemines									
Bar-le-Duc Commercy	96	76	79,2	20	20,8	20	20,8	-	-
St Mihiel									
Nancy-Pont à Mousson	410	256	62,4	154	37,6	148	36,-	6	1,5
Toul									
Sarrebourg-Dieuze	49	35	71,4	14	28,6	-	-	14	28,6
Lunéville	38	28	73,7	10	26,3	10	26,3	-	-
Neufchâteau-Vittel	76	55	72,4	21	27,6	21	27,6	-	-
Epinal	102	37	36,3	65	63,7	65	63,7	-	-
St Die	60	31	51,6	29	48,4	29	48,4	-	-
Remiremont	69	69	100,-	-	-	-	-	-	-
Gérardmer									
TOTAL LORRAIN	1 866	977	52,35	889	47,65	511	27,4	378	20,2

+ Les pourcentages représentent la proportion de lits de ce statut juridique sur le nombre total de lits du secteur considéré.

Nous ne reviendrons pas sur la répartition des lits par statut juridique dans les différents secteurs car une telle étude ferait redondance avec celles que nous avons déjà élaborées plus haut. Il suffira de se reporter à la carte de la répartition privé/public des lits obstétrico-gynécologiques pour avoir une vue synthétique de l'équipement lorrain.

Soulignons qu'une étude de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I. N. S. C. R. M. en 1970⁽¹⁾) montrait qu'en Lorraine, le pourcentage des lits des maternités publiques par rapport au nombre total des lits des maternités publiques et privées était compris entre 40 à 49 % contre 20 à 29 % en région parisienne et à l'opposé 70 à 79 % en Basse-Normandie. Pour ce qui est des régions voisines de la Lorraine :

- Alsace et Franche-Comté : 50 à 59 %
- Champagne et Bourgogne : 60 à 69 %

La Lorraine présentait donc une sorte de déficit en lits publics par rapport aux régions voisines. La fourchette de son pourcentage s'apparentait à celle des régions méridionales ou de la Bretagne.

De même en ce qui concerne le nombre d'établissements, cette étude indiquait que la Lorraine possédait 30 à 39 % de maternités publiques par rapport au nombre total des

maternités publiques et privées :

Champagne-Bourgogne-Alsace : 50 à 59 %

Franche-Comté : 40 à 49 %

Régions méridionales : 30 à 39 %

Qu'en est-il en 1976-1977 et selon les secteurs sanitaires

Nous pouvons dénombrer 29 établissements ou services obstétrico-gynécologiques publics et 38 privés ce qui donne en pourcentage :

secteur public : 43,3 %

secteur privé : 56,7 %

Evidemment cela varie d'un secteur à l'autre comme pour l'ensemble des services hospitaliers lorrains.

répartition sectorielle et par statut juridique des services obstétrico-gynécologiques.

Secteur n°	Etablissements Publics		Etablissements Privés		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	
1	1	100,-	-	-	1
2	-	-	5	100,-	5
3	4	28,5	10	71,5	14
4	4	44,4	5	55,6	9
5	3	75,-	1	25,-	4
6	3	30,-	7	70,-	10
7	2	66,6	1	33,3	3
8	2	50,-	2	50,-	4
9	3	60,-	2	40,-	5
10	2	40,-	3	60,-	5
11	2	50,-	2	50,-	4
12	3	100,-	-	-	3
TOTAL LORRAIN	29	43,3	38	56,7	67

Il est intéressant de noter que tous les établissements ayant un service obstétrico-gynécologique sont publics dans les secteurs 1 et 12 (Verdun et Remiremont-Gérardmer) et privés dans le secteur 2 (Briey) ; quant aux secteurs 8 et 11 (Lunéville et St Dié) ils possèdent autant d'établissements privés que publics.

Nous ne rentrerons pas dans le détail de la répartition sectorielle des établissements et des lits selon le statut juridique car elle rejoint celle faite, plus haut, pour l'ensemble des services hospitaliers.

titre A₃ : Les établissements obstétrico-gynécologiques selon leur taille .

Mais il importe ici de distinguer les petits et les grands établissements. En effet, à partir du deuxième quart du XX siècle on a vu la création de petites maternités, la plus souvent privées, et ne possédant pas de possibilité chirurgicale. Celles-ci sont actuellement en position délicate et, ne pouvant répondre aux besoins techniques d'accouchements difficiles, voient leur clientèle diminuer fortement. De plus, certains textes de loi ou de décret⁽¹⁾ leur imposent un minimum d'équipement. Cet équipement est onéreux et ne peut être attribué que pour certain nombre de lits obstétrico-gynécologiques.

Le colloque de l'I. N. S. E. R. M. vu ci-dessus, avait étudié les petites maternités de moins de 10 lits

+ Décret n° 72-162 et annexe du 21 février 1972 -(J. O. du 3 mars) vulgairement appelé "Décret Dienesch" -(code de la Santé Publique)

+ Décret n° 75-750 du 7 août 1975 pris pour l'application de l'article L. 176 du Code de la Santé Publique (J.O. 14 août)

et considèrerait que celles-ci comprenaient, en Lorraine, moins de 10 % du patrimoine en lits des maternités privées sans possibilité chirurgicale, alors que 60 à 69 % des maternités privées lorraines avaient des possibilités chirurgicales.

Il nous paraît intéressant de recenser les maternités ou services obstétrico-gynécologiques de moins de 25 lits. En effet, le Décret pris par Mademoiselle Dienesch en 1972 (Décret n° 72-162 du 21. II. 1972) stipulait en son article 3 :

"Toute nouvelle installation autonome doit comporter un minimum de 25 lits.

Toute nouvelle section doit comporter un minimum de 15 lits⁽¹⁾."

La circulaire ministérielle du 10 mai 1972 parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale précisant les "normes du personnel et d'équipement dans les services gynécologie-obstétrique et d'obstétrique des établissements hospitaliers publics" impose aux établissements publics les mêmes normes qu'aux établissements privés.

" Si, pour des motifs juridiques, ce texte (Décret n° 72-162 du 21 février 1972), comme l'indique son intitulé, est applicable aux seuls établissements privés, il serait contraire aux objectifs mêmes de la politique de périnatalité de ne pas appliquer aux établissements publics des normes équivalentes, adaptées aux caractéristiques propres à ces établissements, et en particulier à leur programme capacitaire."

LORRAINE	Etablissements ayant moins de 25 lits		Etablissements ayant plus de 25 lits		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	
Etablissements Publics	17	58,62	12	41,38	29
Etablissements Privés (total)	24	63,16	14	36,84	38
à but lucratif	16	64,-	9	36,-	25
à but non lucratif	8	61,54	5	38,46	13
TOTAL LORRAIN	41	61,19	26	38,81	67

Nous remarquons qu'en Lorraine 61 % des établissements ou des services obstétrico-gynécologiques ont moins de 25 lits. Ce sont donc souvent de petites unités.

Les établissements publics sont proportionnellement plus grands que les établissements privés puisque seulement 58,62 % des établissements publics ont moins de 25 lits contre 63,16 % des établissements privés. De même il semble que ce soit parmi les établissements privés à but lucratif que l'on trouve le plus d'établissements de moins de 25 lits : 64 % d'entre-eux.

Ceci s'explique aisément lorsque l'on considère que la majorité de ces petits établissements sont ceux qui ont été créés par des sage-femmes ou parfois des médecins et sont donc "à but lucratif".

Y-a-t-il une différence sectorielle de la répartition des petits et des grands établissements ou services ?

Secteur n°	Etablissements ayant moins de 25 lits		Etablissements ayant 25 lits et plus		TOTAL
	Nombre	% ⁺	Nombre	% ⁺	
1	-	-	1	100,-	1
2	2	40,-	3	60,-	5
3	7	50,-	7	50,-	14
4	5	55,56	4	44,44	9
5	2	50,-	2	50,-	4
6	6	60,-	4	40,-	10
7	3	100,-	-	-	3
8	4	100,-	-	-	4
9	4	80,-	1	20,-	5
10	3	60,-	2	40,-	5
11	3	75,-	1	25,-	4
12	2	66,67	1	33,33	3
TOTAL LORRAIN	41	61,19	26	38,81	67

+ Les pourcentages sont évalués sur le total du secteur ou, en ce qui concerne la dernière ligne, de la Lorraine.

Notons que notre étude ne recensant que 67 établissements ou services obstétrico-gynécologiques en Lorraine, ne distribue qu'un petit nombre d'établissements par secteur et que, de ce fait, nos pourcentages n'ont pas de valeur statistique mais seulement indicative.

Toutefois, trois secteurs sont à distinguer :

- 1° Le secteur de Verdun (n° 1) où il n'existe plus qu'un seul service obstétrico-gynécologique : celui du Centre Hospitalier et qui de ce fait possède 100 % de ses établissements ayant plus de 25 lits.

2° Les secteurs de Sarrebourg-Dieuze (n° 7) et de Lunéville (n° 8), qui bien qu'ayant des établissements publics et privés, ne possèdent pas d'établissements ayant plus de 25 lits.

La carte de la répartition des établissements obstétrico-gynécologiques selon les secteurs sanitaires fournira une meilleure appréciation de la distribution géographique des grands et des petits établissements.

Nous pouvons d'emblée noter une influence géographique certaine sur la répartition des établissements selon leur taille :

- Les secteurs vosgiens (N° 9 - 10 - 11 - 12) qui ont, comme nous l'avons déjà souligné, un relief plus montagneux, possèdent généralement un pourcentage plus élevé de petits établissements ou services. Nous sommes en droit de penser que les difficultés de transport ont induit la création d'établissements petits mais nombreux.

D'autre part, nous avons signalé que les établissements ou services publics ont souvent une taille plus grande que les établissements privés et, de ce fait, il est normal que dans les secteurs où l'infrastructure hospitalière est surtout publique la proportion de "grands" services soit plus importante. Les secteurs meusiens (1 et 5) nous en fournissent vérification.

Dans les secteurs de population dense et jeune (2 et 3) les établissements ou services obstétrico-gynécologiques sont généralement grands bien qu'ils soient, comme nous l'avons étudié plus haut, souvent privés.

Nous appuyant sur les textes officiels et pensant que ce qui est obligatoire pour les créations nouvelles le deviendra à plus ou moins longue échéance pour les établissements ou services déjà existant, nous avons étudié les établissements ou services de plus ou

moins de 25 lits.

Mais il est intéressant de signaler les services de 10 lits ou moins, car s'il n'accompagnent pas un service chirurgical, ils sont certainement voués à la disparition.

Quels sont-ils en Lorraine ?

Les services obstétrico-gynécologiques de moins de 25 lits en Lorraine . (en 1976)

N°	Nom de l'Etablissement	Nombre de Lits du Service Obstétrico-Gynécologique:	Possibilité
			Chirurgicale
2	H. Local de BUSSANG	8	non
8	H. Local de CIRLEY-sur-VEZOUZE	5	non
9	H. Local de DARNEY	8	non
0	Cl. Biesse-Bodez CHARMES	6	non
8	Cl. St Gérard BACCARAT	10	non
9	Cl. Mouchet VITTEL	10	non
1	Cl. St Joseph RAON L'ETAPE	4	oui
6	H. de CHATEAU-SALINS	6	oui
2	Cl. des Peupliers VILLERUPT	6	oui

D'autre part la tendance est à des acquisitions de matériels techniques de plus en plus complexes en particulier et pour ne citer que l'essentiel : l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et des contractions utérines pendant l'accouchement pour dépister la souffrance foetale : monitoring de l'accouchement.

Ces moyens techniques ont de fortes chances de devenir, dans les années qui viennent, obligatoires. Ces facteurs s'ajouteront aux autres pour concourir à la disparition des petites cliniques qui ne pourront jamais rentabiliser un tel plateau technique. D'ors et déjà on peut dire qu'au vu des moyens actuels il est relativement "dangereux" de programmer un accouchement dans ces cliniques pauvrement équipées.

Même si la loi ne peut interdire les petits services sans possibilité technique chirurgicale ni médicale, la désaffectation actuelle de la clientèle entraînera leur disparition dans un plus ou moins bref avenir.

C'est d'ailleurs ce qui s'est généralement passé depuis une quinzaine d'années comme nous le montre l'étude qui suit et qui indique que tel a ainsi été le cas d'établissements d'obstétrique ayant jusqu'à environ 25 lits.

Nous relevons le chiffre étonnant de 28 fermetures d'établissements ou de services d'obstétrique depuis 1961 et dans la seule région lorraine ! La grande majorité d'entre eux (68 %) avaient 15 ou moins de 15 lits de gynécologie-obstétrique et un seul établissement en avait plus de 25. La plupart d'entre-eux n'avaient aucune possibilité chirurgicale, ce qui va de pair avec le fait qu'il s'agissait souvent d'établissements tenus par des sages-femmes.

LISTE DES MATERNITES AYANT

FERME DEPUIS UNE QUINZAINE D'ANNEES

Sec-	Nom de	Nombre de Lits	OG	Possibilité:	Date de :	Qualité du	
teur:	L'Etablissement	Obsté:	Gyné-:	Chirurgicale:	Fermeture:	Propriétaire	
n°	et Localité	que :	gie :	TOTAL	Chirurgicale:	Fermeture:	Propriétaire
2	Cl. Ste Marie JARNY	15	-	15		1/VII/76:	
2	Ass. Hosp. de JOEUF : Service de Maternité	10	-	10		1971	
2	Maternité VILLERUPT	12	-	12	non		sage-femme
6	Cl. St Don servi- ce de Maternité DOMBASLES	14	-	14		1976	
6	Cl. St Gérard NANCY	26	-	26	non	1976	sage-femme
6	Cl. Ste Thérèse NANCY		-		non		Transfor- mée en Cl. Ch. et Or. → médecine
6	Cl. St Luc NANCY						Devenue : Autrefois Cl. Ambroise Sages- se Paré : femmes ch. Gén. et : Maintenant cardio-vas. Médecine
8	Cl. Ste Colette LUNEVILLE		-			1974	sage-femme
2	Cl. "Les Récol- lets" LONGWY- HAUT	14	-	14		1970	

Cl. : Clinique

Ass. Hosp. : Association Hospitalière

OG : Obstétrico-gynécologique

Ch. : chirurgicale

Or. : Orthopédique

ch. Gén. : chirurgie générale

cardio-vas. : cardio-vasculaire

Sec-:teur: n°	Nom de l'Établissement Et Localité	Nombre de Lits	OG	Possibilité:	Date de :	Qualité du :
		Obsté:tri-que	Gyné:colo-gie	TOTAL	Chirurgicale:	Fermeture:Propriétaire
1	Mat. d'ETAIN	8	-	8	non	31.12.76 sage-femme
1	Hôp. St Georges Serv. de Mat. HANNONVILLE- SOUS-LES-COTES	6	-	6	oui	1973
1	Cl. St Joseph Serv. de Mat. VERDUN				oui	1961
5	Cl. Place Exel- mans (créée en 1945) BAR-LE-DUC	10	-	10	non	1967
4	Cl.-Mat. des Berceaux ST AVOLD	12	-	12	non	(Août) 1969
4	Cl. Ste Marie BOUZONVILLE	11	-	11	non	1971
3	Cl. d'Acc. de Mme Remlinger THIONVILLE	18	-	18	non	(Décembre) 1973 sage-femme
3	Cl. d'Acc. AUMETZ	10	-	10		
4	Hôp. St Joseph à SARRALBE	20	oui	20	oui (16 lits)	(29 mai) 1970 serv. Mat. et Ch.
3	Hôp. Belle-Isle à METZ serv. de Mat.	21	-	21	oui	(1er Juil) 1976

Mat. : Maternité

Hôp. : Hôpital

serv. de Mat. : service de Maternité

Cl. : Clinique

Cl. d'Acc. : Clinique d'accouchement

serv. Mat. et Ch. : service de maternité et de chirurgie

OG : Obstétrico-Gynécologique

Ar-	Sec-	Nom de	§	§	§	§	§	§	§
teur:	l'Établissement	Obsté:	Gyné-	tri-	colo-	TOTAL	Chirurgicale:	Fermeture:	Propriétaire:
n°	et Localité	que	gie						
ges: 10	Hôp. l. de								
B)	CHATEL-SUR-MOSEL	10	-	10	non	1975			
	LE serv. de Mat.								
	11 : Mat. de Mme								
	GEORGEL à ETIVAL	6	-	6	non				sage-femme
	-CLAIREFONTAINE								
	11 : Mat. de Mme								
	CORDANI à FRAIZE	12	-	12	non	1972			sage-femme
	11 : Cl. d'Acc.								
	PIERRE à Saint-	6	-	6	non	1966			sage-femme
	MICHEL-SUR-								
	MEURTHE								
	11 : Cl. d'Acc. Paul								
	Vincent MOYEN-	16	-	16	non	1968			sage-femme
	MOUTIER								
	11 : Cl. d'Acc. Michel								
	à BAN-de-LAVELINE	6	-	6	non	1973			
	10 : Cl. Obs. Ch. du								
	Dr MANTEAU EPI-	8	oui	8	oui	1972			médecin
	NAL								
	9 : Hôp. l. de MIRE-								
	COURT serv. de	11	-	11	non	1977			
	Mat.								
	12 : Hôp. l. de COR-								
	NIMONT serv. de	8	-	8	non	(fin) 1975			
	Mat.								

Hôp. l. : Hôpital local
 serv. de Mat. : service de maternité
 Mat. : maternité
 Cl. d'Acc. : clinique d'accouchement
 Cl. Obs. Ch. : clinique obstétrico-chirurgicale
 OG : Obstétrico-gynécologique

Y a-t-il eu disparition différentielle de ces établissements selon les départements lorrains ?

Nous relevons la fermeture :

- en Meurthe et Moselle de 9 établissements ou services
- en Meuse de 4 établissements ou services
- en Moselle de 6 établissements ou services
- dans les Vosges de 9 établissements ou services

alors qu'actuellement chacun de ces départements en comprend :

- | | |
|----------------------|------|
| - Meurthe et Moselle | : 22 |
| - Meuse | : 5 |
| - Moselle | : 23 |
| - Vosges | : 17 |
| - LORRAINE | 67 |

Ce sont la Meuse et les Vosges qui accusent la plus grande perte d'établissements en rapport avec leur équipement actuel. En effet, le pourcentage de ces fermetures sur le nombre cumulé d'établissements est de :

- 29,03 % pour la Meurthe et Moselle
- 44,44 % pour la Meuse
- 20,69 % pour la Moselle
- 34,62 % pour les Vosges

29,47 % pour la LORRAINE

Si la perte généralisée de tels établissements peut être mise en relation avec la baisse de la natalité et de la fécondité enregistrée ces dernières années, celles plus importantes des Vosges et de la Meuse doivent être rapprochées de deux caractères traditionnels de ces départements :

- un solde migratoire négatif depuis au moins 1954 (cf. dossiers de L'I. N. S. E. (1) et (2)),
- une population de caractère âgé.

La loi et la clientèle préférant les établissements mieux équipés et possédant un service chirurgical, il nous est paru intéressant de classer les services de gynécologie-obstétrique selon la taille des établissements où ils se trouvent et d'évaluer le pourcentage, en nombre de lits, que représente la gynécologie-obstétrique, dans les divers établissements.

Les établissements à vocation unique de gynécologie-obstétrique semblent être presque essentiellement l'apanage des cliniques privées à but lucratif. En effet, la moitié d'entre elles possèdent 100 % de lits de gynécologie-obstétrique alors que ce n'est le cas que de 2 établissements publics sur un total de 29 (soit 7 %) et d'aucun établissement privé à but non lucratif.

La grande majorité des établissements publics ici recensés ont moins de 25 % de lits obstétrico-gynécologiques (24 établissements sur 29 soit 83 %) alors que parmi les cliniques privées à but lucratif ce pourcentage n'est que de 20 % et de 70 % parmi les établissements privés à but non lucratif.

Deux remarques viennent à l'appui de cette constatation :

- 1^o Dans le cas de la création d'un établissement par une sage-femme (établissement dont le statut est toujours privé à but lucratif) il ne pouvait s'agir d'ouvrir un service autre qu'obstétrico-gynécologique puisqu'elle n'était pas habilitée à le faire. Il aurait fallu pour cela s'associer

) Petit Guide statistique de la Lorraine -1974- INSEE observatoire économique de l'EST - NANCY - page 9 -

) Petit Guide Statistique de la Lorraine -1977- INSEE observatoire économique de l'EST - NANCY - page 11 -

à un ou des médecins comme il a par exemple été le cas à la Clinique de l'Espérance à LAXOU (Nancy)

2° Le décret n° 72-162 et ses annexes du 21 février 1972 (cité plus haut) vise donc essentiellement les établissements privés à but lucratif à vocation unique obstétrico-gynécologique. En effet, les autres établissements ayant un service de maternité ont généralement aussi un service de chirurgie. Il s'agit même parfois de quelques lits obstétrico-gynécologiques accompagnant un important service chirurgical donc d'une clinique chirurgicale à possibilité obstétricale ; tel est, entre autres, le cas de la clinique St Joseph à Raon-l'Étape ou de l'Association Hospitalière Chirurgicale de Briey.

Nom de l'Etablissement	Nombre de Lits d' O. G.	Nombre Total de Lits "actifs" de l'Etablissement	%
1. de CIREY-sur-VEZOUZE	5	61	8
de BUSSANG	8	18	44
de DARNEY	8	33	24
de MIRECOURT	11 ⁺	49	22
de GERARDMER	11	102	11
de DIEUZE	11	64	17
de BRUYERES	12	116	10
de BOULAY	12	238	5
Centre Départemental de Néonance METZ	14	14	100
de RAON L'ETAPE	13	47	28
de ST DIE	18	435	4
Communauté d'AMNEVILLE	20	20	100
de ST MIHIEL	21	135	16
de ST AVOLD	22	115	19
de LUNEVILLE	23	244	10
de TOUL	24	135	18
de SARREBOURG	24	221	11
d'EPINAL	25	362	7
de COMMERCY	25	133	19
de PONT-à-MOUSSON	26	152	17
de BAR-le-DUC	30	385	8
de NEUFCHATEAU	36	313	12
de FORBACH	38	317	12
de REMIREMONT	50	418	12
de METZ	55	1 056	5
de VERDUN	70	855	8
de SARREGUEMINES	72	501	14
de THIONVILLE	87	1 070	8
Communauté Régionale NANCY	206	305	68
	977		

O. G. : Obstétrique et Gynécologie

Hôp. : Hôpital

Hôp. l. : Hôpital local

C. H. : Centre Hospitalier

Les pourcentages sont ceux du nombre de lits d'O. G. sur le nombre total de lits actifs de l'établissement

+ fermé en 1977

Nom de l'Etablissement	Nombre de Lits d' O. G.	Nombre Total de Lits "actifs" de l'Etablissement:	%
St Joseph RAON L'ETAPE	4	32	13
Biesse-Bodez CHARMES	6	6	100
St Gérard BACCARAT	10	10	100
Mouchet ou Cl. St Antoine VITTEL	10	10	100
Padovani VITTEL	11	11	100
Jeanne d'Arc NANCY	12	46	26
St François FORBACH	12	60	20
St Gabriel NANCY	15	15	100
Perrin LONGWY-HAUT	15	15	100
Ste Thérèse LONGEVILLE- LES-METZ	15	33	45
St Pierre Fourier EPINAL	16	88	18
du Dr Simonin POMPLY	18	18	100
St Jean EPINAL	18	74	24
Ste Lucie ESSEY-les-NANCY	20	60	33
du Parc BAR-le-DUC	20	81	25
St Nabor ST AVOLD	21	75	28
de la Roseraie EPINAL	25	50	50
Pasteur VILLERUPT	25	25	100
Notre Dame ST DIE	25	57	44
des Berceaux WOIPPY	25	25	100
des Primevères METZ	31	31	100
Claude Bernard METZ	32	186	17
du Dr Kolb NANCY	33	33	100
du Parc THIONVILLE	42	42	100
de l'Espérance NANCY-LAXOU:	50	80	63

	1 583		

O. G. : Obstétrique et Gynécologie
 Cl. : Clinique

Les pourcentages sont ceux du nombre de lits d'O. G. sur le nombre total de lits actifs de l'établissement.

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

Nom de l'Établissement	Nombre de Lits d' O. G.	Nombre Total de Lits "actifs" de l'Établissement:	%
Hôp. de CHATEAU-SALINS	6	62	10
Cl. des Peupliers VILLERUPT	6	70	9
Hôp. St Joseph PHALSBOURG	14	77	18
Hospitalor CREHANGE	16	62	26
Hôp. d'ALGRANGE	19	160	12
Association Hospitalière de MOYEUVRE-GRANDE	20	103	19
Hôp. Belle-Isle METZ	21	340	6
Hôp. d'HAYANGE	21	175	12
Hôp. St Joseph BITCHE	25	85	29
Association Hospitalière Chirurgicale de BRIEY	30	300	10
Hôp. de CREUTZWALD (S. S. M.)	33	98	34
Hôp. Maternité Ste Croix METZ	80	262	31
Association Hospitalière du Bassin de LONGWY	87	434	20
	378		

O. G. : Obstétrique et Gynécologie

Hôp. : Hôpital

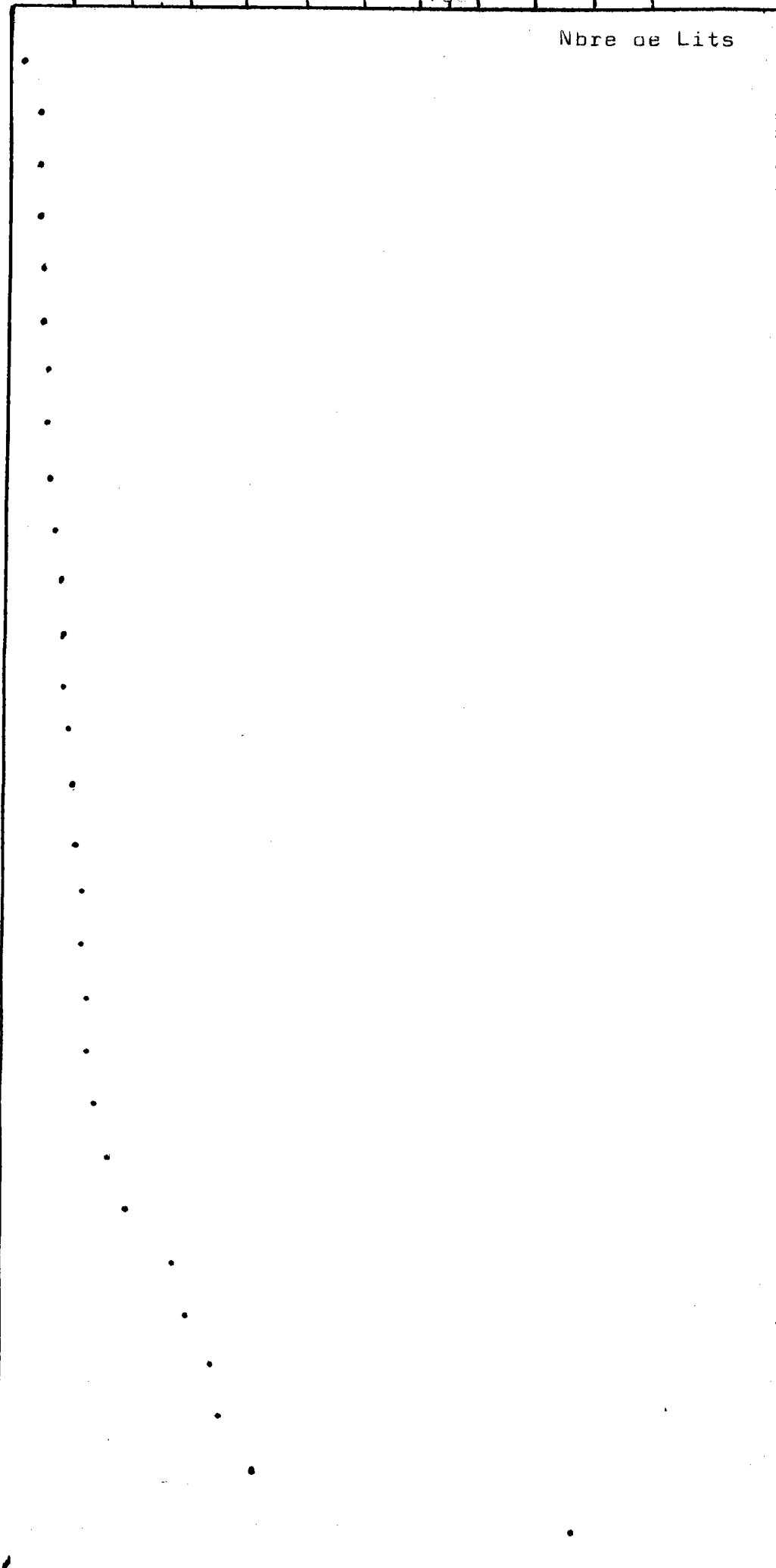
Cl. : Clinique

Les pourcentages sont ceux du nombre de lits d'O. G. sur le nombre total de lits actifs de l'établissement

0 20 40 50 60 80 100 120 140 150 160 180 200 220

Nbre de Lits

H. CIRLY/VEZOUZE
 H. de BUSSANG
 H. de DARNLEY
 H. de MIRECOURT
 H. de GERARDMER
 H. de DIEUZE
 H. de BRUYERES
 H. de BOULAY
 Centre Départemental de
 l'Enfance METZ
 H. RAON L'ETAPE
 H. ST DIL
 Mat. d'AMNEVILLE
 H. ST MIHIEL
 H. de ST AVOLD
 H. de LUNEVILLE
 H. de TOUL
 H. de SARREBOURG
 H. d'EPINAL
 H. de COMMERCY
 H. PONT A MOUSSON
 H. BAR LE DUC
 H. NEUFCHATEL
 H. de FERSBACH
 H. REMIREMONT
 C.H. BONSECOURS METZ
 H. de VERDUN
 H. de SARREBOUEMINES
 C.H. Bel-Air THIONVILLE
 Mat. Régionale **NANCY**



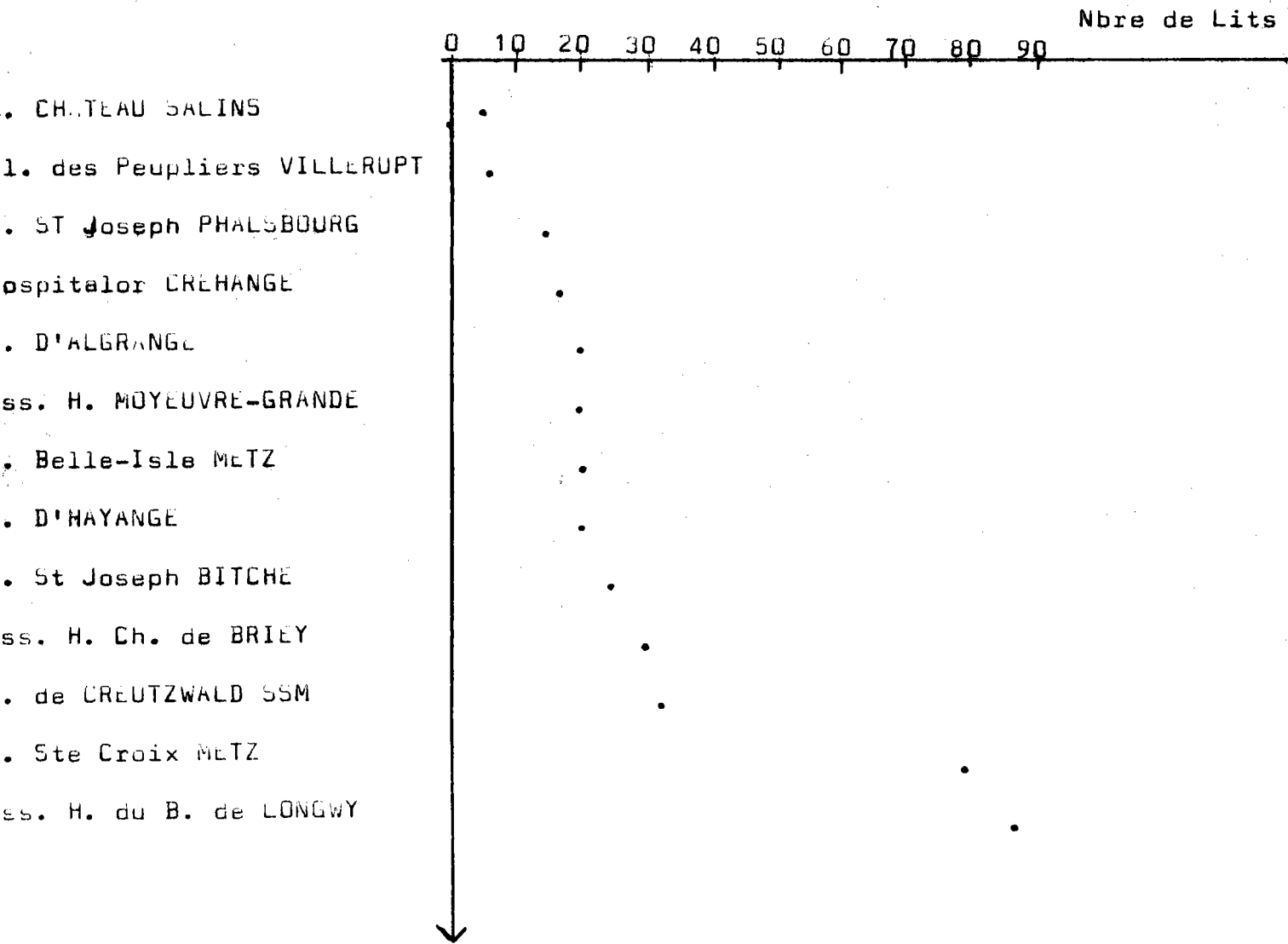
0 10 20 30 40 50

Nbre de Lits

- C1. St Joseph RASN L'ETAPL .
- C1. Biesse-Bodez CHARMES .
- C1. St Gérard BACCARAT .
- C1. Mouchet VITTELL .
- C1. Padovani VITTELL .
- C1. J. D'Arc NANCY .
- C1. St François FORBACH .
- C1. St Gabriel NANCY .
- C1. Perrin LONGEVILLE-les-METZ .
- C1. St Pierre Fourier EPINAL .
- C1. du Dr Simonin POMPEY .
- C1. St Jean EPINAL .
- C1. Ste Lucie NANCY .
- C1. du Parc BAR-le-DUC .
- C1. St Nabor ST AVOUD .
- C1. de la Roseraie EPINAL .
- C1. Pasteur VILLERORT .
- C1. Notre Dame ST DIE .
- C1. des Berceaux JOIRPY .
- C1. des Primevères METZ .
- C1. Claude Bernard METZ .
- C1. du Dr Kolb NANCY .
- C1. du Parc THIONVILLE .
- C1. de l'Espérance NANCY .



MATERNITE - OBSTETRIQUE - GYNECOLOGIE
 ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF



Chapitre A₄ Les durées de séjour et les taux d'occupation

des différents établissements ou services obstétrico-gynécologiques peuvent aussi nous aider à mieux comprendre la réalité de ce secteur d'hospitalisation.

a) Le séjour moyen en service obstétrico-gynécologique

La durée du séjour des patients dans de tels services est généralement bien connue car il s'agit souvent d'une hospitalisation très ponctuelle. De sorte que presque tous les établissements nous ont donné leur durée de séjour lors de notre enquête, :

26 établissements publics ;

26 établissements privés à but lucratif ;

et 12 établissements privés à but non lucratif ;

sur un total de 67 établissements, ou services obstétrico-gynécologiques en Lorraine.

Quelles sont donc ces durées de séjour ?

La durée de séjour moyenne est de :

- . 8 jours dans les établissements publics ;
- . 8,91 c'est à dire environ 9 jours dans les établissements privés à but lucratif ;
- . 8,11 c'est à dire environ 8 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

Remarquons que seuls les établissements privés à but lucratif ont une durée de séjour supérieure (de 1 jour) aux autres établissements.

Ceci est dû aux petites maternités privées, souvent tenues par des sages-femmes. Celles-ci voyant depuis quelques années leur clientèle se raréfier, tentent d'héberger leurs parturientes le plus longtemps possible (souvent 10 à 11 jours) ce qui leur fait un apport supplémentaire de prix de journée. Les Caisses de Sécurité Sociale et d'Assurance Maladie remboursant jusqu'à 12 jours d'hospitalisation par accouchement.

Il faut aussi signaler que ces sages-femmes, souvent installées depuis longtemps, ont été formées du temps où les jeunes accouchées restaient plus longtemps couchées que de nos jours, ce qui sûrement les pousse à augmenter la durée de séjour de leurs parturientes.

D'autre part, ces mêmes maternités ne peuvent donner de soins purement gynécologiques. Or ces soins requièrent une durée de séjour bien moindre : 4 à 5 jours en moyenne.

Dans un service habilité à pratiquer les soins gynécologiques aussi bien que les soins obstétricaux, la durée moyenne de séjour sera donc diminuée. Cette caractéristique se retrouve également en ce qui concerne les Hôpitaux Publics Locaux, qui ne comprenant qu'un service obstétrical (sans gynécologie), ont une durée de séjour moyenne supérieure à celle des services obstétrico-gynécologiques publics en général (cf. Tableau de la page 99 de notre étude et circulaire ministérielle n° 316, page 30).

A l'opposé, les établissements obstétrico-gynécologiques privés, pratiquant de nombreux soins gynécologiques auront une durée de séjour moyenne faible (ex. la durée de séjour moyenne à la clinique de l'Espérance -Laxou- est de 7,5 jours).

Dans notre étude, les durées de séjour gynécologiques ou obstétricales ont été confondues, chaque établissement ne connaissant que la durée de séjour moyenne de son service. Nous avons déjà vu que les établissements à vocation obstétricale seule se trouvent plus fréquemment parmi les cliniques privées à but lucratif. La durée de séjour obstétricale étant plus élevée, il est normal que cela introduise un biais dans la durée de séjour moyenne générale de ces établissements.

Soulignons que les gros services de maternité ou ceux qui appartiennent à des médecins accoucheurs tendent à avoir une durée de séjour faible et un taux de

rotation fort. Ceci s'explique par le fait que, comme en chirurgie, ce sont les premiers jours d'hospitalisation qui sont pécuniairement les plus rentables.

En effet, les honoraires médicaux, les forfaits "salle d'accouchement ou salle de travail" ou bien encore "salle d'opération" (pour les accouchements dystociques ou les interventions gynécologiques) y sont comptabilisés en plus du prix de journée.

b) Le taux d'occupation des services obstétrico-gynécologiques.

Une autre manière d'appréhender le dynamisme de ces services, ou établissements, obstétrico-gynécologiques est sans aucun doute le taux d'occupation. Celui-ci est le rapport du nombre de journées effectuées dans l'année au nombre de journées possibles vue la capacité en lits du service, c'est à dire :

$$\frac{\text{nombre de malades} \times \text{durée moyenne de séjour}}{\text{nombre de lits} \times 365}$$

ce rapport s'évalue en pourcentage.

Le taux d'occupation moyen en service obstétrico-gynécologique est de :

53,42 % dans les établissements publics

82,24 % dans les établissements privés à but lucratif

69,94 % dans les établissements privés à but non lucratif

d'après notre enquête personnelle.

L'enquête nationale du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, effectuée de 1971 à 1974, aboutissait à des résultats similaires⁽¹⁾ :

) Annexe 3 de la Circulaire Ministérielle n° 316 du 6 juin 1977 relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (modification des besoins) page 22 à 31 - Publiée au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Le taux d'occupation des services publics est bien inférieur au taux d'occupation des établissements privés à but lucratif.

Bien sûr, il est plus rentable de faire fonctionner des services "pleins" et la recherche de cette rentabilité, si elle est bien connue dans le secteur privé à but lucratif, est loin d'être absente dans le secteur public.

Mais la conception même de service public oblige les établissements, qui en ont la responsabilité, à pouvoir accueillir les malades à toute heure et en toute occasion. Il est donc impossible et même illégal d'envisager un taux d'occupation de 100 % pour tel service ou établissement (cf. Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 - Chapitre 1er - Section 1 - article 3 - loi portant réforme hospitalière).

Avant 1970, le service public n'était généralement effectué que par les établissements publics ; mais depuis la loi portant réforme hospitalière, il a été institué la participation des établissements privés à l'exécution du service public. C'est sur demande expresse de ces établissements privés qu'est conclu un "contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier".

Le décret n° 74-401 du 9 mai 1974⁽¹⁾ concerne les établissements privés à but lucratif qui accèdent ainsi à l'exécution du service public, comme l'avaient déjà fait auparavant les établissements privés à but non lucratif.

La concession de l'exécution du service public hospitalier se fait, comme nous l'avons déjà souligné, par contrat entre l'établissement en question et le représentant de l'Etat, c'est à dire le Préfet du département d'implantation de l'établissement d'hospitali-

1) Décret n° 74-401 du 9 mai 1974 relatif à la concession du service public hospitalier et à l'association d'établissements privés au fonctionnement de ce service - (Journal Officiel du 12 mai 1974).

sation intéressé. Or, cette procédure est longue et, actuellement, rares sont les contrats achevés et en vigueur.

Il était donc normal de trouver des taux d'occupation inférieurs dans les services, ou établissements, publics ou privés à but non lucratif.

D'autre part, il faut se rappeler que la durée de séjour moyenne des services, ou établissements, obstétrico-gynécologiques privés à but lucratif est supérieure à celle des mêmes services, ou établissements, publics ou privés à but non lucratif. Or, à nombre de malades égal, une durée de séjour plus longue fournit un taux d'occupation plus élevé.

Notons enfin qu'il existe une dispersion importante des valeurs des taux d'occupation pour chaque statut juridique.

- Dans les établissements publics, les valeurs des taux d'occupation s'échelonnent de 9 % à 101,41 %. Un taux d'occupation supérieur à 100 % s'explique généralement par l'emprunt de lits à d'autres services moins bien remplis, ou bien l'existence de lits surnuméraires non déclarés à la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, ou encore la même journée comptée deux fois lorsque l'arrivée d'une parturiente correspond avec le départ d'une autre. Ce qui fait un nombre de journées effectuées supérieur au nombre de journées possibles d'après la capacité en lits du service et un rapport supérieur à 100 %.

Le graphe de la fréquence des différents taux d'occupation rencontrés montre que dans le secteur public :

- ce sont les taux d'occupation compris entre 21 et 40 % qui sont relativement les plus nombreux.
- 64 % des établissements publics ont un taux d'occupation compris entre 9 et 60 %, et un taux d'occupation inférieur ou égal à 80 % représente le fait de 84 % d'entre eux.

En ce qui concerne les établissements privés à but lucratif :

- ce sont les taux d'occupation compris entre 81 et 100 % (et plus) qui sont les plus nombreux : 53 % des établissements qui nous ont fourni leur taux d'occupation en gynécologie-obstétrique
- environ 71 % des établissements ont un taux d'occupation compris entre 61 % et 100 %
- absence de clinique ayant entre 0 et 20 %

Mais soulignons que nous n'avons obtenu que 17 réponses sur 25 établissements. Ce qui est relativement peu (25 établissements publics sur 29 nous avaient donné leur taux d'occupation). Les cliniques privées à but lucratif qui ne nous ont pas répondu sont de genres différents et nous ne pouvons pas seulement incriminer celles dont le taux d'occupation eût été particulièrement bas.

Quant aux établissements privés à but non lucratif :

- le point culminant de la courbe des fréquences se situe aussi pour des taux d'occupation compris entre 81 et 100 % mais la courbe est plus aplatie que celle des cliniques privées à but lucratif. 50 % de ces établissements ont un taux d'occupation compris entre 81 et 100 %, et 60 % entre 61 % et 100 %
- aucun de ces établissements ou services n'a un taux d'occupation compris entre 0 et 20 %

Le nombre de réponses obtenues est relativement bon puisque nous en avons eu 10 sur 13.

Il semble que le secteur privé ait un taux d'occupation meilleur mais il est vrai que, sans subvention, c'est sa seule possibilité de survie.

Quant au public, il est pour lui nécessaire d'avoir

une plus grande disponibilité en lits pour répondre en tous lieux à son rôle traditionnel de service public.

Par ailleurs, l'étude nationale du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale⁽¹⁾ notait pour les établissements publics que les taux d'occupation étaient supérieurs dans les grands centres régionaux, ce qui semble être également le cas dans notre étude. Cela est dû au fait que la tendance est au regroupement des naissances dans les grands centres, cela va encore dans le sens de la disparition des petites unités dont nous avons fait état plus haut.

En conclusion, nous avons fait apparaître plusieurs grandes caractéristiques de l'hospitalisation obstétrico-gynécologique en Lorraine :

- la plus grande taille des unités publiques ;
- le grand nombre de petites unités ;
- la durée d'hospitalisation plus longue dans le secteur privé à but lucratif ;
- le taux d'occupation plus élevé dans le privé ;
- et la disparition progressive des petits services sous-équipés dont le type est la petite clinique dirigée par une sage-femme (cf. la carte ci-jointe), ou le service d'obstétrique de l'hôpital local conjointement à une tendance au regroupement dans des grands centres à l'équipement moderne.

(1) Circulaire n° 316 du 6 juin 1977 - publiée au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale -

Nous sommes en droit de nous demander si l'évolution générale observée en Gynécologie-Obstétrique, à savoir recherche d'un équipement technique poussé, fermeture des petites unités peu équipées et concentration de la majorité des actes médicaux et des soins dans de grands services centraux, est souhaitable et optimale.

En effet, ces grands services bien équipés sont rares et bien évidemment urbains. Le patient ou la parturiente est obligé de s'y rendre ce qui peut être difficile, et parfois précaire en cas d'urgence, l'importance de ces établissements en rend la gestion et l'aseptie difficiles et "déshumanise" les rapports entre le soigné et le soignant qui deviennent étrangers l'un pour l'autre surtout si la rotation du personnel est grande.

D'autre part, ces équipements perfectionnés, s'ils sont souvent souhaitables, ne sont pas toujours indispensables.

Remarquons ainsi l'évolution de la pratique obstétricale dans certains pays techniquement très avancés comme les U. S. A. Certains accoucheurs y recommandent à nouveau l'accouchement à domicile dans des conditions de confort matériel et moral et d'aseptie supérieures à la maternité.

Ceci présuppose un équipement technique transportable et la possibilité de transfert des parturientes rapidement dans un centre équipé.

Verrons nous un jour une telle évolution en France et en Lorraine plus particulièrement ? Nous en doutons.

Cependant nous pensons qu'il serait bon de conserver des unités moyennes disséminées sur le territoire, en plus des quelques grands centres.

MATERNITE ET GYNECOLOGIE
ETABLISSEMENTS PUBLICS

I03

	Prix de journées 1976	Nombre de lits	rang	Durée de séjour	Taux d'occu- pation
H. de BUSSANG	120,35	8	28		25,-
H. de DIEUZE	177,40	11	24	7,-	15,2
H. de BRUYERES	190,20	12	21	10,-	9,-
Centre Départementale de L'Enfance METZ	204,25	14	19	10,-	71,-
H. de MIRECOURT (février 1977)	209,25	11	25	5,-	30,-
H. de CIREY/VEZOUZE	214,40	5	29	8,-	16,7
H. de ST AVOLD	233,50	22	15	8,4	22,3
H. de TOUL	237,70	24	13	8,82	64,9
H. de BOULAY	246,-	12	22	9,76	52,8
H. de PONT-A-MOUSSON	250,-	26	9	4,-	95,-
				8,-	42,5
				7,-	44,-
H. de FORBACH	262,70	38	7	8,-	47,-
H. de ST DIE et Gynécologie	264,65	18	18	6,58	71,-
					89,-
					80,-
H. de RAON L'ETAPE	267,20	13	20	9,27	29,7
H. d'EPINAL	272,40	25	10		
H. de SARREBOURG	273,55	24	12	7,64	72,14
				4,19	130,68
					101,41
H. de SARREGUEMINES	280,50	72	3	6,58	94,-
H. de BAR-LE-DUC (gynécologie)	281,-	12	23	8,50	
Maternité Régionale	286,45	206	1	9,88	74,91
				6,67	99,83
					87,37
H. de LUNEVILLE	293,90	23	14	7,62	57,01
Mat. d'AMNEVILLE	300,35	20	17	9,-	26,-
H. de VERDUN	306,-	70	4		106,64
					30,20
					68,42
H. de NEUFCHATEAU	322,-	36	8	8,8	41,2
H. Bonsecours METZ	337,50	55	5	6,5	81,97
H. de DARNEY	346,85	8	27	9,-	39,45
H. de BAR-LE-DUC	350,-	12		9,67	
H. St MIHIEL	384,-	21	16	7,-	16,-
H. Bel Air (Th) et Gynécologie	390,-	87	2		
H. de GERARDMER	395,-	11	26		
H. de REMIREMONT	396,20	50	6	7,5	70,41
H. de COMMERCY	410,-	25	11	8,-	21,-
TOTAUX		977		208,-	
MOYENNES				8,-	53,42

M = maternité ; G = Gynécologie ; m = moyenne ; H. = Hôpital
H. de CORNIMONT prix de journée 109,55 en 1976
fermé en novembre 1975

MATERNITE ET GYNECOLOGIE
ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF

104

	Prix de journée: 1976	Nombre de lits	Durée de séjour: rang	Taux d'occupation
:Cl. Perrin LONGWY-HAUT	: 80,00:	15	: 16 : 10,-	: 36,53
:Cl. Padovani VITTEL	: 80,00:	11	: 21 : 10,-	: 60,-
:Cl. Biesse-Bodez CHARMES	: 80,00:	6	: 24 : 10,-	: 54,75
:Cl. de la Roseraie EPINAL	: 95,27:	25	: 6 : 11,-	:
:Cl. St Gabriel NANCY ⁺	: 100,- :	15	: 17 : 12,-	:
:Cl. St Gérard BACCARAT	: 105,58:	10	: 22 : 12,-	:
:Cl. St Jean EPINAL	: 106,44:	18	: 13 : 10,-	:
:Cl. Mouchet VITTEL	: 107,39:	10	: 23 : 11,-	:
:Cl. des Primevères METZ	: 121,- :	31	: 5 : 10,-	:
:Cl. St Pierre Fourrier EPINAL	: 126,7 :	16	: 15 :	:
:Cl. Pasteur VILLERUPT (Gynécologie)	: 135,- :	25	: 7 : 3,5	: 100,-
:Cl. Ste Thérèse LONGEVILLE-LES-METZ	: 140,- :	15	: 18 :	:
:Cl. du Dr Kolb (Gynécologie)	: 140,19:	33 ⁺	: 3 :	:
:Cl. Notre Dame ST DIE	: 144,91:	25	: 8 : 9,-	: 60,-
:Cl. St Joseph RAON L'ETAPE	: 151,4 :	4	: 25 : 11,6	: 111,-
:Cl. Jeanne d'Arc NANCY	: 162,45:	12	: 19 : 9,-	: 100,-
:Cl. de l'Espérance NANCY	: 165,88:	50	: 1 : 7,50	: 52,-
:Cl. du Dr Simonin POMPEY (maternité)	: 167,48:	18	: 14 : 11,-	: 100,-
:Cl. du Parc THIONVILLE (Gynécologie)	: 169,45:	42 ⁺	: 2 : 12,-	: 100,-
:Cl. du Parc BAR-LE-DUC	: 171,48:	20	: 11 : 7,5	: 108,-
:Cl. St Nabor ST AVOLD	: 185,- :	21	: 10 : 7,7	: 79,1
:Cl. Claude Bernard METZ	: 185,60:	32	: 4 :	:
:Cl. des Berceaux WOIPPY	: 209,- :	25	: 9 : 10,+	: 80,+
:Cl. Ste Lucie ESSEY-LES-NANCY	: 219,59:	20	: 12 : 8,7	: 69,6
:Cl. St François FORBACH	: 237,60:	12	: 20 : 6,6	:
: TOTAUX	:	511	: 231,6	:
: MOYENNES	:	:	: 8,91	: 82,24

Cl. : Clinique

- + Cl. St Gabriel NANCY : Durée de séjour = pour la maternité 12
pour la gynécologie 5 - 6
- + Cl. des Berceaux WOIPPY : Durée de séjour pour la gynécologie = 4
Taux d'occupation " = 80
- + Cl. du Parc THIONVILLE : Nombre de lits : pour la gynécologie = 17
pour la maternité = 25
au total 42
- + Cl. du Dr Kolb : Nombre de lits : pour la gynécologie = 8
pour la maternité = 25
au total 33

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

	Prix de 1976	Nombre de lits	rang	Durée de séjour	Taux d'occu- pation
Hop. de CHATEAU-SALINS	:106,05	: 6	: 12	: 7,-	: 22,-
H. Ste Croix METZ	:142,-	: 80	: 2	:	:
H. St Joseph PHALSBOURG	:147,-	: 14	: 11	: 6,9	: 59,-
H. Belle-Isle METZ	:158,-	: 21	: 6	:	:
H. St Joseph BITCHE	:187,45	: 25	: 5	: 8,-	: 50,52
Hospitalor CREHANGE	:219,-	: 16	: 10	: 9,- ⁺	: 90,-
	:	:	:	: 5,- ⁺	:
Ass. H. LONGWY (Gynécologie)	:242,20	:	:	: 9,11	:
S.S.M. CREUTZWALD (Gynécologie)	:253,-	:	:	: 7,4	: 90,-
Ass. H. MOYEUVRE-GRANDE	:264,-	: 20	: 8	: 10,-	: 67,-
Cl. des Peupliers VILLERUPT	:272,-	: 6	: 13	:	:
Cl. de CREUTZWALD S.S.M. (Maternité)	:273,-	: 33 ⁺	: 3	: 7,8	: 90,-
Ass. H. ch. de BRIEY	:289,60	: 30	: 4	:	:
H. d'ALGRANGE	:290,-	: 19	: 9	: 9,32	: 82,41
H. d'HAYANGE	:292,70	: 21	: 7	: 8,62	: 58,92
Ass. H. du Bassin de LONGWY (Maternité)	:303,80	: 87 ⁺	: 1	: 9,11	: 89,50
	:	:	:	:	:
TOTAUX	:	: 378	:	: 97,26	:
MOYENNES	:	:	:	: 8,11	: 69,94

Hop. ou H. = Hôpital

Ass. H. = association hospitalière

Cl. = Clinique

+ Hospitalor Créhange : Durée de séjour = 9 pour la maternité
5 pour la gynécologie

+ Cl. de Creutzwald S.S.M. : Nombre de lits = 22 pour la maternité
11 pour la gynécologie
33 au total

+ Ass. H. du Bassin de Longwy : Nombre de lits = 87 avec la gynécologie
75 pour la maternité seule

Taux d'occupation = 59 pour la maternité
120 pour la gynécologie

TITRE - B - LA MEDECINE

Avant de commencer l'étude détaillée du secteur hospitalier purement médical en Lorraine, il importe de définir ce que l'on entend par "médecine".

Durant notre enquête et lors de l'élaboration de nos statistiques et de nos conclusions, nous nous sommes toujours efforcés de distinguer les services et lits de Médecine Générale de ceux, dits de "Spécialité Médicale". Dans notre étude, il sera donc toujours indiqué si nous considérons les spécialités médicales, la médecine générale ou les deux ensemble.

Par contre, dans les textes officiels - et notamment dans les Arrêtés, Décrets ou autres circulaires concernant la carte sanitaire - sont confondus sous le vocable de "Médecine", aussi bien la médecine générale que les spécialités médicales, bien que certaines d'entre elles fassent l'objet de cartes sanitaires particulières - actuellement à l'étude et dont les résultats ne sont généralement pas encore connus.

Les spécialités actuellement comprises sous le terme de "médecine" sont les suivantes :

- Cancérologie
- Cardiologie
- Dermatologie - Vénérologie
- Endocrinologie
- Gastrologie - Entérologie
- Hématologie
- Néphrologie
- Neurologie
- Pédiatrie - Néonatalogie - Prématurés
- Pneumologie - Phtisiologie
- Rhumatologie

../..

Chapitre B1 : L'équipement actuel en lits de Médecine et la carte sanitaire :

Les données que nous étudierons sont celles qui, d'une part, ressortent de notre enquête effectuée par questionnaire et, d'autre part, celles qui sont issues - à l'état de chiffres bruts ou d'indices - d'une étude nationale, effectuée par le Ministère de la Santé, et de la Sécurité Sociale et qui a été publiée au Bulletin Officiel de ce Ministère sous l'intitulé : " Circulaire N° 316 du 6 juin 1977, relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie- obstétrique (modification des indices de besoin", et son annexe N° 1.

Nous nous conformerons au vocable ministériel et entendrons par "Médecine" le groupe, "Médecine Générale et Spécialités Médicales" confondues, groupe que nous pourrions être amenés à dissocier ultérieurement pour aborder la réalité lorraine, de façon plus détaillée.

Comme nous pouvions nous y attendre, et puisque le Ministère développe une politique de limitation du nombre de lits afin d'obtenir une plus grande rentabilité des équipements techniques, la Lorraine paraît trop pourvue en lits de Médecine.

En effet - et selon notre enquête personnelle en 1976-1977 - la Lorraine possède 8 468 lits médicaux. L'arrêté ministériel du 30 octobre 1975 préconisait un total optimal de 6 621 lits et celui du 15 avril 1977, une "fourchette" allant de 4 743 à 5 679 lits. Ce qui fait un surplus régional de 28 % par rapport au premier arrêté et de 49 % par rapport à la valeur la plus haute du second.

Mais tous les secteurs n'étaient pas identiquement excédentaires et en 1975, le Secteur de "BAR LE DUC - COMMERCY - ST MIHIEL -" paraissait même déficitaire.

Voici la position relative de chaque secteur :

MEDECINE & SPECIALITES MEDICALES

Secteur	Intitulés des secteurs	E t a b l i s s e m e n t s				A rrêté Ministériel du 30/ X / 1975		Arrêté Ministériel du 15/ IV/ 1977	
		publics	privés à but lucratif	privés à but non lucratif	TOTAL x	Indices fixés	Nbre de lits correspondants	nouveaux indices fixés	Nbre de lits correspondants
1	Verdun/Meuse	341	-	21	362+	2,5	228	1,7 à 2,1	155 à 192
2	Briey	256	-	302	558+	2,7	499	1,9 à 2,3	351 à 425
3	Metz-Thionville	1 009	75	685	1 769+	2,7	1 597	1,9 à 2,3	1124 à 1361
4	Boulay-Forbach St Avold -Sarreguemines	519	17	457	993+	2,7	901	1,9 à 2,3	634 à 768
5	Bar le Duc - Commercy St Mihiel	261	14	-	275-	2,6	293	1,7 à 2,1	191 à 236
6	Nancy - Pont à Mousson Toul	2 297	98	88	2 483+	2,7 0,2	1293 466 = 1 759	1,9 à 2,3	+ 910 à 1106 466 1376 à 1568
7	Sarrebourg -Dieuze	415	-	4	419+	2,5	193	1,7 à 2,1	131 à 162
9	Neufchateau /Vittel	422	-	-	422+	2,5	193	1,7 à 2,1	132 à 163
8	Lunéville	235	-	24	259+	2,5	156	1,7 à 2,1	106 à 131
10	Epinal	406	-	-	406+	2,5	353	1,7 à 2,1	240 à 296
11	ST Dié	241	22	-	263+	2,5	216	1,7 à 2,1	145 à 181
12	Remiremont Gérardmer	259	-	-	259+	2,5	233	1,7 à 2,1	158 à 196
TOTAL LORRAINE		6 661	226	1 581	8 468	2,84	6 621	2,03 à 2,44	4743 à 5679

x le signe + ou - placé après les différents chiffres indique que ce secteur est excédentaire ou déficitaire par rapport aux normes de 1975

Secteur N°	"Surplus par rapport à l'arrêté ministériel du 30. X 1975		Surplus par rapport à à l'arrêté ministériel (valeur haute) du 15. IV. 1977	
	Nbre de lits	%	Nbre de lits	%
1	134	<u>59</u>	170	<u>88</u>
2	59	12	133	31
3	172	11	408	30
4	92	10	225	29
5	- 18	- 6	39	16
6	724	41	915	<u>58</u>
7	226	<u>117</u>	257	<u>159</u>
8	103	<u>66</u>	128	<u>98</u>
9	229	<u>119</u>	259	<u>159</u>
10	53	15	110	37
11	47	22	82	45
12	26	11	63	32

Comme nous l'indiquions, tous les secteurs - sauf le secteur N° 5 en 1975 - étaient et sont excédentaires en nombre de lits de médecine.

Les secteurs dont nous avons souligné le pourcentage présentent plus de 50 % de lits excédentaires.

Evidemment, ceci est une approche tout à fait théorique et il suffirait de changer les indices lits/population, pour obtenir des résultats tout à fait différents.

Alors, pourquoi un tel surplus de lits médicaux et en corollaire des indices si faibles ?

C'est qu'en "Médecine", plus que dans les autres secteurs hospitaliers, il importe de distinguer les malades aigus des malades chroniques et donc ^{les} lits dits de court séjour de ceux de moyen et de long séjour.

Jusqu'à présent, cette distinction n'avait pas ou peu été faite et certains services de médecine - surtout dans les hôpitaux ruraux - se trouvaient avoir des durées de séjour anormalement longues et des taux d'occupation excessifs.

C'est pour lutter contre cet état de chose que le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale appuyé par le Gouvernement (décision de Juillet 1976, rapportée dans la Circulaire du 1er août 1977) (1) a décidé la stabilisation du potentiel d'hébergement hospitalier. Le maximum de l'effectif en lits hospitaliers est réputé être celui du 31 décembre 1976.

La faible valeur des indices de la carte sanitaire implique donc un remaniement des services hospitaliers et notamment une nette différenciation entre services de court, moyen et long séjour.

A cette fin, il n'est d'ailleurs entendu sous le vocable de "Médecine" que ce qui concerne le court séjour. Celui-ci se définit ainsi : "les lits de médecine de court séjour sont en application des principes de la réforme hospitalière, destinés à recevoir des malades médicaux, atteints d'une affection aiguë, et qui sont admis dans les services de médecine, soit en urgence, soit sur certificat médical - En application de ces mêmes principes, ces malades doivent, une fois terminée la phase aiguë de leur affection, soit retourner à leur domicile soit être accueillis par des établissements de moyen séjour où ils accomplissent une réadaptation, une convalescence nécessitant plus ou moins de soins médicaux ou un simple repos, soit être accueillis dans un établissement de long séjour, lorsqu'ils ont perdu leur autonomie de vie" (2)

-/.....
- (1) - Circulaire du 1er août 1977, relative à l'équipement hospitalier - Application des décisions prises par le Gouvernement sur la stabilisation du nombre de lits d'hospitalisation (Non parue au Journal Officiel) Parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale - SP SS 77/34.
- (2) - Circulaire N° 316 du 6 juin 1977 relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie - obstétrique (modification des indices de besoin) page 9 - Non parue au Journal Officiel - Parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale - SP - SS 77/27

Les soins de court séjour seraient assurés par les Centres Hospitaliers (C. H.), alors que ceux de moyen et de long séjour relèveraient des Centres de Convalescence, Cure ou Réadaptation (C. C. R.) Les Centres de Convalescence ou de Réadaptation prodiguent des soins de moyen séjour, alors que les Centres de Cure Médicale assurent sous surveillance médicale permanente, les traitements des affections de long séjour. ^(1°)

Ces termes de moyen et de long séjour ont été explicités par le Ministère de la Santé, lors de l'élaboration du classement des divers établissements hospitaliers et notamment par la circulaire du 29 octobre 1973 ^(2°), relative à l'application du Décret N° 72-1078 du 6 décembre 1972 :

"Le moyen séjour a pour but l'amélioration de l'état du malade par une thérapeutique appropriée et sa réinsertion sociale, professionnelle et familiale, dans un délai de quelques semaines, parfois de quelques mois, selon l'affection en cause... Le long séjour, dans son activité sanitaire, reste curatif... Il s'agit d'établissement pour personnes ayant définitivement perdu leur autonomie de vie".

Si tous les secteurs lorrains sont actuellement excédentaires, c'est qu'il y a bien confusion à l'intérieur des services de médecine, entre le court, le moyen et le long séjour. Cela apparaît vérifié, si l'on remarque que les secteurs les plus excédentaires (plus de 80% de lits excédentaires) sont ceux qui, d'une part, sont les moins dynamiques et d'autre part, ceux qui sont situés dans des régions propices à la convalescence. Ces secteurs - au nombre de quatre - présentent tous une caractéristique commune : ils possèdent proportionnellement de nombreux hopitaux locaux. Ce sont, par ordre de pourcentage décroissant, les secteurs de :

.../..

.....

1° - D'après le décret N° 72-1078 - 6 décembre 1972 - Code de la Santé Publique 1977 - page 805 à 808 - reproduit en annexe de cette présente étude.

2° - Circulaire N° 1007 du 29 octobre 1973 "précisant les modalités d'application du décret N° 72-1078 du 6. XII. 1972, relatif au classement des établissements privés et publics assurant le service public hospitalier" - in : "Législation des Hopitaux publics" de P. COMET - pages 554 à 566 -

- Sarrebourg - Dieuze (N° 7)
- Neufchateau - Vittel (N° 9)
- Lunéville (N° 8)
- Verdun/Meuse (N° 1)

de plus, le secteur de Sarrebourg- Dieuze possède deux anciens sanatoriums (1°) et celui de Neufchateau-Vittel de nombreux lits de cure thermale et l'on sait que de tels lits sont considérés comme des lits de médecine ou reconvertis en tant que tels.

Le ministère conclut dans l'étude nationale déjà citée (2°) que "50 % au moins des lits de médecine des hôpitaux ruraux ne justifient pas leur classement en médecine; 10 % en moyenne des lits de médecine des hôpitaux autres que les hôpitaux ruraux ne correspondent pas à de la médecine active". Quant aux établissements privés, l'étude avait déterminé une répartition de 57,6 % de lits de court séjour, contre 42,4% pour le moyen séjour sur le total du territoire français. Mais, l'enquête ayant été effectuée à l'échelon régional, les pourcentages lorrains (en 1975 et pour un total de 2 200 lits privés de médecine) étaient respectivement de

95,6% des lits pour le séjour court

et 4,4 % des lits pour le séjour moyen ou long.

Il était d'ailleurs souligné que "les services de médecine des cliniques à activité polyvalente (M - C et O) possèdent les caractéristiques de services actifs; par contre, les maisons de santé uniquement médicales correspondent le plus souvent à une activité de moyen séjour".

Or, nous-mêmes n'avons pas recensé de maison de santé à caractère uniquement médical en Lorraine, si ce n'est celles de Rasey-Xertigny ou de Novéant qui, de plus, présentent une orientation psychiatrique.

Les lits médicaux du secteur privé en Lorraine seraient donc bien à classer en lits de court séjour, le long séjour n'étant assuré que par le secteur public.

.../...

1° - Le centre de Pneumo-physiologie de Sarrebourg déclare même des lits de cure médicale - Ce sont donc des lits de long séjour.

2° - Circulaire N° 316 du 6 juin 1977 - page 12 - Enquête de l'IGAS, sondages ponctuels circulaire publiée au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale - SP - SS 77/27 (IGAS = Inspection Générale des Affaires Sociales)

POURCENTAGES COMI
COURT ET LONG SEJOUR DANS LE SI

III_{bis}

n° de secteur	Nombre de lits Publics				Nombre de lits Privés totaux			
	court séjour	long séjour	total	%	court séjour	long séjour	total	% court total
1	589	268	857		94	-	94	100
2	353	-	353	1	952	-	952	100
3	1 747	652	2 399		2 271	52	2 323	97,76
4	1 031	1 168	2 199		1 245	-	1 245	100
5	510	753	1 263		130	-	130	100
6	3 783	2 592	6 375		1 083	107	1 190	91,01
7	547	509	1 056		76	-	76	100
8	358	53	411		100	-	100	100
9	716	1 695	2 411		21	-	21	100
10	508	56	564		352	30	382	92,15
11	402	40	442		84	-	84	100
12	527	-	527	1	-	-	-	-
Totaux	11 071	7 786	18 857		6 408	189	6 597	97,14

Nombre de lits Privés non lucratifs:				Nombre de lits Privés totaux			
court séjour :	long séjour :	total :	% court total :	court séjour :	long séjour :	total :	% court total :
29	-	29	100	94	-	94	100
865	-	865	100	952	-	952	100
1 783	-	1 783	100	2 271	52	2 323	97,76
1 110	-	1 110	100	1 245	-	1 245	100
-	-	-	-	130	-	130	100
287	80	367	78,20	1 083	107	1 190	91,01
76	-	76	100	76	-	76	100
24	-	24	100	100	-	100	100
-	-	-	-	21	-	21	100
-	-	-	-	352	30	382	92,15
-	-	-	-	84	-	84	100
-	-	-	-	-	-	-	-
4 174	80	4 254	98,12 %	6 408	189	6 597	97,14 %

Le Tableau p.III_{bis}, effectué à l'aide des chiffres obtenus lors de notre enquête lorraine, nous indique que cette prédominance du séjour court sur le séjour long est un caractère général dans le secteur privé pour tous les secteurs hospitaliers confondus. Nous serons amenés plus loin à revenir sur cette caractéristique.

2) La répartition "privé-public" des Etablissements et des lits médicaux

Considérons le tableau p.I07_{bis}, nous y remarquons que le secteur public offre, en Lorraine, plus de lits de médecine (6 661) que le secteur privé (1 807).

La différence est énorme puisque 78,6 % du service médical est assuré par le secteur public contre/seulement 21,4 % pour le secteur privé. De plus, il nous faut noter d'emblée que ce sont surtout les établissements privés à but non lucratif qui possèdent des lits de médecine, puisqu'ils en offrent 1 581 contre 226 pour les établissements privés à but/lucratif.

Soit, en résumé :

Part en % représentée par	Sur le total de lits privés de médecine	sur le total des lits de médecine en Lorraine
les lits privés à but lucratif	12,5 %	2,7 %
les lits privés à but non lucratif	87,5 %	18,7 %
les lits privés quel que soit leur statut	100 %	21,4 %
les lits publics		78,6 %

Ce désintéressement du secteur privé et surtout du secteur privé à but lucratif pour la médecine peut être attribué à deux caractéristiques qui font des lits de médecine - tels qu'ils étaient conçus jusqu'ici - des lits peu rentables financièrement parlant.

En effet, il s'agissait - et cela n'a pas encore disparu - de lits à rotation faible et à durée de séjour longue, ne nécessitant pas d'examinations de laboratoire très nombreux, ni l'utilisation de salle d'opération. Mais, à l'opposé, le personnel soignant doit y être nombreux.

Or, nous savons que, pour les cliniques privées, où le prix de journée est dit "éclaté" - puisque le forfait salle d'opération, les actes de laboratoire, de radiologie, etc... sont comptés en sus du prix de journée - il est plus rentable de soigner des patients nécessitant de tels actes à leur admission et dont le séjour est de courte durée.

De plus, avoir des lits de médecine peut être considéré comme moins prestigieux que de posséder des lits de chirurgie, attendant à une salle d'opération ultra-moderne ou bien des postes d'hémodialyse ou tout autre équipement relevant d'une technique de pointe.

Mais si ceci est généralement vrai, voyons ce qu'il en est selon les divers secteurs sanitaires lorrains.

a) Certains secteurs ne possèdent aucun lit privé de médecine
il s'agit notamment des secteurs de :

- Neufchâteau-Vittel (N° 9)
- Epinal (N° 10)
- Remiremont-Gérardmer (N° 12)

b) un seul secteur : celui de Nancy- Pont à Mousson - Toul (N° 6) possède plus de lits privés à but lucratif que de lits privés à but non lucratif. Bien sûr, il faut lui adjoindre les deux secteurs qui, possédant des lits médicaux privés à but lucratif ne possèdent pas de lits privés à but non lucratif. Il s'agit des secteurs de

- Bar le Duc - Commercy - St Mihiel (N° 5)
- St Dié (N° 11)

Il sera intéressant de distinguer plus loin, si ces lits privés médicaux concernent la médecine générale ou certaines spécialités médicales.

c) Les secteurs de :

- Briey (N° 2)

- Boulay - Forbach - St Avold - Sarreguemines (N° 4)

ont respectivement plus ou presque autant de lits privés de médecine que de lits publics.

Nous retrouvons là les secteurs que nous avons définis comme très ouvriers, et où l'initiative privée a souvent dépassé l'investissement public.

Mais soulignons tout de même que les lits médicaux privés appartiennent là encore et pour leur plus grande majorité au statut "privé à but non lucratif"

Voici précisément quelle place occupe - en pourcentage - chacun des statuts juridiques selon les secteurs sanitaires lorrains :

Répartition Privé/Public des lits Médicaux dans les différents secteurs (tableau et carte)

Les pourcentages représentent la proportion de lits de ce statut juridique sur le nombre total de lits du secteur considéré :

.../...

Secteur N°	Intitulés des secteurs	Nombre total de lits	Lits Publics		Lits Privés		Lits Privés à but lucratif		Lits Privés à but non lucratif	
			Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
1	Verdun/Meuse	362	341	94. -	21	6. -	-	-	21	6. -
2	Briey	558	256	46. -	302	54. -	-	-	302	54. -
3	Metz - Thionville	1 769	1 009	57. -	760	43. -	75	4. -	685	39. -
4	Boulay - Forbach - St avold Sarreguemines	993	519	52. -	474	48. -	17	2. -	457	46. -
5	Bar le Duc - Commercy - St Mihiel	275	261	95. -	14	5. -	14	5. -	-	-
6	Nancy - Pont à Mousson - Toul	2 483	2 297	92,5	186	7,5	98	4. -	88	3,5
7	Sarrebourg - Dieuze	419	415	99. -	4	1. -	-	-	4	1. -
8	Lunéville	259	235	91. -	24	9. -	-	-	24	9. -
9	Neufchateau - Vittel	422	422	100. -	-	-	-	-	-	-
10	Epinal	406	406	100	-	-	-	-	-	-
11	Saint Dié	263	241	92. -	22	8. -	22	8. -	-	-
12	Remiremont - Gérardmer	259	259	100.	-	-	-	-	-	-
Total Lorrain		8 468	6 661	78,6	1 807	21,4	226	2,7	1 581	18,7

REPARTITION PUBLIC/PRIVE DES LITS MEDICAUX
DANS DIFFERENTS SECTEURS SANITAIRES

Après avoir vu la distribution des lits médicaux selon leur statut juridique, il est intéressant d'étudier la répartition des établissements qui les possèdent. Nous considérerons, une fois de plus, l'ensemble "médecine générale et spécialités médicales" confondues.

- 54 % des établissements ayant un service de médecine sont des établissements publics
- les établissements privés, totalisant un pourcentage de 46 % des établissements, se répartissent pour environ 3/4 d'entre eux en établissements privés à but non lucratif et 1/4 en établissements à but lucratif.

En comparant la répartition statutaire des lits de médecine et des établissements qui les possèdent, nous aurons une idée de la taille des différents services de médecine .

En effet, nous remarquons d'emblée que 54 % des établissements médicaux lorrains se partagent 78,6 % des lits. C'est donc que les services de médecine publics sont plus grands que leurs homologues privés. Ceci est d'ailleurs vérifié dans chacun des secteurs sanitaires lorrains.

../..

Secteur N°	Etablissements Publics		Etablissements Privés		dont établissements privés à but lucratif		dont établissements privés à but non lucratif		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
	1	3	75	1	25	-	0	1	
2	1	20	4	80	-	0	4	80	5
3	2	17	10	83	1	8	9	75	12
4	4	33	8	66	2	17	6	50	12
5	3	75	1	25	1	25	-	0	4
6	6	40	9	60	7	47	2	13	15
7	4	80	1	20	-	0	1	20	5
8	3	75	1	25	-	0	1	25	4
9	5	100	-	0	-	0	-	0	5
10	3	100	-	0	-	0	-	0	3
11	4	80	1	20	1	20	-	0	5
12	5	100	-	0	-	0	-	0	5
Total lorrain	43	54	36	46	12	15	24	31	79

REPARTITION PUBLIC/PRIVE DES ETABLISSEMENTS AYANT DES
SERVICES DE MEDECINE ET DE SPECIALITES MEDICALES

La taille des services de Médecine des établissements publics varie de 6 lits à l'Hôpital local de Clermont en Argonne (Meuse) à 674 lits au Centre Hospitalier Universitaire et Régional de Nancy.

La taille des services de Médecine des établissements privés à but lucratif varie de 4 lits à la clinique St Nabor à St Avold (Moselle) à 75 lits à la clinique Claude Bernard à Metz (Moselle)

Quant aux établissements privés à but non lucratif, ils s'échelonnent de 4 lits à l'Hôpital St Joseph à Phalsbourg (Moselle) à 159 lits à l'Hôpital de la Société de Secours Minière de Freyming (Moselle).

La taille des services de médecine offre donc une différence de dispersion selon le statut juridique et mises à part les valeurs extrêmes, nous pouvons remarquer que 16 % seulement des services de médecine des hôpitaux publics ont moins de 25 lits, alors que c'est le cas de 25 % des services de médecine privés à but non lucratif et de... 83 % de leurs homologues dans les établissements privés à but lucratif.

Si nous groupons les deux premières classes, à savoir les services de moins de 25 lits et ceux de 25 à 49 lits, nous y trouvons :

- 51 % des services de médecine publics
 - 91,3 % des services de médecine privés à but lucratif
- et 50 % des services de médecine privés à but non lucratif.

Nous remarquons un comportement similaire des établissements publics et privés à but non lucratif. La différence importante réside dans le fait que le plus grand service de médecine privé à but lucratif (Hôpital de Freyming - SSM) comporte 159 lits auxquels il convient d'ajouter 36 lits de spécialités médicales alors que le plus grand service de médecine public comprend 674 lits (C H U de Nancy)

Voici, en un tableau, la répartition des services de médecine lorrains, selon le statut juridique auquel ils appartiennent.

Taille des services de médecine	Etablissements Publics		Etablissements Privés		dont établissements privés à but lucratif		dont établissements privés à but non lucratif		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nbre	%
(0 - 25 (	7	16	16	44	10	83	6	25	23	29
(25 - 50 (	15	35	7	19	1	8,3	6	25	22	28
(50 - 75 (	6	14	7	19	-	-	7	29	13	16
(75 - 100 (	7	16	4	11	1	8,3	3	12,5	11	14
(100 - 125 (-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(125 - 150 (	3	7	1	3	-	-	1	4	4	5
(150 - 175 (	2	5	1	3	-	-	1	4	3	4
(175 - 200 (-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(200 - 225 (-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(225 - 250 (	1	2,3	-	-	-	-	-	-	1	1
(250 - 275 (-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
...										
(425 - 450 (	1	2,3	-	-	-	-	-	-	1	-1
(650 - 675 (	1	2,3	-	-	-	-	-	-	1	1
Total	43	100.	36	100	12	100	24	100	79	100

REPARTITION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS AYANT UN SERVICE DE
MEDECINE OU SPECIALITES MEDICALES SELON LEUR STATUT JURIDIQUE
ET LA TAILLE DU SERVICE (1976-1977)

Le graphe ci-contre donne une vue d'ensemble de la taille des différents services, selon leur statut juridique. S'il apparaît nettement que les services privés sont plus fréquemment petits (services de moins de 25 lits) et que leur nombre diminue rapidement dans les classes plus élevées, il importe ici de signaler que de substantielles différences pourront être mises en évidence lorsque nous dissocierons les lits de médecine générale de ceux de spécialités médicales.

Notons en effet que, dans les grands centres hospitaliers comme les C H U (Centres Hospitaliers Universitaires) ou les C. H. R. (Centres hospitaliers régionaux) rares sont les lits de médecine à vocation générale. Très souvent, les services dits de "médecine" ont une orientation particulière et sont donc "spécialisés."

D'autre part, il n'est pas raisonnable de favoriser partout les très grands services de médecine. N'oublions pas que très souvent, la demande de soins médicaux se double d'une requête sociale plus ou moins visible. Aussi, et c'est souvent le cas des services de médecine des Hôpitaux Ruraux, le nombre de lits tend à augmenter simultanément de la durée de séjour et du taux d'occupation. Il se produit, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, une confusion entre le court, le moyen et le long séjour.

Si l'on présuppose que les équipements nécessaires aux soins et à l'hébergement des malades relevant des moyen et long séjours sont réalisés ou en voie de réalisation, quelle peut être la taille optimale d'un service de médecine, court séjour ?

Depuis la loi de réforme hospitalière, les différents services hospitaliers ont été définis comme des ensembles d'unités de soins. Par "unité de soins", il faut entendre un ensemble de lits confié à une équipe d'infirmières soignantes, dirigées et animées par une infirmière responsable... La capacité d'une unité est généralement d'une trentaine de lits... Le service peut être constitué par une ou plusieurs unités selon la discipline considérée : pour les disciplines courantes, telles que la médecine ou la chirurgie, générales ou orientées, il est généralement de 2 à 3 unités. (1) .. / ..

1) Annexe technique à la circulaire ministérielle N° 1007 du 29 octobre 1973 "Principaux éléments constitutifs des établissements hospitaliers". Publiée au Bulletin Officiel de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale SP-SS 73.45 - 5472 - Pages 19-20

D'après les recommandations ministérielles, les services de médecine pourraient donc avoir entre 60 et 90 lits. Cependant, il est précisé que (1) "Les unités de l'hôpital local devront dans la mesure du possible avoir une structure équivalente ou voisine de celles des unités hospitalières décrites en annexe. Toutefois, dans les zones d'habitat dispersé, où les besoins d'hébergement seront faibles, la capacité de ces unités pourra être inférieure à trente lits".

Il nous semble donc intéressant d'étudier la répartition sectorielle des services de médecine selon leur taille. Pour ce faire, nous avons élaboré un tableau récapitulatif et une carte thématique.

Il semble que les services de médecine, quelque soit leur taille, soient également répartis dans les divers secteurs sanitaires lorrains. Cependant, il faut signaler que rares sont les services de médecine ayant de 60 à 90 lits. Les services les plus nombreux sont les petits services (moins de 30 lits) et les grands services (plus de 90 lits). Les grands services sont présents partout y compris dans les secteurs peu peuplés (secteurs 1 - 7 - 8 - 9 - 10 - et 11). Nous pourrions expliquer cela de deux manières :

- dans les zones défavorisées les services de médecine générale ont tendance à être hypertrophiés pour répondre à la demande médico-sociale qui leur est faite.
- partout existe au moins un établissement hospitalier joignant à ses lits de médecine générale des lits de spécialité médicale, ce qui gonfle artificiellement la capacité du service dit de "médecine".

../..

1) Circulaire N° 1007 du 29 octobre 1973 - publiée au Bulletin Officiel de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale - SP- SS 73/45 - 5472 - page 13.

N° de secteur	Nombre de services de moins de 30 lits	Nombre de services de 30 à 60 lits	Nombre de services de 60 à 90 lits	Nombre de services de plus de 90 lits
1	3	-	-	1
2	-	2	1	2
3	2	3	3	4
4	3	4	2	3
5	1	1	1	1
6	7	3	2	3
7	1	1	-	3
8	2	1	-	1
9	2	1	-	2
10	-	1	1	1
11	2	2	1	1
12	3	1	-	1
Total Lorrain	26	20	10	23

REPARTITION SECTORIELLE DES SERVICES
 DE MEDECINE GENERALE ET SPECIALISEE
 SELON LEUR TAILLE
 1976-1977

Dans les secteurs peu peuplés, on remarque souvent l'absence de service de 60 à 90 lits, ce qui indique bien que déjà à partir de 60 lits, nous avons à faire à des services "hybrides", n'ayant pas de réelle cohésion.

Il faudrait donc distinguer les services ayant jusqu'à 60 lits et qui sont souvent à vocation généraliste et les services plus grands dont il nous faut séparer les lits spécialisés.

Mais avant d'étudier les spécialités médicales, voyons brièvement quels sont les établissements qui ont des lits médicaux et quels sont leurs durées de séjour et leurs taux d'occupation.

Notons d'emblée qu'il n'existe pas d'établissement à vocation médicale seule - comme nous avons pu trouver plus haut des établissements à vocation obstétricale seule.

En effet, il s'agit soit d'hôpitaux locaux dont le plus ou moins grand service de médecine est jouté par une importante section d'hospice, soit d'établissements privés qui peuvent parfois être du type des hôpitaux locaux ou - plus souvent - comporter un important service obstétrico-gynécologique et avoir de plus quelques lits de médecine, soit encore des établissements importants privés ou publics (type C. H. C. H. R. , ou C. H. U.) où se trouvent toutes sortes de services dont un ou plusieurs services de médecine.

Etudions à présent s'il existe des différences significatives quant aux durées de séjour et aux taux d'occupation de ces services de médecine

Chapitre B₃ : DUREES DE SEJOUR ET TAUX D'OCCUPATION DES SERVICES DE
 ----- MEDECINE EN LORRAINE -----

1° - Les durées de séjour

Signalons d'emblée que nous n'avons pu prendre en compte les durées de séjour indiquées dans les services de médecine spécialisée, car, d'une part, les réponses à cette question ont été rares lors de notre enquête et d'autre part, la grande variété des spécialisations induisait des disparités incompatibles avec l'élaboration d'une moyenne. Les durées de séjour de certaines spécialités seront donc étudiées plus loin de façon distincte.

Par contre, nous avons obtenu un échantillon correct de réponses, quant aux services dits de médecine générale

- 29 établissements publics
- 6 établissements privés à but lucratif
- 16 établissements privés à but non lucratif

nous ont fourni leur durée de séjour.

Voici donc la durée de séjour moyenne des malades en service de médecine générale :

- 36,29 jours dans les Etablissements publics (1)
- 23,12 jours dans les établissements privés à but lucratif
- 24,33 jours dans les établissements privés à but non lucratif.

On remarque une forte disparité entre les établissements privés qui ont à peu près la même durée de séjour (23,12 et 24,33) et les établissements publics qui présentent une durée de séjour beaucoup plus longue : environ 50 % en plus.

Bien sûr, c'est toujours le même genre d'explication qui vient à l'esprit : les services de médecine des établissements privés qu'ils soient à but lucratif ou non, soignent des malades de tous âges atteints d'affections médicales variées mais ponctuelles.

Alors que dans les établissements publics - et il est ici surtout question des hôpitaux dits "locaux", il s'agit, en fait, de médecine dite rurale où l'on ne rencontre généralement que des personnes du 3ème âge ne pouvant être soignées chez elles, du fait de mauvaises conditions socio-familiales. Aussi, pour l'oeil du visiteur, ces services de médecine diffèrent peu des services d'hospice - ou bien des services de chroniques recevant les transferts dits de dégagement des grands hôpitaux.

.../...

1) Notons que nous n'avons volontairement pas pris en compte la durée de séjour qui nous avait été indiquée pour le service de médecine de l'Hôpital St Nicolas de Port. Nous considérons, en effet, qu'elle n'est pas fondée sur des statistiques mais donnée selon l'impression subjective de la personne questionnée, qui pensait voir les mêmes malades à longueur d'année. La durée de séjour alors indiquée introduisait un biais trop important dans la moyenne.

De tels malades ne sont pas "rentables" pour les établissements privés - surtout s'ils sont à but lucratif - Ils ne nécessitent pas tant les soins d'un médecin que ceux d'un nombreux personnel infirmier : ce qui est onéreux et peu lucratif. Quant à l'aspect esthétique d'un tel service, il peut souvent laisser à désirer... Tout cela explique le désintérêt des établissements privés.

2° - Les taux d'occupation des services de médecine

Signalons de prime abord que seuls sont pris en compte les services de médecine générale, puisque, comme pour l'étude des durées de séjour moyen, il s'agit de spécialités trop différentes pour pouvoir en faire un tout susceptible de l'élaboration d'une moyenne et que, d'autre part, nos renseignements quant aux établissements privés sont trop limités.

Quels sont donc ces taux d'occupation moyens exprimés en pourcentage ?

- 90,42 % dans les établissements publics (1)
- 125,69 % dans les établissements privés à but lucratif (2)
- 85,22 % dans les établissements privés à but non lucratif.

Chacun de ces trois taux d'occupation moyens est élevé, ce qui pourrait indiquer que les lits de médecine sont relativement rares et donc très demandés et très occupés ou bien qu'il y a, comme nous le montrons plus haut - confusions entre les lits de court et de moyen ou long séjour.

Notons qu'une durée de séjour longue s'accompagnant d'un taux d'occupation élevé indique une faible rotation des malades (établissements publics) alors qu'une durée de séjour courte dans un service au taux d'occupation élevé montre le dynamisme du service.

.../...

1) le taux d'occupation donné par l'hôpital local de Clermont en Argonne (55) paraissant nettement surévalué : 346 % et étant dû au fait que pour 6 lits agréés, le service de médecine en possède réellement 20, nous avons préféré le rapporter à 100 % dans l'élaboration de notre moyenne.

2°) Ce taux d'occupation moyen supérieur à 100 % peut s'expliquer par l'existence de lits non agréés ou par des erreurs de comptabilité totalisant deux journées pour un lit dont le premier occupant serait sorti le matin, alors qu'un deuxième malade l'aurait réoccupé le soir.

Mais revenons à l'étude ministérielle (1) que nous avons déjà citée pour noter les substantielles différences que nous obtenons en Lorraine par rapport aux moyennes nationales.

L'enquête effectuée en 1973-1974 obtient les résultats suivants

France	Equipement en lits		séjour moyen en jours	taux d'occu- pation moyen
	Nombre	%		
Publics (1974)	126 626	82,48	15,4	81,5 %
Privé (1973)	26 891	17,52	26,1	85,30 %

Remarquons qu'en Lorraine comme sur l'ensemble du territoire national, l'équipement public en lits de médecine est de loin supérieur à l'équipement privé

Répartition juridique (en%) des lits de Médecine en France et en Lorraine (en 1973-1976)

	Lits publics en %	Lits privés en %
France	82,48	17,52
Lorraine (d'après notre enquête)	78,46	21,54

La Lorraine garde néanmoins sa caractéristique d'être une région où l'investissement privé - surtout à but non lucratif - a été très important (plus que sur l'ensemble du territoire national).

L'enquête nationale met en évidence, ainsi que nous l'avons déjà fait, de très forts taux d'occupation des services de médecine, mais elle recueille des durées de séjour moyen fort différentes.

../..

1) Circulaire N° 316 du 6 juin 1977 relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (modification des indices de besoin) - et ses annexes - Bulletin officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale - SP - SS 77/27 - Page 7 et suivantes.

Une explication vient immédiatement à l'esprit : à savoir que l'étude ministérielle prend en compte sans les distinguer les services de médecine générale et ceux de spécialités médicales quelles qu'elles soient, alors que nous-mêmes n'avons jusqu'ici mis en évidence que les seules durées de séjour des services de médecine générale.

Nous envisagerons plus loin le cas de certaines spécialités médicales.

Mais, avant de clore ce paragraphe consacré à la médecine générale, nous reproduirons ici le tableau de l'étude ministérielle précisant le fonctionnement du secteur public par catégorie d'établissement (1974) : «

France	Lits		séjour moyen (en jours)	taux d'occupation moyen	Variation de l'équi- pement en lits de médecine -1974/1970 en % (1)
	Nombre	%			
C. H. R.	45 769	36,15	12,3	80,4	- 3,8
C. H.	36 178	28,57	14,5	78,7	- 0,8 (74/71)
H. H.	35 317	27,89	18,1	80,1	- 5,4 (74/71)
H. R.	9 362	7,39	51,7	103,4	+ 20,4

(1) 1974/71 pour les C. H. et H. H., car en 71, 7 H. H. ont été transformés en CH

Si l'occupation moyenne reste très importante et sensiblement égale dans toutes les catégories (avec une hausse sensible pour les Hôpitaux ruraux), la durée de séjour augmente au fur et à mesure que l'on descend dans les catégories d'établissements (avec aussi une "pointe" très nette sur les Hôpitaux ruraux)...

Le taux d'accroissement de l'équipement en lits de médecine est faible, l'accroissement annuel étant de 0,62 %.

En réalité, la statistique n'est pas très cohérente puisqu'en 1974, les lits de psychiatrie des services de neuropsychiatrie ont été supprimés de la rubrique médecine. >>

Il est donc très important de voir que ces statistiques peu cohérentes en elles-mêmes ne recourent pas les mêmes données que les nôtres.

Mais nous pouvons aussi comparer les différents services de médecine publics selon l'établissement qui les possède. Pour ce faire nous avons élaboré un tableau récapitulatif, groupant les différents établissements publics, selon leur classement (C. H. R. - C. H. G. - C. H. - H. - H. L. -, les C. H. S. n'ayant pas ici de lits de médecine) (1) et indiquant en regard de leur nom, le nombre de lits de médecine qu'ils possèdent, la durée de séjour moyen des malades et le taux d'occupation du service. Nous avons ensuite calculé la somme des lits de médecine qu'il existe en Lorraine, selon la classe d'établissement et les moyennes correspondant aux durées de séjour et taux d'occupation. C'est donc un tableau-résumé que nous vous proposons ici

Caractéristiques lorraines des services de médecine, selon la catégorie d'établissement

Etablissements Lorrains	Nombre total de lits de médecine		Durée de séjour moyen	Taux d'occupa- tion moyen
		%		
C. H. R.	878	29,1	12,83	85,23
C. H. G.	362	12	16,96	80,98
C. H.	461	15,3	12,33	84,83
H.	805	26,7	27,62	86,34
H. L.	512	17	56,05	98,38

Il convient de regrouper les Centres Hospitaliers et les Centres Hospitaliers Généraux puisque, après le décret N° 72-1078 du 6 septembre 1972, les centres hospitaliers sont ou généraux ou spécialisés, donc ceux encore simplement appelés "Centres Hospitaliers" sont en cours de classement en Centres Hospitaliers Généraux.

Quant aux Hopitaux (Hospices), ils font eux aussi partie d'une ancienne classification et seront à regrouper avec les Hôpitaux Locaux.

../..

- 1) C. H. R. : Centre Hospitalier Régional
 C. H. G. : Centre Hospitalier Général
 C. H. : Centre Hospitalier
 H. : Hôpital (le plus souvent appelé H. H. : Hôpital Hospice)
 H. L. : Hôpital Local -(anciennement appelé Hôpital Rural)
 C. H. S. : Centre Hospitalier Spécialisé.

Notre tableau devient donc :

Caractéristiques lorraines des services de médecine - catégories regroupées -

Etablissements lorrains	Nombre total de lits de médecine	%	Durée de séjour moyen	Taux d'occupa- tion moyen
C. H. R.	878	29,1	12,83	85,23
C. H. G.	823	27,3	14,65	82,91
H. L.	1 317	43,7	41,84	92,36

Nous remarquons que, malgré la taille plus importante des services de médecine dans les Centres hospitaliers régionaux ou généraux, un très gros pourcentage des lits de médecine lorrains se trouve dans les hôpitaux locaux. Ceux-ci assurent évidemment les soins secondaires à la phase aiguë traitée dans les C. H. R. ou C. H. G., mais ont un rôle social très important.

Confirmation nous est donnée dans la suite du tableau où nous pouvons vérifier que la durée de séjour moyen augmente beaucoup, lorsque l'on descend des Centres Hospitaliers régionaux aux Hôpitaux locaux, alors que le taux d'occupation moyen - élevé dans tous les établissements - y paraît énorme pour des établissements publics devant assurer le service public.

Qui dit service public implique de pouvoir en tout temps recevoir de nouveaux malades....

Il y a bien, comme nous le signalions plus haut, confusions entre moyen et long séjour, les centres hospitaliers régionaux et généraux ayant des lits de court séjour.

Il convient donc bien de distinguer les malades de moyen et de long séjour en réservant le moyen séjour aux hôpitaux locaux.

Mais aussi faudrait-il être sûr que l'infrastructure permettant d'héberger ou de soigner à domicile les malades de long séjour existe ou est actuellement mise en place. Rares sont en effet les hôpitaux qui nous ont signalé la mise en place de lits de "cure médicale" (1)

.../...

1) Cf. Loi N° 70-1318 du 31. XII. 1970 - Article 4 et Décret N° 72-1078 du 6. XII. 1972 in Code de la Santé Publique.

Le cloisonnement trop hermétique des lits de moyen et long séjour, sans l'existence de nombreux lits de "cure médicale" reviendrait en effet à réserver l'Hôpital aux classes sociales les plus favorisées et qui peuvent aisément poursuivre leur guérison à domicile, alors que les classes sociales défavorisées ne seraient soignées que bien complètement.

L'Hôpital a toujours eu une mission sociale et il faut se garder - sous prétexte de rentabilisation technique - de la lui retirer.

L'Hôpital, comme le médecin praticien, doit pouvoir entendre les misères humaines quelles qu'elles soient. La santé étant en effet "le bien-être physique, mental et social" (1)

Il est suffisamment affligeant de voir que les investissements privés se sont détournés de la médecine générale, mais il est vrai que la philanthropie n'est pas le propre de l'homme d'affaire.

N'ayant, jusqu'à présent que peu étudié les spécialités médicales, nous nous proposons de nous pencher maintenant sur celles qui sont les mieux représentées en Lorraine.

1) Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé.

M E D E C I N E
E T A B L I S S E M E N T S P U B L I C S

N° de secteur		Prix de journée 1976	Nbre de lits	Rang	Durée de séjour moyen	Taux d'occupation %
12	H. de Bussang	68,70	10	2	jours	100
1	H. Clermont en Argonne	78, --	6	1	*	346
1	H. de Stenay	83, -	21	5	103	126,86
12	H. de Cornimont	88,15	14	4	*	*
11	H. de Fraize	93,80	30	10	64	111,34
8	H. de Blâmont	94,40	40	16	96,38	107,6
12	H. du Thillot	96,10	12	*	*	*
6	H. de Pompey	96,20	11	3	53	181
9	H. de Lamarche	97,20	50	22	38	100
10	H. de Bruyères	106,30	73	29	26	85
11	H. de Raon l'Etape	109,55	34	12	42,12	98,24
8	H. de Cirey s/Vezouze	113,70	21	6	41	104,51
9	H. de Darney	120,25	25	7	30	39
11	H. de Senones	126,80	26	9	61	115,93
9	H. de Mirecourt	128,95	25	8	73	97
10	H. de Rambervillers	130,20	30	11	42	93,5
6	H. St Nicolas de Port	144,30	95	33	365 (illimitée...)	*
4	H. de St Avoild	153,80	48	21	21,6	79,6
7	H. de Dieuze	158,60	44	19	41	101,7
4	H. de Boulay	172,60	38	13	34,17	84
5	H. de Commercy	176,50	68	28	22	73
5	H. de Saint Mihiel	178, -	42	18	30	90
12	H. de Gérardmer	205,50	38	14	*	*
7	H. de Sarrebourg	206,75	85	30	15,49	82,66

M E D E C I N E
E T A B L I S S E M E N T S P R I V E S A B U T L U C R A T I F

N° de secteur		Prix de journée 1976	Nbre de lits	Rang	Durée de séjour moyen	Taux d'occu- pation %
6	Cl. St Don Dombasles	101,84	13	7	93	100
3	Cl. Claude Bernard -Metz	134,70	75	10	*	*
6	Cl. du Montet Nancy	152,66	10	4	14,7	71,52
5	Cl. du Parc Bar le Duc	164,45	10	5	5,5	109
6	Cl. de l'Espérance Nancy	180,80	5	2	*	222
6	Cl. St André Nancy	186,02	10	6	*	*
6	Cl. Ste Lucie Essey les Nancy	211,84	8	3	7,5	156,6
4	Cl. St François -Forbach	216.-	13	8	8	*
6	Polyclinique de Gentilly		37	9	10	95
4	Cl. St Nabor -St Avoild		4	1		
	Totaux		<u>185</u>		<u>138,7</u>	
	Moyennes				23,12	125,69
					=====	=====

Cl. = clinique

* : renseignement non fourni lors de notre enquête

M E D E C I N E
ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

N° de secteur		Prix de journée 1976	Nbre de lits	Rang	Durée de séjour moyen	Taux d'occupation %
8	H. de Baccarat	69,95	24	5	90	90
6	H. de Château-Salins	93,10	34	7	14	93
3	Cl. Ste Elizabeth Thionville	97,50	30	6	12	30
3	H. de Morhange	109,20	22	4	21,5	100
3	H. Belle Isle - Metz	112. -	90	18	*	*
3	Cl. Ste Blandine Metz	115. -	96	19	*	*
1	H. St Georges Hannouville /Cotes	115,50	21	3	20	*
7	H. St Joseph Phalsbourg	115,60	4	1	8,5	40,6
3	H. Ste Croix Metz	122,45	53	11	*	*
3	H. St André - Metz	130. -	59	12	*	*
4	H. St Joseph Sarralbe	135. -	34	8	57	103,55
4	H. St Joseph Bitche	135,90	15	2	21	90
4	Hospitalor Ste Barbe Forbach	189,58	84	17	15	86
2	Cl. des peupliers Villerupt	196,60	52	10	*	*
2	Ass. H. Bassin de Longwy	206,90	138	20	19,61	98
6	Maison H. St Charles Nancy	207,50	40	9	31	80
2	Ass. H. Bassin de Joeuf	221,15	60	14	20,50	104
4	H. de Freyming -SSM	231. -	159	21	14,9	88,5
4	H. de Creutzwald -SSM	230. -	65	15	11,5	74,5
3	H. d'Algrange	257. -	66	16	16,48	87,48
3	H. Morange-Silvange	261,70	*	*	*	96
3	H. Hayange	274,45	<u>58</u>	13	<u>16,33</u>	101,96
	Totaux...		<u>1204</u>		<u>389,32</u>	
	Moyennes				24,33	85,22
					=====	=====

* renseignement non fourni
lors de notre enquête

H = Hôpital

Cl. = Clinique

Ass. H = Association Hospitalière

Maison H. = Maison Hospitalière

SSM = Société de Secours minière

M E D E C I N E

E T A B L I S S E M E N T S P U B L I C S

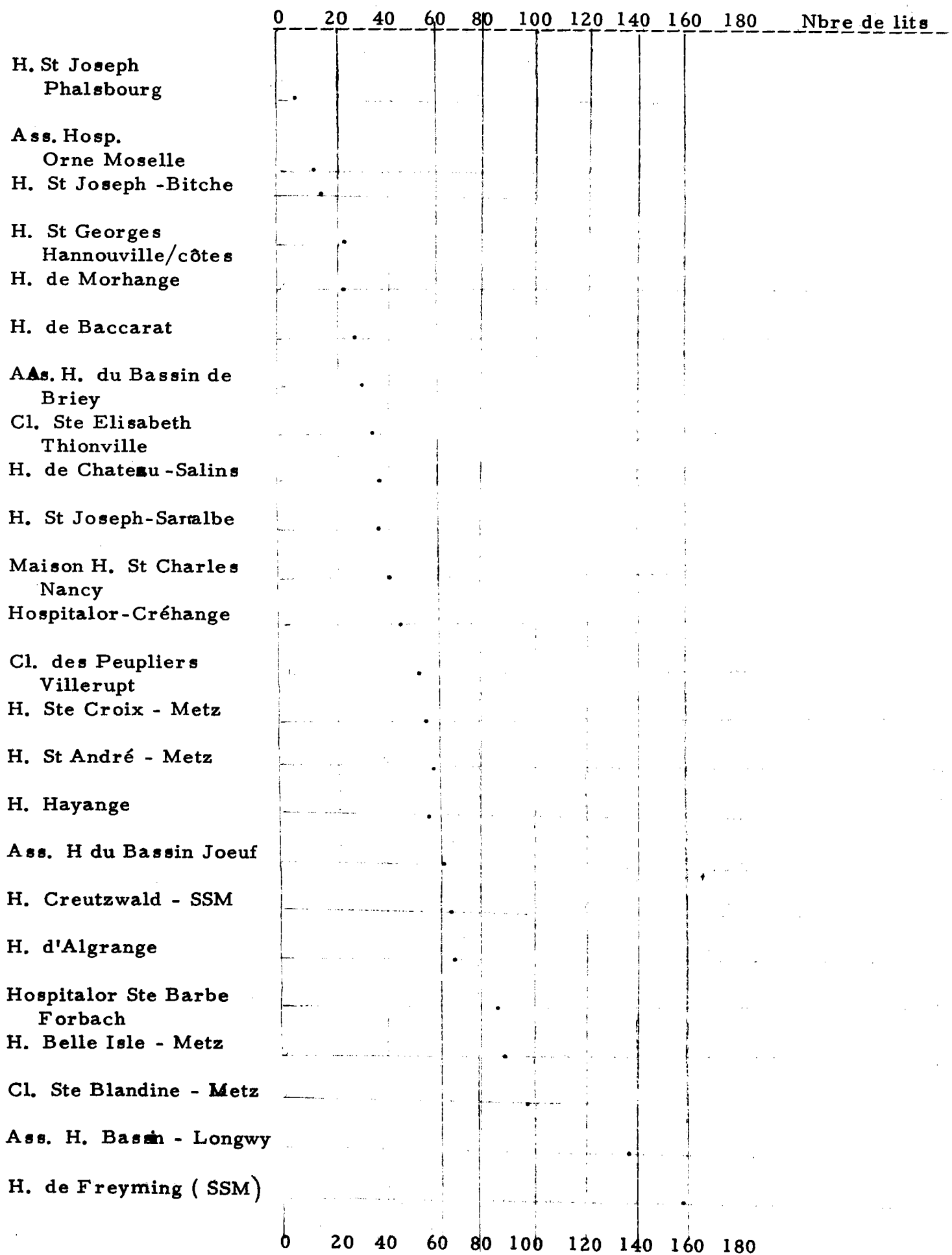
Nombre de lits

	25	50	75	100	125	175	200	225	250	275	300	444	674	
H. Clermont en Argonne	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Bussang	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Pompey	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Le Thillot	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Cornimont	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Stenay	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Cirey/Vezouze	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Darney	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Mirecourt	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Senones	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Fraize	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Rambervillers	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Raon l'Etape	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Boulay	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Gérardmer	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Neufchateau	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Blâmont	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Vittel	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de St Mihiel	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Dieuze	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Pont à Mousson	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de St Avoild	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Lamarche	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Briey (1)	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Toul	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
C. H. Thionville	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Bar le Duc	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Commercy	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Bruyères	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Sarrebourg	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Epinal	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. St dié	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de St Nicolas de Port	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Forbach	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Mat. Régionale Nancy	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Lunéville	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
C. sp. Sarrebourg	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
C. Abreschwiller	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Remiremont	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. de Verdun	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
H. Sarreguemines	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
C. H. Metz	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
CHU Nancy	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:

1) H. de Briey : 60 lits de médecine Générale auxquels il convient d'ajouter 106 lits de spécialité Médicale.

MEDECINE

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF



TITRE C - LES SPECIALITES MEDICALES EN LORRAINE

PRESENTATION

Nous bornerons notre étude aux spécialités médicales les plus courantes, à savoir celles qui sont les plus répandues et totalisent le plus grand nombre de lits. Cela nous permettra en effet de pouvoir faire des comparaisons et de chercher s'il existe des caractéristiques régionales.

Dans un premier temps, nous avons cherché à dénombrer la capacité lorraine en lits de spécialités médicales. Ceci s'est avéré assez difficile car, bien souvent, il est effectué des actes médicaux ou des soins relevant des spécialités médicales dans des lits dont la vocation est plus généraliste. Aussi, certains établissements n'ont pu nous indiquer l'existence de lits de spécialité médicale, alors qu'ils font parfois appel - en consultation - à des médecins spécialistes.

Rappelons brièvement quelles sont ces spécialités médicales : ce sont les suivantes :

- Cancérologie
- Cardiologie
- Dermatologie - Vénérologie
- Endocrinologie
- Gastro - Entérologie
- Hématologie
- Néphrologie
- Neurologie
- Pédiatrie - Néonatalogie - Prématurés
- Pneumologie - Phtisiologie
- Rhumatologie

..✓..

Nous avons pu recenser 4 233 lits de spécialités médicales en Lorraine, dont 3737 dans des établissements publics. Une répartition centésimale reviendrait à attribuer 88,3 % des lits de spécialités médicales au secteur public, 1,3 % au secteur privé à but lucratif et 10,4 % au secteur privé à but non lucratif.

Est-ce encore des activités médicales négligées par les établissements privés ? ceux-ci s'orienteraient-ils plutôt vers la chirurgie et les spécialités chirurgicales plus rémunératrices ? Ou bien n'ont-ils pas de lits réservés aux spécialités médicales, ce qui - statistiquement - sous estime leur activité ?

Signalons néanmoins que nous n'avons généralement pas pris en compte les lits de cancérologie et très rarement ceux d'hémodialyse. Nous préférons, en effet, étudier ces deux spécialités de manière distincte en fin de chapitre.

La répartition géographique des lits spécialisés montre une dispersion considérable de ces lits selon les secteurs sanitaires. En effet, et comme le montre le tableau ci-joint, le nombre de lits varie de 48 pour le secteur le plus défavorisé : secteur N° 8 : Lunéville, à 1414 pour le secteur le mieux pourvu : secteur N° 6 : Nancy - Pont à Mousson - Toul.

Evidemment, ce sont les secteurs possédant les plus importants établissements publics qui apparaissent comme les mieux dotés. Le secteur de Nancy - Pont à Mousson - Toul totalise 33,4 % des lits lorrains et celui de Metz-Thionville 25,5 %.

Notons que le Centre Hospitalier et Universitaire de Nancy possède 30 % des lits lorrains et que le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville en a environ 20 %.

Naturellement, ce sont des lits spécialisés dont l'équipement technique doit être sophistiqué et qui, de ce fait sont rares et, lorsqu'ils existent, souvent concentrés en un établissement. Mais est-ce une raison pour que les autres secteurs sanitaires soient des "déserts" de spécialité ? Et dans ce cas, est-on sûr que les transports de malades soient organisés de façon optimale, afin que les malades les plus éloignés des grands centres de soins aient les mêmes chances de guérison - et de survie - que ceux des grands centres urbains ?

SPECIALITES MEDICALES

Nombre de Lits

Secteur N°	Intitulés des secteurs	Etablissements publics	Etablissements privés à but lucratif	Etablissements privés à but non lucratif	Total
1	Verdun/Meuse	163	--	--	163
2	Briey	196	--	86	282
3	Metz/Thionville	824	18	238	1080
4	Boulay - Forbach St Avold Sarreguemines	175	--	100	275
5	Bar le Duc Commercy - St Mihiel	86	4	--	90
6	Nancy - Toul Pont à Mousson	1386	14	14	1414
7	Sarrebourg Dieuze	281	--	--	281
8	Lunéville	48	--	--	48
9	Neufchateau Vittel	243	--	--	243
10	Epinal	218	--	--	218
11	St Dié	63	22	--	85
12	Remiremont Gérardmer	54	--	--	54
	Total Lorraine	3737	58	438	4233

..../..

LES LITS de SPECIALITES MEDICALES ET LA
POPULATION LORRAINE - en 1976 / 1977

Secteurs N°	Intitulé	Population		Lits de spécialités médicales		Indices lits / population pour 1000 h
		Effectif 1975	% sur le total lorrain	Nombre d'après enquête personnelle	% sur le total lorrain	
1	Verdun	91 376	3,92	163	3,85	1,78
2	Briey	184 964	7,94	282	6,66	1,52
3	Metz Thionville	591 620	25,38	1080	25,51	1,83
4	Boulay Forbach St Avold Sarreguemines	333 855	14,32	275	6,50	0,82
5	Bar le Duc Commercy St Mihiel	112 528	4,83	90	2,13	0,80
6	Nancy Toul Pont à Mousson	478 990	20,55	1414 (*)	33,40	2,95
7	Sarrebourg Dieuze	77 213	3,31	281	(1) 6,64	3,64
8	Lunéville	62 318	2,67	48	1,13	0,77
9	Neufchateau Vittel	77 386	3,32	243	(2) 5,74	3,14
10	Epinal	141 075	6,05	218	5,15	1,55
11	St Dié	86 339	3,70	85	2,01	0,98
12	Remiremont Gérardmer	93 157	4, -	54	1,28	0,58

* Des lits supplémentaires sont accordés par le Ministère au C. H. U. de Nancy pour sa fonction régionale et d'enseignement, mais cela de façon assez limitée

(1) Le secteur de Sarrebourg-Dieuze (N°7) paraît très pourvu, mais il faut souligner qu'il y existe un centre de pneumo-phthisiologie à vocation régionale, ainsi qu'un centre à vocation cardiologique et traumatologique

(2) De même le secteur de Neufchateau-Vittel qui profite, à Vittel, d'une émanation du C. H. U. en l'aménagement du service de médecine nutritionnelle du Professeur GROS.

../..

SPECIALITES MEDICALES
ETABLISSEMENTS PUBLICS

N° de secteur	Spécialités	Prix de journée 1976	Nbre de lits	Durée de séjour moyen	Taux d'occupation %	
10	H. de Rambervillers	Géronto-psychiatrie	94,80	25	30	45
4	H. de St Avold	pneumo-phtisiologie	153,80	5	40,6	178,2
7	Centre Abreschviller	cardiologie traumatisés	161,80	140	25 60	100
7	Centre de Phtisio-Sarrebourg	cure médicale	165,25	29	126	103,7
6	Lay, St Christophe CHU compté dans l'ensemble des spécialités méd. du CHU	Pneumo-Phtisio sociale	194,-	70	180	
3	H. Thionville Bel Air	Gériatrie	197,25	36		
9	H. Vittel	Cure thermique & nutritionnelle	198,10	70	24	75
7	Centre phtisio-Sarrebourg	Méd. spécialisée	216,75	97	126	
4	H. de Forbach	Pédiatrie	218,10	56	15	81
11	H. St Dié	Pédiatrie Prématurés	232,15	63	11,88	62 pédiatrie 74 prématurés
10	H. Epinal	Dermatologie	238,70	31		

SPECIALITES MEDICALES
ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

N° de secteur	Spécialités	Prix de journée 1976	Nbre de lits	Durée de séjour moyen	Taux d'occupation %	
6	H. Chateau Salins	Pédiatrie	93,10	14	14	38
3	H. Belle Isle Metz	Pneumologie	122. -	52		
3	H. Ste Croix Metz	Prématurés	165,80	28		
		Pédiatrie		23		
		Réa Neo Natale		4		
4	Hospitalor Créhange	Pneumologie	212,95	46	11	88,8
2	Ass. H. Ch. Briey	Pneumologie	239,45	30		
4	H. Freyming (SSM)	Dermatologie	249. -	18		
2	Ass. H. du Bassin de Longwy	Prématurés	251,60	22		
		Pédiatrie		34		
4	H. Freyming (SSM)	Cardiologie	274. -	26		
3	H. Algrange	Pédiatrie	321. -	18	13,50	71,11
4	H. Freyming (SSM)	Brûlés	661. -	10.		
3	Hop. Ste Blandine Metz	Pédiatrie		42		
		+ divers spéc. méd.		+ 71 *		
	Totaux			438		
	Moyenne					65,97

* L'Hopital Ste Blandine (Metz) possède notamment 5 lits de cardiologie et 38 lits de phtisiologie.

SPECIALITES MEDICALES
ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF

-:-:-:-

N° de secteur		Spécialités	Prix de journée 1976	Nbre de lits	Durée de séjour moyen	Taux d'occupation %
3	Hop. Clinique Claude Bernard Metz	Cardiologie		18		
5	Cl. du Parc Bar le Duc	Prématurés	128,61	4 (incubateurs)		
11	Cl. Notre Dame Saint Dié	Cardiologie	159,72	22	21	148
6	Cl. St André Nancy	ORL - OPH Stomato	189,04	10		
6	Cl. Ste Lucie Essey/Nancy	Prématurés	225,14	4	14,7	
		Total		58		

Les spécialités médicales étant de nature trop diverses, nous ne croyons pas de notre propos ici de les étudier davantage dans leur globalité.

Nous préférons nous pencher sur certaines d'entre elles de façon distincte.

Chapitre C 1) - La cardiologie médicale en Lorraine

En ce qui concerne la cardiologie, nous devons distinguer les lits de cardiologie médicale, de soins intensifs de cardiologie, autrement dénommée : réanimation spécialisée de cardiologie et enfin ceux de chirurgie cardio-vasculaire.

Nous nous bornerons ici à étudier les lits de cardiologie médicale pour grouper ultérieurement les services de soins intensifs de cardiologie dans le chapitre consacré à l'ensemble des lits de soins intensifs lorrains, et les services de chirurgie cardio-vasculaires, avec ceux de spécialités chirurgicales.

Signalons enfin que les lits de soins intensifs peuvent être à vocation médicale ou chirurgicale.

Nous avons pu, en 1976-1977, dénombrer 731 lits de cardiologie médicale en Lorraine.

Une enquête (1) effectuée en 1974 par le Ministère de la Santé en comptabilisait 335 (2) tout en notant que n'avaient pas été pris en compte les services de médecine à orientation cardiologique et parfois certains services privés. Nous-mêmes avons inclus ces deux sortes de services dans le résultat de notre enquête.

En élaborant l'indice lits/population lorrain, c'est-à-dire le nombre de lits disponibles pour 1000 habitants, nous obtenons le chiffre de 0,31. Si cet indice est inférieur à l'objectif ministériel (1) de 1975, qui avait été fixé à 0,4 lits pour 1000 habitants, soit un lit

../..

1) Circulaire N° 199 du 16 mai 1975 relative à la carte sanitaire de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque accompagnée de deux annexes (non parue au Journal Officiel) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale SP-SS 75/29.

2) Annexe I de la circulaire précitée "Groupe de travail relatif aux besoins de la cardiologie Carte de la Cardiologie et de la Chirurgie cardio-vasculaire - Réunion du 24/1/1975"

pour 2 à 3000 personnes, il apparait comme satisfaisant puisqu'en 1975, le Ministère notait (1) que "les taux d'équipement par région se situant actuellement entre 0,08 et 0,18 lit par 1000 habitants, il conviendra dans un premier temps d'aboutir à un taux d'environ 0,25 pour 1000, soit 1 lit pour 4 000 habit-ants".

En ce qui concerne notre enquête Lorraine, nous avons appris récemment que le Centre médical St Luc à Abreschwiller avait été classé en "Centre de rééducation coronarienne spécialisée" pour les 3/4 de sa capacité en lits.

Ces lits indiqués comme des lits actifs de court séjour de cardiologie (2) grossissent donc un peu abusivement le nombre de lits de cardiologie-court séjour lorrain.

De façon plus rigoureuse, nous obtenons donc un total de 626 lits et un indice de 0,27 ‰ - Ceci constitue encore un assez bon indice d'équipement.

Le tableau recensant le nombre de lits de cardiologie des établissements publics montre que ceux-ci possèdent la presque totalité de l'équipement cardiologique de la région. Il faut toutefois préciser que 2 établissements privés à but lucratif possèdent et offrent au public des lits de cardiologie médicale. Il s'agit de l'Hôpital -Clinique Claude Bernard à Metz (57) avec 18 lits de cardiologie médicale et la Clinique Notre-Dame à St Dié (88) avec 22 lits de cardiologie médicale. De même l'Hôpital Ste Blandine à Metz (établissement privé à but non lucratif) contribue pour 5 lits à l'équipement cardiologique lorrain et l'Hopital St André à Metz (Etablissement privé à but non lucratif) a un service de médecine générale et cardiologique qui reçoit parfois des malades cardiaques, mais dans des lits qui ne leur sont pas réservés.

Quant aux hôpitaux dits "des mines" ils offrent 26 lits de cardiologie à l'Hopital de la Société de Secours Minière de Freyming. Le secteur privé possède donc 71 lits de cardiologie médicale.

Pour le reste de la Lorraine, les besoins en cardiologie médicale ne sont assurés que par les Etablissements publics. .. / ..

1) Circulaire N° 199 du 16 mai 1975 relative à la carte sanitaire de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque, accompagnée de 2 annexes (non parue au Journal Officiel) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale SP. SS 75/29

2) lors de notre visite au Centre Médical St Luc, on nous avait bien signalé qu'il ne s'agissait en aucune façon de lits de convalescence.

C A R D I O L O G I E

Nombre total de lits en Lorraine par secteur

M. C. O.

Secteur N°	Intitulé des secteurs	
1	Verdun	25
2	Briey	106
3	Metz-Thionville	136
4	Boulay - St Avoird - Forbach - Sarreguemines	32
5	Bar le Duc - Commercy St Mihiel	30
6	Nancy - Pont à Mousson - Toul	115
7	Sarrebourg - Dieuze	140 (*)
8	Lunéville	14
9	Neufchateau - Vittel	46
10	Epinal	41
11	Saint Dié	22
12	Remiremont - Gérardmer	<u>24</u>
	Total	731

* Le Centre d'Abreschwiller ne consacre que les 3/4 de ses lits aux problèmes cardiaques et encore est-ce de la rééducation - précision qui nous a été tardivement communiquée.

D'autre part, la taille des services publics de cardiologie varie de 6 à environ 106 lits avec une valeur médiane comprise entre 24 et 40 lits.

La circulaire de 1975 citée ci-dessus précisait les normes souhaitables, à savoir

"L'organisation doit se faire sur la base d'unités de 30 lits et la capacité souhaitable en cardiologie semble être de 60 lits, soit 2 unités de 30 lits confiées à 1 ou 2 Chefs de service, assistés d'un personnel médical compétent en nombre suffisant ..

Globalement donc un service d'une soixantaine de lits desservirait une population d'environ 200 000 habitants, la population desservie pouvant être un peu plus importante en milieu urbain - car agglomérée - qu'en milieu rural..

Il sera peut-être souhaitable dans ces cas de réduire à une seule unité de 30 lits, le service de cardiologie, ce qui permettra de maintenir à côté de ce petit service bien structuré sur le plan du personnel médical et de la technique, un service de médecine générale, indispensable dans tout hôpital, car il ne faut en aucun cas supprimer les services de médecine générale dans ces centres hospitaliers de capacité plus restreinte.

Les services spécialisés pourront ainsi correspondre à leur vocation propre, puisqu'il est apparu que si les services de médecine générale comportaient des malades relevant de spécialités, inversement de nombreux services spécialisés reçoivent en réalité une proportion non négligeable de malades n'appartenant pas à leur spécialité".

Les services de cardiologie médicale lorrains apparaissent donc se situer dans la norme ministérielle - tout au moins en ce qui concerne leur valeur médiane - Quant aux grands services, nous savons qu'ils sont réellement divisés en unités plus restreintes chacune sous la responsabilité d'un médecin spécialiste distinct.

../..

C A R D I O L O G I E
E T A B L I S S E M E N T S P U B L I C S

- : - : -

N° de Secteur	Nom de l'Etablissement	Prix de journée 1976	Nbre de lits	Durée de Séjour
4	H. Sarreguemines		6 ⁺	
6	H. Pont à Mousson		12	
8	H. Lunéville		14	
9	H. Vittel	367,40	18	
12	H. Remiremont		24	
1	C.H. Verdun	356. -	25	
9	C.H. Neufchateau	434,50	28	
3	C.H. Metz	447,75	28	14
5	C.H. Bar le Duc	300. -	30	
10	C.H. Epinal	389,80	41	
3	C.H. Thionville		85	
6	C.H. U. Nancy		103	13,85
2	H. Briey	336,70	106	20
7	Centre d'Abreschwiller	161,80	140 (1)	
			660	

+ S. I. Cardio : Soins Intensifs de Cardiologie

1) Le Centre d'Abreschwiller ne consacre que les 3/4 de ses lits aux problèmes cardiaques et encore est-ce de la rééducation. Précision qui nous a été donnée tardivement.

Nom de l'Établissement Ayant de nombreux lits de Cardiologie	Nombre total de lits de cardiologie médicale	Nombre d'unités formant ce ser- vice de cardio- logie	Observation
Centre Hospitalier de Thionville	85	3	
Hôpital Maillot à Briey	106	2	
C.H. U. Nancy	103	2	Cardiologie A = 80 lits B = 23 lits il faut encore ajouter le service de médecine géné- rale F : orientée vers la cardiolog infantile : 61 lits (compté dans les lits de pédiatrie)

Ainsi les malades groupés en unités restreintes sont mieux suivis par le personnel médical.

Si, en conclusion, nous pouvons considérer la Lorraine, comme assez bien dotée en lits de cardiologie médicale, encore nous faudra-t-il pondérer cette impression par l'étude de l'équipement technique de ces différents services.

Nous nous proposons d'étudier ultérieurement le niveau technique des établissements hospitaliers lorrains.

Passons donc à l'étude d'une autre spécialité médicale très importante, à savoir : la Pédiatrie.

Chapitre C 2 - La Pédiatrie en Lorraine

La pédiatrie ou médecine infantile peut être divisée en plusieurs services distincts. On différencie ces services, d'une part par l'âge des enfants qu'ils sont destinés à soigner, et d'autre part, par les ou la spécialisation technique qui leur est propre.

En écartant la chirurgie infantile que nous étudierons avec l'ensemble des services de chirurgie et d'autres services qui, dans les CHU, CHR ou certains établissements privés peuvent avoir une spécialisation infantile, nous distinguons donc en pédiatrie médicale, les services suivants :

- Service d'élevage des prématurés ou des dysmatures de petits poids
- Réanimation infantile, spécialisée ou non en réanimation néonatale
- Services de néonatalogie (jusqu'à 8 jours ou 1 mois, selon les cas)
- Services de nourrissons (0-18 mois)
- Services de grands enfants (jusqu'à 14 ans.)

Il conviendra d'ajouter aux lits de ces services ceux qui, évidemment, sont prévus pour les nouveaux-nés dans les services de maternité.

Il peut arriver que, d'autre part, des enfants soient hospitalisés dans des services d'adultes. C'est ce qui se passe notamment dans de nombreux services de chirurgie et de spécialités chirurgicales (ORL/OPH) et parfois dans les services de médecine des hôpitaux locaux. Nous n'avons pu alors recenser ces lits en tant que lits pédiatriques, puisqu'ils ne sont pas individualisés.

En ce qui concerne notre région lorraine, nous avons pu dénombrer 1451 lits de pédiatrie, ce qui donne un indice de lits/population de 0,62%. Cet indice est très fort (1) et est peut-être à rapprocher du fort indice observé en Lorraine pour l'obstétrique. Une population jeune et démographiquement dynamique avait besoin d'un fort potentiel de lits pédiatriques

..//..

1) la circulaire ministérielle N° 133 du 1/4/1975 "relative à l'élaboration d'une carte sanitaire de la pédiatrie accompagnée de quatre annexes" (Non parue au Journal Officiel) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale SP-SS 75/20 8850 - recommandait une valeur de 0,2 lit pour 1000 habitants pour l'indice lits/population de pédiatrie médicale.

La répartition sectorielle de ces 1451 lits est la suivante :

PEDIATRIE

Nombre de lits - total - en Lorraine - en 1976-1977
par secteur sanitaire défini
par l'arrêté du 31/X/1975

Secteur N°	Intitulé des secteurs	
1	Verdun	58
2	Briey	86
3	Metz-Thionville	382
4	Boulay - St Avoild - Forbach - Sarreguemines	227
5	Bar le Duc - Commercy	60
	St Mihiel	
6	Nancy - Pont à Mousson - Toul	423
7	Sarrebourg - Dieuze	15
8	Lunéville	20
9	Neufchateau - Vittel	36
10	Epinal	51
11	St Dié	63
12	Remiremont - Gérardmer	30
		<u>1 451</u>

.. / ..

N° de Secteur	Intitulé	Population en 1975	Nbre de lits de Pédiatrie	Indice lits/ population pour 1000 habitants
1	Verdun	91 376	58	0,63
2	Briey	184 964	86	0,46
3	Metz-Thionville	591 620	382	0,65
4	Boulay - Forbach St Avold-Sarreguemines	333 855	227	0,68
5	Bar le Duc - Commercy St Mihiel	112 528	60	0,53
6	Nancy - Pont à Mousson Toul	478 990	423	0,88 *
7	Sarrebourg - Dieuze	77 213	15	0,19
8	Lunéville	62 318	20	0,32
9	Neufchateau - Vittel	77 386	36	0,47
10	Epinal	141 075	51	0,36
11	St Dié	86 339	63	0,73
12	Remiremont Gérardmer	93 157	30	0,32
	Total lorrain	2 330 821	1 451	0,62

* L'indice fort du secteur 6 - Nancy /Pont à Mousson/ Toul, se comprend en partie, par le rôle régional de certains lits pédiatriques spécialisés du CHU.

Les lits pédiatriques et la population lorraine en 1975 .

.../..

Tout en considérant que "la présence de nombreux travailleurs immigrés et de leurs familles, l'industrialisation de certaines zones (bassin sidérurgique, bassin houiller), le développement de l'urbanisation et le déclin de la vie rurale, créent des problèmes socio-économiques et socio-culturels qui nécessitent l'intensification des actions médico-sociales dans le domaine de l'enfance et de la périnatalité" - L'intervention de ces facteurs majore les besoins de la population en matière d'hospitalisation pédiatrique et il doit en être tenu compte dans la détermination d'un indice applicable à la région (1)" nous devons étudier individuellement la situation de chaque secteur.

1° - Secteur N° 1 - Verdun

Les seuls lits pédiatriques que possède ce secteur sont ceux du Centre Hospitalier de Verdun, à savoir :

- 38 lits de pédiatrie
- 20 lits d'élevage de prématurés et de réanimation néonatale

et encore il nous faut signaler que les taux d'occupation de ces services sont relativement faibles puisque, en service de pédiatrie, il était, en 1976, de 50,66 % et en service de prématurés de 7,57 %.

A titre de comparaison, signalons que, selon une étude nationale, l'occupation moyenne des services de pédiatrie des hôpitaux publics étaient de 67,7% en 1972 et celle des services de prématurés de 80,2 % (2)

Ce secteur relativement peu peuplé peut donc paraître suréquipé ou alors faut-il attribuer ces faibles taux d'occupation aux difficultés qu'a connu le Centre Hospitalier de Verdun à la suite de l'incendie qui l'a fort endommagé.

../..

-
- 1) "Etude préliminaire à l'élaboration de la carte sanitaire de la Pédiatrie de la région de Lorraine" élaborée par Monsieur le Médecin Inspecteur Régional de la Santé. Dr M. Bonnet (et ses services) et adressée le 24 novembre 1975 à Madame le Ministre de la Santé -(non publiée - à consulter à D. D. A. S. S. Nancy)
 - 2) "Le fonctionnement des services de pédiatrie et de prématurés des hôpitaux publics" par Madame F. DUTREIL in Revue Française des Affaires Sociales N° 3 - 1974- P. 3 à 15
Ministère du Travail - Ministère de la Santé.

2° - Secteur N° 2 - Briey

L'équipement en lits pédiatriques de ce secteur est partagé entre le nouvel Hôpital Maillot à Briey (30 lits publics) et l'Association hospitalière du Bassin de Longwy (établissement privé à but non lucratif possédant 22 lits de prématurés et 34 lits de pédiatrie générale.)

Ce secteur ne paraît pas trop chargé si l'on considère de surcroît qu'il s'agit d'un pays très ouvrier. L'occupation moyenne de ces services est bonne puisqu'à l'Association Hospitalière du Bassin de Longwy, elle était de 91,34 % et de 77 % au service de pédiatrie de l'Hôpital de Briey.

3° - Secteur N° 3 - Metz-Thionville

Les 382 lits de ce secteur se répartissent ainsi

Etablissements publics : 267 lits

- CH Thionville - pédiatrie	107 (	126
prématurés	19 (
- CH Metz	pédiatrie	95 (
	prématurés	25 (
	pathologie et	(141
	réanimation	(
	néonatale	21 (

Etablissements privés : 115 lits

Maternité - Hopital Ste Croix - Metz	Réanimation	
	néo natale	4
	Prématurés	28
	Pédiatrie	23
Hopital d'Algrange	Pédiatrie	18
Hopital Ste Blandine (Metz)	Pédiatrie	42

Ce secteur "Nord-Métropole Lorraine", actuellement doté de la structure CHR par la fusion des deux centres hospitaliers de Metz et de Thionville présente un indice lits/population de 0,65 %.

Mais il ne semble pas qu'il soit pour autant trop pourvu en lits pédiatriques d'hospitalisation, car l'on peut remarquer que les taux d'occupation de ces différents services varient dans le public de 71 % à 80 %, sans que les durées de séjour y soient trop longues.

Etablissement	Service	Durée de séjour en jours	Taux d'occupation moyen %
.....			
C.H. de Thionville	Pédiatrie	7,5	74
	Prématurés	20,23	76
	Réa-néonatale	2,98	82,6
	S.I. pédiatrie	2,81	87
C H de Metz	Pédiatrie	9	77
	Pathologie néo natale	12	88
	Réanimation néonatale	3	9
	Prématurés	32	72
	Contagieux	15	37
	Maternité- Hôpital SteCroix - Metz	Pédiatrie (1)	8,6 (1)
Hôpital Ste Blandine Metz	Pédiatrie (1)	27,5 (1)	64 (1)
Hôpital d'Algrange	Pédiatrie	13,50	42,8 (1)

1) - ces données nous viennent de l'étude préliminaire à l'élaboration de la carte sanitaire de la Pédiatrie de la région lorraine élaborée par Monsieur le Médecin Inspecteur de la Santé, Dr. M. Bonnet, en 1975 et citée plus haut. Contrairement aux autres renseignements que nous avons obtenus lors de notre enquête.

-:-:-:-:-

A titre de comparaison, rappelons que les moyennes nationales selon l'article de la Revue Française des affaires sociales, cité plus haut, étaient en 1972 :

a) Pédiatrie

Taux d'occupation 67,7%
Durée de séjour 12,5 jours

b) Prématurés

Taux d'occupation 80,2 %
Durée de séjour 26,7 jours

../. .

Notons aussi que dans certains domaines de la pédiatrie - comme la réanimation néo natale - les techniques évoluant rapidement les données statistiques sont vite caduques, et rappelons que les services de pédiatrie ont souvent un important rôle social à jouer et cela notamment dans les régions ouvrières comme celles de la vallée de la Fensch (Algrange)

4° - Secteur N° 4 - Boulay - Forbach - St Avold - Sarreguemines

Ce secteur avec ses 227 lits de pédiatrie présente un indice lits/population de 0,68 ‰, ce qui paraît très important. Mais n'oublions pas qu'il s'agit d'une région encore très industrialisée et dont la population ouvrière est très dense.

Voici la répartition des lits :

Etablissements publics : 170 lits

Etablissement	Service	Nombre de lits	Durée de séjour	Taux d'occupation %
Hopital de Sarreguemines	Pédiatrie	79	17,3	61,4
	Prématurés	12	31,4	83,3
Hopital de Forbach	Pédiatrie	56	15	81
	Prématurés	23	28	32
<u>Etablissements privés : 57 lits</u>				
Hopital de Fréyming S. S. M.	Pédiatrie	56	13,02	83,43
	Prématurés	1		

Les taux d'occupation y sont bons - sauf peut-être dans le service des prématurés de l'Hopital de Forbach - mais les durées de séjour y sont un peu longues.

Faut-il voir là un suréquipement en lits pédiatriques d'autant plus que cette région a tendance à se dépeupler du fait du chômage ? Mais n'irons-nous pas vers une nouvelle jeunesse du Bassin Houiller ?

..//..

5° - Secteur 5 - Bar le Duc - Commercy - St Mihiel

Ce secteur possède 60 lits de pédiatrie, ainsi répartis :

Etablissements publics : 56 lits

Etablissement	Service	Nombre de lits	Durée de séjour	Taux d'occupation %
.....
Hôpital de Bar le Duc	Pédiatrie	45	11,70	50,66
	Prématurés	11	17,88	7,57
<u>Etablissements privés : 4 lits</u>				
Cl. du Parc à Bar le Duc	Prématurés	4		

Ces 60 lits, pour une population de 112 528 habitants en 1975, font à ce secteur un indice lits/population de 0,53 ‰ - Il semble que nous soyons là en présence d'un secteur sanitaire un peu trop riche en lits de pédiatrie, d'autant plus que les taux d'occupation y sont faibles.

Remarquons qu'en ce qui concerne les seuls services pour lesquels nous avons des renseignements complets, à savoir ceux du Centre Hospitalier de Bar le Duc, les durées de séjour y sont relativement courtes - ce qui contribue pour une part à la faiblesse des taux d'occupation.

Pouvons-nous attribuer à la ruralité de ce secteur la brièveté des durées de séjour ou bien s'agit-il de transferts vers des Centres Hospitaliers mieux équipés ? Si, au contraire, c'est l'éloignement de l'Hôpital au domicile parental qui abrège le séjour de l'enfant dans le centre de soins, alors ne vaudrait-il pas mieux qu'un même équipement en lits (60) soit scindé en deux et que 30 lits restent à Bar le Duc, tout en transférant les 30 autres dans un centre géographiquement éloigné comme par exemple, St Mihiel ou Commercy ?

.../...

6° - Secteur 6 - Nancy - Pont à Mousson - Toul

Ce secteur est celui qui ^{est} doté du Centre Hospitalier Régional et Universitaire et peut pour cela avoir une légère majoration de son nombre de lits par rapport à sa population, puisqu'il doit assurer une fonction régionale de soins et une fonction d'enseignement et de recherche.

Ceci explique, en partie, le très fort indice lits/population que nous avons pu relever : 0,88 ‰

Voici la répartition de ces 423 lits pédiatriques :

Etablissements publics : 405 lits

C.H.U. Nancy	292 lits
Maternité régionale "A. Pinard" Nancy	99 lits
Hopital de Pont à Mousson	14 lits

Etablissement	Service	Nombre de lits	Durée de séjour	Taux d'occupation %
C. H. U. Nancy	Médecine infantile "A"	158	9,71 (	53,67 (
	Médecine infantile "B"	73	14,69 (	72,31 (
	Médecine "F" orientée vers la cardiologie infantile	61	10,64	64,66
Maternité régionale A. Pinard - Nancy	Prématurés	25	14,63	71,48
	Pédiatrie	74		
Hopital de Pont à Mousson	Pédiatrie	14	6	45

Etablissements privés : 18 lits

Clinique Ste Lucie Essey les Nancy	Prématurés & Pathologie néonatale	4	14,7	
Hôpital d'arrondissement de Château-Salins	Pédiatrie	14	14	38

Notons d'emblée que l'équipement en lits pédiatriques est surtout le fait du secteur public (96 ‰)./..

(1) Durée de séjour moyen pondéré : 11,28 jours .

(2) Taux d'occupation moyen pondéré : 59,56 ‰ .

Remarquons aussi qu'il ne semble pas qu'il y ait de "lits" de prématurés ou de service de néonatalogie au Centre Hospitalier Régional et Universitaire. Le C. H. U. de Nancy est, en effet, le seul en France à n'avoir pas de service de maternité en son sein.

Ainsi pour des raisons historiques propres aux deux établissements et à la ville de Nancy, la maternité départementale "A. Pinard" est restée indépendante du Centre Hospitalier. Par la suite, elle est devenue "régionale" et a acquis le rang de Centre Hospitalier Spécialisé. De nombreux accords ont été passés entre cet établissement et le C. H. U. de sorte que notamment, c'est la Maternité Régionale qui a la charge de l'enseignement en obstétrique et en certaines spécialités de la pédiatrie, comme les prématurés et la néonatalogie.

Le dynamisme des services de pédiatrie de ce secteur paraît assez faible : taux d'occupation médiocre, ne s'accompagnant pas de durées de séjour particulièrement brèves. (Il nous faut mettre à part les chiffres fournis par la maternité régionale car, étant globaux, ils ne rendent pas compte de la réalité de chacun des deux services.)

Bien sûr, il s'agit le plus souvent de services hyperspécialisés dont l'existence est éminemment nécessaire, mais dont le recrutement en malades peut être fluctuant. Ne rentrent pas dans cette catégorie, les lits de l'hôpital de Pont à Mousson qui semblent souffrir de la trop grande proximité du C. H. U. de Nancy et ceux de l'Hôpital d'arrondissement de Château-Salins qui pourtant ont un évident rôle social à jouer dans ce Saulnois essentiellement rural.

Les lits pédiatriques du C. H. U. sont peut-être un peu trop nombreux, tout en étant souvent dans des locaux vétustes. C'est pourquoi il a été décidé, dans le cadre de la restructuration et de la modernisation de cet établissement, la création d'un hôpital d'enfants. Prévu depuis 1968 dans le projet d'ensemble de l'hôpital de Brabois, cet hôpital d'enfants, maintes fois remis en cause par le Ministère de la santé, ne verra son ouverture que vers 1980-1981. De plus, alors que le projet initial était de 400 lits, sa capacité a "sagement" été ramenée à 332 lits.

.../...

Pourquoi sagement ? C'est parce qu'en 10 ou 15 ans, la pédiatrie a nettement évolué et que, contrairement à d'autres spécialités, celle-ci parvient bien à diminuer son taux d'hospitalisation au profit des soins donnés à domicile. Plusieurs facteurs concourent à cela : la "mise sur le marché" - si je puis me permettre - de plus nombreux spécialistes en médecine infantile, le niveau d'hygiène de la population augmentant avec son niveau de vie, les vaccinations devenant choses couramment admises et fréquemment obligatoires et enfin un meilleur encadrement social de sorte que, grâce aux Services de Protection Maternelle et Infantile, les nourrissons sont médicalement mieux suivis. De plus, la natalité décroissant le nombre d'enfants susceptibles d'une hospitalisation est allé en diminuant.

Aussi est-il, dans une certaine mesure, erroné de continuer à créer des lits d'hospitalisation pédiatrique, comme on l'envisageait il y a 15 ans. En effet, la pédiatrie hospitalière se tourne de plus en plus vers l'organisation de consultations externes par des hyperspécialistes, de services dits "d'hôpital de jour" (en ce qui concerne surtout l'hématologie et la cancérologie infantile) et si l'hospitalisation demeure nécessaire, l'agencement de chambres "mère-enfant" où la mère pourra ne pas quitter son enfant durant son hospitalisation permettrait d'éviter ainsi certains chocs psychologiques. Il semble que de telles chambres soient prévues (1) à l'Hôpital d'enfants de Brabois, et c'est là une politique contraire aux traditionnelles visites limitées et règlementées des hôpitaux "classiques".

Mais pourquoi continuer à faire un hôpital d'enfants à Brabois, Hôpital qui, de toute manière, sera gigantesque puisqu'avec ses 332 lits actuellement prévus, il possèdera 40 lits de plus que les services pédiatriques de l'actuel C. H. U. Pourquoi aussi continuer ce projet, alors que les Hôpitaux d'enfants de Thionville, Strasbourg et Dijon - c'est-à-dire les plus proches - se sont avérés décevants et ne fonctionnent pas à plein rendement ?

.../...

1) "Le Républicain Lorrain" du 10 novembre 1977 - page 8 - "Dernier maillon d'une chaîne hospitalo-Universitaire unique en France. L'Hôpital d'enfants de Nancy-Brabois mis en chantier début 1978" - par Michel VALTON.

Ceci est dû à la rigidité de nos possibilités d'adaptation et cela à cause d'une trop connue lenteur administrative. C'est ainsi que l'on commence la réalisation d'un Hôpital d'enfants à Nancy-Brabois, sur des plans surannés et l'on sait déjà d'une façon certaine qu'il ne répondra pas de manière correcte aux nécessités et cela malgré des aménagements de dernière heure que nous allons étudier succinctement.

En un tableau, voyons quelle a été l'évolution des projets de cet hôpital d'enfants de Brabois

Projet du 12/II/1975 actuellement abandonné (1)		Avant-projet du 7 avril 1977 (2)	
Services	Nbre de lits	Services	Nbre de lits
Médecine infantile 2 services de 70 lits	140	Pédiatrie - 1 unité de 1 unité de	58 62
Hopital de jour	20	Hospitalisation de jour	20
Chirurgie infantile 2 services de 70 lits	140	Chirurgie orthopédique	54
Réanimation polyvalente	20	Chirurgie viscérale	54
Service d'urgence	10	Réanimation chirurgicale	10
Service de cardiologie infantile	45	Réanimation médicale	10
Service de neurologie infantile	25	Urgences	10
Total des lits qui étaient prévus pour l'hôpital d'enfants...	400	Cardiologie infantile	34
		Neurologie	20
		Total des lits prévus actuel- lement pour l'hôpital d'enfants du C. H. U. de Nancy...	332

- 1) projet résumé (P. 14) dans l'Etude préliminaire à l'élaboration de la carte sanitaire de la pédiatrie de la région de Lorraine", élaborée par Mr le Médecin Inspecteur régional de la santé - Dr Bonnet, cité plus haut. Projet établi après une réunion de travail tenue le 12/2/1975, sous la présidence de Monsieur le Directeur des Hôpitaux."
- 2) Avant-projet approuvé par dépêche ministérielle en date du 7 avril 1977 - Projet auquel il faut ajouter l'aménagement d'un centre d'hémodialyse infantile de 6 lits (d'après une correspondance avec Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional de Nancy).

En dernier lieu, nous déplorerons le départ de lits de pédiatrie du Centre-Ville vers la lointaine périphérie. Si nous le regrettons déjà pour les autres lits du C. H. U., nous pensons que cette migration est encore plus grave pour les Services de pédiatrie. Les enfants ont, en effet, besoin de ne pas être coupés de leur milieu familial, afin que leur maladie ne leur apparaisse pas comme une double punition : punition par la douleur et punition par l'isolement. Il est, en effet, très bien de créer des chambres "mère-enfant", mais leur utilisation ne pourra se faire que par un petit nombre de privilégiés dont l'un des parents pourra se libérer durant l'hospitalisation. Aussi, l'éloignement du Centre-Ville va-t-il rendre plus difficiles les visites à l'enfant et souvent en sera un frein.

D'autre part, l'Hôpital, ainsi sorti de la ville, ne sera plus le havre de secours où l'on peut aller demander aide et soins. Le Centre Hospitalier se drapant dans sa grandeur et sa technicité devient un "palais de la santé" où l'on ne peut entrer que muni d'une ordonnance-laissez-passer". Il est fini le temps où la mère inquiète prenait son enfant malade dans les bras pour aller le montrer au médecin de l'Hôpital. Maintenant, il faudra d'abord traverser toute la ville, puis en sortir...

L'Hôpital semble une nouvelle fois exclu de la ville comme autrefois les maladreries. La Société a-t-elle honte ou peur de ses malades ?

Mais revenons à l'équipement sectoriel des lits pédiatriques lorrains dont la vocation régionale de l'Hôpital d'enfants de Brabois nous avait quelque peu éloignés.

7° - Secteur N° 7 - Sarrebourg-Dieuze

Ce Secteur, relativement peu éloigné de Nancy, est le plus mal doté en lits de pédiatrie, puisqu'avec ses 15 lits, il présente un indice lits/population de 0,19 ‰. - Seul l'Hôpital de Sarrebourg possède des services de pédiatrie.

Pédiatrie	10 lits	- durée séjour	15,49	- taux d'occupation	82,66%
Prématurés	5 lits	" "	9,26	" "	65,40%

Le taux d'occupation du service de pédiatrie paraît très important : est-il suffisamment grand ? La durée de séjour des prématurés paraît très courte (moyenne nationale : 26,7 jours) : ce service est-il suffisamment équipé en matériel technique ? Ne doit-il pas trop souvent procéder à des transferts vers le C. H. U. ?

8 - Secteur N° 8 - Lunéville

Ce secteur, qui ne possède que 20 lits de pédiatrie, présente néanmoins un assez bon indice lits/population : 0,32 ‰. car il est relativement peu peuplé.

Une étude sur l'Hôpital de Lunéville datant de 1973 indiquait pour ce service de pédiatrie de 20 lits

Durée de séjour	7,27 jours
Taux d'occupation	55,30 ‰

La durée de séjour y est brève et le taux d'occupation relativement faible. Aussi, nous sommes portés à nous demander si cela n'indique pas, qu'à cause de la proximité du C.H. U., ce service n'ait à soigner que des cas relativement peu graves.

Il est certainement important qu'il y ait un service de pédiatrie dans ce secteur essentiellement rural mais, comme pour le secteur précédent, ne faudrait-il pas mieux l'équiper techniquement ?

Il est à noter que nous n'avons pas mis en évidence de lits de prématurés....

9 - Secteur N° 9 - Neufchâteau-Vittel

Ce secteur possède au Centre Hospitalier de Neufchâteau 36 lits de pédiatrie ainsi répartis :

Service de pédiatrie	26 lits	durée de séjour 12	-	taux d'occupation
		(1)		44,20 ‰ (1)
Service de néonatalogie	10 lits			

Il semble que, malgré un taux d'occupation assez faible en 1974, le potentiel en lits de ce secteur ne soit pas trop fort. Il faut en effet considérer que les taux d'occupation varient fortement en pédiatrie selon les saisons et que quelques mois où le recrutement en malades se fait plus mal suffisent à abaisser nettement le taux moyen annuel.

N'oublions pas non plus que cet hôpital draine des malades non seulement des Vosges montagneuses, mais aussi de départements limitrophes comme la Meuse (9% de ses patients) ou même la Haute Marne (15 ‰), département pourtant extérieur à la Lorraine.

../..

1) - d'après l'enquête de la D. D. A. S. S. en 1974 - déjà citée.

10 - Secteur N° 10 - Epinal

Avec 51 lits de pédiatrie, ce secteur montre un indice lits/population de 0,36 ‰, ce qui par rapport au reste de la Lorraine est assez faible.

Ces 51 lits sont tous situés au Centre Hospitalier d'Epinal.

Service	Nbre de lits	Durée de séjour	Taux d'occupation
Pédiatrie	31 lits	5,98 (1)	64 (1)
Prénaturés	20 lits	27,56 (2)	33 (2)

Le taux d'occupation du service de pédiatrie est assez bon, bien que la durée de séjour soit vraiment très courte. Il semblerait donc que l'équipement en lits de ce secteur soit quantitativement satisfaisant, mais cette si brève durée de séjour ne dénote-t-elle pas un relatif sous équipement qualitatif, c'est-à-dire technique et le recours trop fréquent à des transferts ? Cela serait à étudier en détail.

11 - Secteur N° 11 - St Dié

Ce secteur montagneux présente un très fort indice lits/population 0,73 ‰ bien que tous ses lits pédiatriques soient regroupés dans les Hôpitaux publics de St Dié.

Service	Nbre de lits	Durée de séjour	Taux d'occupation
Pédiatrie	43 lits	11,88	62 %
Prématurés	20 lits		74 %

Les taux d'occupation des services de Prématurés et de Pédiatrie se situent un peu en dessous des taux moyens français tout en étant encore très corrects. La durée de séjour globale ne peut nous donner de renseignements propres à la discussion.

Aussi ne pouvons-nous expliquer cet indice lits/population très fort non accompagné de taux d'occupation médiocre que par le caractère montagneux de ce secteur qui, de plus devient de plus en plus rural à cause de la dépopulation ouvrière des vallées où sévit la crise de l'industrie textile.

Dans un secteur montagneux où les transports d'urgence sont difficiles le "médecin de famille" aura peut-être plus souvent recours à l'hospitalisation que dans un autre secteur. .../..

1) d'après l'enquête de la D.D. A. S. S. en 1974 - déjà citée

2) d'après une lettre du Médecin Inspecteur départemental de la santé, Dr R. Henry - du 25 septembre 1975, suite à la circulaire du 1/4/1975 - (chiffres de 1974)

Cet indice lits/population, s'il est très élevé, ne paraît pas vraiment excessif.

12 - Secteur N° 12 - Remiremont - Gérardmer

Avec ses 30 lits ce secteur présente un indice lits/population moyen : 0,32‰ Ces 30 lits pédiatriques, tous situés dans le nouveau Centre Hospitalier Général de Remiremont, se distribuent ainsi :

Service	Nbre de lits	Durée de séjour	Taux d'occupation
Pédiatrie	20	7,99	75,25
Néonatalogie	10	15,23	100,30

Ces 30 lits représentent les lits actuellement "opérationnels" au Centre Hospitalier de Remiremont; lors de sa réalisation, il avait été prévu au total 35 lits de pédiatrie.

Les taux d'occupation étant forts et les durées de séjour relativement faibles, nous pensons que ce secteur a effectivement besoin d'un potentiel en lits de l'ordre de 35 lits, ce qui lui donnerait alors un indice de 0,38 ‰

+ + +

Que devons-nous penser de façon régionale de l'aménagement hospitalier/pédiatrique en Lorraine ?

a) L'armement hospitalier pédiatrique est, en Lorraine, surtout le fait du secteur public puisqu'avec 1201 lits, il offre au public 83% du potentiel en lits.

b) Les 1451 lits pédiatriques lorrains sont très diversement répartis entre les secteurs, puisque leur dispersion va de 15 à 423 lits. Les 3 plus gros secteurs sanitaires totalisent 71 % des lits

Secteur Metz-Thionville	26,33 %
Secteur Boulay-Forbach-S/Avold	
Sarreguemines	15,64 %
Secteur Nancy - Pont à Mousson - Toul	29,15 %

pour une population totale de 60,26 % de la population lorraine.

Bien sûr, il n'est pas possible d'implanter des services de pointe à la technicité ultra-moderne dans de petits hôpitaux isolés et c'est aussi une certaine concentration médicale qui induit les progrès, mais une trop grande centralité n'est peut-être pas la meilleure politique d'aménagement.

.../...

c) Comme nous l'avons déjà indiqué en ouvrant ce chapitre, la Lorraine présente un indice lits/population de 0,62 ‰ ce qui, comparé aux normes ministérielles (1) - 0,2 ‰ - paraît très important. Mais, mis à part les caractéristiques socio-économiques particulières de la Lorraine, ainsi que les caractères géomorphologiques que nous avons signalés pour chaque secteur, nous voudrions maintenant attirer l'attention sur la position qu'occupe notre région dans le niveau sanitaire national.

Selon une étude nationale (2) faite par l'I. N. S. E. R. M. (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) la mortalité (3) périnatale en Lorraine était de 20,6 ‰ en 1975, alors que la moyenne nationale se situait à 18,2 ‰ (l'Ile de France ayant un taux de 16,1 ‰).

Toujours selon des sources de l'INSERM, la mortalité périnatale(4) est passée en

(5)	FRANCE	LORRAINE
1972	21,3 ‰	23,1 ‰
1976	16,7 ‰	18,9 ‰

Si les statistiques vont dans le sens d'une amélioration générale, il n'en reste pas moins vrai que l'écart entre les moyennes nationale et régionale demeure le même".

.../...

-
- 1) Circulaire N° 133 du 1er avril 1975 relative à l'élaboration d'une carte sanitaire de la pédiatrie accompagnée de quatre annexes (non parue au Journal Officiel) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale SP-SS 75/20 - 8850
 - 2) "Annuaire statistique de la Santé et de l'action sociale" édité par le Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale en 1977 - page 34
 - 3) on appelle "mortalité périnatale" l'ensemble des décès d'enfants de 0 à 6 jours (y compris les faux morts-nés) et des morts-nés pour 1000 naissances totales (vivants - morts-nés et faux morts-nés)
 - 4) "Mortalité périnatale : une réalité qu'il faut combattre" - article de J. M. ANTOINE in "Le Républicain Lorrain du 22/4/78 - P. 20 - compte-rendu de la Table ronde de l'Association obstétrico-pédiatrique de médecine périnatale sur le thème "Bilan et logistique de la médecine périnatale en Lorraine" tenue le 21 avril 1978 à Metz.

Une étude nationale (1) de l'I. N. S. E. E. (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) indiquait, d'autre part, qu'en 1972, la mortalité infantile (2) était de 18,5 ‰ en Lorraine, pour une moyenne nationale de 16 ‰ (Région Parisienne 13,4 ‰) (3)

Enfin, l'Observatoire Economique de Lorraine (O. E. L.) notait en son Petit Guide Statistique (4) qu'en 1975, le taux de Mortalité Infantile, avait été en France de 13,6 ‰ et en Lorraine de 16,9 ‰ avec les disparités départementales suivantes :

Meurthe & Moselle	18,2 ‰
Meuse	14,3 ‰
Moselle	17,5 ‰
Vosges	14,5 ‰

Ne soyons pas surpris de constater que ce sont les deux départements les mieux équipés (C. H. R. de Metz-Thionville, C. H. U. de Nancy) qui montrent les taux de mortalité les plus importants, puisque de façon tout à fait normale, on transfère vers leurs grands services de pédiatrie les cas médicaux les plus graves qu'on ne peut espérer traiter ailleurs. En contre-partie, les naissances ne se font pas préférentiellement dans ces départements, sauf peut-être pour quelques très rares "grossesses à hauts risques".

d) Nous n'avons pas trouvé de secteur possédant vraiment trop de lits pédiatriques - des études plus précises seraient à faire dans ce sens pour les secteurs de Verdun, Bar le Duc- Commercy-St Mihiel et Nancy- Pont à Mousson - Toul. Un secteur nous a paru ne pas posséder assez de lits : le secteur de Sarrebourg-Dieuze. Quant aux secteurs de Lunéville et d'Epinal, nous pensons qu'une étude serait à faire pour vérifier si leur équipement technique est à la mesure de leur nombre de lits.

../..

1) "Tableaux de Santé et de la Sécurité Sociale - Edition 1973-1974" édité par le Ministère de la Santé et le Ministère du Travail en 1975 - pages 14 à 20

2) Mortalité Infantile : décédés de moins d'un an pour 1000 nés vivants

3) Il s'agit dans les deux cas de taux rectifiés, c'est-à-dire que les décédés de moins d'un an au cours d'une année donnée sont rapportés aux naissances correspondantes (naissances de l'année considérée et de l'année précédente).

4) " Petit Guide Statistique de la Lorraine - 1977 - édité par l'INSEE - Observatoire Economique de Lorraine - Page 20. Le taux de mortalité infantile comprend les faux morts-nés et y est un résultat provisoire.

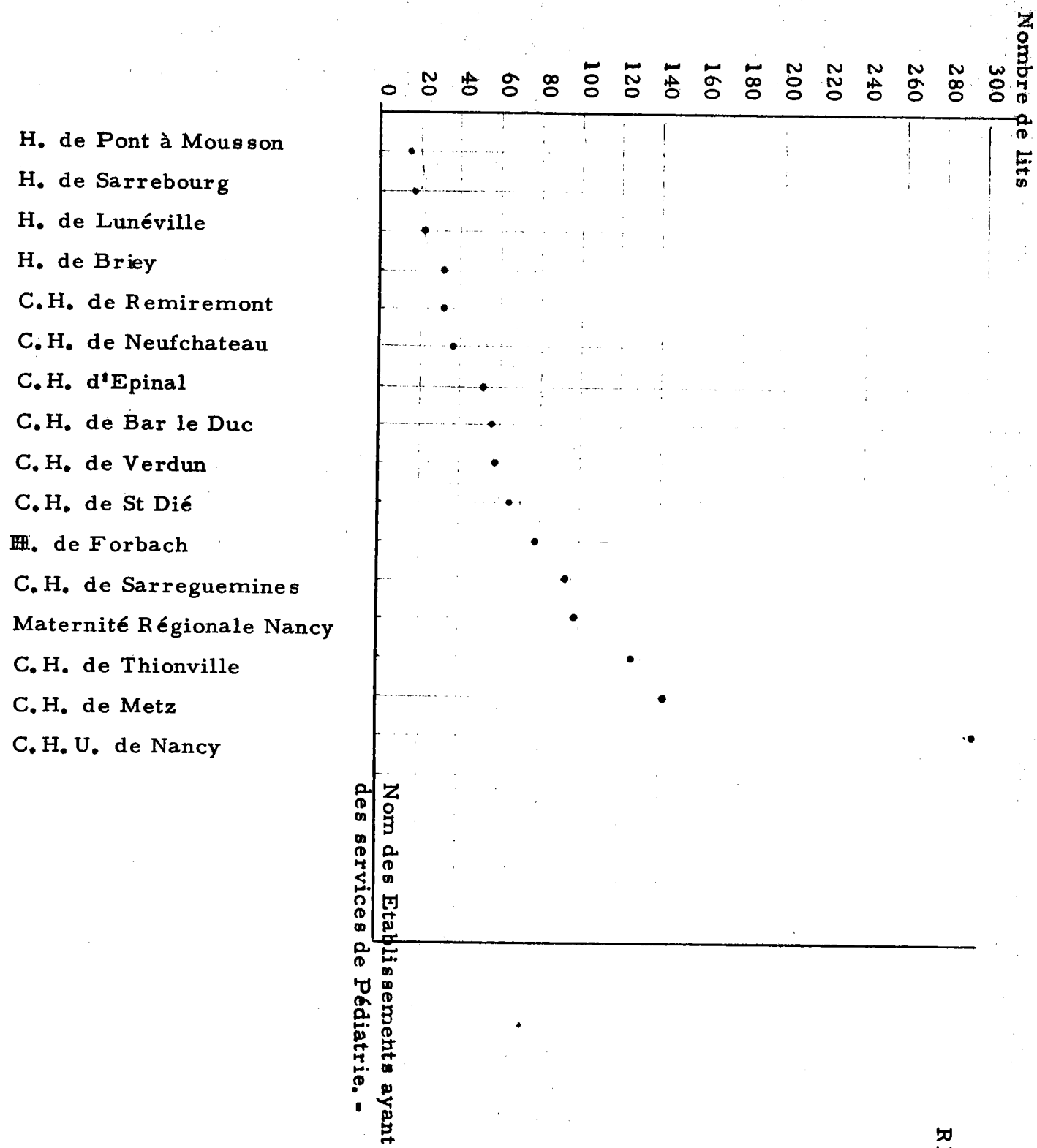
PEDIATRIE (EN 1976)
Etablissements Publics - Nombre de Lits

Secteur N°	Etablissements hospitaliers	Nombre de lits	Durée de séjour
4	H. SARREGUEMINES	91	31,4 : prématuré 17,3 = pédiatrie
6	H. PONT A MOUSSON	14	6
7	H. SARREBOURG	15	9,26 incubateur
8	H. LUNEVILLE	20	7,27 (en 1973)
2	H. BRIEY	30	
12	H. REMIREMONT	30	
9	H. NEUFCHATEAU	36	21,3
10	H. EPINAL	51	
5	H. BAR LE DUC	56	14,75
1	H. VERDUN	58	
11	H. ST DIE	63	11,88
4	H. FORBACH	79	15 : pédiatrie 28 : prématurés
6	Mat. régionale	99	14,63
3	H. THIONVILLE	126	
3	C.H. METZ	141	32 : prématurés 8,77 : pédiatrie 3 : réanimation 12 : pathologie néonatale
6	C.H. U. NANCY	292	12,20
	Total.....	1 201	

Etablissements Publics (1976-1977)

N° de secteur	Etablissements Hospitaliers	Prix de journée 1976	Nbre lits	Rang	Total lits pédiatrie
4	H. FORBACH (pédiatrie)	218,10	56	5	
11	H. ST DIE	232,15	63	4	63 lits dont 20 de prématurés
7	H. SARREBOURG	240,40	10	21	
5	H. BAR LE DUC	275.-	56	6	
2	H. BRIEY	276,70	30	11	
10	H. EPINAL (prématurés)	285.-	20	15	
6	H. PONT AMOUSSON	310,90	14	19	
10	EPINAL (pédiatrie)	311,50	31	9	20 + 31 = 51
1	H. VERDUN (pédiatrie)	326.-	38	7	
3	H. THIONVILLE (pédiatrie)	327,50	107	2	
3	C.H. METZ (prématurés)	339,90	25	12	
4	H. FORBACH (prématurés)	340,40	23	13	56 + 23 = 79
1	H. VERDUN (prématurés - réanimation néonatale)	370.-	20	16	38 + 20 = 58
7	H. SARREBOURG (prématurés)	398,60	5	23	10 + 5 = 15
3	H. METZ (réanimation)	409,35	21	14	25 prématurés 21 path. & réa. néo. natale 42 lits Pédiatrie A 53 lits Pédiatrie B 141
4	H. SARREGUEMINES (prématurés)	416.-	12	20	12 + 79 (pédiatrie) =
3	C.H. THIONVILLE (prématurés)	430,30	19	18	107 + 19 = 126
6	Mat. régionale - Nancy	431,40	99	3	
9	H. NEUFCHATEAU (pédiatrie)	434,50	26	8	
12	H. REMIREMONT	450,55	30	10	
6	C.H.U. Nancy	525.-	292	1	
9	H/ NEUFCHATEAU (prématurés)	566,95	10	22	26 + 10 = 36
8	H. LUNEVILLE		20	17	

path. néo. natale = pathologie néonatale.



REPARTITION GRAPHIQUE
DES LITS PEDIATRIQUES
PUBLICS en
LORRAINE
1976-1977

H = Hôpital
C.H. = Centre Hospitalier

Conclusion

Il existe en Lorraine une morbidité plus importante que dans le reste de la France et comme, d'autre part, il reste des progrès à faire sur le plan de la médecine pédiatrique, il ne peut être question de baisser le nombre de lits.

L'indice national doit être révisé pour la Lorraine et l'indice actuel de 0,62 ‰ ne semble pas être usurpé. S'il est parfois un peu fort, nous pensons qu'un indice lorrain de 0,5 ‰ serait tout à fait bon pour les lits d'hospitalisation.

Enfin, nous voulons signaler l'importance en pédiatrie des soins de prévention et des soins de Protection Maternelle et Infantile (P. M. I.) qui, s'ils n'apparaissent évidemment pas sous forme de nombre de lits, sont primordiaux et sont les garants d'une bonne hygiène et d'un bon état sanitaire infantiles.

../. ..

Chapitre C 3 - La Cardiologie et la Pédiatrie en Lorraine

Brève étude commune

Vu l'importance quantitative des lits de cardiologie et de pédiatrie, il nous a paru intéressant de les grouper, afin d'en dégager certaines caractéristiques.

Soulignons d'emblée que ces deux spécialités utilisent seules 52 % des lits de spécialités médicales lorrains (2182 lits sur 4233 au total), la Cardiologie en possédant 17 % et la Pédiatrie 35 %.

La répartition géographique de ces deux spécialités est souvent similaire, à savoir que leur plus forte concentration se trouve surtout dans les secteurs de la métropole lorraine (secteur N° 3 : Metz-Thionville, et secteur N° 6 : Nancy - Pont à Mousson-Toul), puis dans les secteurs miniers (secteur N° 2 Briey, et secteur N° 4 : Boulay - Forbach - St Avoild - Sarreguemines) seul, le secteur du bassin houiller semble faire défaut à cette caractéristique quant aux lits de pédiatrie.

Rappelons que ces secteurs sont aussi les plus peuplés et les plus actifs de Lorraine.

La cardiologie médicale, comme la pédiatrie sont des spécialités essentiellement hospitalières.

Nous avons souligné que le secteur public y possède la grande majorité des lits.

.. / ..

Secteur N°	Intitulés des Secteurs	Sp 1 mé te	CARDIOLOGIE & PEDIATRIE	
			addition du nombre de lits	% par rapport au total des lits des spé- cialités médi- cales du secteur
1	Verdun / Meuse		83	50,92
2	Briey		192	68,09
3	Metz-Thionville	1	518	47,96
4	Bollay -Forbach St Avold-Sarregue- mines		259	94,18
5	Bar le Duc Commercy St Mihiel		90	100,00
6	Nancy - Pont à Mousson - Toul	1	538	38,05
7	Sarrebourg Dieuze		155	55,16
8	Lunéville		34	70,83
9	Neufchateau Vittel		82	33,74
10	Epinal		92	42,20
11	St Dié		85	100
12	Remiremont Gérardmer		54	100
	Total Lorraine	4	2182	

-(cardiolog
du

x les 105 lits de cardiologie du C

dont PEDIATRIE		CARDIOLOGIE & PEDIATRIE		
% par rapport autotal des lits de pédi- atrie		% par rapport au total des lits de spécia- lités médicales du secteur	addition du nombre de lits	% par rapport au total des lits des spé- cialités médi- cales du secteur
4,00	58	35,58	83	50,92
5,93	86	30,50	192	68,09
26,33	382	35,37	518	47,96
15,64	227	82,55	259	94,18
4,14	60	66,67	90	100,00
29,15	423	29,92	538	38,05
1,03	15	5,34	155	55,16
1,38	20	41,67	34	70,83
2,48	36	14,81	82	33,74
3,51	51	23,39	92	42,20
4,34	63	74,12	85	100
2,07	30	55,56	54	100
	1 451		2182	

Le tableau et la carte de la place relative de la cardiologie et de la pédiatrie parmi les spécialités médicales lorraines montrent que

- plus "l'hôpital-chef" d'un secteur est important et dynamique, plus restreinte est la place qu'occupent cardiologie et pédiatrie dans le pourcentage des spécialités médicales du secteur.
- Dans les secteurs les moins pourvus en spécialités médicales

(secteur 5 : Bar le Duc - Commercy - St Mihiel

(secteur 12 : Remiremont - Gérardmer

(secteur 11 - Saint Dié

ces deux spécialités occupent 100 % des lits de spécialités médicales (le secteur de Lunéville étant particulier à cause de sa proximité de Nancy)

Il semble donc que, dans un secteur où l'on crée des lits de spécialités médicales, on commence par implanter en priorité des services de Cardiologie et de Pédiatrie.

Chapitre C 4 - L'Hémodialyse et le traitement des insuffisants rénaux chroniques en Lorraine

L'hémodialyse - ou épuration sanguine extra-rénale - est une technique relativement jeune, puisque pratiquée depuis environ une vingtaine d'années. Elle permet la survie des insuffisants rénaux chroniques par suppléance de la fonction d'épuration rénale.

Ces malades nécessitent plusieurs séances de soins par semaine - en général trois - La durée de chaque épuration peut varier de quelques heures à une demi-journée, voire une journée entière. Mais il est très fréquent de rencontrer des malades nécessitant des séances de 4 à 10 heures, et dont l'hospitalisation n'est pas nécessaire.

Aussi, théoriquement, deux possibilités s'offrent à eux :

- l'hémodialyse en Centre Hospitalier (privé ou public)
- l'hémodialyse à domicile.

Ces deux modes de traitement, s'ils sont pratiqués la nuit, permettent au patient de mener le jour une vie "normale"

Ces Centres d'hémodialyse étant relativement rares, et les malades souvent éloignés, ceux-ci se voyaient donc handicapés par la distance seule. C'est pourquoi on a été amenés à créer des postes d'hémodialyse au domicile même de ces patients. Ils peuvent ainsi, après un entraînement théorique et pratique de deux mois en Centre Spécialisé (à raison de 3 fois 8 heures par semaine), se dialyser eux-mêmes la nuit et poursuivre d'autre part une vie active. En effet, la séance nocturne se déroule pendant le sommeil du malade qui sera réveillé par un signal sonore à la moindre anomalie et qui, tout en étant obligatoirement assisté par une tierce personne (souvent un de ses proches), est en contact avec son médecin traitant.

L'hémodialyse à domicile est donc plus intéressante que celle que l'on peut pratiquer en centre hospitalier

- elle tend au patient une relative indépendance et évite d'en faire un invalide pensionné par la Sécurité Sociale,
- elle évite souvent une complication majeure du traitement, à savoir hépatite virale.

- les frais qu'elle entraîne ne s'élèvent qu'à 80 000 frs par an, et par malade, contre 144 000 frs pour l'hémodialyse effectuée dans un établissement (1)

Signalons que les "reins artificiels" ainsi répartis chez certains insuffisants rénaux chroniques sont généralement la propriété d'associations spécialisées dans l'hémodialyse à domicile qui "prête" ses équipements.

De plus, bien que la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie encourage l'hémodialyse à domicile en accordant à ces nouvelles associations des prêts pour leur premier équipement - prêts pouvant aller jusqu'à 100 % des coûts d'acquisition des reins artificiels, le pourcentage des malades ainsi traités à domicile n'est que de 12 % des dialysés (contre 61% en Grande Bretagne) (2)

Voyons donc plus précisément quel est l'équipement lorrain en postes d'hémodialyse - Il ne s'agit pas ici d'une répartition sectorielle, telle celles que l'on a pu définir pour les spécialisations vues plus haut, mais de la recherche d'une "couverture" géographique optimale et la plus homogène possible.

Huit établissements hospitaliers possèdent, en Lorraine, des équipements pour les insuffisants rénaux.

../..

-
- 1) "Hôpitaux : ce qui change région par région" par Anne de Gaalon et coll. in "Le Point", N° 215 du 1er novembre 1976 - page 117
 - 2) "L'hémodialyse périodique en France - les objectifs en passe d'être réalisés... mais ils sont déjà dépassés" - Propos du Professeur Agrégé J. P. Méry, assistant du Professeur Richet de l'Hôpital Tenon de Paris, membre de la Commission Nationale d'hémodialyse du Ministère de la Santé, Secrétaire Général de l'Association pour l'utilisation du rein artificiel dans la région parisienne, propos recueillis par le Dr François Thepot pour "Le Quotidien du Médecin" du 5 mai 1975.

Il s'agit pour le secteur public de :

- l'Hôpital de Vittel (Vosges)
- du Centre Hospitalier de Metz, maintenant inclus dans le
Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville (Moselle)
- et du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy (M. & M. .

et pour le secteur privé :

- de la Clinique Ste Lucie - à Essey les Nancy (Meurthe & Moselle
Etablissement privé à but lucratif)
- de la Polyclinique de Gentilly à Nancy (Meurthe & Moselle -
Etablissement privé à but lucratif)
- de l'Association Hospitalière du Bassin de Longwy à Mont St Martin
(Meurthe & Moselle - Etablissement privé à but non lucratif)
- de l'Hôpital de la Société de Secours Minière à Freyming (Moselle
Etablissement privé à but non lucratif)
- et de l'Hôpital St André à Metz (Moselle - Etablissement privé
à but non lucratif).

../..

Les postes d'HEMODIALYSE en LORRAINE en 1978

Nom de l'Établissement	Nombre de postes d'hémodialyse pour le <u>traitement</u>	Nbre de postes d'entraînement à l'hémodialyse	Nbre postes installés au domicile des malades	Nbre total de postes lorrains d'hémodialyse relevant de l'établissement
Hopital de Vittel (public)	15	1	3 (+3) ∅	19
Centre Hospitalier de Metz (public)	8	-	-	8
C. H. U. Nancy (public)	12 (adultes) + 6 (enfants) + 4 * + <u>2</u> ** 24	2	6 (adultes) + 1 (enfant)	33
Clinique Ste Lucie Essey/nancy (p. b. l.)	4	-	-	4
Polyclinique de Gentilly à Nancy (p. b. l.)	12	-	3 (+2) ∅	15
Association Hospitalière du Bassin de Longwy (p. b. n. l.)	6	2 ***	-	8
Hopital de la Société de Secours Minière Freyming (p. b. n. l.)	8	-	-	8
Hopital St André à Metz (p. b. n. l.)	14	2	2	18
Totaux lorrains....	91	7	15 (+5) ∅	113

(Public) = établissement public

(p. b. l.) = établissement privé à but lucratif

(p. b. n. l.) = établissement privé à but non lucratif

* Il s'agit de 4 postes d'hémodialyse installés au C. H. U., service de Brabois et réservés aux insuffisants rénaux chroniques posant des problèmes de traitement graves

** : les 2 postes d'hémodialyse ici signalés sont ceux du service de réanimation médicale (Professeur LARCAN) - Hôpital Central - C. H. U.

*** : ces deux postes d'entraînement sont à mettre en service d'ici Juin 1978

∅ : les chiffres entre parenthèses représentent des postes d'hémodialyse installés chez des malades habitant hors de la région lorraine - Nous ne les avons pas comptés dans nos totaux lorrains.

Il y a lieu de noter :

- a) Le service d'Hémodialyse spécial de l'Hôpital de Brabois (C. H. U. Nancy) reçoit des insuffisants rénaux chroniques posant des problèmes particuliers, de toute la Lorraine, mais aussi de Chaumont (Hte Marne), de Vesoul (Hte Saône), de Charleville-Mézières (Ardennes) et de Mulhouse (Ht Rhin) -Ce service possède 4 postes d'hémodialyse et 2 de dialyse péritonéale.
- b) Le service d'Hémodialyse pédiatrique pour les enfants de 0 à 15 ans est actuellement inclus dans le service de pédiatrie du C. H. U. Il fonctionne depuis 1976 et comprend 6 postes de traitement. Il a installé un petit malade à domicile en Moselle. Le service d'Hémodialyse du Nouvel Hôpital d'enfants aura sans doute la même capacité avec de plus un poste d'entraînement à la dialyse à domicile. (Un accord avait été conclu entre le C. H. R. de Nancy et le Ministère de la Santé en date du 9 juillet 1976, en vue de la création d'un centre d'hémodialyse pédiatrique de 4 postes, plus un poste d'hémodialyse péritonéale dans l'ancien bâtiment de la clinique ouverte Bonsecours).

../..

Nous avons donc pu totaliser 113 postes d'hémodialyse en Lorraine (et encore est-on en droit de penser qu'il en existe quelques uns supplémentaires qui, n'étant pas officiellement agréés, ont pu échapper à notre enquête...)

Remarquons tout d'abord la grande disparité de répartition de ces postes :

- la Meuse n'en possède aucun
- les Vosges en possèdent : 19
- la Moselle en possède : 34
- la Meurthe & Moselle en possède : 60 ...

Bien évidemment, nous avons pu remarquer que les différents centres de traitement reçoivent des malades de toute origine géographique - sans soucis de sectorisation et même hors de la Lorraine, mais une telle différence peut paraître alarmante. En effet, un éloignement important du Centre de dialyse entraîne une dépendance plus grande du malade et un frein à la poursuite d'une activité "normale".

La Carte ci-jointe rend ces différences plus frappantes encore et montre qu'il existe, en Lorraine, deux zones géographiques où les éventuels malades seraient éloignés de plus de 50 km d'un centre de traitement, ce qui est déconseillé par les circulaires et arrêts ministériels.

Nous devons d'autre part distinguer entre eux les différents postes d'hémodialyse, car selon leur attribution, ils ne soignent pas le même nombre de malades.

a) la durée d'une séance de traitement au centre étant en moyenne de : 4 à 10 heures, un même poste d'hémodialyse peut généralement traiter 1,5 à 2 patients par jour. Le taux d'occupation de ces postes étant le plus souvent voisin de 100 %, c'est donc de 136 à 182 malades lorrains qui sont soignés en centre chaque jour. La fréquence des séances de dialyse étant de 2 à 3 par semaine, environ 340 à 455 insuffisants rénaux chroniques sont actuellement soignés dans des centres lorrains.

..../..

b) Il existe sept postes d'entraînement à l'hémodialyse à domicile en Lorraine et on considère que l'on peut entraîner 2 malades à la fois sur chaque poste. Mais vu leur vocation bien particulière, il n'est pas possible d'établir quand - dans le cadre de l'enseignement le malade est aussi soigné et si, les postes pouvant être installés à domicile étant rares, ces postes d'entraînement ne servent pas aussi très souvent, au traitement simple.

c) Enfin, 15 postes d'hémodialyse ont été installés chez des malades lorrains et ceux-ci ne servent évidemment qu'à un seul patient. Mais il ne faut pas voir là un manque de rentabilité quand l'on sait qu'un malade dialysé à domicile coûte presque moitié ^{moins} cher à la Société qu'un malade traité en centre, et que, le danger de complication par hépatite virale étant écarté, les chances de survie et l'espérance de vie sont bien supérieures.

Nous considèrerons qu'il y a en Lorraine de 355 à 470 insuffisants rénaux traités par hémodialyse en 1978. Avec 106 postes de soin, la Lorraine présente un indice "lits/population" de 45 postes par million d'habitants. Les postes d'hémodialyse ayant été inscrits(1) parmi les équipements lourds devant obtenir l'agrément ministériel pour leur installation, le Ministère a ensuite recommandé un indice de 30 postes par million d'habitants, postes auxquels il faut en ajouter 5 par million d'habitants pour la fonction enseignement et recherche des C.H.U. et C.H.R. (2)

../..

1) Décret N° 72 -1068 du 30 novembre 1972, fixant la liste des équipements matériels lourds mentionnés par l'article 46 de la loi N° 70-1318 du 31/XII/1970 portant réforme hospitalière, modifiée par la loi de Finances rectificative N° 71-1025 du 24/XII/71, (in Code de la Santé (J.O. du 3 déc. rect. J.O. 14 janvier 1973 (publique édition 1977 page 805).

2) Arrêté Ministériel du 28 août 1973 paru au Journal Officiel du 11 septembre 1973.

Ainsi, la Lorraine devrait théoriquement être dotée de 82 postes d'hémodialyse à vocation soignante. L'on pourrait donc se laisser aller à penser que la Lorraine est bien - voire sur-équipée - et que "tout est bien dans le meilleur des mondes". Mais, ce serait oublier que dans ce domaine - qui relève plus de l'équipement sanitaire que de la simple distribution de soins - on est très vite arrêté par les choix politiques du Ministère et les possibilités économiques régionales et nationales.

D'une part, l'équipement en lui-même coûte cher, d'autre part, le traitement des insuffisants rénaux par hémodialyse ne constitue pas un traitement curatif de l'affection en elle-même, mais un remède aux conséquences du mauvais fonctionnement rénal. Les malades dialysés, s'ils peuvent arriver à mener une vie "normale", restent pourtant entièrement et chroniquement dépendants de leur sucœ dané de rein. Aussi, statistiquement, leur nombre ne peut aller qu'en augmentant et un indice fixe ne peut être qu'une indication d'équipement minimal et non un but en soi.

Pour remédier à cette inflation (1) d'équipement, une seule solution : mieux introduire la transplantation rénale qui soigne réellement et coûte moins cher - En 1975, la France ne traitait par transplantation rénale que 25 % de ses insuffisants rénaux chroniques (qui d'autre part, n'étaient pas tous soignés) alors que le Danemark traitant tous ses insuffisants rénaux chroniques, utilisait cette méthode pour 63 % d'entre eux

../..

1) "L'expérience de pays comme le Danemark qui traitent la totalité de leurs insuffisants rénaux chroniques, montre qu'il faut pouvoir traiter soit par hémodialyse, soit par transplantation environ 40 nouveaux malades par an, et par million d'habitants" - Article cité plus haut paru dans "Le Quotidien du Médecin" du 5 mai 1975.

C'est d'ailleurs bien le but poursuivi par l'Académie de Médecine puisque "envisageant les perspectives de développement de l'hémodialyse et de la transplantation pendant la durée du VII^e plan devant l'Académie de Médecine, M. J. TRAEGER a défini les options souhaitées (1) pour les années 1976-1981 : traiter 50 malades par an et par million d'habitants, soit 2 500 nouveaux malades par an pour l'ensemble du pays : 40 % d'entre eux devraient être traités par la dialyse en centre, 25 % par la dialyse à domicile, 35 % par la transplantation".

Ce qui ferait que la Lorraine aurait donc à traiter 116 nouveaux malades par an, dont 75 par hémodialyse. Le nombre de nouveaux postes à installer au domicile des malades serait de 29 par an (ce qui est supérieur à l'équipement actuel) et en centre de 12 par an (si on considère qu'un poste d'hémodialyse en centre peut traiter 4 malades à la fois).

Or, il faut actuellement supposer que l'installation de nouveaux postes d'hémodialyse sera surtout le fait des établissements publics ou privés à but non lucratif, car les établissements privés à but lucratif seront moins motivés que par le passé. En effet, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie s'étant rendu compte qu'un même poste de traitement pouvait soigner de 1,5 à 2 malades par jour, a considérablement baissé le prix de séance autorisé et donc remboursable. Lors de notre enquête personnelle (1976), les prix de "journée" en centre s'échelonnaient de 1 504,00 frs à 915,00 frs alors que, depuis Février 1977 (2) ceux-ci ne peuvent être supérieurs à 510,00 frs....

../..

-
- 1) "Extrait de la réponse du Ministre de la Santé à M. Francis PALMERO J.O. Sénat du 5 juin 1976" - paru dans la Revue du Praticien - Tome XXVII - N° 50 du 5 novembre 1977 - page 3425
 - 2) Circulaire N° 279 du 16 février 1977 - Circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C. N. A. M. T. S.) en vue de la réduction des coûts de séance - (à consulter dans les Directions Régionales de la Sécurité Sociale).

A titre d'illustration, voici quels sont les prix de séance homologués :

- pour une séance de dialyse à domicile, le malade est remboursé sur un prix forfaitaire établi selon le coût réel de la séance sur la base d'un budget présenté par l'association possédant l'installation prêtée au malade. Ce forfait peut être égal mais non supérieur à 510,00 frs (mai 1978)
De plus, le malade est remboursé au titre des prestations supplémentaires - des frais d'électricité et de téléphone et la tierce personne accompagnatrice est indemnisée.
- la prise en charge d'une séance d'hémodialyse en hospitalisation est effectuée sur la base des éléments d'une grille d'évaluation et fixée au tarif le plus bas possible. Ce prix peut être égal mais non supérieur à 780,00 frs (mai 1978), les examens de laboratoire et les honoraires médicaux étant comptés en sus.
- Enfin, le coût de la séance d'hémodialyse en Centre, considérée alors comme un traitement ambulatoire peut être déterminé selon deux critères :
 - soit un forfait de séance auquel s'ajoutent les honoraires médicaux,
 - soit un prix de journée par séance en service spécialisé.

../..

HEMODIALYSE en 1976 (Prix en 1976)

Etablissements Publics

=	Prix de journée	Nombre de postes	Taux (%) d'occupation
Hopital de Vittel	1 118,75	14	
C.H. de Metz	1 202,50	8	100,45
C.H.U. de Nancy	1 504,00	21	84,02

Etablissements Privés

A but lucratif
C1 Ste Lucie à Essey -les-Nancy

Prix de journée 1 154,56
Nombre de postes 4

Polyclinique de Gentilly

Prix de journée 1 163,28
Nombre de postes 12

A but non lucratif
Hôp. de la S. S. M. à Freyming

Prix de journée 915,00
Nombre de postes 2

Association Hospitalière du Bassin de Longwy

Prix de journée 1 256,00
Nombre de postes 6

Hôpital St André à Metz

Prix de journée 1 223,50
Nombre de postes 14

.. / ..

Quoi qu'il en soit, et en conclusion, il est indispensable de soigner correctement nos insuffisants rénaux, puisque la technique médicale et chirurgicale nous en fournit les moyens.

Il nous faut donc, de façon nationale, favoriser la transplantation rénale par une politique visant à faciliter les dons d'organes et l'acheminement rapide aux lieux de transplant, et de façon régionale continuer à doter la Lorraine des équipements dont elle aura besoin si l'on tient compte de l'espérance de vie qui est à présent celle des malades et du nombre encore insuffisant de greffes de reins pratiquées (1). Notamment, et afin de supprimer les zones où des patients sont trop éloignés des centres d'hémodialyse, il serait bon de créer des postes de soins et d'entraînement en Meuse (notamment à Bar le Duc) et dans les Vosges (St Dié ou peut-être Epinal)

La circulaire ministérielle du 13 juillet 1973 précisant que la capacité souhaitable des centres d'hémodialyse doit être de 8 à 24 postes (2) nous pouvons dans le cas qui nous intéresse penser que dans un premier temps, un centre de 8 postes pourrait être implanté à Bar le Duc et un similaire à St Dié ou Epinal - tout en n'oubliant pas que le but à atteindre est la généralisation de la pratique de la transplantation rénale : thérapeutique plus efficace, moins onéreuse et moins astreignante.

1) "L'avenir de l'Hémodialyse" par J. Robin - in La Revue de Médecine N° 27 du 8 juillet 1974 - rubrique "Nouvelles Professionnelles" p. 1761.

2) Enquête, Note de présentation et Avis du Médecin Inspecteur Régional pour l'établissement de la carte sanitaire pour le traitement par Hémodialyse de l'insuffisance rénale chronique des adultes - mai 1975 - (non publié - A consulter à la D. R. A. S. S. - Nancy)

Chapitre C 5 - La CARCINOLOGIE en LORRAINE

La Carte sanitaire nationale telle qu'elle a été instituée par la Loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et le Décret N° 73-54 du 11 janvier 1973 prévoit en son sein l'inscription des lits et des équipements de carcinologie.

En effet, ces derniers sont typiquement des "équipements lourds" selon le Décret N° 72-1068 du 30 Novembre 1972, modifié par le Décret N° 75-883 du 23 septembre 1975) et fixant la liste des équipements matériels lourds. Mais, fait particulier à la carcinologie et à quelques autres services utilisant des équipements lourds très onéreux, le nombre optimal de lits d'hospitalisation afférent à ces équipements n'est pas étudié.

Deux remarques sont ici à faire en priorité :

- a) tous les malades dont le traitement nécessite l'emploi d'équipements lourds de cancérologie n'ont pas besoin d'être hospitalisés. Nombreux sont ceux qui - au moins dans les premiers stades de l'évolution de leur maladie - peuvent suivre des soins ambulatoires.
- b) le Cancer n'étant pas une entité en lui-même, la lutte anticancéreuse ne relève pas d'un service ou d'une technique seule. En effet, il existe des cancers et leurs traitements ont recours soit à la chirurgie, soit à la radiothérapie, soit à la chimiothérapie, soit encore à l'hormonothérapie. D'autre part, ces tumeurs malignes pouvant malheureusement se fixer sur n'importe quel organe, on sera donc amené à trouver des malades cancéreux dans de nombreux services hospitaliers.

C'est ainsi que l'on peut expliquer le quasi désintérêt pour les lits d'hospitalisation cancéreuse proprement dite.

En Lorraine, rares sont les établissements qui ont pu nous indiquer un nombre exact de lits à vocation carcinologique. Il s'agit d'un seul établissement public : le Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville avec un nouveau service de 33 lits à Metz et un service de 18 lits à Thionville, et de 2 établissements privés :

../..

Un établissement privé à but lucratif : l'Hôpital Clinique Claude Bernard qui possède un service d'oncologie de 15 lits, et un établissement privé à but non lucratif, puisque c'est à cette forme juridique particulière qu'appartient le très important Centre Régional de Lutte contre le Cancer - Centre Alexis Vautrin à Nancy-Brabois (1); ce dernier est doté de 200 lits d'hospitalisation.

Les autres établissements équipés pour la lutte anticancéreuse soignent généralement leurs malades dans des lits non différenciés au sein de leurs divers services.

On peut ainsi rencontrer des malades cancéreux dans des Services de Médecine, de Chirurgie, d'Endocrinologie, d'Oto-Rhino-Laryngologie - d'Urologie, etc....

Voici cependant les lits que nous avons pu recenser en Lorraine - sachant qu'ils sont certainement sous-estimés - et les équipements lourds qui les accompagnent.

../..

1) Les Centres de lutte contre le Cancer sont régis par le Titre III du Code de la Santé Publique. Ce titre ne comporte qu'un chapitre unique allant de l'Article L 312 à l'article L 325 inclus (cf. Codes de la Santé Publique, de la Famille et de l'Aide Sociale - Edition Dalloz 1977 - p. 79 à 82) - Le statut juridique particulier des centres de lutte contre le cancer est précisé dans l'article L 313 : "Ces établissements ont la personnalité civile", ou dans l'Arrêté Ministériel N° 45 - 2221 du 1er octobre 1945 qui leur confère une totale autonomie administrative. L'article L. 321 du Code de la Santé Publique précise la taille du Conseil d'Administration de chacun de ces Centres et les membres qui doivent de droit y siéger. La présidence y est notamment acquise au Préfet et la Vice-présidence au Directeur départemental de la Santé. (font aussi obligatoirement partie du Conseil d'Administration le doyen ou le directeur et un professeur de la Faculté ou de l'Ecole de Médecine dans le ressort desquels le centre a son siège, un délégué des caisses de Sécurité Sociale, un représentant de l'Administration hospitalière avec laquelle le Centre a passé contrat, etc... ce qui indique le lien très étroit de cet établissement privé avec la Faculté de Médecine du lieu et le plus important établissement public).

L'EQUIPEMENT LORRAIN DE CARCINOLOGIE EN 1978 .

Nom de l'Etablissement	Nombre de lits de cancérologie	Equipement lourd			
		Appareils de téléthérapie		Accélérateurs de particules	
		Nbre	Dénomination	Nbre	dénomination
Centre Régional de lutte contre le Cancer ou Centre Alexis Vautrin - Nancy-Brabois (54) (1)	200	1	Thératron 60	1	Sagittaire 32 MeV Terac 6 MeV ⁽⁴⁾
		1	Thératron 780	1	
Polyclinique de Gentilly - Nancy (54)	variable	1	Thératron 60	-	-
Association hospitalière Chirurgicale de Briey (54)	variable	1	Thératron 60	-	-
Centre hospitalier de Metz (57) (2)	18 (33 au total)	1 (1)	Thératron 80 (Eldorado 78)	- (1)	- (Saturne)
Centre hospitalier de Thionville (57)	2 (en soins intensifs) + 16 en radiothérapie = 18	-	-	1	Neptune 6 MeV (4)
Hopital-clinique Claude Bernard Metz (57) - (3)	15	1	Thératron 60 (3)	-	-
Centre hospitalier d'Epinal (88)	-	1	Thératron 780	-	-
Totaux	266 (en juillet 78)	8		4	

(1) (2) (3) (4) : voir annexes

.../...

A N N E X E

- 1) Le Centre Régional de Lutte contre le Cancer ou Centre Alexis Vautrin à Nancy (54) possède deux accélérateurs de particules (un Sagittaire fonctionnant pour les électrons en 32 MeV et pour les photons en 25 MeV et un TERAC installé en 6 MeV) et deux appareils de Télégammathérapie ou "Bombes au Cobalt" (un Thératron 780 et un Thératron 60)- Il possède de plus un appareil de Contact-Thérapie usuel et un appareil de Contact-Thérapie endorectale.
En ce qui concerne la Curiethérapie - ou traitement des cancers par introduction à proximité de la tumeur d'aiguilles de radium ou d'autres isotopes radioactifs -tels l'iridium ou le caésium - il possède 5 curietrons.
Pour l'irradiation superficielle, le centre utilise un appareil de 200 KeV
- 2) Le Centre hospitalier régional de Metz-Thionville installe un nouveau service de carcinologie dans l'Hôpital Notre-Dame de Bonsecours à Metz (57). Ce service, qui entrera en fonction en juillet 1978, comportera 33 lits d'hospitalisation, au total, (dont 3 lits de curiethérapie), et possèdera deux appareils de Télégammathérapie (un Thératron 80 et un Eldorado 78) et un accélérateur de particules (un Saturne).
- 3) L'hôpital clinique Claude Bernard possède un Thératron 60 qu'il projette de remplacer par un Thératron 80.
Il effectue aussi des soins de Curiethérapie.
- 4) Selon l'Arrêté Ministériel du 17 mai 1976 "fixant l'indice de besoins relatif à certains appareils de radiothérapie carcinologique" (Journal Officiel du 30 mai 1976), la circulaire (du Ministère de la Santé) N° 495 PC 2 du 15 juin 1976 "relative à la carte sanitaire pour le traitement du cancer par les appareils de radiothérapie carcinologique, et le rapport (joint à la circulaire) sur les besoins d'équipement en appareils de radiothérapie à haute énergie) Non parus au Journal Officiel - Parus au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale - SP -SS 76/31 - 11254) la carte sanitaire de carcinologie regroupe sous un même indice de besoins les "appareils contenant des sources scellées de radio-éléments, d'activité "minimale supérieure à 500 curies, émetteurs de rayonnement gamma (appareils de télégammathérapie) d'énergie supérieure à 500 KeV" ainsi que les "appareils accélérateurs de particules émetteurs de rayonnements dont l'énergie est comprise entre 500 KeV et 10 MeV". Nous serons donc amenés dans l'étude de l'équipement lorrain, à déclasser les accélérateurs de particules Terac (6MeV) et Neptune (6 MeV) ici mentionnés et à les compter avec les appareils de télégammathérapie dont ils possèdent les mêmes particularités thérapeutiques.

La Lorraine possède donc 266 lits à vocation carcinologique, mais ce chiffre n'a qu'une valeur indicative dont l'intérêt essentiel est la répartition. En effet, aucun lit à vocation oncologique seule n'existe dans les départements des Vosges ou de la Meuse; de l'équipement total en lits, la Meurthe & Moselle possède 75 % et la Moselle.... le reste !

Mais n'oublions pas qu'en ce domaine - et mises à part la chirurgie cancérologique, la Chimiothérapie et l'Hormonothérapie, c'est le traitement par radiothérapie qui prédomine, puisque souvent il se trouve de plus associé aux autres modes de soins. C'est pour-quoi, il est important qu'une région soit bien dotée d'équipements lourds de carcinologie.

Jusqu'en 1976, au moins, la Lorraine accusait - si on se rapporte aux indices nationaux - un déficit en accélérateurs de particules de haute énergie et en appareils de télé-gammathérapie. En effet, l'arrêté ministériel du 14 septembre 1973 fixait alors à 5 appareils de télé-gammathérapie et 1 accélérateur de particules, le contingent d'appareils de radiothérapie nécessaire pour un million d'habitants.

En 1975, la Lorraine (1) comptait 7 appareils de télé-gammathérapie en fonction, plus deux autorisés (dont seul celui du Centre Régional de Nancy-Brabois a jamais été installé, celui du Centre Hospitalier de Verdun restant encore à l'état de projet), alors que par sa population, elle en aurait nécessité.... 11 ! Quant aux accélérateurs d'énergie, elle en possédait bien 2, mais un seul était de haute énergie (le Sagittaire 32 MeV du Centre Régional Alexis Vautrin - Nancy)

../..

1) d'après une étude de la D. D. A. S. S. de Lorraine pour l'établissement de la "Carte sanitaire pour le traitement du Cancer par les appareils de radiothérapie carcinologique" mai 1975 - 8 pages - non publiée - à consulter à la D. D. A. S. S. de Nancy.

En 1978, la Lorraine semble avoir rattrapé son retard et cela de deux manières :

- a) en acquérant de nouveaux équipements : tels
- 2 appareils de télégamma-thérapie (le "Thératron 780" du Centre Régional de Nancy et l'"Eldorado 78" du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville)
 - 2 accélérateurs de particules (le "Terac" 6 MeV du Centre Régional de Nancy et le "Saturne" du Centre Hospitalier Régional de Metz-Thionville)
- b) par le déclassement de 2 accélérateurs de particules de faible énergie (le Terac 6 MeV du Centre Régional de Nancy et le Neptune 6 MeV du CHR Metz-Thionville) - déclassement faisant suite à l'Arrêté Ministériel du 17 mai 1976.

Aussi notre région répond aux exigences ministérielles, à savoir

- un accélérateur de particules émetteur de rayonnements dont l'énergie est supérieure à 10 MeV par million d'habitants. La Lorraine en possède 2 pour 2.330.821 habitants
- 5 appareils de télégamma-thérapie ou accélérateur de particules d'énergie comprise entre 500 KeV et 10 MeV par million d'habitants. La Lorraine en possède 10. Son chiffre de population l'autoriserait à en avoir un de plus. Est-ce celui qui est toujours prévu au centre hospitalier de Verdun et dont l'acquisition a été différée pour des raisons budgétaires ?

Mais, quoiqu'il soit satisfaisant, dans un premier temps, de correspondre aux normes ministérielles, nous nous devons d'étudier si cela est bien suffisant pour notre région, compte-tenu de ses particularités géographiques et socio-économiques.

En effet, l'environnement et le mode de vie sont souvent évoqués dans les causes plus ou moins évidentes de certains cancers. Voyons à ce sujet les statistiques de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).

Si l'on considère les taux bruts de mortalité par tumeurs pour 100 000 habitants des deux sexes, on remarque que la Lorraine présente en 1974 un taux moindre que la France entière. Mais si l'on différencie les tumeurs malignes selon l'organe touché, on note que, pour les tumeurs de l'appareil digestif et du péritoine, le taux est encore bien inférieur, mais que, par contre, pour celles de l'appareil respiratoire, il est nettement plus fort.

Ceci reste vérifié pour le sexe masculin, alors qu'il ne l'est plus pour le sexe féminin.

Ne faut-il pas voir ici un facteur de mortalité lié aux conditions de travail ? les ouvriers des usines et mines très polluantes se recrutant parmi le sexe masculin.

Considérant cet état de fait, il faudrait

- d'une part, remédier à la pollution de l'air
- d'autre part, prévoir pour les zones sidérurgiques et minières un équipement supérieur en appareils de radiothérapie.

.../...

Pour illustration, voici les chiffres de l'INSERM (1)

	Taux comparatifs * de mortalité par tumeurs malignes pour 100 000 hab.					
	Sexe masculin			Sexe féminin		
	Total	dont appareil di- gestif et péritoine	appareil respi- ratoire	Total	dont appareil di- gestif et péritoine	appareil respi- ratoire
Lorraine en 1971	322	106	90,3	166	55,8	6,2
1968	320			173		
France entière 71	302	107	68,7	158	55,7	7,2
1974	331			165		

* les taux comparatifs sont des taux fictifs dans lesquels on a éliminé l'effet structure d'âge : on a appliqué les taux par âge en 1976 à la structure d'âge en 1968

(2)

	taux brut de mortalité par tumeurs malignes en 1974 pour les deux sexes			mortalité par tumeurs malignes en 1974 proportion pour 100 décès					
	Total	dont		Sexe masculin			sexe féminin		
		appareil digestif et péritoine	appareil respi- ratoire	Total	appareil digestif et péritoine	appareil respi- ratoire	Total	appareil digestif et péritoine	appareil respi- ratoire
Lorraine	200,00	68,6	38,6	23,0	7,4	6,8	18,2	6,9	0,7
France entière	230,7	78,2	36,2	24,1	8,0	5,8	19,2	6,7	0,9

1) Mortalité régionale suivant la cause et le sexe en 1971 - Taux comparatif pour 1000 habitants" in Santé et Sécurité Sociale - Tableaux édition 1973-1974 édités par la Documentation Française pour les Ministères de la Santé et du Travail - P. 60 et suivantes

2) "Mortalité régionale - taux bruts de mortalité par cause et par région en 1974 - les deux sexes réunis - et proportion pour 100 décès sexe masculin - sexe féminin". Statistiques INSERM - in Annuaire statistique de la Santé et de l'Action Sociale - Edition 1977 - Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale - Edition 1977 - Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale Paris p. 27 à 32.

Quant à la fréquence des tumeurs malignes comme cause de décès dans les différents départements lorrains, nous distinguerons les départements de grosse industrie de ceux de moyenne ou petite industrie ou d'agriculture. Les premiers : Meurthe & Moselle et Moselle ont en 1975 un pourcentage de décès par tumeur maligne supérieur à celui que l'on rencontre dans les seconds : Vosges et Meuse.

Reportons nous encore pour cela aux statistiques de l'INSERM, rapportées dans les Petits Guides de l' I. N. S. E. E. (1)

Pourcentage représenté par les tumeurs malignes dans le total des décès selon la cause :

	France	Lorraine	Meurthe et Moselle	Meuse	moselle	Vosges
en 1972	20,4 %	19,8 %	20,5 %	19,7%	19,2 %	19,7 %
en 1975	19,7 %	19,3 %	19,7 %	18,8 %	19,5 %	18,5 %
variation	- 0,7 %	- 0,5 %	- 0,8 %	- 0,9 %	+ 0,3 %	- 1,2 %

Comme dans le reste de la France, le pourcentage des tumeurs malignes a diminué dans l'ensemble de la Lorraine, mais de façon un peu moins importante. Des variations très importantes sont tout de même à observer selon les départements, mais auparavant, notons que ces pourcentages sont issus de statistiques au lieu d'enregistrement du décès, ce qui implique que, dans les départements où se trouvent des centres de soins ou d'hospitalisation pour malades ~~sans~~ cancéreux, il y ait plus de décès. Soulignons que c'est encore le cas de la Meurthe & Moselle et de la Moselle qui possèdent ces équipements.

../..

- 1) Petit guide statistique de la Lorraine - 1974 - Nancy - I. N. S. E. E. - Observatoire économique de l'Est - p. 102 -
- Petit Guide statistique de la Lorraine - 1977 Nancy - I. N. S. E. E. Observatoire économique de l'Est - p. 132.

La Meuse et les Vosges semblent avoir moins de décès par Cancer que les autres départements lorrains et leur diminution a été la plus forte. A cela deux hypothèses :

- la première est que le dépeuplement de ces régions touche peut-être en priorité les classes d'âge de la population les plus sujettes au Cancer
- la seconde, c'est qu'elles ne possèdent qu'un centre de soin à Epinal et que, donc, elles sont obligées d'"expatrier" leurs malades

Le département qui se distingue des autres est certainement la Moselle puisque c'est le seul qui ait vu sa proportion de décès par cancer augmenter de 1972 à 1975. Pourquoi ? A cause d'un sous-équipement technique notoire jusqu'à ces temps-ci ou une pollution importante et de mauvaises conditions de travail pour les ouvriers. Toujours est-il que la Moselle se devait et se doit de s'équiper de façon convenable pour sa population.

Un dernier point particulier à la carcinologie est à évoquer ici. Il s'agit de l'organisation des soins. Ils peuvent se faire évidemment en privé comme dans le public, mais nécessitent la collégialité des décisions et notamment des décisions thérapeutiques (1). C'est pourquoi ont été créés en 1945 les Centres de Lutte contre le Cancer qui en 1978, sont au nombre de 20.

Leur mission telle que l'a définie l'Article L. 312 du Code de la Santé publique (Livre III - Titre III) est :

- "1° - le dépistage, l'examen, l'hospitalisation et le traitement des malades
- 2° - la surveillance prolongée des résultats thérapeutiques, l'établissement et la tenue à jour des dossiers médicaux, l'organisation d'une action médico-sociale
- 3° - les recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique du cancer"

" La mission des Centres de lutte contre le cancer est une mission "de service public".

..//..

1) rapport sur l'Avenir des Centres de Lutte contre le Cancer de France
Edité par la Fédération nationale des Centres de Lutte contre le
Cancer de France - Paris - 1973

Les vingt centres anticancéreux de France assurent chacun des permanences dans les villes géographiquement voisines. Ces permanences de consultation, de dépistage et parfois de soin sont appelées "consultations avancées".

Le Centre de Lutte contre le Cancer de Nancy ou Centre Régional anticancéreux Alexis Vautrin, assure sept consultations avancées : à Briey (54), Verdun (55), Bar le Duc (55), St Dizier (52), Chaumont (52), Vesoul (70) et Epinal (88).

Paradoxalement, alors que la zone de couverture nancéenne dépasse le cadre de la Lorraine, Metz (57) est une consultation avancée de Strasbourg. Nous retrouvons là la persistance historique et médico-universitaire de l'attachement de Metz à Strasbourg.

Remarquons que certains établissements de soins possédant un équipement important ne sont ni "Centres de Lutte contre le Cancer", ni "Centres de Consultations Avancées" (1), tel est le cas de la Polyclinique de Gentilly à Nancy (54), de l'Hôpital Clinique Claude Bernard à Metz (57) et du Centre Hospitalier de Thionville (57) avant qu'il ne fusionne avec le Centre Hospitalier de Metz.

De plus, la chirurgie cancéreuse, la chimiothérapie, ou l'hormonothérapie peuvent évidemment se pratiquer dans tout service adéquate sans qu'il soit déclaré comme étant à vocation oncologique.

Ainsi, à côté des Centres de Lutte contre le Cancer et de leurs Consultations avancées, il existe de multiples services où sont soignés les malades cancéreux, sans même que ces services soient toujours en relation avec la Ligue Nationale Française contre le Cancer. N'y a-t-il pas là une lacune d'organisation tant pour le bien du malade que pour une meilleure gestion des équipements ?

En fait, ce sujet mérite une étude plus poussée, car les problèmes qui se posent sont difficiles à saisir et semblent avoir été assez mal étudiés par les services administratifs du Ministère de la Santé.

Toujours est-il qu'en Lorraine comme ailleurs, il faut, en ce qui concerne la carcinologie, s'attacher davantage à l'étude des équipements techniques qu'à la capacité hôtelière en lits. Soulignons que la Moselle semble encore assez mal équipée et que Meuse et Vosges doivent le plus souvent transférer leurs malades.

1) "Pour mieux nous informer sur les Cancers - Ligne nationale française contre le Cancer "Numéro spécial- septembre 1977 - édité par la Documentation Française- Paris

Il n'est pas souhaitable de créer partout de grands centres anticancéreux, car, d'une part, ils coûtent trop cher, et d'autre part, ils n'auraient pas le nombre de malades requis pour une gestion saine et cela pour deux raisons :

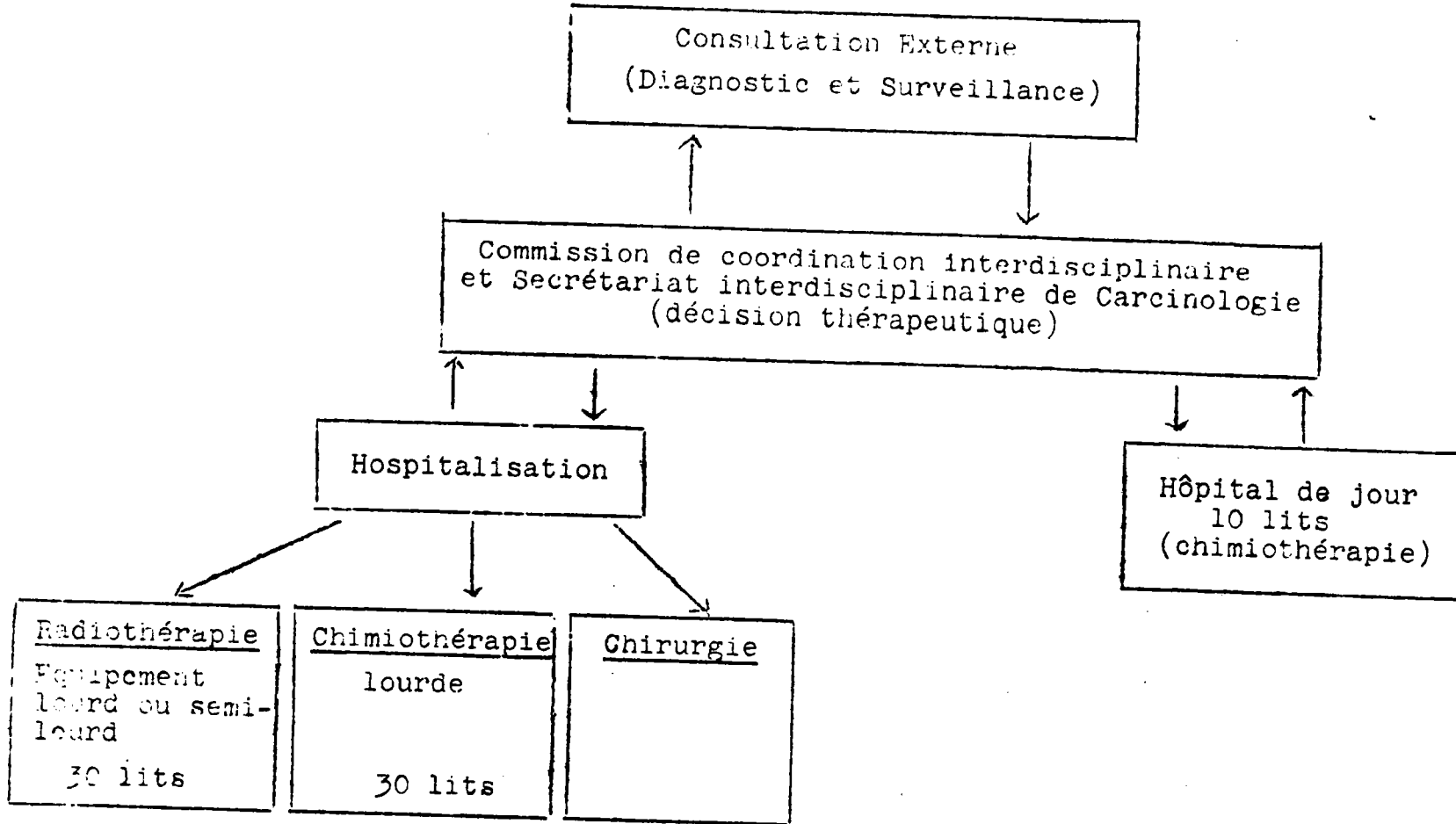
- la première étant que tous les malades ne nécessitent pas l'utilisation d'appareils sophistiqués
 - la seconde - qui apparaît de plus en plus comme la plus importante - étant la cancérophobie généralisée de la population
- le "Cancer" étant le démon du XXème siècle, les malades tentent souvent de cacher leur mal, et refusent qu'on sache qu'ils vont se faire soigner dans un centre anti-cancéreux. Ces centres ultra-modernes ont donc vu leur attraction relativement baisser. Il serait aussi sociologiquement désastreux de réunir tous les malades cancéreux en un seul établissement, fût-ce de la population.

Aussi, nous pensons qu'il faut développer les équipements d'importance moyenne dans les établissements hospitaliers existant sur place, et notamment en Moselle, Meuse et dans les Vosges, tout en conservant à un Centre Régional, le monopole des très gros équipements.

Autres références à ce sujet :

- C. & J. CHARDOT : " Le Centre Régional de Lutte contre le Cancer de Nancy - passé, évolution actuelle et perspectives prochaines" in "Annales Médicales de Nancy - Tome XI - Novembre 1972 p. 1461-1476.
- Le Républicain Lorrain - Articles d'octobre 1977 "Campagne de lutte contre le Cancer. Un service de pointe au Centre Hospitalier de Thionville"
"Vers la Création d'un véritable centre anticancéreux à Metz"
par J. M. A. - le 15/10/1977
- Le Point - N° 215 - 1er Novembre 1976 - p.115 "Hôpitaux : ce qui change région par région. Cancer : la politique change"
- Professeur CHARDOT : "Les Cancers exposé synthétique" édité par le Comité Départemental de Meurthe & Moselle de la Ligue Nationale Française contre le Cancer.
- Semaine des Hôpitaux - Informations - 4.1.72 - Paris
"Lutte antivirale et thérapeutique anti-cancéreuse" : "des espoirs encore". p. 2 à 4.

SCHEMA D'ORGANISATION
DE LA CARCINOLOGIE HOSPITALIERE



Niveau de
décision
concertée

Niveau
d'exécution
particularisée

(Source: D.D.A.S.S. NANCY)

Chapitre C 6 - LA PNEUMO-PHTISIOLOGIE en LORRAINE

=====

Nous avons pu dénombrer 923 lits de pneumo-phtisiologie en Lorraine se répartissant ainsi :

- | | |
|--|-------------|
| - Etablissements publics | 757 lits |
| - Etablissements privés à but lucratif | pas de lits |
| - Etablissements privés à but non lucratif | 166 lits |

ce qui fait à notre région un indice lits/population de 0,39 ‰

La Lorraine, comme encore beaucoup de régions françaises, est bien - voire trop - dotée en lits de pneumo-phtisiologie, puisque la circulaire ministérielle N° 48 PR 2 du 4 février 1975 (1) recommandait un indice de 0,25 lit par 1000 habitants.

Cet excédent en lits de pneumo-phtisiologie est principalement dû à l'évolution médicale en la matière et à l'abandon progressif de la majorité des lits de sanatorium. En effet :

- les données statistiques dont on dispose (taux de mortalité, taux de morbidité, taux d'infection) permettent d'affirmer que la régression la tuberculose se poursuit régulièrement;
- la prévention a été très efficace, d'une part grâce à la vaccination systématique par le B. C. G. et d'autre part, par le dépistage radiologique.
- le traitement des malades atteints de tuberculose a très nettement évolué depuis une vingtaine d'années, si bien que la raison d'être des lits de sanatorium est, pour une bonne part, devenue caduque, notamment :
 - la grande importance alors accordée au repos comme facteur de guérison a été abandonnée
 - le moyen essentiel de traitement réside donc dans la chimiothérapie.

../..

1) Circulaire N° 48 PR 2 du 4 février 1975, relative à la carte sanitaire de la pneumo-phtisiologie (non parue au Journal Officiel) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé SP. SS 75/16 - 8707 - pages 1 à 51 avec 2 annexes.

- la grande majorité des malades tuberculeux, étant dépistée très tôt, peut rapidement être "négative" et grâce à un traitement "ambulatoire" vivre une vie familiale et professionnelle normale.
- "L'efficacité de la chimiothérapie antituberculeuse et la possibilité pour la plupart des malades de reprendre, après une interruption de quelques mois, leur vie professionnelle ont réduit considérablement le nombre des cas où une réadaptation doit être envisagée. Les indications de changement de métier sont devenues très rares; elles sont limitées à des tuberculoses laissant derrière elles une mutilation importante"

C'est pourquoi, depuis de nombreuses années, la lutte anti-tuberculeuse repose essentiellement sur un réseau de dispensaires (dispensaires secondaires s'organisant autour d'un dispensaire central, implanté au chef-lieu de secteur) et l'utilisation de camions radiophotographiques. Or, en raison de la régression constante de la tuberculose, l'infrastructure mise en place paraît actuellement excédentaire et mal adaptée à la situation épidémiologique. Ainsi une réorganisation du dispositif de lutte antituberculeuse est actuellement à l'étude et la politique ministérielle (2) s'oriente vers la diminution du nombre de dispensaires et une plus grande coopération avec la médecine dite "de ville" dont l'antenne de référence demeure la consultation et le service hospitalier spécialisé, base du secteur de phtisiologie.

../..

2) circulaire ministérielle DGS/AP/3 N° 427 du 7 juin 1977 - à consulter à l'Office d'Hygiène sociale - Nancy

4) Instructions ministérielles du 29 mai 1973, relatives à l'organisation de la lutte antituberculeuse (non parues au Journal Officiel) - parues au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé, SP. SS 73/33 - 5016 - pages 1 à 29 avec 9 annexes.

La diminution du nombre des dispensaires se fera compte-tenu de leur situation géographique individuelle : éloignement du centre hospitalier base du secteur, présence d'une population exposée à un risque élevé de morbidité tuberculeuse (population ouvrière immigrée notamment), mais les directives ministérielles précisent qu'il ne faudra en aucun cas, confondre les installations de lutte antituberculeuse avec celles qui seraient nécessaires au dépistage d'autres pneumopathies. Ce point est vraiment curieux et indique bien la recherche d'une économie de moyens, la lutte contre les autres pneumopathies devant être géographiquement moins dense que ne l'était la lutte anti-tuberculeuse - sauf sûrement dans les régions minières et industrielles que connaissent les Lorrains du Nord et du Centre.

Les conditions atmosphériques et d'environnement créent en effet dans ces régions des facteurs importants d'apparition de bronchites chroniques et, parmi les maladies dues aux extractions minières, des pneumoconioses et tout particulièrement des silicozes et sidéroses qui nécessitent essentiellement des dispositifs de surveillance et de prophylaxie (surveillance de l'air inhalé sur les lieux de travail, dépistage radiologique et épreuve de capacité respiratoire) sans qu'il y ait de nombreux lits hospitaliers.

Voyons donc précisément quel est l'équipement lorrain en lits actifs de pneumophtisiologie :

.../...

1° - Dans le secteur public

Etablissement	Prix de journée en 1976	Nombre de lits	Durée de séjour en jours	Taux d'occupation %
Hôpital de St Avold	153,80	16	40,6	178,20
H. de Lunéville	*	8	*	*
H. de Neufchateau	434,50	26	21,3	69
H. de Briey	276,70	30	8	63
C.H. de Thionville	256,15	46	20,95	86
C.H. de Metz	*	51	16,5	81
C.H. de Remiremont	*	53 (a)	*	*
Centre de Lay-St Christophe (C.H. U.)	194	70	180	*
H. d'Epinal	261,80	70	*	*
H. de Verdun	282	80	*	*
C.H. sp. Sarrebourg	216,75	97	126	*
C.H. U. Nancy - phtisiologie	*	192	*	M 88,22
pneumologie	*	71	*	F 69,53
Total		757		
Moyenne				90,7 %

N. B. * = renseignements non fournis lors de notre enquête

M = section masculine

F = section féminine

C.H. sp/ Centre Hospitalier spécialisé

(a) : lits de médecine générale à orientation pneumo-phtisiologique ils ne forment pas un service spécialisé en pneumo-phtisiologie et ne seront donc pas comptés dans le total.

.../..

2° - Dans le secteur privé

- aucun établissement privé à but lucratif ne possède de service de pneumo-phtisiologie - (ne sont-ils pas rentables ?)
- voici ce qui existe dans les établissements privés à but non lucratif :

Etablissement	Prix de journée en 1976	Nombre de lits	Durée de séjour (en jours)	Taux d'occupation en %
Association hospitalière chirurgicale de Briey	239,45	30	*	*
Hopital Ste Blandine (Metz)	*	38	*	*
Hospitalor Créhange (centre d'étude des pneumoconioses)	212,95	46	11	88,8
Hôpital Belle-Isle (Metz)	122	52	*	*
Total		166		

* : renseignements non fournis, lors de notre enquête

Les lits hospitaliers que nous avons ainsi recensés sont généralement à double vocation, c'est-à-dire aussi bien pneumologique que phtisiologique, sauf peut-être en ce qui concerne les services de C H U qui paraissent bien distincts et le Centre d'étude des pneumoconioses à Créhange - qui est hyperspécialisé dans le traitement de cette maladie.

En ce qui concerne le côté administratif de l'organisation de la pneumo-phtisiologie, nous devons d'emblée souligner l'originalité de sa carte sanitaire. En effet, celle-ci n'est pas régionale, mais départementale et son découpage sectoriel est totalement différent de celui que l'on a pu étudier plus haut pour la carte sanitaire générale, dite de "Médecine - Chirurgie - Obstétrique".

./..

La sectorisation de pneumophtisiologie répond à l'infrastructure mise en place pour la lutte anti-tuberculeuse et prend pour base les Circonscriptions d'Action Sanitaire et Sociale dont la vocation est multiple

- Service social familial polyvalent de secteur
- Services sociaux spécialisés
- Protection Maternelle et Infantile
- Hygiène mentale infantile
- Contrôle médico-social scolaire
- Enfance inadaptée
- Action sociale préventive
- Santé mentale et lutte contre l'alcoolisme
- lutte contre la prostitution
- Lutte contre les maladies vénériennes
- Lutte contre la Tuberculose
- Activités des conseillères ménagères de l'Education Familiale, ménagère et sociale
- Education sanitaire
- Centres sociaux

Ces circonscriptions d'Action Sanitaire et Sociale (C. A. S. S.) sont géographiquement définies par arrêté préfectoral, de manière à faciliter l'action des équipes sanitaires et sociales.

Nous ne nous étonnerons donc pas de trouver des circonscriptions très diverses en nombre et en superficie, dans les 4 départements que nous étudions. Celles-ci varient en effet selon les conditions topographiques et démographiques.

a) en MEURTHE & MOSELLE

Le Conseil Général avait défini (1), en date du 29 mai 1974, six secteurs de Lutte anti-tuberculeuse, regroupant chacun deux ou trois circonscriptions d'action sanitaire et sociale, soit seize en tout.

1° - Secteur : NANCY

Circonscriptions de Nancy, Centre I et II	97 000 h. (2)
Circonscriptions de Dombasle - sur Meurthe	<u>41 000 h.</u>
	138 000 h.

soit 97 000 habitants dans l'agglomération de Nancy, et 41 000 habitants hors agglomération.

../..

1) - d'après le rapport N° 53 du Conseil Général de Meurthe & Moselle - séance du 29 mai 1974 - "Lutte contre la Tuberculose - Plan de Sectorisation" - Rapporteur : Monsieur le Professeur HURIET (Rapport non publié, à consulter à la D. D. A. S. S. de Nancy ou à l'Office d'Hygiène Sociale)

2) D'après une étude non publiée - faite en 1974 par les médecins de l'Office d'Hygiène Sociale de Nancy - les effectifs de population sont donc ceux de 1968.

Les dispensaires de rattachement étaient donc :

- pour l'agglomération de Nancy :
Villemin, Calmette, Frédéric-Gross, Laxou
- hors agglomération
Saint Nicolas de Port - Vézelize

Quant aux services hospitaliers de rattachement, il s'agissait de ceux du C. H. R. de Nancy.

2° - Secteur : TOUL

Circonscriptions de Toul	41 000 h
Nancy-Ouest	52 000 h
Banlieue Sud	<u>38 000 h</u>
	131 000 h.

soit 72 000 habitants dans l'agglomération de Nancy et 59 000 habitants hors agglomération.

Toul et Neuves-Maisons étant les dispensaires de rattachement et le C. H. R. de Nancy possédant les services hospitaliers de rattachement.

3° Secteur : PONT A MOUSSON

Circonscriptions de Pont à Mousson	46 000 h
Nancy-Nord	46 000 h
Nancy-Est	<u>44 000 h</u>
	136 000 h

soit 52 000 habitants dans l'agglomération de Nancy et 84 000 habitants hors agglomération.

Dispensaires de ce secteur	Pont à Mousson
	Pompey
	Pagny sur Moselle

le service hospitalier de rattachement de ce secteur était le service de pneumo-phtisiologie du Centre médical Paul Spillmann (ex-sanatorium de Lay - St Christophe).

4° Secteur : LUNEVILLE

Circonscriptions de Lunéville I	43 000 h
Lunéville II	<u>41 000 h</u>
	84 000 h

Dispensaires : Lunéville, Bayon, Baccarat.

Service Hospitalier de rattachement : Hôpital de Lunéville.

.../...

5° Secteur BRIEY

Circonscriptions de Briey I et II 91 000 h.

Dispensaires : Briey, Joeuf, Jarny, Piennes

Service Hospitalier de rattachement : hôpital de Briey

6° Secteur LONGWY

Circonscriptions de Longwy I et II 85 000 h.

Villerupt 26 000 h

111 000 h.

Dispensaires : Longwy, Longuyon, Villerupt

Le Service hospitalier de rattachement devait être celui de l'Hôtel-Dieu de Mont Saint Martin (Association hospitalière du Bassin de Longwy), mais ce service n'étant toujours pas créé, c'est celui de l'Hôpital de Briey qui répond aux besoins de ce secteur.

La circulaire ministérielle DGS/AP/3 N° 427 du 7 juin 1977 recommandant uniquement la diminution du nombre des dispensaires anti-tuberculeux et la concentration d'équipements techniques, sans qu'aucune modification ne soit apportée au découpage sectoriel de pneumo-phtisiologie, un arrêté préfectoral en date du 10 octobre 1977 et formant Règlement Départemental, confirme le découpage de la Meurthe & Moselle en 6 secteurs "établis en fonction des normes de population et des établissements hospitaliers/spécialisés existants ou à créer" (1)

Les 6 secteurs actuels étant identiques aux précédents, les hôpitaux de rattachement sont pour :

- le secteur antituberculeux de Lunéville : Hôpital de Lunéville
 - le secteur antituberculeux de Toul : Hôpital de Toul
 - le secteur antituberculeux de Briey : Hôpital de Briey
 - le secteur antituberculeux de Pont à Mousson : Hôpital Lay - Saint Christophe (C.H. U.)
 - les secteurs antituberculeux de Nancy : Hôpital Villemin (CHU)
 - le secteur antituberculeux de Longwy : Hôpital de Briey
- (provisoirement, en attendant la création du service de pneumo-phtisiologie, l'Hôpital de Mont Saint Martin)

1) les critères de découpage géographique de la Meurthe & Moselle ont été les suivants en ce qui concerne la pneumo-phtisiologie :

- le chiffre d'environ 120 000 habitants/secteur
- le nombre de consultations ouvertes dans les dispensaires
- le nombre de clichés radiophotographiques à réaliser
- le nombre de tournées de vaccinations B C G nécessaires
- la détermination de 6 secteurs
- le rattachement à des formations antituberculeuses proches (existantes ou à créer)
- la mise en harmonie avec la carte sanitaire.

Le 1er juillet 1977 ont été fermés les dispensaires de

- 1° - Longuyon (Villerupt (au profit de celui de Longwy
Piennes (
- 2° - Joeuf (Jarny (au profit de celui de Briey
- 3° - Pagny sur Moselle (Pompey (au profit de celui de Pont à Mousson
- 4° - St Nicolas de Port (Neuves Maisons (au profit de celui de l'Hôpital
Vèzelise (Villemin (C. H. U.)
- 5° - Bayon (Baccarat (au profit de celui de Lunéville

Le 1er janvier 1978, le dispensaire de l'Hôpital Villemin (C. H. U. Nancy) est devenu Dispensaire Central et ont disparu les dispensaires Calmette et F. Groes (à Nancy) et celui de Laxou.

Restent de surcroît, les 4 centres de vaccination B. C. G. de Longwy, Jarny, Nancy et Lunéville.

(cf cartes - Implantations anciennes au 1/1/77 et 1/7/78)

b) en MEUSE

Il n'existe qu'un seul secteur de pneumophtisiologie s'étendant sur tout le département (203 900 habitants en 1975). Seul, le Centre Hospitalier de Verdun possède un service de pneumo-phtisiologie comportant 80 lits.

6 dispensaires existaient en Meuse en 1974(1) dont 3 avaient une activité importante, à savoir ceux de Verdun - Bar le Duc - & Commercy. Depuis la circulaire ministérielle du 7 juin 1977, ont été supprimés les dispensaires de Ligny en Barrois et de Vaucouleurs, les 4 autres seuls restant en fonction à titre de Centres médico-sociaux avec l'aide d'un car radiophotographique itinérant, Verdun et Bar le Duc possédant toujours les centres les plus importants.

../..

1) à Bar le Duc, Commercy, Ligny en Barrois, Stenay, Vaucouleurs & Verdun. d'après une étude du Médecin Inspecteur Régional de la Santé - Nancy "Sectorisation en matière de Pneumo-phtisiologie de la Région Lorraine" en date du 9 mai 1974 - non publiée - à consulter à la D. D. A. S. S. de Nancy.

c) en MOSELLE

L'arrêté préfectoral déterminant le règlement départemental de pneumo-phtisiologie N° 75 - D. A. S. S. /II/2 - 173 en date du 20 février 1975 définit 4 secteurs de lutte anti-tuberculeuse.

1° Secteur : Metz

Ce secteur comprend les cantons de Bouzouville, Boulay, Vigy, Pange, Verny, Ars sur Moselle et les arrondissements de Metz Ville et Metz Campagne.

Population 1968	306 725 habitants
-----------------	-------------------

Population 1975	410 300 habitants
-----------------	-------------------

Les pôles de rattachement étant les dispensaires de Metz et de Boulay, et le service de pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier de Metz (51 lits).

2° secteur : Thionville

Ce secteur comprend les cantons de Sierck, Cattenom, Fontoy Hayange, Thionville, Metzervisse, Moyeuve, Grande, Florange et Yutz

Population 1968	271 503 habitants
-----------------	-------------------

Population 1975	271 177 habitants
-----------------	-------------------

Dispensaires de Thionville, Hayange, Moyeuve Grande et Audun le Tiche.

Service de pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier de Thionville (46 lits)

3° Secteur - St Avold

Secteur comprenant les cantons de St Avold, Forbach, Grostenquin Faulquemont et Freyming Merlebach.

Population 1968	209 221 habitants
-----------------	-------------------

Population 1975	170 477 habitants
-----------------	-------------------

Dispensaires de St Avold, Freyming Merlebach, Forbach et Creutzwald.

Service hospitalier de rattachement : Service de pneumo-phtisiologie de l'Hopital de St Avold (16 lits).

../..

4° Secteur - Sarrebourg

Ce secteur comprend les cantons de Delme, Château Salins, Vic sur Seille, Dieuze, Albertstroff, Sarralbe, Sarreguemines, Volmunster, Rohrbach les Bitche, Bitche, Fénétrange, Phalsbourg, Sarrebourg, Rechicourt et Lorquin.

Population 1968 183 865 habitants

Population 1975 186 342 habitants

Dispensaires de Sarrebourg, Sarreguemines, Château Salins et Dieuze

Le service hospitalier de rattachement étant évidemment constitué par le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarrebourg qui possède 97 lits actifs de pneumo-phtisiologie et 29 lits de long séjour. il s'agit en fait de l'ex-sanatorium dit "Centre Départemental de Phtisiologie".

(cf carte)

d) dans les VOSGES

La sectorisation pneumo-phtisiologique du département des Vosges a défini deux secteurs :

- un secteur, dit de plaine , correspondant à la partie ouest du département
- un secteur, dit de montagne , comprenant la partie Est

1° secteur : secteur dit "de plaine"

Il correspond aux secteurs sanitaires usuels 9 (Neufchâteau, Vittel) et 10 (Epinal) (1)

Population 1968 193 000 habitants

Population 1975 218 461 habitants

Ce secteur est rattaché à l'important service hospitalier de pneumo-phtisiologie du Centre Hospitalier d'Epinal (70 lits) et possède de surcroît les lits de pneumo-phtisiologie de l'Hopital de Neufchâteau (26 lits).

../..

(1) : cf la carte sanitaire générale pour la Médecine - Chirurgie - Obstétrique

Arrêté ministériel du 31 X 1975.

Avant la circulaire ministérielle du 7 juin 1977, ce secteur possédait 12 dispensaires, en plus de celui d'Epinal, à savoir ceux de Bruyères, Bulgneville, Charmes, Chatenois, Darney, Dompaire (fermé en 1971), Lamarche, Mirecourt, Monthureux sur Saône, Neufchateau, Rambervillers et Vittel.

Actuellement, seul reste en fonction le dispensaire central d'Epinal aidé d'un car radiographique itinérant et assurant les activités de lutte antituberculeuse dans les anciens locaux transformés en centres médico-sociaux.

2° secteur : secteur dit "de montagne"

Ce secteur correspond aux secteurs sanitaires usuels (M. C. O.) 11 (St Dié) et 12 (Remiremont-Gérardmer) c'est-à-dire la région des hautes vallées vosgiennes.

Population 1968	207 000 habitants
Population 1975	179 496 habitants

Il n'existe pas de véritable service spécialisé en pneumo-phthiologie dans ce secteur. Les services hospitaliers "de rattachement" drainant les malades pulmonaires de ce secteur sont d'une part le service de 53 lits de médecine à orientation pneumo-phthiologique du Centre Hospitalier de Remiremont et d'autre part, en ce qui concerne la région (arrondissement) de St Dié, le centre hospitalier spécialisé (ex-sanatorium) de Saales (Bas Rhin) appartenant à la région sanitaire d'Alsace.

Avant la circulaire ministérielle du 7 juin 1977, le secteur dit "de montagne" possédait 14 dispensaires, à savoir :

- vallée de la Moselle : ceux du Thillot, Remiremont, Eloyes & Pouxoux
- vallée du Rabodeau : celui de Senoas
- vallée de la Meurthe : ceux de Fraize, St Dié et Raon l'Etape
- vallée de la Moselotte : ceux de Connimont, et Saulxures
- Vallée du Combauté : celui du Val d'Ajol
- vallée de la Vologne et affluents : Gérardmer, Granges et Corcieux.

Actuellement, ces anciens dispensaires ont tous disparu et leurs locaux utilisés comme centres médico-sociaux, servent de points d'arrêt au car radiographique (ainsi qu'un local ouvert à Vagney - vallée de la Moselotte). Seul, le dispensaire antituberculeux de Remiremont fonctionne de façon continue.

En conclusion, ce domaine médical qui avait connu une grande extension en raison de la fréquence de la tuberculose est actuellement en stagnation parallèlement à cette maladie. Cependant, en Lorraine, les conditions de vie d'une partie de la population entraîne la nécessité de la continuation de certains services, d'autant plus que la Lorraine possède des services de pneumo-phtisiologie dynamiques.

En effet, et en ce qui concerne les services publics, une étude du Ministère notait qu'en 1972 (1), la Lorraine avait une durée moyenne de séjour de 26,3 jours, contre 28 jours, sur l'ensemble du territoire national, quant au coefficient d'occupation de ces services, il était nationalement considéré comme très bon, puisqu'il atteignait la valeur de 78,5 % (dans notre enquête, il est de 90,7 % ...)

1) - Annexe I "Fonctionnement des services de pneumophtisiologie dans les hopitaux publics en 1972" jointe à la circulaire N° 48 PR 2 du 4 février 1975 relative à la carte sanitaire de la pneumophtisiologie - publiée au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé - SP-SS 75/16 - 8707.

TEXTES OFFICIELS DE REFERENCE

- Décret N° 73-54 du 11 janvier 1973, relatif à la carte sanitaire et aux Commissions Nationale et régionales de l'équipement sanitaire J. O. du 13 janvier 1973 - Bulletin Officiel du Ministère de la Santé SP-SS 73/2 - 3667
 - Arrêté du 29 mai 1973, relatif au règlement départemental fixant les obligations de service des médecins pneumophtisiologues hospitaliers, participant au service public de lutte contre la tuberculose (non paru au J. P.) paru au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé - SP-SS 73/33 - 5 015 - et annexe
 - Circulaire N° 733 du 29 mai 1973, relative à l'organisation de la lutte antituberculeuse (non parue au J. O.) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé SP-SS 73/33 - 5014
 - Instructions du 29 mai 1973, relatives à l'organisation de la lutte antituberculeuse et 9 annexes, non parues au J. O., parues au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé SP-SS 73/33 - 5 016.
 - Circulaire N° 48 PR 2 du 4 février 1975, relative à la carte sanitaire de la pneumophtisiologie (non parue au J. O.) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé - SP-SS 75/16 - 8 707 et 2 annexes
 - Circulaire DGS/AP/3 N° 427 du 7 juin 1977 "Réorganisation de la lutte contre la tuberculose" (non publiée)
 - Code de la Santé Publique
 - Livre III ; lutte contre les fléaux sociaux
 - Titre 1er : lutte contre la tuberculose
 - Article L. 214 à L 253 inclus (Edition Dalloz 1977 p. 55 à 68 incluses)
- et divers autres décrets, arrêtés et circulaires annexes.

Chapitre C 7 - LA PSYCHIATRIE EN LORRAINE

Faisant suite à des siècles de mise au ban de la société des malades psychiatriques, les circulaires ministérielles du 15 mars 1960 et du 28 mai 1963 (N° 208) ont inauguré la politique dite de sectorisation psychiatrique. Les principes, énoncés dans ces circulaires peuvent se résumer ainsi :

- " a) entreprendre les soins des malades mentaux à un stade aussi précoce que possible afin de disposer des plus grandes chances de succès et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant les récurrences;
- b) éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel"

Ainsi, en ayant des équipements extra-hospitaliers bien structurés autour d'un service hospitalier conçu comme un quelconque autre service, on évitera la chronicisation des maladies psychiatriques et le fait que de tels malades demeuraient parfois toute leur vie à l'hôpital psychiatrique, alors dénommé "asile".

Ces objectifs se retrouvent au niveau de

- 1° - la sectorisation
- 2° - l'hospitalisation
- 3° - la prévention, les traitements ambulatoires et la post-cure

De ce fait, la région lorraine, comme le reste du territoire national, s'est trouvée "soumise" à la politique de sectorisation psychiatrique, avant même que l'on ne songe à une sectorisation "générale" du type de celle mise en place par la "carte sanitaire de médecine, Chirurgie et Obstétrique".

A la différence de cette dernière, la sectorisation psychiatrique est départementale et si elle prend aussi pour base des circonscriptions d'action sanitaire et sociale, il ne s'agit pas toujours du même découpage géographique que celui que nous avons pu étudier pour la pneumo-phtisiologie.

Notons que la sectorisation psychiatrique concerne non seulement la lutte contre les maladies mentales des adultes, mais aussi la lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents, ainsi que celle contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Quels sont donc les critères de cette sectorisation ?

"La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales conseillait aux départements d'organiser pour une population de 200 000 habitants, 3 secteurs de psychiatrie générale et un intersecteur de pédopsychiatrie, la norme de lits retenue était pour l'hospitalisation de 3 lits pour 1000 habitants" (1)

Ainsi, un secteur psychiatrique devrait donc desservir une aire géographique comprenant environ 70 000 habitants, mais pratiquement cela peut varier selon la densité de la population et ses caractéristiques socio-professionnelles. On considère, en effet, que certaines activités peuvent plus que d'autres, induire des maladies mentales. La circulaire Ministérielle du 18 janvier 1971 donne des précisions restrictives sur celle du 15 mars 1960 : le critère de 3 lits pour 1000 habitants est toujours retenu, mais ceux-ci doivent comprendre les lits d'adultes et les lits d'enfants, ainsi que les lits ou places des services extra-hospitaliers. Cette norme de 3 lits pour 1000 habitants est d'autre part celle qui a été recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Avant d'étudier l'équipement psychiatrique propre à la Lorraine, voyons brièvement quelle structure sous-entend la sectorisation psychiatrique.

a) le secteur psychiatrique, aire géographique bien délimitée, constitue l'assiette du service ou du groupe de services chargés de la psychiatrie et également des organismes de traitement de prévention et de post-cure nécessaires.

../..

(1) "Application d'une politique de lutte contre les maladies mentales au niveau départementale" par Charles VAILLE, Inspecteur Général de la Santé - Ministère de la Santé - in Revue Française des Affaires Sociales N°3 Juillet-Septembre 1975 - p. 3 à 23

Il est ainsi institué une très nécessaire liaison entre l'établissement hospitalier spécialisé et les organismes extra-hospitaliers.

Le médecin psychiatre de secteur - généralement médecin chef du service hospitalier de rattachement - et son équipe médicale deviennent alors hospitaliers et itinérants. Ils sont donc à même de suivre leurs malades aussi bien lors de leur hospitalisation que lorsque leur état leur permet de vivre une vie normale dans leur cadre de vie usuel.

L'équipe médicale de secteur est théoriquement (1) composée de la manière suivante :

- 1 médecin , chef de secteur
- 1 médecin assistant
- 3 à 4 internes en psychiatrie

et, en ce qui concerne le personnel paramédical :

- 1 assistante sociale, spécialisée en psychiatrie
- 1 psychologue
- un temps infirmier par 10 000 habitants pour le travail extra-hospitalier

et - 1 secrétaire médicale de secteur
 "L'équipe de secteur pourra être renforcée de médecins vacataires si, sur le secteur, existent de vastes établissements de personnes âgées (maison de retraite, foyer, section d'hospice, maison de cure médicale ou établissements divers, tels centres d'hébergement".

Au sein du service hospitalier lui-même travaillent évidemment d'autres personnels paramédicaux.

b) Les établissements hospitaliers

L'article 1er de la Loi du 30 juin 1838 (2) sur les aliénés a obligé chaque département à disposer d'un établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés, ou à traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

./..

(1) Circulaire DGS/891 /MS 1 du 9 mai 1974 "relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique" (Non parue au Journal Officiel) parue au Bulletin du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale SP. SS 74/30 - 7152 pages 1 à 9

(2) La loi du 30 juin 1838 - qui sert encore de base à la législation des hopitaux psychiatriques - a été codifiée dans les articles L333 à L 352 du Code de la Santé Publique - Edition Dalloz 1977 - P. 87 à p. 96

Si jusqu'à une date récente (le Centre Hospitalier spécialisé de Jury lès Metz ne date que de 1972), on a préféré construire des établissements intégralement réservés aux malades mentaux - établissements en un seul corps de bâtiment, ou bien de style pavillonnaire, ou encore de type "village" généralement situés à la campagne en périphérie des agglomérations - les théories actuelles de la psychiatrie ont incité les "aménageurs" à prôner la création de services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux de façon à ne pas dissocier les malades de leur environnement social.

Cette "mode", si elle peut et doit être discutée dans l'intérêt des malades, présente toutefois l'avantage d'avoir "réveillé" un secteur médical qui avait tendance à stagner dans de vieux hôpitaux psychiatriques dépourvus de confort et dont l'ambiance était plutôt celle d'une prison entourée de hauts murs que d'un lieu de soins temporaires.

De plus, il nous faut signaler la création de services psychiatriques plus ou moins spécialisés, comme ceux de psychiatrie-gériatrique (à l'Hôpital de Rambervillers par exemple) ou ceux de pédo-psychiatrie diverse. En effet, les directives ministérielles ont tenu ces dernières années à mieux se préoccuper du problème des enfants plus ou moins débiles ou inadaptés, afin de les éduquer au mieux et de les insérer dans la vie sociale.

"Les services de psychiatrie infantile (1) comportent des locaux de soins à plein temps et un hôpital de jour, et sont destinés d'une part à l'observation et l'orientation des enfants psychotiques et névrotiques et, d'autre part, à assurer les soins. Ils peuvent couvrir un secteur plus étendu que celui de la psychiatrie générale de base. Toutefois, ces secteurs "enfants" qui, rappelons-le, devraient correspondre à 3 secteurs de psychiatrie générale, supposent des liaisons étroites et quotidiennes, tant avec les équipes des secteurs de base qu'avec l'hôpital général, les pédiatres, la protection maternelle et infantile, la santé scolaire; aussi seront-ils, dans la mesure du possible, implantés en ville".

(1) Circulaire N° 148 du 18 janvier 1971 "relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie" (non parue au Journal Officiel) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la santé publique et de la Sécurité Sociale SP-SS 6/71 - 215 - 6 pages

Les bilans-diagnostic pourront être effectués dans différents cadres institutionnels :

1 - Centres de consultations, tels les dispensaires d'hygiène mentale, les consultations externes des hôpitaux, les centres médico-psycho-pédagogiques

2 - Services de psychiatrie infanto-juvénile ou hôpital de jour
Pour ce qui concerne les soins psychiatriques à donner aux enfants, ils sont pratiqués dans divers établissements que l'on peut classer ainsi avec la circulaire ministérielle du 16 mars 1972 (1)

A - Les Centres de Diagnostics et de Traitement Ambulatoire

- 1 - Le dispensaire d'hygiène mentale
- 2 - La consultation hospitalière externe
- 3 - Le centre médico-psycho-pédagogique qui accueille des enfants et des adolescents dont l'état nécessite une intervention complexe, comportant des actions d'ordre médical, psychologique et pédagogique étroitement associées

B - Les Etablissements à Séjour Partiel

- 1 - L'hôpital de jour
- 2 - L'externat médico-pédagogique
- 3 - L'externat médico-professionnel

C - Les Etablissements à Séjour Continu

- 1 - Le service hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile
- 2 - L'institut médico-pédagogique et l'institut médico-professionnel fonctionnant en internat.

D - Les Etablissements de suite, destinés aux adolescents et aux sujets ayant atteint l'âge adulte et ne pouvant pas être intégrés dans un milieu socio-professionnel normal.

../..

1) Circulaire du 16 mars 1972 "Programme d'Organisation et d'Equipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents", parue au Journal Officiel Textes d'Intérêt Général - N° 72-76 - Avril 1972

- 1 - L'hôpital psychiatrique d'adulte
- 2 - Le travail en milieu protégé
 - a) le centre d'aide par le travail, destiné aux sujets dont le rendement est très faible
 - b) l'atelier protégé, destiné aux sujets dont le rendement est suffisant pour que l'établissement atteigne un certain équilibre économique
 - c) le secteur protégé, intégré dans un cadre normal de travail
- 3 - Le Foyer : lieu d'hébergement où est poursuivie l'action éducative, sous surveillance psychiatrique

Ceci étant le cadre institutionnel recommandé par le Ministère, voyons maintenant quelles sont les implantations hospitalières actuellement en fonction en Lorraine.

Notre étude étant surtout orientée sur l'hospitalisation et les établissements possédant des lits d'hospitalisation, nous ne nous préoccupons que très peu des autres établissements, à caractère plus socio-éducatif.

Les conditions topographiques, démographiques, socio-professionnelles et économiques varient beaucoup d'un département lorrain à l'autre, nous ne nous étonnerons pas de constater de grosses différences entre les divers secteurs psychiatriques que nous allons être à même de rencontrer.

" Le "secteur" constitue, en effet, la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside " (1)

../..

1) Circulaire du 14 mars 1972, relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies (publiée au Journal Officiel du 21 avril 1972)

SECTION I - LA PSYCHIATRIE EN MEURTHE & MOSELLE

Le département de Meurthe & Moselle a été géographiquement divisé en 10 secteurs de psychiatrie- adulte et 4 Inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Voyons donc quels sont ces secteurs et leurs caractéristiques propres :

A - 1er Secteur : LONGWY

a) Données géo-démographiques

Il s'agit d'une aire géographique, correspondant partiellement au Canton de Longwy, c'est-à-dire plus précisément à la circonscription d'action sanitaire de Longwy : 115 communes y sont desservies ce qui représente une population d'environ 66 505 habitants.

Au point de vue socio-professionnel, il faut noter l'importance des activités sidérurgiques et la très nombreuse population étrangère résidant et travaillant sur place.

b) Liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes

1 - Avec les services sociaux : 6 assistantes sociales polyvalentes dont 1 assistante sociale spécialisée en hygiène mentale (à temps partiel)

2 - Avec les services hospitaliers

- association hospitalière du Bassin de Longwy : Hôtel-Dieu de Mont St Martin
- Hospice de Longwy

3 - Autres liaisons avec :

- les médecins des usines (4), les médecins psychiatres exerçant en privé
- l'organisme de sécurité sociale du lieu, ici : Longwy
- un organisme judiciaire : le tribunal du lieu, ici : Briey, le Juge pour enfants
- le service de santé scolaire
- diverses associations dont "l'Association Vie Libre"

../..

1) - d'après des renseignements fournis par la D. D. A. S. S. S de NANCY

- c) Le Dispensaire de Santé Mentale, qui assure les consultations est celui de Longwy
- d) Le Service Hospitalier de rattachement est le même que celui du 8ème Secteur, à savoir : le Centre hospitalier spécialisé de Nancy, à Laxou (54)
- e) L'équipe médico-sociale est la suivante :
- 1 médecin chef de secteur,
 - 3 internes
 - 1 psychologue
 - 1 assistante sociale
 - 1 infirmière visiteuse
 - 2 secrétaires médicales

B - 2ème Secteur : VILLERUPT

a) Données Géo-démographiques

L'aire géographique correspond aux cantons de Longuyon, Audun-le-Roman et partiellement celui de Longwy, soit la circonscription d'action sanitaire des cantons de Villerupt et partiellement d'Audun le Roman

59 communes y sont desservies, soit environ 67 317 habitants

Dans un important milieu rural, on peut distinguer deux activités essentielles : les mines et la chaudronnerie

- b) liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes :
- 1 - Avec les Services sociaux : 5 assistantes sociales polyvalentes dont 2 spécialisées en psychiatrie - 1 assistante sociale spécialisée dans les problèmes du milieu rural, mais aucune assistante sociale dite "d'usine"
 - 2 - Avec les services hospitaliers : Hospices de Longuyon, Clinique chirurgicale de Villerupt.
 - 3 - les autres liaisons étant toujours les mêmes, nous ne les citerons plus. Il suffira que le lecteur se reporte à cette rubrique explicitée pour le secteur de Longwy.
- c) les dispensaires étant ceux de Villerupt et de Longuyon, les consultations y sont communes au 4ème secteur : Pont à Mousson
- d) Le service hospitalier de rattachement est situé au Centre hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou (54) - cf 4ème Secteur.
- e) L'équipe médico-sociale a une composition semblable à celle du secteur de Longwy - cf ce secteur.

C - 3ème Secteur : BRIEY

a) Données Géo-démographiques

Le territoire concerné est celui des cantons de Briey, Conflans et partiellement Chambley, soit en ce qui concerne les circonscriptions d'action sanitaire : les cantons de Briey, Audun le Roman, Conflans et partiellement Chambley

54 communes y sont desservies, soit 68 597 habitants

Une importante population étrangère y séjourne et l'on doit signaler les mines d'Auboué, de Joeuf et d'Homécourt.

b) Liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes :

1 - avec les services sociaux : 6 assistantes sociales polyvalentes dont 1 spécialisée en psychiatrie, aucune assistante sociale destinée au milieu rural

2 - avec les services hospitaliers :

- association hospitalière de Joeuf (54) - anciennement Hopital des Mines -
- association hospitalière chirurgicale de Briey (54)
- Hopital Maillot à Briey (54)
- Hospice de Mars la Tour (54)
- Hospice de Labry (54)

3 - Autres liaisons : cf Secteur de Longwy

c) Les dispensaires de Briey et de Nancy (6ème section) assurent les consultations

d) Le Service Hospitalier de rattachement est la 6ème section du Centre hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou

e) L'équipe médico-sociale est ainsi constituée (cf 7ème secteur)

- 1 médecin chef de secteur
- 3 internes
- 1 psychologue
- 1 assistante sociale
- 2 infirmiers visiteurs
- 1 secrétaire médicale
- il reste à créer un poste de conseiller du travail

Notons qu'en Meurthe & Moselle, les médecins, chefs de secteur ayant voulu diversifier leur action entre la population de l'agglomération nancéenne et le reste du département, chaque équipe médico-sociale a la charge de 2 secteurs différents. Ainsi s'explique les similitudes rencontrées.

D - 4ème Secteur : PONT A MOUSSON

a) Données géo-démographiques

La desserte géographique -(modifiée par l'arrêté préfectoral du 16 - II - 1977)- est actuellement la suivante : Cantons de Thiaucourt, Pont à Mousson, Nomeny, partiellement celui de POMpey : communes de Marbache - Pompey - Frouard, et enfin partiellement celui de Nancy-Est, Commune de Custines

Les circonscriptions sanitaires concernées sont celles des Cantons de Pont à Mousson, Thiaucourt, Nomeny et Nancy-Nord

Une centaine de communes sont ainsi desservies, soit 67 445 hab.

Signalons parmi les activités importantes : les Aciéries de Pompey

Les Fonderies de Pont à Mousson, les Fabriques Réunies de Lampes Electriques de Pagny sur Moselle, la société de parachimi "Le Carbone Lorraine" de Pagny sur Moselle, les Etablissements Gouvy & Cie, Forges et travail des métaux, à Dieulouard.

b) Liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes

- 1 - avec les services sociaux : 10 assistantes sociales polyvalentes dont 2 spécialisées en psychiatrie, 4 assistantes sociales dites "d'usine", mais aucune destinée au milieu rural
- 2 - avec les services hospitaliers : l'Hopital local de Pont à Mousson, les Hospices de Pont à Mousson, de Thiaucourt, de Lay St Christophe et de Faulx
- 3 - Autres liaisons : du type de celles du secteur de Longwy

c) Les dispensaires sont ceux de Pont à Mousson, POMpey et Pagny sur Moselle

d) Le Service hospitalier de rattachement est la deuxième section du Centre Hospital ier spécialisé de Nancy à Laxou (54)

e) L'Équipe médico-sociale a une structure du type : 1 médecin chef de secteur, 3 internes, 1 psychologue, 1 assistante sociale 1 infirmière visiteuse, 2 secrétaires médicales - cf 2ème Secteur.

.. / ..

E - 5ème Secteur : TOUL

a) Données Géo-démographiques

L'aire desservie (modifiée par l'arrêté préfectoral du 16. II. 1977) est la suivante : Cantons de Domèvre en Haye, Toul Nord et Sud, Colombey les Belles, et partiellement ceux de Neuves-Maisons (communes de Chaligny, Maron, Pont St Vincent), de Vézelize (communes de Marthemont et de Viterne), enfin de Pompey (commune de Saizerais)

Les circonscriptions d'action sanitaire et sociale totalement ou partiellement concernées sont celles de Toul, Nancy Nord, Nancy Sud, et Nancy Centre.

75 communes, soit environ 43 127 habitants

Le territoire toulais est essentiellement rural, mais on peut noter l'implantation des Etablissements Kleber Colombes à Toul (industrie du caoutchouc) et des Manufactures à Toul.

b) liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes :

1 - avec les services sociaux : 6 assistantes sociales polyvalentes dont 2 assistantes sociales spécialisées en psychiatrie, psychologues, 2 assistantes sociales d'usine, pas d'assistante sociale rurale

2 - avec les services hospitaliers : Hopital local de Toul, l'I M P - I M P R O "Clair Matin" à Toul, le Centre de convalescence et de réadaptation fonctionnelle, pour personnes âgées de Bainville sur Madon et l'Hopital Jeanne d'Arc à Dommartin les Toul (C H U)

3 - autres liaisons : du type de celles du secteur de Longwy

c) le dispensaire de Toul assure les consultations

d) le service hospitalier de rattachement est le service de psychiatrie du C H R U de Nancy, à l'Hopital Jeanne d'Arc de Dommartin les Toul (54)

e) l'Equipe médico sociale - cf 10ème secteur -

- 1 médecin chef de secteur
- 2 médecins attachés (vacataires)
- 3 internes
- 1 psychologue
- 1 assistante sociale
- 1 infirmier visiteur
- 1 secrétaire

2./..

1) I.M.P. : Institut Médico pédagogique
I M P R O : Institut Médico Professionnel

F - 6ème secteur NANCY OUEST

a) Données géo-démographiques

Il s'agit sur le territoire de Nancy-Ville des seuls quartiers Beauregard et Haut du Lièvre, et de 3 communes qui jouxtent Nancy, à savoir Laxou, Vandoeuvre et Villers les Nancy.

Les circonstriptions d'action sanitaire et sociale concernées sont celles de Nancy Nord et Nancy Ouest, et ces 4 communes regroupent une population de 72 863 habitants (en 1968)

C'est un secteur urbain en expansion démographique et architecturale rapide sans industries importantes. Il faut signaler les grands ensembles de Laxou, Vandoeuvre, des quartiers Beauregard et Haut du Lièvre, ainsi que le complexe universitaire de Vandoeuvre^{hospitalo-}.

b) liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes :

- 1 - avec les services sociaux : 1 assistante sociale spécialisée en hygiène mentale, 5 assistantes sociales polyvalentes (affectées à temps partiel à la psychiatrie)
- 2 - avec les services hospitaliers : C H U de Nancy Brabois, à Vandoeuvre, C.N.R.O. (Caisse Nationale de Retraites Ouvrières à Vandoeuvre - pour les retraités du Bâtiment) Cliniques St André et Ste Thérèse à Vandoeuvre, Clinique de l'Espérance à Laxou, Polyclinique de Gentilly à Nancy (Haut du Lièvre)
- 3 - Autres liaisons : du type de celles que l'on rencontre dans les autres secteurs, mais notons la présence à Nancy de
 - 15 médecins spécialistes en psychiatrie exerçant en privé
 - du C.H. U.
 - d'importants organismes judiciaires, comme le Tribunal de Grande Instance et le Procureur de la République
 - de 19 établissements relevant de l'Education Nationale
 - de 2 associations (Croix Bleue et Vie Libre)
 - et de divers foyers (tels le Gai Logis à Nancy, le Foyer des jeunes travailleurs et le Foyer Bel Air à Laxou)

c) les dispensaires sont ceux de Nancy, Laxou, Vandoeuvre, Beauregard et Haut du Lièvre

d) le service hospitalier de rattachement est la 4ème section du Centre hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou - soit 353 lits

e) l'équipe médico-sociale se compose de la manière suivante :

- 1 médecin Chef de secteur
- 3 internes
- 1 psychologue
- 1 assistante sociale
- 2 infirmiers visiteurs
- 1 secrétaire

G - 7ème secteur : NANCY

a) Données géo-démographiques :

L'aire de ce secteur recouvre la partie de Nancy située du côté droit de la voie ferrée et de plus les communes de St Max et de Maxéville.

Les circonscriptions d'action sanitaire et sociale concernées sont celles de Nancy Centre et de Nancy Nord et Est.

3 communes sont ainsi desservies (dont partiellement Nancy) et regroupent environ 67 112 habitants.

Sociologiquement, il s'agit d'un secteur urbain en expansion démographique, comprenant une banlieue résidentielle et de petites industries.

b) Liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes :

1 - Avec les services sociaux : 18 assistantes sociales polyvalentes dont 5 spécialisées en hygiène mentale - Pas d'assistante sociale rurale

2 - avec les services hospitaliers : le C H U de Nancy, Hopital et Maison der etraite St Julien (faisant partie intégrante du CHU), Hospice de la Maison hospitalière St Charles, Hospice des Petites Soeurs des Pauvres, Foyer d'aide sociale : Notre Maison

3 - Autres liaisons : les mêmes que celles que nous avons mises en valeur pour 6ème secteur.

c) les dispensaires sont ceux de Nancy et de Laxou (Centre hospitalier spécialisé

d) le service hospitalier de rattachement est la 6ème section du Centre Hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou : soit 397 lits

e) l'Equipe médico-sociale est constituée ainsi

1 Médecin chef de secteur

3 internes

1 psychologue

1 assistante sociale

2 infirmiers visiteurs

1 secrétaire médicale

H - 8ème secteur : NANCY SUD

- a) Données géo-démographiques : le territoire de ce secteur est administrativement très morcelé. Il s'agit (arrêté préfectoral du 16. II. 1977)
- partiellement du Canton de Nancy-Ville : le côté ouest de la voie ferrée
 - partiellement du Canton de Nancy-Est : communes d'Agincourt Amance, Bouxières aux Chênes, Bouxières aux Dames, Brin sur Seille, Dommartin sous Amance, Eulmont, Laitre sous Amance, Lay St Christophe, Malzéville
 - partiellement le Canton de St Max : Communes de Champenoux Dommartemont, Essey les Nancy, Laneuvelotte, Mazerulle, Moncel sur Seille, Pulnoy, Saulxures les Nancy, Seichamps Sornéville, Tomblaine, Velainesous Amance.
 - et partiellement du Canton de Pompey : commune de Champigneulles
- Sociologiquement, il s'agit pour Nancy d'une zone résidentielle et pour les environs de communes rurales avec résidences secondaires et de zones industrielles
- b) Liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes
- 1 - avec les services sociaux : 5 assistantes sociales polyvalentes dont 2 spécialisées en hygiène mentale - 3 assistantes sociales rurales
 - 2 - avec les services hospitaliers : C H U de Nancy - Hospice de Ludres, Hospice St Julien (CHU), Hospice de la Ronchère à Houdemont (CHU)
 - 3 - autres liaisons : du type de celles rencontrées pour le 6ème secteur
- c) les dispensaires sont ceux de Nancy
- d) Le service hospitalier de rattachement est constitué par la 1ère section du Centre hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou, soit 365 lits
- e) l'Equipe médico-sociale suit, dans sa composition, le schéma habituel, soit :
- 1 médecin Chef de secteur
 - 3 internes
 - 1 psychologue
 - 1 assistante sociale
 - 1 infirmière visiteuse
 - 2 secrétaires médicales.

I - 9ème Secteur : STN NICOLAS DE PORT

a) Données géo-démographiques

L'aire de ce secteur recouvre le Canton de St Nicolas de Port et partiellement celui de Neuves Maisons, à savoir les communes de Chavigny, Heillecourt, Houdemont, Jarville, Ludres, Méréville, Meissein et Neuves-Maisons (arrêté préfectoral du 16. II. 1977)

Les circonscriptions d'action sanitaire et sociale concernées sont celles de Dombasle sur Meurthe et de Nancy Centre. soit une population de 64 518 habitants

Sociologiquement, ce territoire est semi-rural et semi-industriel et urbain. Signalons les aciéries de Neuves Maisons, la zone industrielle de Heillecourt, les Salines de Varangéville et les Usines chimiques des Ets SOLVAY & C° et S.A. RHONE POULENC

b) Liaisons des équipes de secteur avec les infrastructures existantes

1 - avec les services sociaux : 4 assistantes sociales polyvalentes
3 assistantes sociales spécialisées, 3 assistantes sociales rurales

2 - avec les services hospitaliers : Hopital local St François à St Nicolas de Port, Hospice de Dombasle, Rosières aux Salines, et l'Institut Médico Professionnel de St Nicolas de Port

3 - autres liaisons : du type usuel

c) les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Dombasle sur Meurthe & St Nicolas de Port

d) le service hospitalier de rattachement est la section psychiatrique de l'Hopital St François à St Nicolas de Port (170 lits)

e) l'Equipe médico-sociale commune avec celle de la section psychiatrique de l'Hôpital St François à St Nicolas de Port comprend :

- 1 médecin Chef de secteur
- 1 médecin assistant
- 4 médecins spécialistes attachés (vacataires)
- 1 odontologiste
- 1 psychologue
- 4 internes en psychiatrie
- 1 surveillante générale
- 7 surveillants
- 1 assistante sociale
- 20 monitrices d'enseignement

- 20 infirmières hospitalières
- 22 élèves infirmiers
- 3 infirmiers visiteurs
- 1 infirmière éducatrice
- 3 techniciennes (E. E. G. - E. C. G. (1) - neuro-ophtalmologie. . .
- 3 ergothérapeutes
- 1 kinésithérapeute
- 2 secrétaires
- 1 hotesse

J - 10ème secteur - LUNEVILLE

- a) Données géo-démographiques : le territoire de ce 10ème et dernier secteur de psychiatrie adulte recouvre (arrêté préfectoral du 16. II. 1977) les cantons d'Arracourt, Badonvillers, Baccarat, Bayon, Blamont, Cirey sur Vezouze, Gerbeviller, Haroué, Lunéville Nord et Sude t partiellement le canton de Vézelize (d'est-à-dire hormis les communes de Viterne et de Marthemont qui appartiennent au secteur 5, dit de "Toul")
- Les circonscriptions d'action sanitaire et sociale concernées sont celles de Lunéville I et II, et une circonstription dite de "Nancy Centre", soit 68 793 habitants. C'est une population essentiellement agricole, malgré les manufactures et fabriques de Lunéville Baccarat et Badonviller
- b) Liaisons des équipes de secteur avec les infrastructures existantes :
- 1 - avec les services sociaux : 8 assistantes sociales polyvalentes dont 2 assistantes sociales spécialisées en hygiène mentale
4 assistantes sociales rurales
 - 2 - avec les services hospiraliens : Hopitaux locaux de Lunéville Baccarat, Blamont, Hospices de Bayon, Badonviller, Cirey sur Vezouze, Gerbéviller et Vézelize
 - 3 - Autres liaisons : du type usuel. Signalons la présence d'un psychiatre exerçant en privé à Lunéville
- c) les dispensaires : ce sont ceux de Nancy, Baccarat, Blamont, Vézelize et Laxou
- d) le service hospitalier de rattachement est la 3ème section du Centre hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou - soit 590 lits
- e) l'équipe médico sociale commune avec celle du 5ème secteur (Tout) est composée de
- 1 médecin Chef de secteur
 - 2 médecins attachés (vacataires)
 - 3 internes
 - 1 psychologue
 - 1 assistante sociale
 - 1 infirmier visiteur et 1 secrétaire
- ..//..

1) E. E. G. = Electro encéphalogramme

E. C. G. = Electro cardiogramme

Ainsi se présente la sectorisation psychiatrique de la Meurthe & Moselle. La délimitation des différents secteurs se fait par arrêté préfectoral sur avis des médecins-psychiatres responsables des services publics et du - ou des - directeurs des établissements qui les possèdent. On peut ainsi comprendre que ce découpage soit si particulier et ne se superpose aucunement au découpage de la carte sanitaire générale dite "M. C. O.", ni à celui de pneumo-physiologie. Le découpage sectoriel entérine ici des états de fait de manière à faciliter le travail des équipes médico-sociales, dont la tâche est rendue difficile par la configuration géographique du département.

Ainsi les services hospitaliers de rattachement des secteurs 1/Longwy - 2/Villerupt et 3/Briey sont ceux du Centre hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou, ce qui fait un éloignement considérable puisque

Longwy-Nancy = 119 km
Briey- Nancy = 74 km

alors que

Longwy-Metz = 65 km
Briey-Metz = 29 km

C'est pourquoi, lors de la mise en construction du Centre hospitalier spécialisé de Jury les Metz (57), il avait été proposé que ces secteurs de Meurthe & Moselle soient rattachés au centre messin. Mais, pour cela, il faut l'accord des conseils généraux, or le Conseil général de Meurthe & Moselle est réticent, et celui de Moselle n'a jamais été saisi de ce problème ! !

Cette lenteur dans le règlement d'un problème qui touche de près la population et qui, d'autre part, peut être un frein à la guérison des malades (visites familiales rendues rares par l'éloignement) doit être imputée aux frontières et barrières administratives, bien que l'Arrêté Ministériel du 14 mars 1972 ait prévu, en son Article 2 "qu'en raison de circonstances locales, certaines zones frontières d'un département pourront être rattachées à des départements voisins" (1)

..//..

(1) Arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies - publié au Journal Officiel du 21 avril 1972

Cet éloignement revêt encore peut être plus d'importance en ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile. Voyons donc quelle est son organisation en Meurthe & Moselle et remarquons d'emblée que tous les services hospitaliers infanto-juvéniles sont situés à Nancy ou dans sa proche banlieue

A - 1er Intersecteur de Psychiatrie infanto-juvénile

a) Données géo-démographiques

Ce premier inter-secteur de psychiatrie infanto juvénile correspond aux Secteurs 1, 2 et 3 de Psychiatrie d'Adultes. Il s'agit donc des cantons de Longwy, Longuyon, Audun le Roman, Briey, Conflans et Chambley, et des circonscriptions d'action sanitaire et sociale de Longwy, Villerupt et Briey

128 communes sont ainsi desservies, soit environ 101 373 habitants. Comme nous l'avons déjà signalé, c'est une région essentiellement industrielle et minière, avec une population étrangère relativement importante.

b) Liaison de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes

1 - avec les services sociaux : 6 assistantes sociales polyvalentes
2 assistantes sociales spécialisées, 3 assistantes sociales rurales

2 - avec les services unifiés de l'enfance

3 - autres liaisons :

1 médecin spécialiste psychiatre exerçant en clientèle privée à Longwy

3 pédiatres

Etablissements à orientation médico-pédagogique, pédo-psychiatrique, notamment, Instituts/médico-professionnels pour débiles à Longwy et Briey

Ecole Nationale de Perfectionnement de Briey

Centre d'aide par le travail de Saulnes

Institut médico-professionnel de Chenières

c) le dispensaire spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile est du Centre de santé mentale de Briey

d- e) - le service hospitalier de rattachement et l'équipe médico-sociale sont communs à ceux du 3° - Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (cf ce secteur).

../. ..

B - 2ème Intersecteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile

a) Données géo-démographiques

Le territoire de cet inter-secteur recouvre les 5ème et 7ème secteurs de psychiatrie adulte, soit Nancy Nord-Est et Toul.

Les circonscriptions d'action sanitaire et sociale concernées sont celles de Nancy Nord-Ouest, Nancy Nord-Est et Toul, soit 70 communes et partiellement Nancy : environ 133 526 habitants

Sociologiquement ce territoire est très varié puisqu'à côté d'une population rurale, on trouve la banlieue résidentielle de Nancy et que des industries lourdes et petites y côtoient.

b) Liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes :

- 1 - avec les services sociaux : 24 assistantes sociales polyvalentes dont 7 spécialisées en hygiène mentale. Aucune assistante sociale rurale
- 2 - avec les services unifiés de l'Enfance :
Foyer St Stanislas (Nancy)
Foyer Bel Air (Laxou)
- 3 - autres liaisons : du même type que celles que nous avons l'habitude de mettre en valeur pour les autres secteurs, mais spécialisées pour les enfants, avec :
 - 15 médecins psychiatres privés
 - 14 pédiatres
 - les services de pédiatrie de Nancy , Maxéville (Institution Jean Baptiste Thiery) et Toul
 - les diverses consultations de Protection Maternelle et Infantile du secteur
 - les I. M. P - E. M. P. et I. M. PRO (1) des Ets J. B. Thiery (Maxéville) - Gai Soleil (Nancy), Clair Matin (Toul) et Saint Camille (Vélaine)
 - Les Centres d'Observations (2) Louis Sadoul (Laxou) et V. Poirel (Rosières)
 - le Centre d'Orientation Educative et les Centres Médico-psycho-pédagogiques de Nancy.

c) Les dispensaires assurant des consultations d'hygiène mentale infantile sont ceux de Maxéville et de Toul.

..//..

-
- 1) : I. M. P. = Institut Médico-Pédagogique
E. M. P. = Externat Médico-Pédagogique
I. M. PRO : Institut Médico-Professionnel

- 2) : Centre d'Observation : C. O.
Consultation d'Orientation Educative : C. O. E.
Centre Médico-Psycho-Pédagogique : C. M. P. P.

- d) Le service hospitalier infantile de rattachement est celui de l'Institution J. B. Thiery à Maxéville : 140 lits
- e) L'équipe médico sociale comprend :
- 1 médecin chef de secteur infanto-juvénile
 - 1 médecin assistant
 - 1 interne
 - 2 psychologues
 - 1 assistante sociale
 - 1 secrétaire
 - 2 éducateurs et 3 rééducateurs

C - 3ème Inter Secteur de Psychiatrie Infanto - Juvénile

a) Données géo-démographiques :

Il s'agit de l'inter-secteur regroupant le secteur N° 6 et les anciens secteurs 4 et 8 de psychiatrie adulte : soit les cantons de Thiaucourt, Pont à Mousson, Nomeny, partiellement Nancy (côté gauche de la voie ferrée) et Nancy Sud. Les circonscriptions d'action sanitaire et sociale concernées sont celles de Nancy Nord, Est et Centre (partiellement) et de Pont à Mousson.

110 communes et Nancy dans sa plus grande partie sont ainsi desservies, soit quelques 213 153 habitants (1968). C'est un territoire sociologiquement varié : population urbaine et population rurale, industrie lourde

b) Liaisons de l'équipe de secteur Infanto-juvénile avec les infrastructures existantes :

- 1 - Avec les services sociaux : 10 assistantes sociales polyvalentes
2 assistantes sociales spécialisées et 3 assistantes sociales rurales
- 2 - Avec les services de l'aide à l'enfance centralisés par la Direction Départementale de l'Aide à l'enfance
- 3 - autres liaisons : avec les mêmes établissements que ceux que nous avons vus pour le 2° inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile

Notons, de plus, la Maison d'Enfants à caractère sanitaire et social de la région de Nancy, le Centre d'Aide par le travail et les services de Pédiatrie du C H U (Nancy)

c) les dispensaires assurant des consultations sont ceux de Nancy et de Pont à Mousson.

d) le service hospitalier infantile de rattachement est le service de Psychiatrie Infantile du Centre hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou, soit 192 lits répartis en unités de 12 à 20 enfants

e) l'équipe médico sociale de psychiatrie infantile comprend :

- 1 médecin, Chef de l'Intersecteur
- 1 assistant
- 3 internes
- 4 psychologues
- 1 assistante sociale
- 1 secrétaire
- 6 éducateurs ou moniteurs-éducateurs
- et 5 rééducateurs spécialisés

D - 4ème Inter-Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile

a) Données Géo-démographiques :

Ce secteur infanto-juvenile correspond territorialement aux anciens secteurs 9 et 10 de psychiatrie d'adultes, soit les cantons de Bacca rat, Badonviller, Blamont, Cirey sur Vezouze, Colombey les Belles Gerbeviller, Haroué, Harracourt, Lunéville, partiellement Nancy, St Nicolas de Port et Vézelize.

Les circonscriptions d'action sanitaire et sociale concernées sont celles de Nancy-Centre et de Lunéville I et II, soit 229 communes et environ 156 000 habitants (1968), pour la plupart ruraux, malgré quelques industries.

b) Liaisons de l'équipe de secteur infanto-juvenile avec les infrastructures existantes :

- 1 - Avec les services sociaux : 8 assistantes sociales polyvalentes
2 assistantes sociales spécialisées, 4 assistantes sociales rurales
- 2 - Avec les services unifiés de l'enfance
- 3 - autres liaisons : 1 médecin spécialiste psychiatre de clientèle privée, installé à Lunéville, 3 pédiatres, différents établissements à orientation médico-pédagogique ou pédo-psychiatrique, notamment le Centre d'Orientation (C. O.) de Rosières aux Salines, l'Hospice de Rosières aux Salines, les I. M. P. et I. M. PRO de St Nicolas de Port et de Flavigny sur Moselle, l'I. M. E. (1) de Mehon à Lunéville, l'I. M. P. pour débiles profonds de Lunéville, le service de pédiatrie de l'Hopital local de Lunéville.

.. / ..

1) I. M. E. : Institut médico-éducatif.

- c) les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Nancy, Lunéville et Baccarat;
- d-e) Le service hospitalier infantile de rattachement et l'équipe médico-sociale sont communs au 3ème Inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile que nous avons étudié plus haut.

La sectorisation de psychiatrie infanto-juvénile est une infrastructure importante dont du détail et de la minutie dépend certainement si ce n'est la guérison, du moins la réinsertion sociale d'enfants plus ou moins inadaptés, souffrant surtout du rejet de leur entourage social. Aussi est-il important que se multiplient les divers centres médico-éducatifs adaptés à chaque type de besoin.

Notons qu'au point de vue hospitalier, seuls, deux établissements possèdent des services infanto-juvéniles; il s'agit de

- l'Institution Jean-Baptiste Thiery - à Maxéville (service mixte d'enfants de 140 lits - Professeur TRIDON)
- et du Centre Hospitalier spécialisé de Nancy à Laxou (service mixte d'enfants de 192 lits - Docteur J. R. COHEN).

Quant à l'hospitalisation psychiatrique, en Meurthe & Moselle retenons qu'il ne s'agit pas seulement d'une juxtaposition de services hospitaliers spécialisés, mais que si ceux-ci sont les pivots centraux de l'infrastructure, c'est tout un réseau d'établissements et de consultations divers qu'il faut prendre en considération.

En ce qui concerne les lits hospitaliers proprement dits, concluons en notant qu'ils sont au nombre total de 2 532, en Meurthe & Moselle, ce qui fait un indice lits/population de 3,5 ‰ - Rappelons que le Ministère recommandait un indice de 3 ‰ - Vu la configuration géographique particulière du département, ce léger surcroît de lits ne paraît pas excessif.

Pour l'hospitalisation infanto-juvénile, nous avons pu dénombrer 332 lits. Si on rapporte ce nombre de lits à la population concernée - c'est-à-dire légalement aux enfants jusqu'à 16 ans - nous obtenons en Meurthe & Moselle un indice lits/population de 1,7 ‰ - ce qui paraît tout à fait correct, mais souvenons-nous que l'on doit espérer que l'hospitalisation psychiatrique infanto-juvénile soit un dernier recours lorsque les autres institutions s'avèrent inefficaces.

Sachant que le schéma de sectorisation est le même sur tout le territoire national, nous étudierons plus succinctement les autres départements lorrains.

SECTIONII - LA PSYCHIATRIE EN MEUSE

Le département de la Meuse est divisé d'une part en 4 secteurs géographiques de psychiatrie générale de base c'est-à-dire de psychiatrie adulte

et d'autre part, en 2 Inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Remarquons d'emblée le nombre moins important de secteurs qu'en Meurthe & Moselle. Cette limitation est due à l'effectif bien moindre de la population meusienne et peut-être aussi à sa plus grande ruralité (1)

Au Sud du département, distinguons 2 secteurs de psychiatrie adulte, principalement desservis par le Centre Hospitalier Spécialisé de Fains-Veel et 1 inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

A - Secteur I de Psychiatrie adulte

a) Données géo-démographiques

Son territoire recouvre les cantons (2) de Bar le Duc - Sud (rive gauche de l'Ornain), Revigny sur Ornain, Ancerville, Ligny en Barrois, Montier sur Saulx, Gondrecourt le Château et Vaucouleurs soit une population de 47320 habitants en 1975, regroupée en 107 communes. Il s'agit d'une région peu dense, essentiellement rurale malgré une petite industrie textile et métallurgique à Bar le Duc; sa population est en diminution.

Ce secteur psychiatrique est compris dans la circonscription d'action sanitaire et sociale qui recouvre tout le département meusien.

../..

(1) d'après l'I. N. S. E. E. - Petit Guide statistique de la Lorraine - 1977
Meurthe & Moselle : population 1975 : 722 600 - secteur primaire
3,4% de la population active

Meuse population 1975 = 203 900 - secteur primaire
14,7% population active

(2) d'après les renseignements fournis par la o.d.m.s.s. de Meuse à Bar le Duc (service de tutelle des établissements hospitaliers).

b) Liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes

Ces liaisons étant du même type que celles que nous avons coutume de rencontrer en Meurthe & Moselle, nous ne les évoquons que succinctement

- 1 - Avec les services sociaux : les différentes assistantes sociales polyvalentes et spécialisées des centres médico-sociaux
- 2 - avec les services hospitaliers
 - Centre hospitalier de Bar le Duc
 - Maison de Retraite Blanpain de Renusson à Bar le Duc
 - Hospice de Gondrecourt
 - Maison de retraite de Ligny en Barrois
 - centre de soins pour personnes âgées de Vaucouleurs
- 3 - Autres liaisons avec
 - les médecins des usines
 - les médecins psychiatres spécialistes exerçant en clientèle privée
 - l'organisme de Sécurité Sociale du lieu, ici : Bar le Duc
 - un organisme judiciaire : le Tribunal de Bar le Duc le Juge pour enfants
 - le service de santé scolaire
 - diverses associations
 - le Foyer de l'Enfance à Bar le Duc
 - l'I. M. P. (1) de Bar le Duc
 - le Centre d'aide par le Travail (ADAPEIM) à Vassincourt
 - le Centre médico-éducatif (ADAPEIM) de Bar le Duc
 - le Centre médico-psycho-pédagogique de Bar le Duc
 - l'Institut médico-professionnel (ADAPEIM) de Vassincourt
 - La maison d'enfants "l'Avenir" à Montplonne (canton d'Ancerville)

c) les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Bar le Duc Vaucouleurs et Ligny en Barrois

d) le service hospitalier de rattachement est le Centre Hospitalier spécialisé de Fains-Veel, près Bar le Duc (55)

e) l'équipe médico-sociale est la suivante

- 1 médecin Chef de secteur
- 1 médecin assistant ou 1 interne
- 1 assistante sociale
- 2 infirmiers
- 1 secrétaire

../..

1) Institut médico pédagogique = I. M. P.

Institut médico-professionnel = I. M. PRO

B - Secteur II de Psychiatrie adulte

a) Données géo-démographiques

Ce secteur recouvre les cantons de Bar le Duc Nord (rive droite de l'Ornain), Vavincourt, Vaubecourt, Seuil d'Argonne, Pierrefitte sur Aire, St Mihiel, Vigneulles les Hart onchâtel, Commercy et Void Vacon, soit une population de 44 570 habitants en 1975, regroupée en 124 communes.

C'est aussi une population essentiellement rurale et en diminution

b) Liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes

1 - avec les services sociaux : les différentes assistantes sociales polyvalentes et spécialisées en hygiène mentale

2 - avec les services hospitaliers :

- Centre hospitalier de Bar le Duc

- Hôpital local de Commercy

- Hôpital local de St Mihiel

- Maison de retraite de Blanpain de Renusson à Bar le Duc

- Hospice de Void

3 - Autres liaisons : comme de coutume avec les médecins généralistes et spécialistes, organisme de Sécurité Sociale, organismes judiciaires, services de santé scolaire et associations du lieu et de plus avec :

- le Foyer de l'Enfance à Bar le Duc

- la Fondation Poincaré à Sampigny

- l'I. M. P. de Bar le Duc

- le centre médico-éducatif de Bar le Duc (ADAPEIM)

- le centre médico-psycho-pédagogique de Bar le Duc

c) les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Bar le Duc et de Commercy

d) le Service hospitalier de rattachement est le Centre hospitalier de Fains-Veel

e) l'Equipe médico-sociale a la même composition que celle du Secteur I (cf ce secteur)

Au nord du département, nous pouvons de même distinguer 2 secteurs de psychiatre-adulte principalement desservis par le Centre Hospitalier de Verdun et un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

../..

C - Secteur III de Psychiatrie adulte

a) Données géo-démographiques

Le territoire de ce secteur recouvre les cantons de Verdun-Ouest, Stenay, Dun sur Meuse, Montfaucon, Varennes en Argonne, Clermont en Argonne, Souilly et Charny sur Meuse, soit une population de 32 883 habitants en 1975, regroupée en 114 communes essentiellement rurales.

b) liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes :

- 1 - avec les services sociaux : les différentes assistantes sociales polyvalentes ou spécialisées en hygiène mentale
- 2 - avec les services hospitaliers
 - Centre hospitalier de Verdun
 - Hôpital local de Stenay
 - Hôpital local de Clermont en Argonne
 - Maison de retraite de Dun sur Meuse
 - Hospice de Montfaucon
 - Maison de retraite de Varennes en Argonne
- 3 - Autres liaisons : les mêmes que celles que nous avons coutume de rencontrer et de plus avec :
 - le Centre sanitaire d'Argonne : Les Islettes
 - l'Association d'Action Educative de Verdun
 - Le Centre Médico-Educatif de Thierville - ADAPEIM
 - le Foyer du Jeune Meusien, à Verdun
 - la Maison St Maur à Verdun

c) les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Verdun et Stenay

d) le service hospitalier de rattachement est celui du Centre Hospitalier de Verdun (Hôpital Desandrouins)

e) l'Equipe médico-sociale comprend

- 1 médecin-Chef
- 1 psychologue
- 1 surveillant des services médicaux
- 1 infirmier
- 1 secrétaire médicale
- 1 rééducatrice en psychomotricité
- 1 assistante sociale.

D - Secteur IV de Psychiatrie Adulte

a) Données géo-démographiques

Ce secteur recouvre les cantons de Verdun Est, Montmedy, Damvillers, Spincourt, Etain et Fresnes en Woëvre, soit une population de 34 872 habitants en 1975, regroupée en 131 communes essentiellement rurales.

b) liaisons de l'équipe de secteur avec les infrastructures existantes

1 - Avec les services sociaux : les différentes assistantes sociales polyvalentes ou spécialisées en hygiène mentale

2 - Avec les services hospitaliers

- Centre hospitalier de Verdun
- Maison de retraite d'Etain
- Hôpital St Georges à Hannonville sous les Côtes
- l'Association V. Bonal de Boulogny (maison de retraite privée)

3 - Autres liaisons : les liaisons que peut utiliser cette équipe de secteur sont évidemment du même type que celle que nous avons mises en évidence pour les autres secteurs, notons cependant celles avec

- l'Aérium Ecole de Plein Air, de Montmédy
- l'Association d'Action Educative de Verdun
- le Foyer du Jeune Meusien à Verdun
- la Maison St Maur à Verdun

c) les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Verdun

d) le service hospitalier de rattachement est celui du Centre hospitalier de Verdun (Hôpital Desandrouins)

e) l'Equipe médico-sociale comprend :

- 1 médecin Chef
- 1 psychologue
- 1 surveillant des services médicaux
- 1 infirmier
- 1 secrétaire médicale
- 1 assistante sociale

../..

Pour plus de cohérence dans notre étude, nous avons préféré étudier ensemble les 2 inter-secteurs meusiens de psychiatrie infanto-juvénile.

1 - L'interSecteur SUD, dit de "BAR LE DUC"

Correspond géographiquement aux arrondissements de Bar le Duc et de Commercy et à vocation de Neuro-psychiatrie infantile. Il concerne une population de 112 528 habitants en 1975, répartis en 236 communes essentiellement rurales.

Les liaisons de l'équipe de secteur infanto-juvénile sont coutumières, à savoir

- 1 - avec les Services Sociaux
- 2 - avec les services d'aide à l'enfance, centralisés par la Direction Départementale de l'Aide à l'Enfance
- 3 - autres liaisons : avec les médecins psychiatres de clientèle privée, les pédiatres, les services de pédiatrie des différents hôpitaux et rappelons
 - le service de santé scolaire
 - le Foyer de l'Enfance à Bar le Duc
 - l'I. M. P. de Bar le Duc
 - l'I. M. PRO (ADAPEIM) de Vassincourt
 - le Centre Médico-éducatif (ADAPEIM) de Bar le Duc
 - le Centre Médico-psycho-pédagogique de Bar le Duc
 - le Centre d'Aide par le Travail (ADAPEIM) de Bar le Duc
 - la Fondation Poincaré à Sampigny
 - la Maison d'enfants "l'Avenir" à Montplonne (canton d'Ancerville)

Les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Bar le Duc, Commercy, Ligny en Barrois, et Vaucouleurs.

Le service hospitalier de rattachement est le service "enfants" du Centre hospitalier spécialisé de Fains-Veel (57 lits)

L'équipe médico-sociale est composée de

- 1 médecin Chef
- 1 médecin assistant (ou interne)
- 1 psychologue
- 1 éducatrice
- 1 infirmière
- 1 secrétaire.

II - L'interSecteur Nord, dit de "VERDUN" - Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile :

correspond géographiquement à l'arrondissement de Verdun et concerne une population de 91 376 habitants en 1975, répartis en 246 communes essentiellement rurales.

L'équipe médico-sociale qui a la charge de cet inter-secteur infanto-juvénile entretient les mêmes liaisons avec les infrastructures existantes que celles que nous avons usuellement distinguées, à savoir :

- 1 - avec les services sociaux
- 2 - avec les services d'aide à l'enfance centralisés par la Direction départementale de l'Aide à l'Enfance
- 3 - Autres liaisons avec les médecins psychiatres de clientèle privée, les pédiatres, les services de pédiatrie des différents hôpitaux, et rappelons
 - le Centre Sanitaire d'Argonne - Les Islettes
 - l'Association d'Action Educative de Verdun
 - le Centre Médico-Educatif de Thierville (ADAPEIM)
 - le Foyer du Jeune Meusien à Verdun
 - l'Aérium Ecole de Plein Air de Montmédy
 - La Maison St Paul à Verdun

Les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Verdun et de Stenay

Le service hospitalier de rattachement est le service de psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier de Verdun (Hôpital Desandrouins)

L'équipe médico sociale est ainsi composée :

- 1 médecin chef
- 1 médecin assistant
- 1 assistante sociale
- 1 psychologue
- 1 secrétaire médicale
- 1 surveillant chef
- 3 surveillants
- 3 internes en médecine
- 1 étudiant en médecine
- 2 rééducatrices en psychomotricité
- 2 orthophonistes
- 8 infirmières des Hôpitaux psychiatriques
- 4 éducateurs.

../..

En conclusion, nous retiendrons que la sectorisation psychiatrique en Meuse se présente, ainsi qu'il se doit, comme un réseau de liaisons tenues par des équipes médico-sociales de secteur, ayant pour pivot les services hospitaliers, les dispensaires et les différents établissements spécialisés, allant suivre leurs malades jusqu'à leur domicile, pour assurer la continuité des soins et éviter les ré-hospitalisations.

En ce qui concerne les lits d'hospitalisation proprement dite, nous en avons recensés 918, tous publics. Rapportés à la population meusienne, cela fait un indice

lits/population de 4,5 ‰

Il est probable qu'avec la diminution constante de l'effectif de la population meusienne, on arrive peu à peu à avoir un surplus de lits psychiatriques.

Lors d'une nécessaire "modernisation" de ces services hospitaliers, il serait peut-être opportun d'en diminuer la capacité - ce qui est généralement le cas -

Ainsi, avec des moyens financiers à peu près identiques, les équipes médico-sociales seraient à même d'obtenir de meilleurs résultats, ce qui est le souhait de tout soignant.

SECTION III - LA PSYCHIATRIE EN M O S E L L E

=====

En rappelant que la Moselle est le département lorrain le plus peuplé : 1 006 373 habitants en 1975, nous noterons qu'il est le seul à posséder plus d'un Centre Hospitalier Spécialisé, puisqu'en fait, il n'en totalise pas moins de trois, à savoir ceux de Sarreguemines, Lorquin, et Jury les Metz, auxquels il convient d'ajouter le service de psychiatrie du C H R Metz-Thionville, à Thionville.

Ces établissements publics sont, de plus, flanqués d'une clinique neuro-psychiatrique privée qui, si elle est de taille relativement restreinte - n'en constitue pas moins un des seuls établissements psychiatriques privés lorrains.

La Moselle paraît donc bien dotée en établissements psychiatriques : voyons donc, grâce à l'arrêté préfectoral (1) N° 78 - D.A.S.S./II 2-269, en date du 14 mars 1978 "déterminant le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales" comment s'organise la psychiatrie mosellane et sa sectorisation.

Article 1er : le service public de lutte contre les maladies mentales est organisé dans le département de la Moselle de la manière suivante :

I - Psychiatrie Générale de Base : 4 pôles thérapeutiques répartis en 15 secteurs.

- Pôle thérapeutique de SARREGUEMINES comprenant
218 240 habitants (2) réparti en 4 secteurs
- Pôle thérapeutique de LORQUIN, comprenant
201 426 habitants, réparti en 3 secteurs
- Pôle thérapeutique de METZ-JURY, comprenant
435 011 habitants, réparti en 6 secteurs soit :
 - Région METZ Centre et Sud 210 163 habitants
3 secteurs
 - Région METZ Nord et HAYANGE 224 848 habitants
3 secteurs
- Pôle thérapeutique de THIONVILLE, comprenant
158 509 habitants réparti en 2 secteurs

../. ..

1) - Cet Arrêté préfectoral pris par Monsieur le Préfet de la Moselle, Préfet de Région, le 14 mars 1978, n'a pas - à notre connaissance - été publié et est à consulter à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Moselle - à Metz

2) - Les effectifs de population indiqués sont évidemment ceux de 1975.

II - Psychiatrie Infanto-Juvénile : 5 intersecteurs correspondant aux 5 grandes zones de rattachement de la psychiatrie générale de base.

- Pôle thérapeutique de SARREGUEMINES :
1 intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile
- Pôle thérapeutique de LORQUIN :
1 intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile
- Pôle thérapeutique de METZ-JURY :
3 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile

correspondant aux

- 2 secteurs de psychiatrie générale de base de
THIONVILLE
- 3 secteurs de psychiatrie générale de base de
METZ Centre et Sud
- 3 secteurs de psychiatrie générale de base de
METZ Nord et HAYANGE

Etudions donc plus précisément comment se structure la psychiatrie dans chaque "pôle" et "secteur" mosellan, en nous attachant d'abord à l'organisation ^{de la} psychiatrie-adulte, pour passer ensuite à celle de la psychiatrie infanto-juvénile.

1ère PARTIE

La Sectorisation psychiatrique -adulte ou
Sectorisation psychiatrique générale de base

I - Le Pôle thérapeutique de Sarreguemines

a) Données géo-démographiques

Le Pôle thérapeutique de Sarreguemines comprend 218 240 habitants répartis en 4 secteurs de psychiatrie adulte :

1 ^{er} Secteur de SARREGUEMINES			
Cantons de Sarreguemines	46 802 hab.	(52 637 hab.
Volmunster	5 835 hab.)	
2 ^o Secteur de SARRALBE			
Cantons de Rohrbach les			
Bitche	15 077 hab.	(43 091 hab.
Bitche	14 079 hab.	(
Sarralbe	13 935 hab.	(
3 ^o Secteur de FORBACH			
Cantons de FORBACH I		(53 457 hab.
communes de Forbach (totalité)		(
Petite Rosselle		(
Schoneck	48 125 hab.	(
String Wendel		(
Canton de FORBACH II		(
communes d'Alsting		(
d'Etzling	5 332 hab.	(
de Spicheren		(

4° Secteur de FREYMING-MERLEBACH		
Canton de FORBACH I :		(
communes de Behren		(
Oeting	13 504 hab.	(
Canton de FORBACH II		(
(sauf les communes de		(69 055 hab.
Alsting-Etzling et	15 744 hab.	(
Spicheren)		(
Canton de Freyming-		(
Merlebach	39 807 hab.	(

Il s'agit de la partie centre et est du secteur IV de la carte sanitaire M. C. O. La population y est surtout rurale à l'Est (cantons de Volmunster, Rohrbach les Bitche, Bitche et Sarralbe) et industrielle (autour du bassin Houiller des cantons de Freyming-Merlebach et Forbach). Signalons, parmi cette population industrielle, un fort pourcentage de travailleurs étrangers immigrés.

La région du bassin houiller subit lourdement les effets de la crise industrielle (chômage) et est en perte de population.

b) liaisons des équipes médico-sociales avec les infrastructures existantes/

- 1 - Avec les services sociaux : les assistantes sociales polyvalentes ou spécialisées en hygiène mentale
- 2 - Avec les services hospitaliers
 - Centre hospitalier de Sarreguemines
 - Hôpital de Forbach
 - Hôpital de Bitche
 - Hôpital St Joseph à Sarralbe
 - Hôpital de la Société de Secours Minière de Sarre & Moselle à Freyming
 - Hospitalor Forbach
 - Hospice de Puttelange les Farschwiller.
- 3 - Autres liaisons avec
 - les médecins des usines, les médecins psychiatres exerçant en clientèle privée
 - l'organisme de sécurité sociale du lieu
 - le service de santé scolaire
 - l'organisme judiciaire du lieu
 - les établissements suivants :
 - Equipements extra-hospitaliers :
 - existant : centre de santé de Sarreguemines
 - centre de post-cure pour alcooliques de Sarreguemines
 - centre de santé de Forbach
 - à créer : Hopital de jour à Sarreguemines
 - Hopital de jour à Forbach
 - Centre de santé à Freyming-Merlebach
 - Hôpital de jour à Freyming-Merlebach
 - Antenne Centre de Santé à Bitche et Vomunster

Autres établissements :

Petite-Rosselle - C.A.T. (projet)

et enfin les diverses associations pouvant exister
sur les lieux

- c) Les dispensaires de santé mentale assurant les consultations sont ceux de Freyming-Merlebach, Forbach et Sarreguemines
- d) Les services hospitaliers de rattachement de ce pôle thérapeutique de Sarreguemines sont principalement ceux du Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines 490 lits (y compris le service pour arriérés profonds adultes de 96 lits, mais non compris les 375 lits des services de sûreté à recrutement pluri-régional).
- e) L'équipe médico-sociale de ce pôle thérapeutique de Sarreguemines comprend :
- 4 médecins chefs (1 par secteur)
 - 4 médecins-assistants (1 par secteur)
 - des internes
 - des psychologues
 - des infirmiers
 - des assistantes sociales
 - des secrétaires médicales.

II - Le Pôle Thérapeutique de Lorquin

a) Données Géo-démographiques

Le pôle thérapeutique de Lorquin comprend 201 426 habitants répartis en 3 secteurs de psychiatrie-adulte.

../..

1° - secteur de SARREBOURG - DIEUZE

Arrondissement de SARREBOURG

Cantons : FENETRANGE	7 283 hab.	(
LORQUIN	7 047 hab.	(
PHALSBURG	15 937 hab.	(
RECHICOURT		(
le CHATEAU	5 005 hab.	(
SARREBOURG	25 757 hab.	(	68 974 hab.
Arrondissement de CHATEAU SALINS		(
Canton de DIEUZE	7 945 hab.	(

2° - secteur de CHATEAU SALINS - MORHANGE - BOULAY

Arrondissement de CHATEAU SALINS

Cantons CHATEAU		(
SALINS	6 281 hab.	(
DELME	4 515 hab.	(
VIC s/SEILLE	4 207 hab.	(
ALBESTROFF	6 327 hab.	(

Arrondissement de BOULAY

Cantons BOULAY, moins		(	61 857 hab.
les communes de		(
Boucheron, Bisten		(
Ham sous Varsberg		(
Varsberg, Guerting		(
Zimming	10 304 hab.	(
Canton FAULQUEMONT		(
moins Longeville		(
lès- St Avold	16 504 hab.	(

Arrondissement de FORBACH

Canton de GROSTENQUIN	13 719 hab.	(
-----------------------	-------------	---	--

3° - secteur de ST AVOLD - BOUZONVILLE

Arrondissement de FORBACH

Canton de ST AVOLD	39 614 hab.	(
--------------------	-------------	---	--

Arrondissement de BOULAY

Canton BOULAY	5 169 hab.	(
Communes de Boucheporth		(
Bisten, Ham sous Varsberg		(	70 595 hab.
Varsberg, Guerting, Zimming		(
Canton BOUZONVILLE	22 440 hab.	(
Communes de Creutzwald,		(
Dalem, Falck, Hargarten		(
Merten		(
Canton FAULQUEMONT	3 372 hab.	(
LONGEVILLE lès ST AVOLD		(

Le pôle thérapeutique de LORQUIN comprend donc le secteur 7 de la carte sanitaire M. C. O. auquel on a ajouté les Cantons de Delme et Château Salins, et le reste du secteur 4 de la carte sanitaire M. C. O. Partie Ouest qui n'avait pas été comprise dans le pôle thérapeutique de Sarreguemines -. Il s'agit essentiellement d'une région rurale, sauf évidemment en ce qui concerne les zones du bassin houiller, comprises dans les cantons de ST AVOLD et FAULQUEMONT. Rappelons aussi les mines de sel du SAULNOIS (Canton de Château-Salins, et Vic/ Seille).

b) liaisons des équipes médico-sociales avec les infrastructures existantes :

- 1 - Avec les services sociaux : les assistantes sociales polyvalentes ou spécialisées en hygiène mentale
- 2 - Avec les services hospitaliers :
 - Centre hospitalier de Sarrebourg
 - Hôpital de St Avold
 - Hôpital local de Boulay
 - Hôpital local de Dieuze
 - Centre hospitalier spécialisé de Sarrebourg
 - Hôpital de la S. S. M. à Greutzwald
 - Hospitalor St Avold
 - Hospitalor Créhange
 - Hopital d'arrondissement de Château-Salins
 - Hopital Ste Barbe - Morhange
 - Hospice de St Epvre, de Vic/Seille, et d'Albestroff.
- 3 3 - Autres liaisons avec
 - les médecins des usines, les médecins psychiatres de clientèle privée
 - les organismes de sécurité sociale et judiciaire du lieu
 - le service de santé scolaire
 - les établissements suivants : équipements extrahospitaliers :

existant	Centre de Santé à Sarrebourg
	Centre de Santé à Dieuze
	Centre de Santé à Château-Salins
	Centre de Santé à Morhange
	Centre de Santé à St Avold
	Hopital de jour à St Avold
à créer	Hôpital de jour à Sarrebourg
	Centre de Santé à Boulay
	Centre de Santé à Longeville lès St Avold

- Autres établissements :

C. A. T. à Albestroff
 C. A. T. à St Avoild
 C. A. T. et foyer à Biding
 C. A. T. à Morhange (projet)
 C. A. T. et foyer à Sarrebourg
 Foyer pour handicapés adultes
 "La Clairière" à Creutzwald

- et enfin les diverses associations existant dans ce territoire

- c) les dispensaires de santé mentale assurant les consultations sont ceux de Boulay, St Avoild, Creutzwald, Sarrebourg Chateau Salins, et Dieuze
- d) les services hospitaliers de rattachement de ce pôle thérapeutique de LORQUIN sont ceux du Centre Hospitalier Spécialisé de Lorquin : 350 lits
- e) les équipes médico-sociales de ce pôle thérapeutique de Lorquin comprennent :
- 3 médecins Chefs (1 par secteur)
 - 3 médecins-assistants (1 par Secteur)
 - des internes
 - des psychologues
 - des infirmiers
 - des assistantes sociales
 - des secrétaires médicales.

..//..

III - Le Pôle Thérapeutique de Jury lès Metz

a) Données géo-démographiques

Le Pôle thérapeutique de METZ-JURY comprend 435 011 habitants répartis en 6 secteurs de psychiatrie-adulte

1° - Région de METZ Centre et METZ Sud : 210 163 habitants

- 1er secteur METZ EST

Arrondissement de METZ Ville

1er canton de METZ (partie)

2ème canton " " "

3ème canton " " " 43 109 hab.

Quartier de Vallières

Quartier de Bellecroix et

Vallières

Arrondissement de METZ Campagne

Canton de Montigny lès Metz

Communes de

St Julien lès Metz

Vantoux

Chieulles

Mey

Vany

Canton de Pange

Canton de Vigy

Arrondissement de THIONVILLE Est

Canton de Metzervisse

Commune de

Bettelainville 393 hab.

3° Secteur METZ SUD

Arrondissement de METZ Ville

Quartier de Magny

Queuleu

Sablon

Borny

53 217 hab

Arrondissement de METZ Campagne

Canton de Verny (moins

Marly le Haut)

Canton de Montigny lès Metz

Commune d'Augny

20 162 hab.

4ème Secteur : METZ OUEST

Arrondissement de METZ Campagne

Canton de Woippy

Communes de Ban St Martin ((

Longeville lès Metz ((

Scy-Chazelles ((

Moulins lès Metz ((

15 695 hab. ((

Canton de Montigny lès Metz

Commune de Montigny lès

Metz ((

24 519 hab. ((

Canton de Verny

Quartier de Marly Haut ((

1 318 hab. ((

Canton de Rombas

Communes de Amanvillers ((

Montois la Montagne ((

Roncourt ((

Ste Marie aux Chènes ((

StPrivat la Montagne ((

9 129 hab. ((

69 568 h

Canton d'Ars sur Moselle

18 907 hab. ((

2° Région de METZ Nord - HAYANGE = 224 848 habitants

2ème secteur : METZ NORD

Arrondissement de Metz Ville ((

Quartiers de Devant lès Ponts ((

Fort Moselle ((

20 151 h. ((

Arrondissement de Metz Campagne ((

Canton de Maizières lès Metz ((

30 581 h. ((

Canton de Woippy ((

Communes de La Maxe ((

Lorry les Metz ((

Plappeville ((

Woippy ((

16 835 h. ((

77 195 h.

Canton de Rombas ((

Communes de Saulny ((

Bronvaux ((

Fèves ((

Marange Silbange ((

Norroy le Veneur ((

Plesnois ((

9 628 h ((

.../...

5ème secteur : MOYEUVRE GRANDE - ROMBAS

Arrondissement de Thionville-Ouest

Canton de Moyeuvre-Grande 26 495 hab. (

Canton de Florange (

Communes de Fameck (

Mondelange 24 265 hab. (

Arrondissement de Metz-Campagne (74 507 hab.

Canton de Rombas (

Communes d'Amneville (

Pierrevillers 23 747 hab. (

Rombas (

6ème secteur - Hayange-Florange

Arrondissement de Thionville-Ouest (

Canton de Hayange 47 045 hab. (

Canton de Florange (

Communes de Florange (73 146 hab.

Richemont 26 101 hab. (

Uckange (

Le pôle thérapeutique de Jury les Metz recouvre donc la partie Sud et Ouest du Secteur 3 de la carte sanitaire M. C. O. - A part les cantons Sud, tels Ars sur Moselle, Verny, Pange et Vigy qui sont surtout ruraux, il s'agit essentiellement d'une région industrielle où la population en majorité ouvrière comprend beaucoup d'étrangers. Notons les formes très urbanisées du peuplement dans les cantons de Florange, Hayange, Moyeuvre Grande, et bien évidemment Metz.

b) Liaisons des équipes médico-sociales avec les infrastructures existantes :

1° - avec les services sociaux : les assistantes sociales polyvalentes ou spécialisées en hygiène mentale

2° - avec les services hospitaliers :

- Centre hospitalier de Metz (C. H. R. Metz-Thionville)

- Clinique neuro-psychiatrique ; Maison de Santé "Ste Marguerite" à Novéant (1) -(canton d'Ars sur Moselle)

- Hôpital clinique Ste Blandine à Metz

../. ..

1) - signalons que la clinique neuro-psychiatrique - Maison de Santé "Ste Marguerite à Novéant est un établissement privé à but lucratif et n'est pas compris dans la sectorisation psychiatrique de la Moselle - L'arrêté préfectoral du 14 mars 1978 le signale comme "établissement non sectorisé comprenant 50 lits de psychiatrie générale de base". Or, cet établissement, s'il a eu des difficultés à obtenir des conventions avec les mutuelles et la Sécurité Sociale, a tout de même un taux d'occupation de 70 % et il est regrettable qu'on ne le comprenne pas dans la sectorisation.

- Hôpital St André - Metz
 - Hôpital Belle-Isle à Metz
 - Hôpital Maternité Ste Croix - Metz
 - Association Hospitalière de la Vallée de la Fensch à Hayange et Algrange
 - Association Hospitalière Orne-Moselle - Hôpital St François à Morange-Silvange
 - Association Hospitalière de la vallée de l'Orne Hôpital St Maurice à Moyeuve Grande
 - Hospice de Gorze
 - Centre de Gériatrie de Metz Devant lès Ponts (C.H.R. - Metz Thionville)
- 3° - Autres liaisons avec :
- les médecins des usines, les médecins-psychiatres de clientèle privée
 - les organismes de Sécurité Sociale et les Organismes judiciaires du lieu
 - le service de santé scolaire
 - les établissements suivants :
 - Equipements extrahospitaliers :
 - existants : Centre de Santé à Metz-Queuleu
 - Centre de post-cure à Metz-Queuleu
 - Centre de post-cure pour alcooliques à Maizeroy (vocation départementale)
 - à créer : Centre de Santé à Moyeuve
 - Centre de Santé à Hayange
 - Autres établissements :
 - C.A.T. à METZ-Sablon (rue Lothaire)
 - C.A.T. à Montigny-lès-Metz
 - C.A.T. à Moulins-St-Pierre (et annexe rue Clotilde Aubertin - Metz)
 - C.A.T. à Pierrevillers
 - Foyer handicapés adultes à St Julien lès Metz
 - Foyer handicapés adultes à Metz (avenue Foch)
 - etenfin les diverses associations existant sur ce territoire.
- c) les Dispensaires de Santé Mentale assurant les consultations sont ceux de Metz, Hayange et Moyeuve Grande.
- d) les services hospitaliers de rattachement sont ceux du Centre psychothérapique de Jury lès Metz : 675 lits (d'adulte) prévus - y compris les 50 lits du service pour arriérés profonds-adultes et les 25 lits du service de rééducation des alcooliques.

e) Les équipes médico-sociales de ce pôle thérapeutique de Jury-lès

Metz comprennent :

- 6 médecins-chefs (1 par secteur)
- 7 médecins-assistants (le 2ème secteur comprenant 2 assistants)
- des internes
- des psychologues, des infirmiers, des assistantes sociales et des secrétaires médicales

IV - Le Pôle Thérapeutique de Thionville

a) données géo-démographiques :

Le pôle thérapeutique de Thionville comprend 158 509 habitants répartis en 2 secteurs de psychiatrie adulte.

1° - Secteur de THIONVILLE (Ville)

Arrondissement de Thionville-Est		}	75 820 hab.
Canton de Thionville	43 020 hab.		
Canton de Yutz			
Communes de Illange Manom & Terville	9 172 hab.		
Arrondissement de Thionville Ouest		}	
Canton de Fontoy	23 628 hab.		

2° - Secteur de THIONVILLE (rural)

Arrondissement de Thionville Est		}	82 689 hab.
Canton de Cattenom	15 726 hab.		
Canton de Sierck	10 059 hab.		
Canton de Metzervisse (à l'exclusion de (Bettelainville rattaché (au secteur de Jury)	28 244 hab.		
Canton de Yutz Commune de Yutz	17 029 hab.		
Arrondissement de Boulay		}	
Canton de Bouzonville (à l'exclusion des com- munes de Creutzwald			
Dalem - Falck - Hergarten - Merten)	11 631 hab.		

Le pôle thérapeutique de Thionville recouvre donc la partie Nord et Nord Est du Secteur 3 de la carte sanitaire M. C. O. - C'est une région essentiellement industrielle (surtout les cantons de Thionville, Yutz, Cattenom et Fontoy) dont les zones plus rurales comprennent une forte proportion d'ouvriers-paysons (35 à 40 % (1) dans la vallée de la Moselle et le Plateau Lorrain Nord).

b) Liaisons des équipes médico-sociales avec les infrastructures existantes :

- 1° - Avec les services sociaux : les assistantes sociales polyvalentes ou spécialisées en hygiène mentale
- 2° - avec les services hospitaliers
 - Centre hospitalier de Thionville (C. H. R. Metz-Thionville)
 - Clinique Ambroise Paré - Thionville
 - Clinique Notre Dame - Thionville
 - Clinique Ste Elisabeth - Thionville
 - les différents hospices et maisons de retraite existant dans ce territoire
- 3° - autres liaisons avec
 - les médecins des usines, les médecins psychiatres de clientèle privée
 - les organismes de Sécurité Sociale : ici, la Caisse Primaire de Thionville et les organismes judiciaires du lieu
 - le service de santé scolaire
 - les établissements suivants :
 - Equipements extrahospitaliers :
 - existants : Centre de Santé à Thionville
 - à créer : Hôpital de jour
 - Autres établissements
 - C. A. T. de Bertrange-Immeldange et annexe Yutz
 - Thionville C. A. T. provisoire et foyer pour handicapés adultes
 - C. A. T. et foyer à Terville
 - C. A. T. à Thionville-Volkrange (projet)
 - et enfin les diverses associations existant sur ce territoire

c) Les dispensaires de santé mentale assurant les consultations sont ceux de Thionville et Audun-le-Tiche

d) - Les services hospitaliers de rattachement sont ceux du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville (Hôpitaux de Thionville). Actuellement, existe un service de psychiatrie adulte de 65 lits et la création de 35 autres lits est encore prévue (arrêté préfectoral du 14 mars 1978)

../..

1) D'après F. REITEL, R. REMER et Cl. SAINT DIZIER in "Économie de la Lorraine" page 94 - collection " Régions au présent-Ellipses" Editions Marketing

- e) Les équipes médico-sociales de ce pôle thérapeutique comprennent
- 2 médecins-chefs (1 par secteur)
 - 2 médecins assistants (1 par secteur)
 - des internes
 - des psychologues, des infirmiers, des assistantes sociales et des secrétaires médicales.

La Sectorisation psychiatrique-adulte paraît fort bien organisée en Moselle qui a l'avantage de posséder 3 Centres Hospitaliers Spécialisés et un service de psychiatrie dans un C.H.R.

Ainsi, les régions desservies sont bien centrées sur leur "pôle thérapeutique" et l'on est en droit de penser que les malades sont ainsi moins éloignés de leur famille (lorsque les visites sont souhaitées pendant l'hospitalisation).

D'autre part, les équipes médico-sociales ayant, en Moselle, à suivre une population nombreuse, n'ont jamais à couvrir un territoire trop vaste, ce qui favorise leur action et le contact avec les malades.

Voyons maintenant comment s'organise la psychiatrie
infanto-juvénile en Moselle :

2ème PARTIE : LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE
INFANTO-JUVENILE

Comme nous l'indiquions au début de notre étude de la
psychiatrie mosellanne, la psychiatrie infanto-juvénile est
organisée en 5 intersecteurs correspondant aux 5 grandes
zones de rattachement de la psychiatrie générale de base :

- 1^{er} intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile du
pôle thérapeutique de Sarreguemines
- 1^{er} intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile du
pôle thérapeutique de Lorquin
- les 3 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile
du pôle thérapeutique de Metz-Jury.

I - Le pôle thérapeutique de psychiatrie infanto-juvénile de
SARREGUEMINES

a) les données géo-démographiques sont les mêmes que celles
du pôle thérapeutique de psychiatrie-adulte de Sarreguemines
puisque pour couvrir ce même territoire, ce pôle ne comprend
qu'un seul intersecteur.

b) les liaisons de l'équipe médico-sociale de l'intersecteur
infanto-juvénile

- 1° - avec les services sociaux : les assistantes sociales
spécialisées ou non
- 2° - avec les services unifiés de l'enfance
- 3° - autres liaisons :
 - les médecins psychiatres de clientèle privée
 - les pédiatres et les services de pédiatrie des hôpitaux
 - les établissements à orientation médico-pédagogique
et pédo-psychiatriques tels :
Equipements extrahospitaliers
existants : Centre de Santé à Sarreguemines
Centre de Santé à Forbach
à créer : Centre de Santé à Freyming-Merlebach
Antenne Centre de Santé à Bitche et
Volmunster

.../..

Autres établissements :

I. M. E. du "Himmelsberg" à Sarreguemines = 111 places
semi-internat - garçons et filles de 5 à 20 ans

Catégories 1 a = arriérés et débiles profonds

1 b = débiles moyens

I. M. E. - " De Guise" à Forbach = 86 places

semi-internat pour garçons et filles de 6 à 18 ans

catégories 1 a et 1 b

I. M. PRO de PETITE ROSSELLE : 96 lits

garçons et filles de plus de 16 ans

catégorie 1 a

Foyer à Sarreguemines = 30 lits

garçons de 14 à 18 ans + jeunes majeurs

catégorie 2 (adolescents présentant des troubles
(du caractère et du comportement)

c) les dispensaires assurant les consultations infanto-juvénile sont les mêmes que ceux assurant les consultations d'adulte (cf. cette étude)

d) les services hospitaliers infanto-juvéniles de rattachement sont ceux du Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines : 115 lits infanto-juvéniles et 72 lits pour enfants arriérés profonds, soit 187 lits en tout pour la psychiatrie infanto-juvénile.

e) l'équipe médico-sociale de l'intersecteur infanto-juvénile de Sarreguemines se compose de :

- 1 médecin Chef
- 1 médecin assistant
- 1 interne
- des psychologues, assistantes sociales, secrétaires médicales, éducateurs et rééducateurs.

II - Le pôle thérapeutique de psychiatrie infanto-juvénile de

LORQUIN

a) les données géo-démographiques sont celles du pôle thérapeutique de psychiatrie adulte de Lorquin, ce territoire ne comprenant en effet qu'un seul intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

b) liaisons de l'équipe médico-sociale de l'intersecteur infanto-juvénile :

- 1° - avec les services sociaux : les assistantes sociales spécialisées ou non
- 2° - avec les services unifiés de l'enfance
- 3° - autres liaisons avec les médecins-psychiatres et les pédiatres de clientèle privée les pédiatres et les services de pédiatrie des hôpitaux les établissements à orientation médico-pédagogique et pédo-psychiatriques tels :

Equipements extrahospitaliers :

- existants : Centre de Santé de Sarrebourg
 Centre de Santé de Dieuze
 Centre de Santé de Château-Salins
 Centre de Santé de Morhange
 Centre de Santé de St Avold
 à créer Centre de Santé à Boulay
 Centre de Santé à Longeville lès St Avold

Autres établissements :

- Foyer Ste Marie à Vic sur Seille (vocation départementale) 60 lits pour arriérés profonds de 0 à 6 ans
 Centre d'Education Professionnelle à Boulay : 102 lits pour garçons de 14 à 17 ans
 catégorie 2 : enfants présentant des troubles du caractère et du comportement
 I. M. PRO à Albestroff : 26 lits pour garçons de 13 à 18 ans (projet d'extension à 30 lits)
 catégories - 1 a arriérés et débiles profonds
 1 b débiles moyens
 I. M. E. "Les Genêts" à Creutzwald : 86 places semi-internat - garçons et filles de 6 à 20 ans
 catégories - 1 a
 1 b
 Foyer de semi-liberté à Faulquemont : 36 lits internat pour garçons de 14 à 18 ans et jeunes majeurs - catégorie 2 et cas sociaux
 Centre pour déficients temporaires somato-psychologiques à Lettenbach : 40 lits pour filles de 5 à 12 ans
 I. M. E. "Le Wenheck" à Valmont lès St Avold : 128 places - semi-internat pour garçons et filles de 6 à 20 ans - catégories 1 a - 1 b
 I. M. P. de Dieuze : 120 places dont 84 en internat pour garçons et filles de 6 à 14 ans
 catégories 1 a
 1 b
 Foyer "Les Tilleuls" à Vic sur Seille : 72 lits pour filles de 7 à 18 ans -
 catégorie 2
 I. M. E. "Les Jonquilles" à Sarrebourg : 75 lits et 55 places pour garçons et filles de 6 à 20 ans
 catégorie 1 b
 I. M. PRO de Morhange : 90 places (dont 75 en internat) pour garçons de 14 à 20 ans
 catégorie 1 b

c) les dispensaires assurant les consultations infanto-juvéniles sont les mêmes que ceux assurant les consultations d'adulte (cf. cette étude)

d) les services hospitaliers infanto-juvéniles de rattachement sont ceux du Centre Hospitalier Spécialisé de Lorquin : 16 lits de psychiatrie infanto-juvénile et 34 lits pour enfants arriérés-profonds (soit 50 lits en tout)

Rappelons le Foyer Ste Marie à Vic sur Seille qui comprend 60 lits pour enfants arriérés profonds de 0 à 6 ans (recrutement départemental)

e) L'équipe médico-sociale de l'intersecteur infanto-juvénile de Lorquin se compose de :

- 1 médecin Chef
- 1 médecin assistant
- 1 interne
- psychologues, assistantes sociales, secrétaires médicales, éducateurs et rééducateurs.

III - Le Pôle Thérapeutique de Psychiatrie infanto-juvénile de Metz-Jury :

Il comprend 3 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile

- Le premier intersecteur (A) recouvre le territoire correspondant aux 2 secteurs de psychiatrie générale de base de Thionville
- Le second intersecteur (B) recouvre l'aire géographique correspondant aux 3 secteurs de psychiatrie générale de base de Metz Centre et Sud
- Le troisième intersecteur (C) recouvre le territoire des 3 secteurs de psychiatrie générale de base de Metz-Nord et Hayange

a) Données géo-démographiques :

Nous ne reviendrons pas sur les données géo-démographiques qui sont pour ce pôle thérapeutique, évidemment les mêmes que celles que nous avons mises en évidence plus haut.

b) Liaisons des équipes médico-sociales de l'intersecteur infanto-juvénile

1° - avec les services sociaux : les assistantes sociales spécialisées ou non

2° - avec les services unifiés de l'enfance

3° - autres liaisons : avec comme de coutume :

- les médecins psychiatres et les pédiatres de clientèle privée
- les pédiatres et les services de pédiatrie des hôpitaux
- les établissements à orientation médico-pédagogique et pédo-psychiatriques tels :

- Equipement extrahospitaliers :

existants Centre de Santé à Metz-Ville

Centre de Santé à Thionville

à créer un hôpital de jour à Metz-Ville

un centre de santé à Moyeuve

un centre de santé à Hayange

un hôpital de jour à Thionville

- Autres établissements :

- C. M. E. "Le Château" à Inglange : 40 lits pour enfants arriérés profonds de 4 à 18 ans (établissement privé)

- Centre Médico-Psycho-Pédagogique à Metz

- Foyer "La Passerelle" à Ban St Martin : 36 lits pour filles de 15 à 18 ans et jeunes majeures - catégorie 2

- Foyer "St Ferroy" à Metz : 30 lits pour filles de 13 à 18 ans et jeunes majeures : catégorie 2

- I. M. E. de Jussy : 200 places pour garçons et filles de 3 à 20 ans catégorie 1a - 1b

- Centre d'Observation de Lorry-les Metz : 90 places (dont 60 en internat) - pour garçons et filles de 6 à 16 ans catégorie 2

- Groupe Scolaire St Simon à Metz : 10 places - garçons et filles de 6 à 14 ans (débiles moyens, troubles moteurs et mentaux associés)

- I. M. P. de Plantières : 28 places - garçons et filles de 6 à 14 ans - catégorie 1b

- I. M. PRO de Montigny les Metz : 72 places (dont 60 en internat) garçons de 14 à 20 ans catégorie 1b

- I. M. P. de Pierrevillers : 130 places - garçons et filles de 6 à 20 ans catégories 1a - 1b

- Centre de Rééducation de Remilly : 105 lits
 - 75 garçons de 6 à 16 ans
 - 30 filles de 6 à 14 ans
 catégorie 2

- Foyer Educatif à Woippy : 70 lits - garçons de 14 à 18 ans et jeunes majeurs
catégorie 2
- Centre d'Education Professionnelle à Solgne : 90 places (dont 60 en internat)
filles de 13 à 18 ans
catégorie 2
- Foyers de semi-liberté à Thionville
 - Océanie : 34 lits de 5 à 18 ans
mixte jusqu'à 13 ans
filles de 13 à 18 ans
 - Près de Brouck : 33 lits de 5 à 18 ans
mixte jusqu'à 13 ans
garçons de 13 à 18 ans
catégorie 2
- Centre de Formation Professionnelle de Guenange-Richemont
170 lits pour garçons de 10 à 18 ans et jeunes majeurs
catégorie 2
- I. M. E. "Les Myosotis" à Guenange : 110 places pour garçons et filles
70 places de 6 à 14 ans - catégories 1 a - 1 b
40 places de 14 à 20 ans - catégories 1 a - 1 b
- I. M. E. de Knutange : 140 places (dont 24 en internat à Aumetz)
garçons et filles de 6 à 20 ans - catégories 1 a - 1 b
- I. M. E. de Rettel les Sierck : 134 lits
garçons et filles jusqu'à 14 ans
filles de 14 à 20 ans
catégorie 1 b
- I. M. E. de Rosselange : 72 places (extension en cours)
garçons et filles de 6 à 14 ans
catégories 1 a - 1 b
- I. M. E. de Sierck : 104 lits
garçons de 7 à 15 ans
catégorie 1 b
- I. M. E. "Vert Coteau" à Thionville : 115 places
garçons et filles de 6 à 20 ans
catégories 1 a - 1 b
- Foyer d'accueil du jeune ouvrier à Fameck : 24 lits
garçons de 14 à 18 ans et jeunes majeurs
catégorie 2

c) Les dispensaires assurant les consultations infanto-juvéniles sont les mêmes que ceux assurant les consultations d'adulte (cf cette étude)

.. / ..

d) les Services Hospitaliers infanto-juvéniles de rattachement sont ceux du Centre Hospitalier Spécialisé de Jury-les Metz, à savoir :

- 48 lits de psychiatrie infanto-juvénile et 27 lits pour enfants arriérés profonds (SOIT 75 lits en tout)

Signalons le Centre Médico Educatif (C. M. E. "Le Chateau" (privé) à Inglange qui possède 40 lits pour enfants arriérés profonds

e) Les équipes médico sociales de ces 3 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile comprennent :

- 2 médecins Chefs
- 4 médecins assistants
- des internes
- des psychologues, assistantes sociales, secrétaires médicales éducateurs et rééducateurs.

La psychiatrie infanto-juvénile semble bien organisée en Moselle, à condition toutefois que tous les lits prévus par arrêté préfectoral puissent être mis en service et ceci grâce évidemment à leur construction, mais aussi à la formation de personnel soignant paramédical qui souvent est en nombre trop limité pour permettre l'ouverture de bâtiments pourtant prêts à fonctionner (cf. Centre Hospitalier de Jury-les Metz)

Avant de clore notre étude mosellane, nous voudrions faire ici deux remarques : l'une au sujet du Centre Spécialisé de Jury les Metz, l'autre à propos du Centre Hospitalier spécialisé de Sarreguemines.

- Le Centre Hospitalier de Jury les Metz, toujours très discuté, est l'objet d'une certaine "convoitise de la part de la population des régions de Briey et de Mont St Martin et de leurs élus locaux.

../. ..

En effet pour comprendre cela, il faut se rappeler que le Nord du Département de Meurthe & Moselle ne possède pas d'établissement psychiatrique et est éloigné de Nancy.

Aussi, en 1971, le Ministère de la Santé avait prévu la création de 300 lits de psychiatrie à Briey et à Mont St Martin.

En 1972, lors d'une réorganisation ministérielle, la psychiatrie de Meurthe & Moselle devait se présenter de la façon suivante :

Briey 450 lits

Mont St Martin : 100 lits

Centre Psychothérapique de Nancy à Laxou : 2 000 lits

Hôpital de St Nicolas de Port : 200 lits

Hôpital de Lunéville; 100 lits infanto-juvéniles

Mais, vue l'évolution de la psychiatrie et le fait que grâce aux médicaments nouveaux, les hospitalisations se font plus rares et plus brèves, la création des lits de Briey, Mont St Martin et Lunéville a été annulée, laissant le Nord du Département Meurthe & Moselle toujours aussi vide et toujours autant attiré par le Centre Hospitalier de Jury les Metz. Ce dernier ne refuserait pas ces malades, si les accords interpréfectoraux avaient lieu et s'il lui était fourni les moyens en personnel soignant !!!

Qu'on m'autorise à voir ici une autre influence historique sur la vie Lorraine : les bassins de Longwy et Briey sont traditionnellement liés à la Moselle et non à la Meurthe & Moselle !..

- Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sarreguemines se distingue des autres centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie de Lorraine par son service pour malades difficiles ou Service de Sûreté, dont la vocation est multi-régionale.

Il s'agit d'un service très fermé et surveillé de 375 lits, recevant des malades de sexe masculin, relevant de la Circulaire du Ministère de la Santé et de la Population en date du 5 juin 1950 (catégories 2 et 3).

..//..

Il s'agit souvent de criminels déclarés "irresponsables".

De tels services sont rares en France (il en existe trois en tout sur le territoire métropolitain ; les deux autres se situant à Cadillac et à Villejuif), le Service de Sûreté de Sarreguemines recueille donc les malades difficiles de 70 départements du Nord et Nord-Est, correspondant aux régions :

- Nord
- Picardie
- Haute et Basse Normandie
- Lorraine
- Champagne . Ardennes
- Alsace
- Franche Comté
- Bourgogne
- Région Parisienne
- et départements d'Outre Mer.

-:-:-

../..

SECTION IV - LA PSYCHIATRIE DANS LES VOSGES

Signalons d'emblée que la sectorisation psychiatrique vosgienne, définie par le règlement départemental émis par le Préfet du département des Vosges le 10 juin 1974, n'a jamais pu fonctionner comme il avait été prévu et souhaité. Ceci étant notamment dû au fait que, chaque secteur devant légalement avoir son propre service d'hospitalisation, le Centre Hospitalier Spécialisé des Vosges à Ravenel, près de Mirecourt, n'ayant que 5 services individualisés, ne pouvait répondre aux normes des 6 secteurs prévus.

Ainsi l'habitude s'est prise de ne découper le département qu'en 5 secteurs de psychiatrie adulte. Evidemment, les limites sectorielles au lieu d'avoir été fixées par arrêté préfectoral étaient déterminées à l'amiable par les différentes équipes médico-sociales, selon leurs possibilités et les impératifs topographiques.

Actuellement, la Direction départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (D. D. A. S. S.) a été saisie par la Direction du Centre Hospitalier Spécialisé de Ravenel (88) et les équipes médicales et soignantes d'une demande de modification du règlement départemental, afin de définir un nouveau découpage sectoriel correspondant à la réalité du fonctionnement.

Dans notre étude, nous ferons état des secteurs psychiatriques, tels qu'ils sont encore définis par l'arrêté préfectoral du 10 juin 1974 et des propositions de modifications qui sont à l'étude pour fin 1978.

Sachons cependant que l'on s'oriente vers le découpage départemental en 5 secteurs de psychiatrie -adulte et 2 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, découpage - qui dans un relief comme celui-ci - tient évidemment compte des impératifs topographiques et des différents "pays vosgiens".

.. / ..

A - Secteur I - Neufchâteau-Vittel (arrêté du 10 juin 1974)

Son territoire recouvre les cantons de Coussey, Neufchâteau, Châtenois, Bulgneville, Vittel, Lamarche, Darney et Monthureux sur Saône, soit le secteur 9 de la carte sanitaire M. C. O. , moins le canton de Mirecourt.

Ce secteur concerne une population de 63 069 habitants en 1975, répartie en 175 communes.

La modification territoriale proposée serait d'ajouter à ce secteur le canton de Bains les Bains, mais les services de la D. D. A. S. S. sont réticents à cet ajout, car le secteur d'Epinal tient à conserver cette antenne, bien que l'équipe médico-sociale du secteur I en assume actuellement la desserte. Avec le canton de Bains les Bains, la population atteindrait 67 430 habitants, répartis en 187 communes.

C'est un territoire essentiellement rural, malgré les petites industries de Neufchâteau et Vittel.

L'équipe médico-sociale entretient les mêmes liaisons que celles que nous avons mises en évidence pour les autres secteurs lorrains, si bien que nous ne les répéterons pas pour tous les secteurs. Voyons-les succinctement pour le secteur I :

Liaisons de l'équipe médico-sociale, avec :

- 1° - les services sociaux : les différentes assistantes sociales polyvalentes et spécialisées en hygiène mentale des Centres médico-sociaux,
- 2° - les services hospitaliers :
 - Centre hospitalier de Neufchâteau
 - Centre hospitalier de Vittel
 - Hôpital local de Lamarche
 - Hôpital local de Darney
 - Maison de retraite de Darney
 - Hospice de Dommartin sur Vraine
 - Hospice de Liffol le Grand
- 3° - Autres liaisons
 - les médecins généralistes et spécialistes en psychiatrie
 - l'organisme de Sécurité Sociale
 - les organismes judiciaires
 - diverses associations
 - le centre d'Aide par le Travail de Darney
 - les Centres pour enfants de Darney (cf secteur infanto-juvénile)

Les Dispensaires assurant les consultations sont ceux de Neufchâteau Vittel, Darney, Monthureux sur Saône, Lamarche, Bulgneville et Châtenois.

Le Service Hospitalier de Rattachement est celui du Centre Hospitalier des Vosges à Ravenel, près de Mirecourt (270 lits pour ce Secteur I)

L'équipe médico-sociale se compose d'un médecin Chef de secteur, 3 internes, 3 infirmiers de secteur, 1 assistante sociale et 1 secrétaire.

B - Secteur II - Remiremont - Arrêté du 10 juin 1974)

Son territoire comprend les cantons de Remiremont, Plombières les Bains, Le Thillot et Saulxures sur Moselotte.

Il correspond donc au Secteur 12 de la carte sanitaire M. C. O., moins le canton de Gérardmer et totalise une population de 82 416 habitants en 1975, répartis en 37 communes.

Cette région montagneuse, essentiellement axée sur les vallées de la Moselle et de la Moselotte, reste une région rurale, malgré la petite industrie textile (en crise) et l'industrie du bois.

Les propositions de modification de ce secteur sont l'addition des cantons de Gérardmer et Xertigny aux cantons énumérés ci-dessus. Ce qui ferait un surplus de 20 128 habitants, répartis en 11 communes.

L'équipe médico-sociale entretient les mêmes liaisons avec les infrastructures existantes que celles vues précédemment, citons toutefois

- l'Hôpital et la Maison de Retraite de Cornimont
- l'Hospice de Plombières
- Le Foyer d'enfants de Bussang
- l'I. M. P. de la Feuillée Dorothée au Val d'Ajol
- l'Hospice de Saulxures sur Moselotte
- l'Hospice du Val d'Ajol

Les Dispensaires assurant les consultations sont ceux de Remiremont, Le Thillot, Cornimont, Saulxures, le Val d'Ajol, Vagney Eloyes et Pouxoux.

Le Service Hospitalier de Rattachement est celui du Centre Hospitalier des Vosges à Ravenel près de Mirecourt (289 lits pour ce Secteur II).

L'équipe médico sociale se compose de

- 1 médecin Chef de Secteur
- 1 médecin-assistant
- 3 internes
- 1 assistante sociale
- 59 infirmiers (y compris ceux du service hospitalier)
- 1 secrétaire médicale.

C - Secteur III - Mirecourt

Ce secteur de psychiatrie-adulte recouvre les cantons de Mirecourt, Charmes, Châtel sur Moselle, Rambervillers et Dompaire. Il s'agit donc de la partie Nord du secteur 10 de la carte sanitaire M. C. O. avec de plus, le canton de Mirecourt.

Ce secteur "à cheval" sur le Xaintois et la plaine sous-vosgienne est essentiellement rural, il concerne une population de 64 686 habitants en 1975 répartis en 139 communes.

Les propositions de modification de ce secteur sont l'addition des cantons de Bruyères et de Brouvelieures et le retrait de ceux de Rambervillers et de Dompaire.

Le secteur concernerait alors une population de 63 347 habitants (1975) répartis en 122 communes. Cela rendrait ce secteur beaucoup plus allongé et plus montagneux (mais n'est-ce pas ainsi qu'il fonctionne déjà ?)

Mises à part les liaisons habituelles de l'équipe médico-sociale, citons pour le secteur III de l'arrêté du 10 juin 1974 :

- L'hôpital de Mirecourt
- 1 Hospice de Mattaincourt
- 1 Hospice de Chatel sur Moselle
- 1 Hôpital local de Rambervillers avec son service de gérontopsychiatrie (25 lits)
- 1 Hospice de Charmes
- le Centre de réadaptation pour personnes âgées de Chatel sur Moselle
- 1 I. M. E. et 1 I. M. PRO de Chatel sur Moselle
- le Centre d'Enfants arriérés profonds de Chatel sur Moselle

Rappelons que le Centre Hospitalier Spécialisé des Vosges à Ravenel est évidemment géographiquement situé dans ce secteur puisqu'il est dans le canton de Mirecourt.

Les dispensaires assurant les consultations sont ceux de Mirecourt, Charmes, Dompaire et Rambervillers.

Le Service Hospitalier de Rattachement est celui du Centre Hospitalier des Vosges à Ravenel (238 lits pour le secteur III).

L'équipe médico-sociale se compose

- d'un médecin chef de secteur
- d'un médecin-assistant
- de 3 internes
- d'une assistante sociale
- d'une infirmière spécialisée de secteur
- d'une secrétaire médicale (et 45 infirmiers à l'Hôpital).

D - Secteur IV - Epinal

Ce secteur de psychiatrie adulte recouvre théoriquement (arrêté du 10 juin 1974) les cantons d'Epinal, Bains les Bains et Xertigny. Il s'agit donc de la partie Sud du secteur 10 de la carte sanitaire M. C. C.

Il concerne donc théoriquement une population de 36 709 habitants en 1975, répartis en 42 communes.

A part les industries d'Epinal et sa fonction commerciale, ce secteur situé dans la Vôge est essentiellement rural.

Les propositions de modification de ce secteur sont le retrait des cantons de Bains les Bains et de Xertigny et le rattachement du canton de Dompaire. Ce secteur perdrait alors beaucoup de sa partie montagnaise (petites industries du bois) pour se centrer sur Epinal. Il concernerait alors 28 053 habitants (1975) répartis en 52 communes.

En ce qui concerne les liaisons particulières de l'équipe de secteur citons celles avec :

- le Centre Hospitalier d'Epinal
- l'Hospice de Bains les Bains
- l'Hospice de Golbey et la pouponnerie.
- la Maison de convalescence "Mon Repos" (privée à but lucratif) pour convalescents neuro-psychiatriques (30 lits) située à Xertigny.

Le dispensaire assurant les consultations est le dispensaire Central d'Epinal.

Le Service Hospitalier de Rattachement est celui du Centre Hospitalier des Vosges à Ravenel (236 lits pour le secteur IV)

L'équipe médico-sociale se compose de

- 1 médecin Chef de secteur
- 1 médecin assistant
- 3 internes
- 1 assistante sociale
- 87 infirmiers (y compris ceux du Service Hospitalier) pouvant se déplacer dans le secteur pour assurer les visites aux malades.

E - Secteur V - St Dié

Ce secteur recouvre théoriquement les cantons de St Dié, Raon l'Etape, Senones, Provenchères sur Fave, et Fraize, soit le secteur 11 de la carte sanitaire M. C. O., moins les cantons de Brouvelieures et de Corcieux. Il s'agit donc de la déodacie montagnaise des Vosges du Nord, pays d'industrie textile déclinante, d'industrie du bois et d'activité rurale importante.

Ce secteur théorique concerne une population de 75 993 habitants répartis en 65 communes.

Les propositions de modification sont le rattachement des cantons de Rambervillers et de Corcieux à ce secteur qui, alors, aurait une population de 97 058 habitants, répartis en 106 communes. Il s'agirait alors vraiment de toute la partie Nord des Vosges montagnaises.

Les Etablissements intéressant plus spécialement l'équipe médico-sociale de ce secteur sont :

- le Centre Hospitalier de St Dié
- l'Hôpital local de Raon l'Etape
- l'Hôpital local de Senones
- l'Hôpital local de Fraize
- (l'Hospice de Corcieux)

Les dispensaires assurant les consultations sont ceux de St Dié, Fraize Senones, Raon l'Etape, (et Corcieux)

Le service hospitalier de rattachement est celui du Centre Hospitalier spécialisé des Vosges à Ravenel (280 lits pour le secteur V)

L'équipe médico-sociale se compose de

- 1 médecin chef de secteur
- 3 internes
- 5 infirmiers de secteurs (113 infirmiers à l'hôpital)
- 1 assistante sociale et 2 secrétaires médicales.

F - Secteur VI - Gérardmer

Ce secteur, défini par l'arrêté préfectoral du 10 juin 1974, devrait théoriquement regrouper les cantons de Bruyères, Gérardmer Corcieux et Brouvelieures, et concerner une population de 35 559 habitants (1975) répartis en 57 communes.

Or, du fait de la non-existence d'un service d'hospitalisation correspondant, ce Secteur VI de psychiatrie-adulte n'a jamais été fonctionnel, et aucune équipe médico-sociale n'a jamais été nommée.

Il est donc tout à fait inutile d'étudier abstraitement ce secteur, d'autant plus que les modifications de la sectorisation psychiatrique actuellement à l'étude tendent à entériner la situation actuelle et à le faire disparaître.

Signalons toutefois les établissements suivants, situés dans ces cantons :

- Hôpital de Gérardmer
- Hospice de Corcieux
- et le dispensaire de Gérardmer.

Voyons maintenant comment s'organise la psychiatrie infanto-juvénile dans le département vosgien.

L'arrêté préfectoral du 10 juin 1974 ne faisait pas état d'une convention intersectorielle pour la psychiatrie infanto-juvénile. Il n'y avait donc jusqu'à maintenant qu'un seul intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile pour tout le département.

Or, cela ne répond pas aux normes ministérielles, puisque même en 1968, le département des Vosges comprenait une population de 388 201 habitants (397 957 en 1975) et que la Circulaire Ministérielle du 16 mars 1972 précisait qu'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile devait répondre aux besoins d'une population d'environ 200 000 habitants (1)

../..

1) Circulaire Ministérielle du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents (Journal Officiel du 21 avril 1972)

Les propositions de modification à l'étude tendent à la création de deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Le premier - ou Intersecteur dit de "plaine" - recouvrirait les secteurs de psychiatrie adulte d'Epinal, Mirecourt et Neufchâteau, le second - ou Intersecteur dit "de montagne" - comprendrait ceux de Remiremont et de St Dié.

Mais ce ne sont actuellement que des propositions car, ne correspondant pas aux secteurs sanitaires usuels, certains problèmes se posent en ce qui concerne les hôpitaux de rattachement, notamment dûs au fait que jusqu'à présent, il n'existe qu'un service de psychiatrie infanto-juvénile au Centre Hospitalier de Ravenel, et qu'il faudra bien en créer un second là ou autre part.

Voyons donc quel était jusqu'à présent le fonctionnement de cet intersecteur unique de psychiatrie infanto-juvénile.

L'équipe de secteur entretenait les liaisons habituelles avec les infrastructures existantes, à savoir avec :

- 1° - Les services sociaux
- 2° - Les services unifiés de l'enfance
- 3° - Divers autres établissements ou personnes :
 - les psychiatres de clientèle privée
 - les pédiatres de clientèle privée
 - les services de pédiatrie et de psychiatrie des hôpitaux du département
 - les établissements à orientation médico-pédagogique ou pédo-psychiatrique à savoir notamment :
 - l'I. M. E. et I. M. PRO de Châtel sur Moselle
 - le Centre d'enfants arriérés profonds de Châtel sur Moselle
 - le Foyer d'enfants de Bussang
 - la pouponnière de Darney
 - l'I. M. PRO de Darney
 - le Centre d'aide par le Travail de Darney
 - la pouponnière de Golbey
 - l'I. M. P. de la Feuillée Dorothée au Val d'Ajol
 - les diverses consultations de Protection Maternelle et Infantile du département
 - les divers centres d'observation, Centres d'orientation éducative et Centres médico-psycho-pédagogiques du département.

Tous les dispensaires des Vosges assurent des consultations pour les enfants et le Service Hospitalier de Rattachement est le Service d'enfants du Centre Hospitalier spécialisé des Vosges à Ravenel (88 lits d'hospitalisation et 220 lits de section médico-pédagogique.

L'équipe médico-sociale comprend :

- 1 médecin chef de l'Intersecteur
- 2 médecins assistants
- 3 internes
- 1 assistante sociale
- 1 éducateur

En conclusion, nous avons pu dénombrer 1711 lits psychiatriques dans le département des Vosges (dont 30 privés) pour une population de 397 957 habitants, soit un indice lits/population de 4,3 ‰. - Ce chiffre est fort, comparé à l'indice de 3 ‰, recommandé par le Ministère, mais d'autre part, les taux d'occupation des différents services (sauf celui de géronto-psychiatrie à l'Hôpital local de Rambervillers) sont bons, aussi serait-il sage de ne pas augmenter le nombre de lits lors de la nouvelle sectorisation (1).

S'il est créé de nouveaux secteurs psychiatriques, leurs lits hospitaliers devraient donc être trouvés à partir des services des secteurs déjà existants, c'est-à-dire qu'il y aurait redistribution. D'autre part, il paraît sage de doter les Vosges de 2 intersecteurs infanto-juvéniles, étant donnée la population départementale et les difficultés du relief, auxquelles se trouvent confrontées les équipes médico-sociales.

..//..

1) la circulaire Ministérielle du 1er août 1977 "relative à l'équipement hospitalier - Application des décisions prises par le Gouvernement sur la stabilisation du nombre des lits d'hospitalisation "non parue au Journal Officiel - parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale SP-SS 77/34 - 13314 - demande aux préfets de refuser d'approuver les projets d'augmentation de la capacité en lits des établissements et de considérer comme maximale la capacité acquise au 31/12/1976 pour les "lits d'aigus, de moyen et long séjour autre que la psychiatrie, d'hospices et maisons de retraite et de psychiatrie".

Voici achevée cette longue étude de l'organisation de la psychiatrie en Lorraine. Notre région paraît bien équipée en lits psychiatriques, quoique de façon irrégulière, puisque :

- d'une part, l'aménagement sectoriel et hospitalier s'appuie sur l'implantation différentielle de la population : un établissement hospitalier spécialisé et un service psychiatrique dans un hôpital général en Meuse, pour 4 secteurs de base, de même un établissement hospitalier spécialisé et un service psychiatrique dans un hôpital local dans les Vosges, pour 5 secteurs de base, trois établissements hospitaliers spécialisés en Moselle pour 15 secteurs de base, mais un seul établissement hospitalier spécialisé et 2 services psychiatriques dans des hôpitaux généraux en Meurthe & Moselle pour 10 secteurs de base
- et que d'autre part, avec un bon indice lits/population (1), elle possède l'éventail des établissements extra-hospitaliers prévus par la loi et nécessaires à la bonne organisation de la sectorisation.

Mais, l'écueil majeur que nous avons rencontré se situe dans le vide hospitalier où se trouvent les secteurs Meurthe & Mosellans de Briey et Longwy : c'est-à-dire le Nord de ce département. Sans revenir sur ce problème que nous avons déjà évoqué, nous appuierons les désirs de la population et de ses élus de voir le rattachement de ces secteurs psychiatriques au pôle thérapeutique mosellan de Metz-Jury auquel ils sont très liés historiquement.

Une bonne organisation de la psychiatrie en Lorraine, comme partout ailleurs, est une chose très importante, car cette "spécialité médicale" concerne une population nombreuse et non négligeable (2) se comptant par milliers d'individus.

../..

1) avec 7 282 lits d'hospitalisation psychiatrique que nous avons recensés, la Lorraine présente un indice lits/population de 3,13 ‰ - Rappelons que l'indice ministériel recommandé est de 3 ‰ (circulaire ministérielle du 18/1/1971.

2) d'après les statistiques de l'I. N. S. E. R. M., les malades psychiatriques existants en France au 1/1/73 étaient au nombre de 111 086, soit 0,2 ‰ de la population en 1968. Ce même pourcentage attribué à la Lorraine aurait alors donné une population psychiatrique de 4 548 malades, ce qui est sûrement un chiffre erroné vu le nombre de lits d'hospitalisation existant alors et les taux d'occupation. On pouvait aussi estimer entre 5000 et 6000 les malades psychiatriques hospitalisés sans compter ceux suivis en consultation externe.

D'autre part, avec les nouvelles méthodes de soins, le rôle des équipes soignantes ne se borne plus seulement à subvenir à l'hospitalisation, mais aussi à

- assurer un dépistage précoce des malades pour les soigner avec le maximum de succès
- éviter la désadaptation du malade de son milieu de vie
- et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant les rechutes

aussi "en vue de répondre aux besoins de la population et d'assurer la continuité des soins aux malades, de la prévention à la post-cure, le secteur comporte une équipe pluri-disciplinaire, placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre Chef de secteur, ainsi que des institutions hospitalières et extra-hospitalières diversifiées, telles que dispensaires, centre médico-psycho-pédagogique, hôpitaux de jour, centres de post-cure, etc;; (1)

Ainsi, l'hôpital psychiatrique n'est plus isolé, il s'ouvre largement vers l'extérieur; les admissions et les sorties peuvent s'y faire librement; l'internement n'a lieu que s'il s'avère indispensable à l'intérêt du malade et plus rarement dans un but de protection publique. C'est pourquoi, l'hôpital psychiatrique indépendant est actuellement vivement critiqué par les psychiatres de la "nouvelle école" et ceux-ci s'orientent-ils vers l'abandon progressif des établissements isolés à la campagne ("qui étaient aussi aliénant pour les malades que pour l'équipe soignante") pour se tourner vers la création d'hôpitaux psychiatriques en ville et même de services psychiatriques au sein même des hôpitaux généraux.

Les exemples lorrains de ces services psychiatriques intégrés sont ceux du C. H. R. de Nancy, de l'hôpital de Thionville, de l'Hôpital local de Rambervillers, de l'Hôpital local de St Nicolas de Port où encore du Centre Hospitalier de Verdun.

..//..

1) Extrait de l'arrêté préfectoral du département de la Moselle du 14 mars 1978 déterminant le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales.

Si ces services peuvent fonctionner - quoi que de taille forcément réduite, ils doivent poser certains problèmes quant aux malades chroniques qui existent encore - nous ne pensons pas qu'ils présentent un intérêt majeur et que les malades psychiatriques puissent y trouver des contacts fructueux avec les malades ou les personnels des autres services.

Par contre, nous serions favorables à l'implantation en ville d'hôpitaux psychiatriques indépendants, permettant aux malades le contact facile avec la société urbaine, tout en leur gardant un calme relatif dans un parc aménagé à leur intention.

-:-:-

							prix de
						Nbre de lits	journée 1976
Centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines (57)	137,15	1 054	90	175	Services malades difficiles	375	232,50
					rééducation alcoolique	25	241,60
					neuro-psychiatrie infantile	27	228,35
					hôpital psychiatrique ordinaire	490	137,15
					hôpital psychiatrique enfants	162	200,80
Centre hospitalier spécialisé de Ravenel à Mirecourt (88)	137,50	1 656	90	143	malades mentaux	1 313	137,50
					neuro-psychiatrie infanto-juvénile	88	221,60
					annexe de Bazoilles (malades tranquilles)	35	69,80
					section médico-pédagogique	220	122,60
Hopital local de Rambervillers (88) - service de géronto-psychiatrie	94,80	25	45				
=====							
Etablissements privés à but lucratif (2)							
.....							
Maison de Santé Ste Marguerite -clinique neuro-psychiatrique à Novéant (57)	174	52	70	30			
"Mon Repos" à Rasey-Xertigny (88) convalescents neuro-psychiatriques		30	100	42			
Institution J.B. Thiery à Maxéville (54)		140			service d'enfants uniquement	18 lits de psychiatrie active	
						15 lits d'hôpital de jour	
						20 lits de psychiatrie chronique	
=====							

1) Selon le Républicain Lorrain du 8 novembre 1977 (article de V.R. sur l'inauguration de la seconde tranche du Centre psychothérapique de Jury lès Metz (57) par M. Deleplanque, Préfet de Moselle, Préfet de Région) 450 lits y étaient alors ouverts et ce chiffre devait être porté à 573 à la fin de 1978 - L'occupation de l'ensemble devrait être complète au début de 1980. Lors de notre visite au Centre de Jury en 1976, seuls 320 lits étaient en fonction, faute de personnel.

Lorsque l'établissement sera achevé, la répartition des 750 lits serait la suivante : 600 lits pour les malades mentaux adultes 50 lits pour les arriérés profonds adultes, 48 lits pour la neuro-psychiatrie infantile, 25 lits pour la rééducation des alcooliques et 27 lits pour les arriérés profonds enfants.

2) Aucun établissement hospitalier psychiatrique privé à but non lucratif, sauf l'Institution J.B. Thiery à Maxéville (enfants), n'a pu être trouvé en Lorrainé, et seuls des établissements privés à but lucratif ont été mis en évidence. Il y a donc, dans notre région, désintérêt du secteur privé pour ce genre de malades; ce n'est peut-être pas le cas de toutes les régions, notamment en région parisienne où il existe de nombreuses cliniques psychiatriques privées. Peut-on y voir là une influence du niveau de vie moyen ?

../..

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE :

TEXTES DE LDIS - ARRETES et CIRCULAIRES ORGANISANT
LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE

1) En Lorraine

- Arrêté préfectoral du Département de Meurthe & Moselle en date du 11 janvier 1974 fixant le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales modifié par l'Arrêté préfectoral du 16 février 1977.

- Arrêté préfectoral du Département de Moselle N° 72-861 du 11 décembre 1972, fixant le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, modifié par l'Arrêté départemental N° 78-D. A. S. S. /II/2-269 en date du 14 mars 1978.

- Arrêté préfectoral du Département des Vosges en date du 10 juin 1974 fixant le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales
- en cours de modification -

- les différentes conventions passées entre les établissements hospitaliers ou médico-sociaux et le département - ou entre eux-mêmes - pour l'exécution des différents règlements départementaux.

../..

TEXTES OFFICIELS SE RAPPORTANT A LA MISE EN PLACE
DE LA POLITIQUE DE SECTORISATION EN MATIERE
DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES

- Circulaire ministérielle en date du 15 mars 1960

La note ci-incluse résume l'exposé des motifs ainsi que les objectifs de cette circulaire de base qui fut complétée par les circulaires et arrêtés suivants :

- Circulaire ministérielle N° 208 du 28 mai 1963 prévoyant en son chapitre VII, l'amélioration des installations hospitalières existantes ou la création de lits permettant d'avoir recours aux techniques psychiatriques modernes et la mise en place des organismes extra-hospitaliers nécessaires (Dispensaires - Hôpitaux de jour - Foyers de post-cure - Ateliers thérapeutiques).
- Circulaire ministérielle du 27 août 1963 - RSP 63-36 - N° 7099, relative aux mesures particulières à prendre dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales en ce qui concerne les arriérés profonds et les déments séniles.
- Circulaire ministérielle N° 8 du 16 janvier 1969 - RSP 69-5 N° 13220, relative au traitement des malades mentaux.
- Circulaire ministérielle N° 12 du 24 janvier 1969 - RSP 69-6 N° 13253 relative à la bisexualisation des Hôpitaux psychiatriques.
- Arrêté en date du 6 mai 1970 - RSP 70-23 N° 14771 se rapportant à la formation du personnel soignant du secteur psychiatrique.
- Circulaire N° 148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie (non parue au J.O.) parue au Bulletin du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale - SP-SS 6/71 - 215.

- Arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies (J.O. du 21 avril 1972)

- Circulaire ministérielle en date du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies (J.O. du 21 avril 1972)

- Circulaire ministérielle en date du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents (J.O. du 21 avril 1972).

- Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique (non parue au J.O.) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale SP-SS 74/30-7152.

- Circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile (non parue au J.O.) parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale SP-SS 74/30 - 7153

- D'autre part, la protection des malades mentaux - Protection de la personne et des biens - est assurée par
 - la Loi du 30 juin 1838, codifiée sous les articles L 326 à 355 du Code de la Santé Publique.
 - la Loi du 3 janvier 1968 sur les "incapables majeurs" N° 68-5 - qui a fait l'objet de la circulaire du Ministère de la Santé en date du 8 septembre 1972 et du Ministère de l'Economie et des Finances du 29 septembre 1972.
 - La loi sur le traitement des toxicomanes aux stupéfiants N° 70-1320 du 31 décembre 1970 a fait l'objet de 2 circulaires du 29 mars 1972, visant l'organisation sanitaire et les mesures financières.
 - la loi N° 54-439 du 15/04/1954 concerne les toxicomanes à l'alcool Elle a été codifiée sous les articles L 355-1 à L355-13 du Code de la Santé Publique.

Chapitre C - 8 - LES SECOURS d'URGENCE - LA REANIMATION
 ET LES SOINS INTENSIFS EN LORRAINE :
 UNE GRANDE DISPARITE D'IMPLANTATION

Les secours d'urgence sont le type même du service hospitalier qui doit être organisé selon un découpage géographique précis, car les moyens qu'ils nécessitent sont rares, sophistiqués et onéreux. Ils doivent donc être concentrés et sont, pour ces raisons, d'implantation/généralement urbaine. Mais la rapidité d'action, due à leur rôle, implique qu'en quelque point du territoire, on sache toujours de quel service hospitalier dépend le malade : le découpage géographique est donc primordial, mais sous entend l'organisation de transports médicaux d'urgence.

Quels sont donc les établissements susceptibles de posséder des services d'urgence, de réanimation ou de soins intensifs ?

La loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970, dite loi "portant réforme hospitalière" distingue (Article 4) les établissements hospitaliers privés ou publics, selon leurs missions :

- Les Centres hospitaliers, s'ils ont pour mission principale les admissions d'urgence, les examens de diagnostic....
- Les Centres de convalescence, cure ou réadaptation, s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

Le décret ministériel N° 72.1078 du 6 décembre 1972 (1), pris en application de la loi, classe les établissements publics et privés, selon leur importance, leur équipement, leur spécialisation et leur fonctionnement médical. Il distingue notamment les Centres Hospitaliers Régionaux et les Centres Hospitaliers Généraux qui doivent, les uns comme les autres, posséder des unités d'accueil et de réception des urgences, de réanimation, d'anesthésiologie, de transfusion sanguine, de radiodiagnostic, etc...

..//..

1) Code de la Santé Publique, de la Famille et de l'Aide Sociale, édition Dalloz 1977, P. 805 et suivantes.

L'urgence apparaît donc comme l'une des préoccupations majeures de la loi. Mais qu'est-ce qu'une urgence ? Elle peut se diviser en deux parties, techniquement et chronologiquement distinctes :

- la prise en charge du malade ou du blessé, lors de l'"accident" (1)
- les soins urgents et spéciaux à lui administrer.

a) la prise en charge de l'accidenté :

Elle est toujours l'oeuvre d'un médecin qui oriente le malade vers le service hospitalier compétent. Au chevet du malade, il peut et souvent il souhaite être aidé par deux structures différentes et complémentaires, qui, sans être présentes partout en France, commencent à se généraliser : le S. A. M. U. et le S. M. U. R., sans parler des différentes ambulances.

Le "S. A. M. U.", ou Service d'Aide Médicale Urgente, est un organisme centralisateur qui "gère" les disponibilités en lits dans les services de réanimation, de soins intensifs ou plus généralement d'accueil. C'est schématiquement une sorte de standard où l'on peut s'adresser pour orienter l'accidenté d'un secteur géographique donné vers le service hospitalier qui l'accueillera.

Le "S. M. U. R." constitue le "bras actif" du S. A. M. U., si l'on considère que ce dernier comprend une "tête" directrice : son standard téléphonique et un "bras" actif : le S. M. U. R. ou Service Mobile d'Urgence.

Il est chargé des transports, en particulier des transports urgents nécessitant une présence médicale et une équipe entraînée aux gestes de réanimation nécessaires dans l'immédiat. Parfois, cette équipe médicale doit être spécialisée, en particulier pour la néonatalogie et la pédiatrie.

Ni les S. A. M. U., ni les S. M. U. R. ne possèdent de moyens d'hospitalisation qui leur soient propres, ni de moyens d'accueil, ils collaborent étroitement avec tous ces services. Ils permettent le meilleur emploi de tous les moyens hospitaliers dont ils connaissent la disponibilité.

.. / ..

1) Nous prenons le terme "accident" dans son sens le plus large, c'est-à-dire dans celui d'évènement, ici tout évènement grave advenu à la santé.

b) Les soins urgents et spéciaux qui sont requis par ces malades, leur sont donnés dans le cadre de services de réanimation ou de soins intensifs.

Les malades accèdent dans ces services, soit par ambulance, soit après un transfert interne à l'hôpital (exemple : d'un service de médecine générale vers un service de réanimation; d'un service déjà spécialisé comme la cardiologie vers un service de réanimation spécialisée, comme la réanimation cardiologique

Mais qu'entend-on par services ou unités de réanimation ? "La réanimation (1) est définie comme la suppléance d'une ou plusieurs fonctions vitales dont la défaillance menace le pronostic et dont on peut raisonnablement espérer la réversibilité. Les unités de réanimation multidisciplinaire et ces unités de réanimation spécialisée".

Donc, à côté du service de réanimation générale, c'est-à-dire sans spécialité particulière (dont le type est le service du professeur LARCAN au C.H.U. de Nancy), nous pouvons trouver des services de réanimation ou de soins intensifs de services très divers :

- chaque service de chirurgie a quelques lits de réanimation
- réanimation pédiatrique générale
- réanimation néo-natale
- réanimation cardiologique
- réanimation neurochirurgicale
- réanimation neuro-respiratoire
- réanimation respiratoire...
- réanimation gériatrique (C.H.U. à Brabois)
- réanimation néphrologique

Nous avons essayé de les dénombrer en Lorraine et ceci est l'objet des tableaux ci-joints. La Lorraine comprend donc 411 lits de réanimation ou soins intensifs publics et 177 privés, dont 50 dans les établissements à but lucratif. Dans les établissements privés, il s'agit généralement de lits de réanimation médico-chirurgicale (ou réanimation générale) adjoints à un service de chirurgie générale, traumatologique ou encore de réanimation néo-natale.

../..

1) in "Revue du Praticien" Tome XXVII - N° 28 du 15 mai 1977 - page 1821
L'"organisation hospitalière des soins en réanimation".

Pour ce qui concerne les établissements publics la spécialisation des services de réanimation est trouvée plus fréquemment :
"réanimation cardiaque" :

<u>Nom de l'Etablissement</u>	<u>Nombre de lits</u>	
C. H. de Verdun	5	en 1977/1978
C. H. d'Epinal	6	"
C. H. de Remiremont	4	"
C. H. de Sarreguemines	6	"
C. H. de Bar le Duc	3	"
C. H. R. Metz Thionville		
Thionville	8	"
Metz	6	"
C. H. de Sarrebourg	?	
C. H. U. de Nancy	15	"
Clinique N. Dame à St Dié (p. b. l.)	5	"
	<u>58</u>	en 1977/1978

"Réanimation néo-natale"

C. H. spécialisé : Maternité Régionale de Nancy	10	en 1977/1978
C. H. R. de Metz-Thionville		
Thionville	12	"
Metz	6	"
Association Hospitalière du Bassin de Longwy (p. b. n. l.)	22	"
Hôpital Clinique Claude Bernard (-p. b. l.)	3	"
C. H. Verdun	?	
C. H. Remiremont -C. H. Epinal	?	
	<u>53</u>	en 1977/1978

"Soins intensifs pour Grands Brûlés"

C. H. R. Metz Thionville		
Metz	18	en 1977/1978
Hôpital de Freyming-Merlebach (p. b. n. l. -A. S. S. M.)	<u>10 lits</u>	"
	28	en 1977/1978

N. B. un point d'interrogation dans un tableau indique qu'il existe de tels lits de réanimation dans cet établissement hospitalier, mais que nous n'en avons pu obtenir le nombre exact.

Le reste des lits de réanimation que nous avons recensés en Lorraine (588 en tout) sont constitués par des lits de réanimation médico-chirurgicale, c'est-à-dire des lits polyvalents pour adulte. En effet, les services de réanimation spécialisée sont des services très contraignants, réclamant une présence médicale 24 heures sur 24, une équipe para-médicale nombreuse, de haute formation et toujours à "pied d'oeuvre" et un gros équipement en matériel lourd. C'est pourquoi, les services de réanimation sont surtout le fait des grands ensembles hospitaliers : les petits n'en ayant pas les moyens.

C'est ainsi que l'on voit se développer dans les grands Centres Hospitaliers de petits services de réanimation spécialisée qui ne sont parfois que quelques lits adjoints à un service plus "classique", ils constituent alors ce que l'on appelle dans le jargon médical "un secteur chaud", citons par exemple, le très récent service de réanimation gériatrique au C. H. U. de Nancy-Brabois.

En ce qui concerne les services de réanimation, pris dans leur ensemble, nous avons pu noter une grande disparité géographique en Lorraine. Reportons-nous pour visualiser cela, au tableau ci-joint. Les secteurs de :

Meuse (1 & 5)	totalisent 4,1 % des lits lorrains
Meurthe & Moselle (2 - 6 - 8)	totalisent 55,78% des lits lorrains
Moselle (3.4.7.)	totalisent 32,25 % des lits lorrains
Vosges (9.10.11.12)	totalisent 7,48 % des lits lorrains

Nous retrouvons ici la grande concentration des lits de pointe en Meurthe & Moselle et en Moselle, puisqu'à eux deux, ces départements totalisent 88 % des lits lorrains de réanimation et soins intensifs, ce qui est très important, si l'on considère que la population de ces 2 départements n'est que de 74 % de la population lorraine.

La plus forte distorsion concerne évidemment la Meurthe & Moselle puisqu'avec 31,16 % de la population lorraine, elle totalise 55,78 % des lits de soins intensifs et de réanimation. Quant à la Moselle, elle ne possède que 32,25% des lits pour une population de 43,02 %.

Il semble bien qu'il y ait ici une aberration et que l'on puisse la relier à l'implantation en Meurthe & Moselle du Centre Hospitalier et Universitaire et à l'attraction qu'il exerce sur le corps médical (celui-ci venant implanter ses cliniques privées à proximité. Cette carence en lits de soins intensifs et de réanimation, accompagne le fait que, dans les secteurs fortement industrialisés, ou miniers, le secteur public soit nettement minoritaire - le service de santé étant surtout assuré par le secteur privé (non lucratif).

Le secteur de Briey (N° 2) - qui a les mêmes caractéristiques socio-professionnelles que les secteurs miniers mosellans - suit leur exemple et ne possède aucun lit public de réanimation ou de soins intensifs (pour plus de précision, on se reportera au tableau recensant le nombre de lits par secteur de la carte sanitaire M. C. O. et selon la forme juridique de l'établissement auquel ils appartiennent).

N° secteur	% de lits publics sur le total du secteur	% de lits de ce secteur sur le total lorrain
------------	--	---

En Meurthe & Moselle , en 1977/1978

2	0	7,9
6	91,04	45,5
8	71,4	2,38

Le nombre de lits total y est fort, mais relativement peu dispersé, concentré surtout dans le secteur de Nancy, les secteurs de Briey et Lunéville n'atteignant ensemble qu'environ 10 % du potentiel lorrain

En Moselle , en 1977/1978

3	61	21,4
4	31	8,3
7	66	2,55

Le nombre total de lits est très moyen, puisqu'il constitue 32,25% du potentiel lorrain, mais la dispersion y est beaucoup plus grande. Le secteur le mieux pourvu est celui de Metz-Thionville où est implanté le C.H.R., viennent en suite les grosses implantations du secteur privé à but non lucratif à Freyming-Merlebach, St Avold et Forbach

Quant aux départements de Meuse et des Vosges, leur équipement en lits de soins intensifs et de réanimation est très faible et surtout de secteur public (C.H. de Verdun, Bar le Duc, Neufchateau, Remiremont Epinal).

Que penser en conclusion des services de soins intensifs et de réanimation ? Il s'agit de services hautement spécialisés nécessitant d'une part un matériel sophistiqué, onéreux à l'achat et à l'emploi, se détériorant vite, à l'obsolescence rapide et devant toujours être "à la pointe du progrès", et d'autre part, l'emploi d'un personnel médical et para-médical nombreux (parfois plus nombreux que les malades hospitalisés) pouvant effectuer les mêmes "gestes" 24 heures sur 24 et secondé par des laboratoires et services techniques également en activité 24 heures sur 24.

C'est pourquoi ces services doivent toujours se trouver dans de grands centres hospitaliers - sans toutefois que l'on assiste à des déséquilibres aussi flagrants que ceux que l'on peut voir en Lorraine entre la Meurthe & Moselle et les autres départements.

C'est pourquoi aussi on ne peut exiger que ces services soient "rentables", chose qu'ils ne font qu'avec difficulté et qu'au moyen d'une prolongation des durées de séjour (leur prix de journée étant toujours très élevé).

Seuls, les grands centres hospitaliers pouvant supporter de tels services, l'effort d'une région doit donc porter sur l'organisation optimale des services ambulanciers (S.A.M.U. et S.M.U.R.) qui doivent être médicalisés à l'extrême et posséder la plus grande technicité ambulatoire possible de manière à amener le patient le mieux et le plus rapidement possible dans un service apte à le soigner.

SOINS INTENSIFS (S.I.) - REANIMATION - prix en 1976

ETABLISSEMENTS PUBLICS

N° de secteur	Etablissement hospitalier	prix de journée 1976	Nbre de lits	réanimation à spécialisation	Durée de séjour	Taux d'occupation
1	C.H. de VERDUN	519,00	5	cardiaque		
6	C.H. spé. Mat. régionale A. PINARD - Nancy	525,60	4	médico-chirurgicale	14,63	
10	C.H. EPINAL	597,90	6	cardiaque		
5	H. ST MIHIEL	611.-	2	médico chirurgicale	5	51
4	H. de FORBACH	616.-	3	médico chirurgicale	4	37
7	C.H. de SARREBOURG	643,20	10	médico chirurgicale	4,31	95,86
8	C.H. de LUNEVILLE	657,60	10	médico chirurgicale		
6	Mat. régionale Nancy	689,80	10	néo natale		
12	C.H. REMIREMONT	705,90	18	médic. 6 chirur. 8 card. 4	8,19	75,13
9	C.H. NEUFCHATEAU	707,50	10	médico. ch.		
4	C.H. SARREGUEMINES	973.-	6	cardiaque	3,4	67,7
5	C.H. BAR LE DUC	1 012.-	8	card. 3 chir. 5	(1) 10,78	
4	C.H. SARREGUEMINES	1 051.-	6	médico. ch.		
3	C.H. Bel Air Thionville	1 116.-	2 2 12 8 8	pédiatrie curiethérap. néo natale médico ch. cardiaque		
1	C.H. VERDUN	1 269	6	chirurgie & néo natale		50,58 ⁽²⁾
7	C.H. SARREBOURG	1 413,40		cardiaque (stimulateur)		
3	C.H. METZ	1 475,50	18 16 6 5	grds brûlés médico ch. cardiaque urgences		
6	Traitement Haute Technicité Nancy C.H.U.	2 523.-	168	divers	12,91	146,78
6	Réa C.H.U.	2 523	57	méd. 34 chir. 12 urgences 11	10,47	71,84
6	H. PONT A MOUSSON.		5	médico-ch.		
5	H. COMMERCY				3	
	TOTAL		411		81,07	
	MOYENNES				8,1	72,57

1) : de cardio : 5,57

2) = de cardio 39,72

N.B. "Médico ch". : réanimation médico chirurgicale pour adulte
il s'agit de la réanimation générale usuelle.

SOINS INTENSIFS (S. I.) - REANIMATION - prix en 1976

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF

° de secteur	Etablissement hospitalier	prix de journée 1976	Nbre de lits	réanimation à spécialisation	Durée de séjour	Taux d'occupa- tion
	Cl. Notre Dame ST DIE	318,08	5	cardiaque		
10	Cl. St Pierre FOURIER EPINAL	331,45	5	médico ch.		
6	Cl. Ste Lucie NANCY	407,09	3	médico-ch.		58,9
6	Cl. Ambroise Paré Nancy	410,29	4	médico ch.		
6	Cl. du Montet NANCY	417,74	5	médico ch.		
8	Cl. J. d'Arc Lunéville	418,84	4	médico ch.		
5	Cl. du Parc Bar le Duc	457,20	4	médico ch.		
3	Cl. Claude Bernard Metz	488,15	8	médico ch.		
			3	néo natale		
6	Polyclinique GENTILY	646.-	6	médico ch.		
4	Cl. St Nabor ST AVOLD	662.-	6	médico ch.		
	Total.....		53			

SOINS INTENSIFS (S.I.) - REANIMATION - prix en 1976

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

P de teur	Etablissement hospitalier	Prix de journée 1976	Nbre de lits	réanimation à spécialisation	Durée de séjour	Taux d'occupa- tion
	H. Belle Isle METZ	271,80	10	médico ch.		
3	H. Ste Blandine METZ	319.-	13	médico ch.		
3	Cl. Ste Elizabeth THIONVILLE	333,15	4	médico ch.		
3	H. St André METZ	368,55	7	médico ch.		
3	H. Ste Croix METZ	404.-	4	médico ch.		
2	Ass. H. du Bassin de LONGWY	579,90	39	néo nat. 22 méd. ch. 17	4,73	67
	Cl. Traumatolo Nancy	700.-	6	médico ch.		
	Ass. H. ch. BRIEY	875,95	8	médico ch.		
	A.S.S.M. FREYMING	1 006.-	5 10	médico ch. grds brûlés		
	Hospital or ST AVOLD	1 011,20	7	médico ch.	4,3	126,6
	Hospital or FORBACH	1 012,65	6	médico ch.	4,8	70,4
	H. St Joseph Phalsbourg		5	médico ch.		
	Total		124		13,83	
	Moyennes				4,61	88

SOINS INTENSIFS - REANIMATION

Nombre de lits par Secteur et Forme Juridique

N° de secteur	Etab. publics	% nbre de lits publics / nbre de lits total du secteur	Etab. privés Lucratifs	Ets privés non lucratifs	Total privés	% des différents secteurs en Lorraine	Total quelle que soit la forme juridique
1	11	100 %	-	-	-	1,8	11
2	-	0	-	47	47	7,9	47
3	77	61 %	11	38	49	21,4	126
4	15	31 %	6	28	34	8,3	49
5	10	71,4%	4	-	4	2,3	14
6	244	91,04%	18	6	24	45,5	268
7	10	66 %	-	5	5	2,55	15
8	10	71,4 %	4	-	4	2,38	14
9	10	100 %	-	-	-	1,70	10
10	6	54,5	5	-	5	1,87	11
11	-	0	5	-	5	0,85	5
12	18	100 %	-	-	-	3,06	18
	411		53	124	177		588

TITRE D - LA CHIRURGIE EN LORRAINE
L'EQUIPEMENT TECHNIQUE & LES PRIX DE JOURNEE

Nous avons pu recenser en Lorraine 6491 lits de chirurgie, qu'il s'agisse de chirurgie générale ou de chirurgie spécialisée. Mais ceux-ci se répartissent de façon variée, selon les différents secteurs lorrains,

En effet, la chirurgie - comme l'obstétrique et la gynécologie ou bien la médecine et les spécialités médicales - fait partie intégrante de la carte sanitaire et donc de la planification M. C. O.

Les secteurs sanitaires de chirurgie sont en effet au nombre de 12 et en pratique, comme selon les indices ministériels, le nombre de lits chirurgicaux varie beaucoup, ainsi que l'indiquent les tableaux récapitulatifs ci-joints ⁽¹⁾.

Les indices ministériels recommandés pour la chirurgie ont varié comme ceux que nous avons eu l'occasion d'étudier pour la médecine et l'obstétrique. Voici quelle a été leur évolution :

Evolution des indices lits/population en chirurgie

Indices lits/1000 habitants		Observations
au 31 octobre 1975	au 15 avril 1977	

a) secteurs de plus de 150 000 habitants :		
2,3	de 1,9 à 2,3	N° 2 - Briey N° 3 - Metz Thionville N° 4 - Boulay - Forbach - St Avold - Sarreguemines N° 6 - Nancy - Pont à Mousson Toul
b) secteurs de moins de 150 000 hab.		
2,0	de 1,6 à 2,0	N° 1 - Verdun N° 7 - Sarrebourg - Dieuze N° 8 - Lunéville N° 9 - Neufchateau - Vittel N° 10 - Epinal N° 11 - St Dié N° 12 - Remiremont - Gérardmer
c) ancienne exception : Secteur N° 5		
2,2	de 1,6 à 2,0	N° 5 - Bar le Duc - Commercy St Mihiel

L'indice supplémentaire concernant les lits à fonction C. H. U. est de 0,2 ‰ à appliquer sur la totalité de la population lorraine

1) cf. p. 294 et
P. 296

CHIRURGIE & SPECIALITES CHIRURGICALES - Nombre de Lits en 1976-1977

-:--:--:--

Sec- teur N°	Intitulés des Secteurs	Etablis- sements publics	Etablissements privés		Total *	Arrêté Ministériel du 31/ 10/ 1975		Arrêté Ministériel du 15/04/ 1977	
			à but lucratif	à but non lucratif		Indices fixés	Nombre de lits corres- pondants -	Nouveaux indices fixés	Nombre de lits correspondants
1	Verdun/Meuse	167	65	8	240+	2,0	183	1,6 à 2,0	146 à 183
2	Briey	90	47	325	462+	2,3	425	1,9 à 2,3	351 à 425
3	Metz/Thionville	526	260	898	1 684+	2,3	1 361	1,9 à 2,3	1 124 à 1 361
4	Boulay/Forbach St Avbld/Sarregue- mines	353	79	559	991+	2,3	768	1,9 à 2,3	634 à 768
5	Bar le Duc/Commercy St Mihiel	163	92	-	255+	2,2	248	1,6 à 2,0	180 à 225
6	Nancy Pont à Mousson Toul	965	516	187	1 668+	2,3	1 102 466	1,9 à 2,3	910 à 1 102 + 466 1 376 à 1568
7	Sarrebourg-Dieuze	87	-	58	145-	2,0	154	1,6 à 2,0	124 à 154
8	Lunéville	85	62	-	147+	2,0	125	1,6 à 2,0	100 à 125
9	Neufchateau/Vittel	215	-	-	215+	2,0	155	1,6 à 2,0	124 à 155
10	Epinal	59	282	-	341+	2,0	282	1,6 à 2,0	226 à 282
11	St Dié	130	28	-	158-	2,0	173	1,6 à 2,0	138 à 173
12	Remiremont/Gérardmer	185	-	-	185	2,0	186	1,6 à 2,0	149 à 186
Total Lorraine		3 025	1 431	2 035	6 491+	2,41	5 628	2,0 à 2,40	4 672 à 5 605

* Les signes + et - placés après les totaux indiquent si ces secteurs sont excédentaires ou déficitaires par rapport à l'arrêté ministériel du 31 octobre 1975 ; les secteurs n'ayant pas de signe ont un nombre de lits égal à celui prévu par la carte sanitaire ministérielle.

L'application des nouveaux indices conduirait en Lorraine à posséder pour la chirurgie de 4 672 à 5 605 lits dont 466 lits à vocation régionale. A première vue, il semblerait donc que la Lorraine ait un surplus de lits chirurgicaux puisque lors de notre enquête, nous avons pu en dénombrer 6 491, mais il nous faut en l'occurrence être très prudents et penser que, malgré l'attribution d'indices ministériels à vocation nationale, la réalité vécue - et à prendre en considération - est celle de chaque secteur et de ses conditions de vie.

L'indice moyen - ministériel - applicable à l'ensemble de la population serait donc de 1,80 à 2,20 lits de chirurgie pour 1000 habitants, plus 0,20 lits à vocation régionale (soit au total de 2,00 à 2,40). Or, avec 6 491 lits, nous obtenons un indice réel de 2,78 ‰.

Notons (1) qu'en ce domaine, la modification apportée a consisté seulement à abaisser l'indice minimum de la fourchette : l'objectif est double :

- répondre aux cas de secteurs où les indices précédents paraissaient trop élevés, compte-tenu des besoins qui restaient à couvrir et des coefficients de fonctionnement des établissements;
- avoir, grâce à un élargissement des branches de la fourchette, une souplesse d'appréciation plus grande quant au niveau à retenir dans chaque secteur".

Ainsi était recherché le plein emploi des équipements de chaque établissement et une meilleure adéquation aux réalités locales, en distinguant bien que le "lit chirurgical" a une "finalité" médicale de suite opératoire et de prolongement de la salle d'opération, les soins complémentaires pouvant et devant être assurés ailleurs.

Voyons donc quelle est la répartition sectorielle des lits chirurgicaux lorrains :

../. ..

1) Circulaire ministérielle N° 316 du 6 juin 1977, relative à la carte sanitaire des moyens d'hospitalisation en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (modification des indices de besoin) - non parue au Journal Officiel Parue au Bulletin officiel du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale SP-SS 77/27 - 13048 - Page 3

Secteur N°	Intitulé des secteurs	Nbre total lits chirurgicaux	Indice réalisé pour 1000 hab *
1	Verdun-Meuse	240	2,6 +
2	Briey	462	2,5 +
3	Metz-Thionville	1 684	2,8 +
4	Boulay Forbach St Avold Sarreguemines	991	3,0 +
5	Bar le Duc - Commercy St Mihiel	255	2,3 +
6	Nancy - Pont à Mousson Toul	1 668 y com- pris les lits à vocation régionale	3,5 +
7	Sarrebourg Dieuze	145	1,9
8	Lunéville	147	2,4 +
9	Neufchâteau Vittel	215	2,8 +
10	Epinal	341	2,4 +
11	St Dié	158	1,8
12	Remiremont-Gérardmer	185	2,0
	Total Lorraine	6 491	2,8

* Les signes "+" placés après les indices réalisés indiquent que ces secteurs sont excédentaires par rapport à l'arrêté ministériel du 15 avril 1977. Les secteurs dont les indices ne sont pas suivis d'un signe se situent dans la norme ministérielle. Aucun secteur n'est déficitaire.

../..

La Lorraine est globalement bien - voire trop - pourvue en lits chirurgicaux. Les secteurs qui présentent les indices lits/population les plus forts sont

d'une part : le secteur 6 : Nancy, Pont à Mousson, Toul, où se trouvent le Centre Hospitalier et Universitaire et la majorité des cliniques privées dont l'implantation est conditionnée par la présence du C.H.U. et de la Faculté de médecine,

et d'autre part : le secteur 4 : Boulay; Forbach, St Avold, Sarreguemines, grosse région industrielle où les accidents du travail sont malheureusement graves et fréquents, et où l'infrastructure chirurgicale privée est importante.

Viennent ensuite les secteurs de Metz-Thionville (N° 3) où est implanté le C.H.R. Nord Métropole Lorraine, et de nombreuses cliniques privées à but non lucratif, ainsi que le secteur de Neufchâteau -Vittel (N°9) dont l'indice fort tire une de ses origines de la déperdition de population qu'il enregistre depuis quelques années.

Les secteurs les moins pourvus étant les secteurs vosgiens de St Dié (N° 11) et de Remiremont Gérardmer (N° 12) et le secteur de Sarrebourg-Dieuze (N° 7), ce dernier secteur essentiellement rural et proche de Nancy n'incitant pas les investissements chirurgicaux.

Quant aux secteurs vosgiens précités, ils présentent des indices faibles pour deux raisons :

- le secteur déodacien possède quelques cliniques chirurgicales privées mais celles-ci sont de petite taille, et un seul établissement public ayant un service de chirurgie générale
- le secteur de Remiremont Gérardmer se trouve mieux pourvu, grâce au Centre Hospitalier neuf de Remiremont, mais ne possède à côté de cela qu'un service à vocation modeste à l'Hôpital de Gérardmer.

Ces secteurs dont la population est faible et sans cesse diminuante sont modestement pourvus de lits chirurgicaux par rapport à la moyenne lorraine, tout en se situant au dessus des normes ministérielles.

Considérons à présent l'appartenance juridique et financière de ces lits chirurgicaux, à savoir la répartition "privé-public" selon les secteurs lorrains. Nous aborderons cette étude par l'approche quantitative (cf le tableau ci-après) pour ensuite nous pencher sur la qualification différentielle de ces lits.

Les lits chirurgicaux selon leur appartenance juridique

N° de secteur	Intitulé de secteurs	N O M B R E D E L I T S					% représenté par les lits privés
		Publics	privés à but lucratif	privés à but non lucratif	total de lits privés	total de lits chirurgicaux	
1	Verdun Meuse	167	65	8	73	240	30
2	Briey	90	47	325	372	462	80
3	Metz-Thionville	526	260	898	1 158	1 684	69
4	Boulay - Forbach St Avold Sarreguemines	353	79	559	638	991	64
5	Bar le Duc -Commercy St Mihiel	163	92	-	92	255	36
6	Nancy - Pont à Mousson Toul	965	516	187	703	1 668	42
7	Sarrebourg - Dieuze	87	-	58	58	145	40
8	Lunéville	85	62	-	62	147	42
9	Neufchateau Vittel	215	-	-	-	215	0
10	Epinal	59	282	-	282	341	83
11	St Dié	130	28	-	28	158	18
12	Remiremont Gérardmer	185	-	-	-	185	0
	Région Lorraine	3 025	1 431	2 035	3 466	6 491	53

Remarquons d'emblée qu'il existe en Lorraine plus de lits chirurgicaux privés que publics. La grosse majorité de ces lits chirurgicaux privés se situant dans des établissements privés à but non lucratif (59%). Nous retrouvons là une caractéristique fondamentale de la Lorraine qui est

la région française possédant proportionnellement le plus de lits privés à but non lucratif.

Nous considérerons ensuite deux séries de secteurs ayant de même plus de 50 % de lits chirurgicaux privés. Il s'agit d'une part des secteurs 2 (Briey), 3 (Metz-Thionville) et 4 (Boulay-Forbach St Avoild - Sarreguemines) et d'autre part, du secteur 10 (Epinal).

En ce qui concerne la première série, et sans revenir dans le détail d'une étude sociologique que nous avons déjà faite plus haut, nous soulignerons que ces secteurs représentent les zones minières et industrielles de la Lorraine du Nord et que la part représentée dans le total des lits chirurgicaux par les lits privés à but non lucratif est respectivement de 70%, 53% et 56%. Nous verrons là une influence des structures socio-professionnelles et la forte implantation des Hôpitaux dits "des mines".

Pour ce qui est du secteur 10 (Epinal), la situation est bien différente et si 83 % des lits chirurgicaux de ce secteur sont représentés par lits privés, il s'agit ici de lits privés à but lucratif, ce secteur ne possédant aucun lit chirurgical privé à but non lucratif.

Nous assistons là à la relève d'un secteur public trop faible, par le secteur privé; mais, contrairement à ce qui se passe dans la Lorraine du Nord, c'est ici l'entreprise privée à but lucratif qui s'est attribué la tâche de pallier ce déficit. Les cliniques privées à vocation chirurgicale - créées pour la majorité d'entre elles depuis 20 ans - ont assuré les soins chirurgicaux que l'Hôpital public d'Epinal, trop vétuste, ne pouvait assumer. En fait, ce vieil hôpital n'a été abandonné qu'en 1967 au profit d'un nouvel hôpital, et encore ne possède-t-il qu'un service de chirurgie de 59 lits. Ainsi, ce n'est pas par hasard que de si nombreuses cliniques chirurgicales privées à but lucratif se sont créées à Epinal, mais bien parce que le besoin s'y faisait sentir, vue la carence du secteur public et l'absence du secteur privé à but non lucratif. (Les Vosges ne connaissent pas de grandes organisations ouvrières, ni de grandes fondations religieuses).

Ces cliniques privées de taille variable mais généralement assez importante (cf. tableau ci-joint) ont éprouvé, il y a quelques années, le besoin de se grouper en une société commune afin notamment de ne pas se faire une concurrence, qui, en empêchant la diversité des services, ne serait pas au profit des malades.

Les secteurs qui ont un pourcentage de lits privés faible, voire même nul, sont ceux qui sont peu fournisseurs d'emploi et dont le chiffre de population diminue. Il s'agit des secteurs meusiens (1 : Verdun/Meuse et 5 : Bar le Duc/Commercy/St Mihiel) et vosgiens (9 - Neufchâteau/Vittel et 12 Remiremont/Gérardmer).

Nous nous devons de noter à nouveau le cas particulier du 6ème secteur, à savoir celui de Nancy/Pont à Mousson/Toul, qui arrive en second pour sa capacité en lits chirurgicaux privés (703 lits contre 1 158 dans le secteur 3). Car, ayant aussi de nombreux lits chirurgicaux publics, la part du secteur privé paraît proportionnellement plus faible.

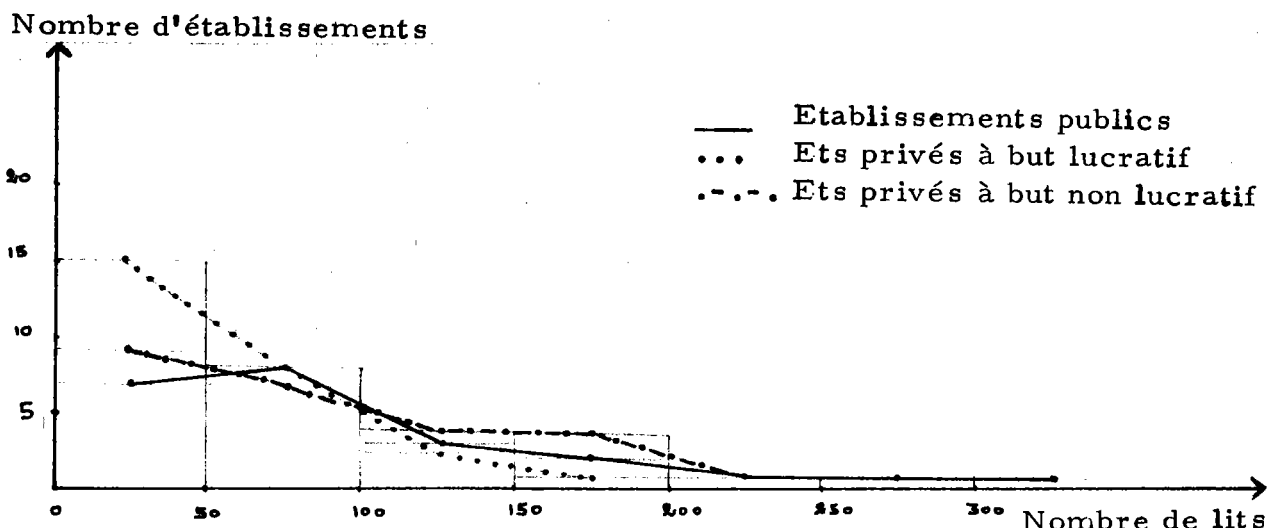
Il n'est pas étonnant de constater que ce secteur est celui qui possède le plus de lits chirurgicaux privés à but lucratif et aussi le plus de lits chirurgicaux publics : nous y verrons là la taille des services du C. H. U. de Nancy et l'attraction que sa présence exerce sur les cliniques privées à but lucratif.

Ces lits chirurgicaux ainsi répartis entre le secteur privé et le secteur public, il nous a paru utile d'étudier leur groupement en service, c'est-à-dire d'analyser la capacité moyenne chirurgicale, selon l'appartenance juridique.

La capacité chirurgicale des établissements publics lorrains varie de 20 à 444 lits, voire même 853 si l'on ajoute pour le C. H. U. de Nancy la chirurgie générale et les spécialités chirurgicales, comme on a pu le faire pour les autres établissements.

La capacité chirurgicale - en lits - des établissements privés à but lucratif varie de 5 à 167 et celle des établissements privés à but non lucratif de 8 à 218 lits. Si l'on classe ces différents établissements selon leur capacité en lits chirurgicaux, on note quelques différences de répartition : le mode, c'est-à-dire la classe la plus souvent représentée, se trouve pour les établissements publics parmi les établissements

comprenant 50 à 100 lits chirurgicaux, alors que pour les deux catégories d'établissements privés, il se situe parmi les établissements ayant de 0 à 50 lits de chirurgie, quelque soit la spécificité de cette chirurgie.



Les établissements comprenant de très nombreux lits chirurgicaux (capacité supérieure à 200) étant soit publics, soit privés à but non lucratif, nous remarquons de même que les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif suivent grossièrement une répartition similaire suivant les classes que nous avons définies. En effet, pour un nombre d'établissements recensés voisin (24 établissements publics, 26 privés à but lucratif et 25 privés à but non lucratif) 63 % des établissements publics et 64 % des établissements privés à but non lucratif ont de 0 à 100 lits chirurgicaux, alors que pour les établissements privés à but lucratif, il s'agit de 88,5 % d'entre eux (29 % des établissements publics ont moins de 50 lits, 36 % des établissements privés à but non lucratif contre 58 % pour les établissements privés à but lucratif). De même, en ce qui concerne les classes supérieures qui sont beaucoup mieux représentées parmi les établissements publics ou privés à but non lucratif que parmi les établissements privés à but lucratif : 20 % des établissements publics et des établissements privés à but non lucratif ont plus de 150 lits chirurgicaux contre seulement 4 % des établissements privés à but lucratif.

Il semble donc que les établissements privés à but lucratif aient généralement une capacité en lits chirurgicaux inférieure à celle des établissements publics ou privés à but non lucratif.

Sachant que la taille optimale d'un service de chirurgie se situe entre 50 et 60 lits, nous pouvons donc considérer que ces établissements privés à but lucratif ont souvent un service, voire deux services, de chirurgie, mais guère plus et qu'ils sont alors moins diversifiés au point de vue des interventions qu'ils sont susceptibles d'effectuer.

De plus, il est évident qu'une augmentation des lits de chirurgie conduit à la multiplication des salles d'opération, ce qui est évidemment fort onéreux. Les cliniques chirurgicales privées à but lucratif se contenteront donc bien souvent d'avoir un seul bloc opératoire - c'est-à-dire une salle d'intervention septique et une aseptique . (1)

Les cliniques privées à but lucratif sont donc très souvent à vocation chirurgicale, mais ne possèdent bien souvent que peu de lits et qu'un seul bloc opératoire .

Par contre, et comme le signale la Chronique Sociale de France (2) elles obtiennent un taux d'occupation très fort (102 %⁽³⁾ dans notre étude contre 85 % pour les établissements privés à but non lucratif et 65 % pour les établissements publics) et des durées de séjour faibles (environ 9 jours dans les établissements privés à but lucratif, un peu moins de 12 jours dans les établissements privés à but non lucratif et 12 jours dans les établissements publics (4) , c'est donc qu'elles se tournent vers les interventions chirurgicales de court séjour, et moins graves. ..//..

- 1) l'Annexe technique à la circulaire N° 1007 du 29 octobre 1973 parue au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé SP-SS 73/45 - 5472 - précise pour les établissements publics qu'un service de chirurgie comprenant donc un seul bloc opératoire - peut posséder 2 à 3 unités d'hospitalisation de 30 lits chacune.
- 2) Chronique Sociale de France N° 83(3) Avril-Mai 1975 - Page 15 - article de Michel Branciard.
- 3) Un tel pourcentage peut s'expliquer de 2 manières :
 - l'établissement possède plus de lits qu'il n'en déclare et donc le rapport nombre de malades/nombre de lits est exagéré.
 - lors d'une sortie ou d'une entrée de malade en cours de journée, un même lit peut être compté 2 fois, ce qui entraîne aussi un excès dans le rapport. En fait, ce genre d'erreur est généralement évité en ne comptabilisant jamais le jour de sortie du patient.
- 4) Les valeurs des taux d'occupation et des durées de séjour ont été arrondies à l'entier le plus proche.

"Pour le secteur privé, la rotation accélérée des malades en chirurgie est une garantie de rentabilité du fait des rentrées d'honoraires au tarif de "ville" qu'elle permet (1)"

Nous trouverons donc une différence de niveau technique chirurgical entre les établissements publics et même privés à but non lucratif - et les établissements privés à but lucratif.

L'étude de cet équipement technique chirurgical s'avère difficile - surtout pour des géographes - Néanmoins, nous avons essayé de saisir les différences de niveau technique en observant la présence ou l'absence de certains équipements- tests, tels

- l'amplificateur de brillance servant à effectuer certaines interventions chirurgicales sous contrôle radioscopique télévisé à la demande;
- l'équipement nécessaire à la réanimation pour adulte;
- l'équipement nécessaire à la réanimation infantile
- un laboratoire d'analyse
- un analyseur automatique

- un chromatographe : appareil servant à dissocier pour les analyser certains constituants biochimiques particuliers de l'organisme

La dissociation se fait soit sur papier, soit sur colonne en phase gazeuse

Cet appareil est très particulier et implique son utilisation par un service de médecine très spécialisé; seuls certains établissements publics en possèdent - aucun établissement privé n'en a.

L'analyseur automatique est le fait de grands établissements hospitaliers ayant à effectuer de très nombreuses analyses. Comme les établissements privés sont généralement de taille plus restreinte, peu d'entre eux en possèdent. Aucun établissement privé à but lucratif n'a de chromatographe, d'analyseur automatique ou plus généralement de laboratoire d'analyse. Il semble que, d'une part, leur plus petite taille rende ces investissements trop onéreux et peu rentables et que, d'autre part, ils ne soient pas intéressés par ce genre d'actes, et préfèrent laisser la sous-traitance des analyses biomédicales et histologique à des laboratoires privés (à but lucratif) installés "en ville".

../. ..

1) "Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales" 1972 - PP. 109 et sq
cité dans la Chronique Sociale de France.

En ce qui concerne les équipements de réanimation : les établissements privés ayant souvent une moindre spécialisation, à savoir qu'ils n'effectuent souvent que des interventions de chirurgie générale ou spécialisée pour adulte, ils ne possèdent généralement qu'un équipement de réanimation pour adulte, et rares sont ceux qui déclarent avoir une réanimation infantile.

L'amplificateur de brillance apparaît comme étant largement répandu, aussi bien dans les établissements privés que publics, bien qu'il semble qu'à nombre égal de lits de chirurgie, le secteur privé soit légèrement en retard (cf. dans le tableau, la classe des établissements ayant de 0 à 50 lits de chirurgie).

Que pouvons-nous en conclure ?

Les grands services de chirurgie se situant dans les hôpitaux publics ou privés à but non lucratif, c'est dans ces deux groupes que l'on trouve le niveau d'équipement technique le plus poussé.

D'autre part, les établissements privés préfèrent faire effectuer leurs analyses médicales par un laboratoire sous-traitant plutôt que de posséder le leur propre, contrairement aux établissements publics qui ont plus tendance à avoir un laboratoire.

Quoi qu'il en soit, au dessous de 50 lits de chirurgie, peu d'établissements ont un équipement de laboratoire, sauf s'il s'agit d'établissements comprenant d'autre part de nombreux lits de médecine.

Les établissements privés ont souvent un éventail d'actes chirurgicaux plus restreint, de sorte que rares sont ceux qui possèdent une réanimation adulte et une réanimation infantile. On trouve plus fréquemment les deux, dans les établissements publics.

En effet, quelles sont donc les spécialités chirurgicales qui jouxtent la chirurgie générale ? Elles sont de deux sortes :

- Les spécialités chirurgicales courantes :

- Chirurgie infantile
- Traumatologie - Orthopédie
- Oto-rhino-laryngologie
- Ophtalmologie
- Stomatologie
- Gynécologie

- Les autres spécialités chirurgicales :

- Urologie
- Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique
- Neuro-chirurgie

Comme nous l'avons déjà signalé , les spécialités chirurgicales sont plus variées dans les établissements publics - à côté de la chirurgie générale -

Certaines cliniques privées ont une vocation chirurgicale spécialisée, comme par exemple :

- La clinique de Traumatologie de Nancy (privée à but non lucratif- appartenant à la Sécurité Sociale)
- La clinique St André, à Vandoeuvre les Nancy (privée à but lucratif) se consacrant à la chirurgie ophtalmologique
- La clinique du Dr LAFLOTTE à Epinal, dont les 5 lits sont à vocation oto-rhino-laryngologique

Notons que les cliniques d'accouchement modernes, comme les établissements publics, doivent avoir des lits de chirurgie gynécologique et qu'en ce qui concerne les établissements publics, il ne peut y avoir de service de chirurgie dans les Hôpitaux locaux.

Pour clore ce chapitre sur l'aménagement chirurgical en Lorraine, nous nous pencherons brièvement sur les différents prix de journée qui sont pratiqués.

Notre enquête nous a permis de remarquer que dans les établissements publics, les prix de journée en chirurgie variaient en 1976 de 112 francs à 713 francs, dans les établissements privés à but lucratif : de 60 à 345 francs, et dans les établissements privés à but non lucratif de 96 à 823 francs.

Comment comprendre l'existence d'une telle dispersion et de telles différences ?

Le prix de journée comme révélateur du niveau de technicité :

"Le prix de journée afférent à l'hospitalisation des malades du régime commun correspond au prix de revient journalier prévisionnel augmenté ou diminué du déficit ou de l'excédent journalier constaté à la cloture du dernier exercice... Le prix de revient journalier prévisionnel est le quotient de la division des dépenses prévisionnelles par le nombre de journées d'hospitalisation prévues "(1)

../. ..

1) "La Tarification hospitalière " par Maryse Gadreau p. 221 Editions médicales et Universitaires.

Ainsi le prix de journée que paye le malade (1) apparait comme un prix de revient par service et grande discipline, et tient compte des budgets de l'année précédente, des dépenses certaines et probables et incluent entre autres, les dépenses d'entretien, de réparation, d'amélioration et les amortissements. L'acquisition d'un nouvel équipement technique, l'amélioration ou la modernisation (aussi appelée "humanisation") d'un service en augmentera donc le prix de journée, car leurs amortissements rentrent dans le budget.

Il est donc tout à fait normal d'observer de grosses différences entre le prix de journée de chirurgie (par exemple) d'un petit hôpital ancien et mal équipé et celui du C.H.U. de Brabois qui possède les équipements les plus sophistiqués dans des locaux neufs.

De plus, on ne sera pas étonné de constater qu'un prix de journée en chirurgie générale est inférieur à un prix de journée en chirurgie spécialisée, car le niveau technique est supérieur dans ce dernier (2)

../..

1) le prix de journée est payé par le malade ou pour lui par la Caisse de Sécurité Sociale et sa Mutuelle.

2) Maryse GADREAU note de même dans "La Tarification Hospitalière" p. 240 : "L'augmentation du volume et la diversification des soins élèvent les charges afférentes au traitement d'un malade. Cette influence est particulièrement mise en évidence par le lien qui existe entre le coût journalier moyen et le degré de spécialisation du service.

Pour une même discipline d'un même centre de soins, l'étude du C.R.E.D.O.C. (3) montre une corrélation remarquable entre degré de spécialisation du service, proportion de personnel diplômé, pourcentage des actes médicaux techniques et coût moyen de la journée d'hospitalisation.

Ainsi, à O, 178 journée de personnel par jour d'hospitalisation, 21,3% de dépenses en actes médicaux techniques, et à un coût moyen journalier de 113,98 frs en chirurgie générale, s'opposent les chiffres respectifs de 0,386, 34,1 % et 300,27 frs en chirurgie cardiovasculaire, où le coût moyen journalier de 300,27 est d'ailleurs sous-estimé par l'effet d'une durée moyenne de séjour plus forte".

3) Assistance Publique de Paris - Prix de revient 1967, cité par C.R.E.D.O.C. in "Les prix et les coûts hospitaliers dans 7 pays de la C.E.E. 1973, p. 18".

Ainsi, trouvons-nous dans le tableau récapitulatif de notre enquête le prix de journée de chirurgie le plus bas pour l'Hôpital de Pompey et le plus élevé pour le C. H. U. de Nancy, et particulièrement ses services de spécialités chirurgicales. Remarquons que juste en dessous des prix de journée du C. H. U. se situent les prix de journée des Hôpitaux de Remiremont et de Briey, qui, sans être des hôpitaux à la technicité maximale, sont néanmoins des hôpitaux neufs.

Ila été , d'autre part, reconnu que l'installation d'un équipement technique à la pointe du progrès , et donc plus perfectionné que le précédent, requiert un personnel adapté souvent plus nombreux et toujours plus spécialisé (donc plus onéreux).

Ainsi la modernisation des locaux, la mise au niveau actuel optimal des équipements techniques, la plus grande spécialisation des services et l'emploi d'un personnel d'un niveau technique supérieur contribuent à l'augmentation des prix de journée, de même qu'y contribue aussi la diminution de la durée de séjour.

Cette diminution que nous avons vue se généraliser dans les services dynamiques et modernes, entraîne - à taux d'occupation égale - une augmentation du nombre de malades et donc aussi du nombre d'actes médicaux, chirurgicaux et administratifs nombreux au début de l'hospitalisation (1)

Nous avons ainsi expliqué les grandes différences de prix de journée que nous avons pu rencontrer lors de notre enquête et schématiquement, on pourrait penser qu'un prix de journée élevé signifie une technicité optimale et peut-être des soins meilleurs (?...) En fait, un prix de journée est déterminé par tant de composants budgétaires variant selon le cas particulier de chaque établissement que la comparaison fine est impossible.

../. ..

1) - Maryse Gadreau : "La tarification Hospitalière" p. 56

"une diminution de 10 % de la durée de séjour entraîne une augmentation de l'ordre de 5 % du prix de journée, tandis que le coût par malade diminue de 5 à 8 % , selon les disciplines, ce qui, globalement, a pour effet de réduire de 0,3 % par an le coût de l'hospitalisation".

Nous nous devons de signaler ici que la notion de prix de journée a un contenu différent, dans le secteur public et dans le secteur privé. Alors que le tarif d'hospitalisation public est un tarif en deux parties : honoraires médicaux et prix de journée "tout compris", le tarif d'hospitalisation privé est généralement différencié, distinguant à côté des honoraires médicaux :

- les frais de médicaments coûteux, de salle d'opération, de salle d'accouchement, des services d'électroradiologie, d'électrothérapie, de transfusion sanguine ...
- et un prix de journée résiduel qui comprend, les frais de nourriture et d'hébergement et de médicaments courants.

Ainsi la comparaison (1) des prix de journée privé/public est rendue très difficile et n'est possible que cas par cas, après étude, d'autant plus que même les honoraires médicaux - pour un même acte - diffèrent aussi dans les deux secteurs.

Nous concluerons donc cette étude de la chirurgie en Lorraine et des équipements afférents, en rappelant que la Lorraine est globalement bien pourvue en lits chirurgicaux, que le secteur le mieux doté est celui de Metz-Thionville (N° 3), suivi de peu par celui de Nancy/Toul/Pont à Mousson (N° 6), mais que le secteur 3 a une majorité de lits privés, alors que le secteur 6 est essentiellement équipé en lits publics.

../. ..

1) L'article 276 du Code de la Sécurité Sociale, modifié par les décrets 62 147 du 5 février 1962 et 64.82 du 29 janvier 1964, instituait un système de référence : le tarif de responsabilité applicable à un établissement d'hospitalisation privé devait être déterminé par référence au prix de revient prévisionnel de la journée d'hospitalisation dans un service de même nature et présentant une activité et un équipement comparable dans l'établissement public le plus proche. Il ne pouvait, en aucun cas, lui être supérieur.

L'ordonnance du 23 septembre 1967 a supprimé cette référence, préférant l'homologation par les commissions prévues à l'article L 272 du Code de la Sécurité Sociale.

Ce sont surtout les établissements publics, puis les établissements privés à but non lucratif qui possèdent le plus de lits chirurgicaux, et c'est donc dans ces deux groupes que l'on trouvera l'équipement le plus nombreux le plus diversifié et le plus moderne. Ceci est d'ailleurs vérifié par le prix de journée moyen, entité tout à fait abstraite puisqu'elle est calculée sur des prix correspondant à des services très différents, mais qui peut néanmoins être révélateur. En effet, le prix de journée moyen en chirurgie est de

316,80 frs	dans les Etablissements publics
221,44 frs	dans les Etablissements privés à but non lucratif
161,46 frs	dans les établissements privés à but lucratif.

Bien que la notion de prix de journée ne recouvre pas les mêmes choses dans le privé et dans le public, ceci tend à affirmer que le secteur de pointe, en chirurgie, se trouve - pour la région Lorraine - dans les établissements publics. Le Privé et surtout le Privé à but lucratif, se contentent souvent des interventions chirurgicales moins importantes et ne nécessitant pas un équipement technique de pointe.

Notons enfin qu'en ce qui concerne les lits de neurochirurgie, ils n'existent que dans le public et à Nancy (100 lits) même si des interventions neurochirurgicales simples et d'urgence peuvent être réalisées en chirurgie générale.

Or, il s'avère que cet équipement est légalement nécessaire à la création d'un C.H.R., et il a donc fallu passer un accord entre le C.H.U. de Nancy et le C.H.R. Nord Métropole pour la création de ce dernier.

La capacité de Nancy s'est alors accrue de 20 lits de neurochirurgie pour satisfaire aux besoins et secondairement, sera créé un service propre au CHR Metz-Thionville. Il n'est pas envisageable de créer d'autres services de neurochirurgie dans la région, en raison des moyens techniques (neuroradiologiques, tomodynamométriques, gamma-encéphalographiques, réanimation spécialisée) et en hommes (équipe chirurgicale hautement spécialisée que cela suppose).

D'autre part, certaines interventions chirurgicales très rares, nécessitant un équipement particulier et pour lesquelles le recrutement régional serait notoirement insuffisant, ne sont pas effectuées en Lorraine. Il en va ainsi de certaines interventions de chirurgie cardiaque, et de stéréotaxie neurochirurgicale par exemple.

CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES
Prix en 1976

Etablissements Publics

Secteur N°	Prix de journée	Nbre de lits	Classement par rapport au nombre de lits décroissant	Durée de séjour	Taux d'occupation
6 Hop. de Pompey	112,00	20	24	37	63
4 Hop. de St Avold	233,50	45	21	15,3	55,7
4 Hop. de Boulay	246.-	46	20	14,09	75
6 Hop. de Toul	257,85	46	19	10,89	81,80
4 Hop. de Forbach	262,70	100	10	12 * 54	61 * 36
9 Hop. de Vittel	262,95	98	11	14	53
6 Hop. de Pont à Mousson	268,10	46	18	9	79
10 Hop. d'Epinal	272,40	59	17		
7 Hop. de Sarrebourg	273,55	87	13	8,80	82,80
5 Hop. de St Mihiel	280.-	60	16	10	52
4 Hop. de Sarreguemines	280,50	162	6	12,38	67,48
11 Hop. de St Dié	282,75	130	8	11,08	65
1 Hop. de Verdun	288.-	167	5		77,71
5 Hop. de Commercy	300.-	29	23	10	51
9 Hop. de Neufchateau	306,50	117	9	7,8	69,7
3 Hop. de Thionville	306,60	244	4		
3 Hop. de Metz	337,50	282	3	11	76,91
8 Hop. de Lunéville	341,30	85	14	8,92	46,38
12 Hop. de Gérardmer	349,90	45	22		
5 Hop. de Bar le Duc	350.-	74	15	12,11	
12 Hop. de Remiremont	374,55	140	7	6,87	55,41
2 Hop. de Briey	376,85	90	12	18	60
6 C.H.U. Nancy (ch.)	527.-	409	2	9,13	76,77
6 C.H.U. Nancy sp. chirurgicales	713.-	444	1	8,27	74,49
Total	7 603,50	3 025			
Moyennes	316,80			12,15	64,77%

* chirurgie infantile
ch : chirurgie

CHIRURGIE & SPECIALITES CHIRURGICALES - prix en 1976

Etablissements Privés à But Lucratif

Secteur N°	Prix de journée	Nbre de lits	Classement par rapport au nombre de lits décroissant	Durée de séjour	Taux d'occupation
10 Cl du Dr Laflotte/Epinal	60,78	5	26		
10 Cl St Jean / Epinal	93,78	56	11		
10 Cl de la Roseraie/Epinal	93,78	25	21		
6 Cl N. Dame / Nancy	98,86	26	20	9	
10 Cl N. Dame / Epinal	110.-	129	2		
2 Cl du Dr Coenert Villerupt	116,21	47	12	11,71	83,69
1 Cl St Joseph / Verdun	122,06	65	7	8,80	90
10 Cl St Pierre Fourier Epinal	123,28	67	6		
11 Cl N. Dame / St Dié	128,45	Mat *			
8 Cl J. d'Arc / Lunéville	130,12	62	9		
3 Cl N. Dame/Thionville	138,40	65	8		90
3 Cl Ste Thérèse / Longeville les Metz	144,35	18	24		
4 Cl St Nabor / St Avold	146,25	44	15	10	130 (1)
11 Cl St Joseph / Raon l'Etape	147,81	28	19	12,8	108 (1)
3 Cl Cl. Bernard / Metz	156,15	108	3		
6 Cl du Montet / Nancy	157,13	75	5	8,5	72,03
6 Cl J. d'Arc / Nancy	159,49	34	17	8	100
5 Cl du Parc / Bar le Duc	172,49	47	13	10	109 (1)
6 Cl Ste Thérèse / Nancy	195,88	30	18	8,9	105 (1)
6 Cl de l'Espérance / Nancy	197,16	25	22	7,50	130 (1)
3 Cl des Berceaux / Woippy	199.-	ch. gyné*			
6 Cl Ste Lucie / Essey les Nancy	216,27	21	23	5,5	137 (1)
6 Cl Ambroise Paré / Nancy	229,94	62	10	7,28	91,05
3 Cl Cl. Bernard sp. ch.	231,86	12	25		
4 Cl St François/ Forbach	237.-	35	16		
6 Polyclinique / Gentilly	345,10	167	1	9	80
3 Cl Ambroise Paré / Thionville		69	6		
6 Cl St André / Nancy	208.-	76	4	9	102 (1)
5 Cl. de la Providence / Commercy		45	14		
Totaux	4 359,40	1431		139,59	
Moyennes	161,46			8,72	101,52

* Pas de lits de chirurgie générale

1) ces taux d'occupation excessifs sont souvent dus au fait que certains établissements ont des lits surnuméraires non déclarés - Parfois, ces taux supérieurs à 100 résultent d'erreurs comptables : un même lit changeant de malade en cours de journée, totalisant alors 2 journées d'hospitalisation.

CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES - Prix en 1976

Etablissements Privés à But non Lucratif

Secteur N°	Prix de journée 1976	Nombre de lits	Classement par rapport au nombre de lits décroissant	Durée de Séjour	Taux d'occupation
6 Hop. / Chateau Salins	96,50	8	23	13	59
H. Hosp. St Joseph/Sarralbe					
4 Hop. de Morhange	109,20	18	20	9,5	50
1 Hop. St Georges					
Hannonville/Votès	115,50	8	24	10	
3 Hop. Ste Croix / Metz	116,80	97	11		
6 Cl Vautrin St Joseph/Nancy	117,90	38	18	10	71
7 Hop. St Joseph/Phalsbourg	128.-	58	15	11,6	104,4 (1)
4 Hop. St Joseph / Bitche	129,75	45	17	12	179 (1)
3 Hop. Belle Isle / Metz	135.-	137	6		
3 Cl Ste Elizabeth/Thionville	136,80	65	14	11	145 (1)
3 Hop. St André / Metz	144,40	114	7		
3 Hop. Belle Isle(ch. k.) ⁽²⁾	113,40				
3 Hop. SteBlandine /Metz	159.-	151	5		
6 Ass. H. du secteur de					
Neuves-Maisons (54)	202,15	30	19	11,41	79,01
2 Ass. H. du B. Longwy ORL	213,90	15	21		
OPH					
4 H. de Freyming OPH	227,50	8	25		
4 Hospitalor /Forbach	231,75	174	2		90,5
Ste Barbe					
4 Hospitalor St Avoild	234,95	104	9	11	98,5
2 Ass. H. du Bassin de					
Longwy	235,10	151	4	9,68	89
3 H. St André(ch. th. & vas-					
culaire) - METZ.	241,83				
2 Cl des Peupliers Villerupt	244,60	12	22		
4 Hop. S. S. M. Freyming	249,50	218	1	11,63	79
3 Hop. Moyeuve Grande	264.-	83	13	11,25	80
4 H. de Creutzwald S. S. M.	272.-				74,6
3 Hop. d'Algrange	290.-	57	16	12,10	71,17
3 Hop. d'Hayange	292,72	96	12	17,47	74,03
3 Ass. H. Marange Silvange	298.-	98	10	12,5	96
2 Ass. H. dh. de Briey	336,85	170	3		76
6 ch. de Haute sp. : cl.					
traumatologie Nancy	823,25	111	8		
Totaux	6200,35	2035		191,04	
Moyennes	221,44			11,94	85,17

1) ces taux d'occupation supérieurs à 100 % sont dus :

- soit à des lits surnuméraires non déclarés
- soit à des erreurs comptables, lorsque sont comptés et le jour d'entrée et le jour de sortie d'un malade.

(2) ch. k. : chirurgie cancérologique

ACADÉMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITÉ DE METZ

FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES

Françoise TENENBAUM née LEFEBVRE

L'AMÉNAGEMENT HOSPITALIER EN LORRAINE

THÈSE

pour le

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE	
LETTRES	
N° Inv.	1979005L
Cote	L/M3 79/2
Loc.	2ca.

DOCTORAT DE TROISIÈME CYCLE

Directeur de recherche : Monsieur François REITEL
Professeur à la Faculté des Lettres
et Sciences Humaines de METZ.

TOME II

Juin 1979

TROISIEME PARTIE
LES ZONES d'ATTRACTION
des
DIFFERENTS ETABLISSEMENTS

-:-:-:-:-

3ème P A R T I E

-:-:-:-

LES ZONES d'ATTRACTION des DIFFERENTS
ETABLISSEMENTS

=====

Après avoir étudié le découpage administratif mis en place pour l'aménagement sanitaire de la Lorraine, à savoir les différentes cartes sanitaires, nous avons localisé les divers établissements hospitaliers lorrains, et nous nous sommes attachés à les individualiser selon leur appartenance juridique et l'éventail des services qu'ils proposent.

Nous avons ainsi pu en faire une sorte de classement, aussi bien géographique que qualitatif et globalement confronter ces résultats aux normes ministérielles.

Afin d'affiner notre étude, nous voudrions maintenant confronter ces données statistiques et administratives aux habitudes de la population en place. Pour cela, nous voudrions étudier succinctement les zones d'attraction des différents établissements.

Pour ne pas faire redondance avec les études que nous avons déjà réalisées, nous bornerons l'approche de ces zones d'attraction à une typologie géographique par type d'établissement, en nous réservant la possibilité de détailler notre travail, lorsque des caractéristiques géographiques particulières (topographie montagneuse par exemple) lui apporteront quelque intérêt.

Soulignons d'emblée que, pour éviter les redites, nous n'envisagerons pas ici le cas des établissements spécialisés en pneumo-phtisiologie ou en psychiatrie, car leur zone d'attraction a nettement été définie, lors de leur étude particulière.

Ce chapitre portera donc essentiellement sur les établissements dits "généraux", à savoir ayant des services de Médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique.

Nous étudierons d'abord les zones d'attraction des établissements publics-types, pour passer ensuite à l'étude des zones d'attraction des établissements privés.

TITRE I - LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS TYPES

Chapitre A - L'HOPITAL LOCAL : Attraction locale et établissement de
dégagement

Rappelons que les hôpitaux locaux n'ont pas de service de chirurgie et de spécialités chirurgicales. Ils peuvent seulement comprendre des services de Médecine et spécialité médicale, Gynécologie-maternité, Convalescence et une section d'Hospice.

Etudions donc un hôpital local type : L'Hôpital de Cirey sur Vezouze (Meurthe & Moselle) dans ses sections d'hospitalisation (nous avons exclu de notre étude la section "Hospice" - Hébergement de personnes âgées).

Domicile des malades hospitalisés à l'Hôpital Local de Cirey/Vezouze

Département	Canton	Nbre de malades	% sur le total
Meurthe & Moselle			
	Cirey/Vezouze	250	75
	Nancy est	4	1,2
	Nancy Nord	8	2,4
	Blamont	13	4
	Nancy	33	10
	Pont à Mousson	3	1
	Baccarat	2	0,6
	Badonviller	2	0,6
	Nancy Ouest	9	3
	Lunéville	3	1
	Longwy	2	0,6
	Nancy Sud	1	0,3
	St Nicolas de Port	3	1
Moselle	Lorquin	16	5
	Rechicourt le Chateau	2	0,6
	Thionville	1	0,3
	Sarreguemines	1	0,3
	Dieuze	1	0,3
Vosges	Saint Dié	3	
	Lamarche	1	
Meuse	Vaucouleurs	1	0,3
	Verdun	1	0,3
Seine St Denis		1	0,3
Haute Marne		1	0,3
TOTAL GENERAL		362	100

.. / ..

TAUX DE FREQUENTATION DES DIFFERENTS CANTONS ENVOYANT
DES MALADES A L'HOPITAL DE CIREY/VEZOUZE (54)

Département	Canton	Population du Canton en 1975	Nombre de malades	Taux de fréquentation ‰
<u>Meurthe & Moselle</u>				
	Cirey-Vezouze	4 478	250	56
	Nancy-Est	32 234	4	0,1
	Nancy Nord	30 791	8	0,3
	Blamont	5 853	13	2
	Nancy	107 902	33	0,3
	Pont à Mousson	37 456	3	0
	Baccarat	11 021	2	0,2
	Badonviller	3 659	2	0,5
	Nancy Ouest	31 644	9	0,3
	Lunéville	12 259	3	0,2
	Longwy	20 131	2	0,1
	Nancy-Sud	33 985	1	0
	St Nicolas de Port	37 573	3	0,1
<u>Moselle</u>				
	Lorquin	7 047	16	2,3
	Rechicourt le Chateau	5 005	2	0,4
	Thionville	43 020	1	0
	Sarreguemines	46 802	1	0
	Dieuze	7 945	1	0,1
<u>Vosges</u>				
	St Dié	36 750	3	0,1
	Lamarche	6 604	1	0,2
<u>Meuse</u>				
	Vaucouleurs	5 494	1	0,2
	Verdun	5 743	1	0,2

.../...

Remarquons d'emblée que les 3/4 des malades hospitalisés à l'Hôpital local de Cirey/Vezouze sont habituellement domiciliés dans ce même canton.

Ces malades originaires du lieu d'implantation de l'Hôpital sont pour 72 % d'entre eux hospitalisés en service de médecine et pour 20 % en service de gynécologie-obstétrique, peu d'entre eux y sont donc en convalescence.

Par contre, les cantons de Nancy-Ville et Nancy Nord-Est -Ouest et Sud, très fortement représentés dans la population hospitalisée : 16,9 % le sont en majorité par des malades admis en service de convalescence. C'est donc que cet Hôpital a un rôle de dégagement par rapport aux hôpitaux de Nancy qui lui envoient leurs malades convalescents. Ce caractère rentre bien dans le cadre de la réforme hospitalière qui - afin d'utiliser au mieux les équipements médicaux et économiser les prix de journée élevés, préfère ne soigner dans les grands hôpitaux que les malades de court séjour.

Nous retiendrons que cet hôpital local a une zone d'attraction cantonale - son propre canton et les cantons voisins - en ce qui concerne ses services de médecine et de gynécologie - maternité et départementale voire régionale, en ce qui concerne son service de convalescence. C'est un hôpital de dégagement pour Nancy et Lunéville. Ces 2 sortes d'attraction accentuent la centralité (Christaller) de Cirey-Vezouze sur son aire géographique d'influence. La présence de son hôpital pèse certainement sur l'implantation préférentielle d'une pharmacie et sûrement sur la présence et le chiffre d'affaires des différents commerces.

Nous retrouverons ces mêmes caractéristiques dans tous les hôpitaux locaux. Par exemple, l'Hôpital de Pompey (54) situé en bordure de l'agglomération nancéenne recrute 98,8 % de ses malades dans son propre canton et les cantons voisins dont Nancy.

Notons, dans le cas de l'Hôpital local de Cirey/Vezouze, que si tous les cantons lorrains voisins lui envoient des malades, ce n'est pas le cas des cantons alsaciens qui le jouxtent. Il faut voir ici une conséquence de la topographie montagneuse de ce lieu, en effet, le Bas Rhin, voisin, n'a que de très mauvaises liaisons routières avec Cirey/Vezouze qu'il faudrait atteindre en passant par le Col du Donon, donc franchir la ligne des Crêtes - et évidemment aucune liaison ferroviaire - Le relief empêche donc le transport des malades vers la Lorraine.

De même, lorsque cet Hôpital local ne peut traiter un cas grave, il l'enverra à Lunéville ou à Nancy, mais jamais à Strasbourg.

Chapitre B - L'HOPITAL GENERAL : Attraction locale et départementale

mais la zone la plus souvent concernée est celle de l'arrondissement, augmentée d'1 ou 2 cantons limitrophes.

Exemple : Zone d'attraction de l'Hôpital de ST MHIEL (55)

Département	Cantons	% sur le total des entrées en 1975	
Meuse	St Mihiel	66	(Arrondissement de Commercy
	Pierrefitte/Aire	14	
	Vigneulles lès Hattonchatel	8	
	Commercy	1,6	
	Verdun	1,6	
	Total Meuse	95	
Meurthe & Moselle		2	
Moselle		1	
Vosges		0,25	

Exemple : Zone d'attraction de l'Hôpital municipal de ST AVOLD

Département	Cantons	% sur le total des entrées	
Moselle	St Avoild	46,71	(Arrondissement
	Freyming-Merlebach	13,14	
	Grostenquin	8,10	
	Forbach I et II	4,60	
	Sarralbe	1	
	Falquemont	16,08	
	Boulay	1,96	
	Bouzonville	4,97	
Total Moselle	98,59		
autres départements		1,41	

Les hôpitaux généraux reçoivent des transferts des hôpitaux locaux à la recherche d'un niveau médical supérieur ou pour une intervention chirurgicale.

TAUX DE FREQUENTATION DES DIFFERENTS CANTONS

ENVOYANT DES MALADES à l'HOPITAL de ST MIHIEL (55)

Département	Canton	Population du Canton en 1975	Nombre de malades en 1975	Taux de fréquentation %°
Meuse	Saint Mihiel	9 024	1 143	126,6
	Pierrefitte/Aire	3 212	237	73
	Vigneulles lès Hattonchatel	2 996	138	46
	Commercy	13 648	25	1,8
	Verdun	5 743	27	4,7
	Bar le Duc	6 064	9	1,5
Meurthe & Moselle	Nancy	128 654	11	0,1

(nous n'avons pas étudié les cantons ayant adressé moins de 9 malades durant l'année 1975)

 TAUX DE FREQUENTATION DES DIFFERENTS CANTONS ENVOYANT
 DES MALADES A L'HOPITAL MUNICIPAL DE SAINT AVOLD (57)

Département	Canton	Population du Canton en 1975	Nombre de malades en 1975	Taux de fréquentation %°
Moselle	St Avold	39 614	761	19,2
	Freyming/Merlebach	39 807	214	5,4
	Grostenquin	13 719	132	9,6
	Forbach I et II	57 461	75	1,3
	Sarralbe	13 935	17	1,2
	Faulquemont	19 876	262	13,2
	Boulay	15 473	32	2,1
	Bouzonville	34 071	81	2,4
	Albestroff	6 327	11	1,7
Sarreguemines	46 802	8	0,2	

..//..

Chapitre C - LE CENTRE HOSPITALIER GENERAL

Sa zone d'attraction s'étend encore avec la plus grande variété de services et le niveau de soins meilleurs.

Plusieurs arrondissements sont concernés et, selon l'implantation géographique, la zone d'attraction peut sortir du cadre départemental.

Centre Hospitalier de NEUFCHATEAU

Pourcentage par canton d'origine des malades du secteur actif
Année 1975

Domicile des hospitalisés		
Département	Canton	Pourcentage
Vosges	Bulgnéville	5,9
	Chatenois	12,9
	Cussey	7,7
	Lamarche	5,7
	Mirecourt	3,2
	Neufchateau	32,7
	Vittel	2,7
	Divers	0,8
		<u>71,6</u>
Haute Marne	Andelot	1,2
	Bourmont	6,3
	Clefmont	1,6
	Poissons	0,6
	St Blin	3,3
	Divers	<u>1,6</u>
		14,6
Meuse	Gondrecourt	5,2
	Vaucouleurs	3,5
	Divers	<u>0,4</u>
		9,1
Meurthe & Moselle	Colombey les Belles	1,00
	Divers	0,8
		<u>1,8</u>
Départements divers		2,2
S. D. F. (1)		0,2
Etrangers		0,5
		<u>2,9</u>
		=====
		1 00 %

1) S. D. F. : sans domicile fixe

**TAUX DE FREQUENTATION DES DIFFERENTS CANTONS
ENVOYANT DES MALADES AU CENTRE HOSPITALIER
DE NEUFCHATEAU (88)**

Département	Canton	Population du canton en 1975	Nombre de malades	taux de fréquentation ‰
Vosges	Bulgnéville	5 461	394	72,1
	Chatenois	7 522	852	113,3
	Coussey	3 804	508	133,5
	Lamarche	6 604	375	56,8
	Mirecourt	14 317	209	14,6
	Neufchateau	16 210	2 159	133,2
	Vittel	14 692	177	12
Hte Marne	Andelot	3 619	82	22,7
	Bourmont	4 537	416	91,7
	Clefmont	2 514	102	40,6
	Poissons	2 392	41	17,1
	Saint Blin	3 197	216	67,6
Meuse	Gondrecourt	5 635	340	60,3
	Vaucouleurs	5 494	234	42,6
Meurthe & Moselle	Colombey les Belles	6 031	66	11

.../...

L'étude de la zone d'attraction de ce centre hospitalier-type par grandes spécialités Médecine - Chirurgie - Obstétrique nous donnerait :

Centre Hospitalier de NEUFCHATEAU

ORIGINES GEOGRAPHIQUES DES ENTREES DU SECTEUR ACTIF

Année 1975 - Etude par grande discipline

Domicile des hospitalisés		ENTRANTS DE L'ANNEE (non compris les présents au 1er janvier)						
Département	Canton	Médecine et spécialités médicales		Chirurgie et spécialités chirurgicales		gynécologie maternité		Total
			%		%		%	
Vosges Arrond ^t de Neufchateau	Bulgnéville	126	7,3	240	5,6	28	4,6	394
	Chatenois	228	13,2	544	12,7	80	13,1	852
	Coussey	119	6,9	341	8	48	7,8	508
	Lamarche	112	6,5	246	5,8	17	2,8	375
	Mirecourt	60	3,5	143	3,3	6	1	209
	Neufchateau	524	30,3	1 359	31,8	276	45,2	2 159
	Vittel	36	2,1	130	3	11	1,8	177
	Divers	12	0,7	46	1	-	-	58
		<u>1 217</u>	<u>70,3</u>	<u>3 049</u>	<u>71,4</u>	<u>466</u>	<u>76,3</u>	<u>4 732</u>
Hte Marne	Andelot	18	1,0	61	1,4	3	0,5	82
	Bourmont	121	7	258	6	37	6	416
	Clefmont	31	1,8	66	1,5	5	0,8	102
	Poissons	10	0,6	27	0,6	4	0,6	41
	Saint Blin	54	3,1	152	3,5	10	1,6	216
	Divers	27	1,6	79	1,8	2	0,3	108
		<u>261</u>	<u>15</u>	<u>643</u>	<u>15</u>	<u>61</u>	<u>10</u>	<u>965</u>
Meuse	Gondrecourt	101	5,8	194	4,5	45	7,4	340
	Vaucochleurs	60	3,5	163	3,8	11	1,8	234
	Divers	6	0,3	16	0,4	4	0,6	26
		<u>167</u>	<u>9,7</u>	<u>373</u>	<u>8,7</u>	<u>60</u>	<u>10</u>	<u>600</u>
Meurthe & Moselle	Colombey les Belles	20	1,2	43	1	3	0,5	66
	Divers	10	0,6	42	1	4	0,6	56
		<u>30</u>	<u>1,8</u>	<u>85</u>	<u>2</u>	<u>7</u>	<u>1,1</u>	<u>122</u>
Départements divers		44	2,5	94	2,2	10	1,6	148
S. D. F. (1)		10	0,6	5	0,1	4	0,6	19
Etrangers		1	--	23	0,6	3	0,5	27
		<u>55</u>	<u>3,2</u>	<u>122</u>	<u>2,9</u>	<u>17</u>	<u>2,7</u>	<u>194</u>
Totaux		1 730	100	4 272	100	611	100	6 613
Total LORRAINE		1414	82	3 507	82	533	87	5 454

1) S. D. F. = sans domicile fixe.

Notons que l'attraction la plus locale (l'arrondissement) se fait en gynécologie-maternité 76,3 % en 1975 (et même 84 % en juin 1976). Les autres départements envoyant surtout des malades en médecine (l'Hôpital de Neufchateau servant alors d'hôpital de dégagement) ou en chirurgie (les hôpitaux locaux n'en ayant pas, la zone d'attraction du Centre Hospitalier peut être plus vaste dans ce domaine.) Le Centre Hospitalier de Neufchateau est donc Hôpital de dégagement pour les C.H.U. - comme celui de Nancy -, mais reçoit aussi en transfert les malades des Hôpitaux locaux de Lamarche et de Mirecourt.

Lui-même transfère les malades qui nécessitent un niveau médical ou chirurgical supérieur au C.H.U. de Nancy ou au Centre des Grands Brûlés de Metz.

Nous retiendrons que, dans le cas particulier du Centre Hospitalier de NEUFCHATEAU - et de par sa localisation à la frontière lorraine - sa zone d'attraction sort de sa région et s'étend sur des cantons voisins en CHAMPAGNE - ARDENNES.

Mais ceci est une caractéristique ponctuelle, la zone d'attraction des Centres Hospitaliers ne sortant généralement pas de la région.

Chapitre D) LE CENTRE HOSPITALIER : le Centre Hospitalier de

BAR LE DUC

La zone d'attraction du Centre Hospitalier reste surtout départementale - le cas du Centre Hospitalier Général de Neufchateau était particulier, du fait de sa situation géographique.

En ce qui concerne le Centre Hospitalier de Bar le Duc, notons que 92,96 % de ses malades viennent de Meuse. Sa zone d'attraction peut se scinder en deux :

- d'une part, les divers cantons meusiens :

Bar le Duc	39,23 %
Ligny en Barrois	19,66 %
Revigny s/Ornain	11,16 %
Ancerville	(
Gondrecourt le Château	(
Vavincourt	(
Montier/Saulx etc..	(
	22,91 %

- d'autre part, les cantons extérieurs à la Meuse, à savoir principalement en Marne, les cantons de Thiéblemont et Givry en Argonne : 7,03 %

TAUX DE FREQUENTATION DES DIFFERENTS CANTONS
ENVOYANT DES MALADES AU CENTRE
HOSPITALIER DE BAR LE DUC (55)

Département	Canton	Population du canton en 1975	Nombre de malades en 1975	Taux de fréquentation ‰
Meuse	Bar le Duc	6 064	2 465	406
	Ligny en Barrois	12 860	1 235	96
	Revigny s/Ornain	8 344	701	84
	Ancerville	9 407	360	38
	Gondrecourt le Chateau	5 635	360	64
	Vavincourt	2 768	360	130
	Moutiers s/Saulx	3 217	360	112
Marne	Thieblemont-Farémont	11 476	220	19
	Givry en Argonne	3 319	221	67

Ce Centre Hospitalier reçoit les transferts médicaux ou chirurgicaux du Centre Hospitalier Spécialisé de Fains les Sources et adresse lui-même les malades dont il ne peut assurer le traitement au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy.

Chapitre E - LE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL du NORD METROPOLE

METZ - THIONVILLE

La zone d'attraction du Centre Hospitalier Metz-Thionville s'étend sur tout le département de la Moselle et un peu sur le Nord du Département de Meurthe & Moselle, en fait sur toute la moitié Nord de la Lorraine.

Son secteur sanitaire comprenait en 1975 : 591 620 habitants.

Le Centre Hospitalier de Thionville n'ayant pas réalisé cette étude, nous nous attacherons essentiellement sur la zone d'attraction du Centre Hospitalier de Metz.

90,74 % de ses malades viennent de Moselle, que ce soit des malades dits "primaires" ou des malades transférés d'autres hôpitaux. Quant aux malades qu'il ne peut soigner, leur transfert a lieu vers le C.H. U. de Nancy essentiellement, parfois vers Paris.

Origine des malades - arrondissement	% par rapport au total des entrées
Metz-Ville (3 cantons)	30,46
Metz campagne	44,68
Boulay	4,27
Chateau-Salins	1,08
Forbach	2,85
Sarrebourg	0,34
Sarreguemines	0,34
Thionville-Est	1,56
Thionville - Ouest	5,16

Le département de Meurthe & Moselle fournit, quant à lui, 6,03 % des malades, alors que l'ensemble des autres départements n'en fournit que 1,97 %.

C'est donc bien la grande agglomération messine qui fournit la majorité des malades du CH de Metz. Quant aux malades venant des arrondissements thionvillois (6,72%), on peut supposer qu'il s'agit de transferts internes au Centre Hospitalier Régional.

Nous sommes en droit de penser que la faiblesse de représentation des malades des cantons de Sarrebourg & Sarreguemines est due à la proximité géographique de Strasbourg et au fait que nous sommes là dans une zone d'influence différentielle: Certains malades lorrains allant se faire soigner en Alsace.

L'étude des taux de fréquentation, c'est-à-dire du nombre de malades au C. H. Metz rapporté à la population de leur lieu de résidence, montre que certains arrondissements ou cantons adressent plus que d'autres des malades. C'est le cas des cantons de Montigny lès Metz et de Woippy, nous soulignerons que ces forts taux de fréquentation sont dus, d'une part à la proximité de ces cantons par rapport au Centre Hospitalier de Metz, et d'autre part, à une population socio-professionnelle particulière (en majorité ouvrière et comprenant un fort pourcentage de "marginiaux").

De même, nous ne nous étonnerons pas de constater que ce sont les cantons de Bitche et de Rohrbach les Bitche qui adressent le moins leurs malades, suivis par ceux de Phalsbourg, Fénétrange et Lorquin : ce sont en effet les cantons mosellans les plus éloignés de Metz.

Une étude plus détaillée ferait d'ailleurs ressortir dans un même arrondissement les cantons plus proches de Metz et qui envoient donc plus de malades au Centre Hospitalier.

Chapitre F - LE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL et UNIVERSITAIRE DE NANCY

Dé part son essence même, le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy se doit de pouvoir répondre aux besoins en soins hautement spécialisés de la région lorraine.

Ainsi, mis à part son rôle local qu'il assure comme tout autre établissement hospitalier important, nous nous attendrons à y déceler un rôle régional important et, peut-être, un rôle extra-régional.

Nous avons pu obtenir les statistiques de la ventilation des malades du C H U de Nancy pour les années 1973-1974 - 1975 et 1977, mais si l'on peut comparer la zone d'attraction du C. H. U. pour les 2 premières années, il est, par contre, impossible d'en déceler l'évolution pour 1975 et 1977, car, depuis la mise en service de l'Hôpital de Brabois, les malades qui y sont hospitalisés n'ont pu y être répertoriés.

Zone d'attraction du C. H. U. de NANCY

Départements les plus attirés	% sur le total des entrées	
	1973	1974
Ardennes	1,43	0,93
Aube	0,32	0,36
Doubs	0,35	0,46
Marne	1,19	0,76
Haute marne	4,50	4,41
Meurthe & Moselle	58,19	58,42
Meuse	8,15	7,03
Moselle	12,09	12,84
Bas Rhin	0,18	0,246
Haut Rhin	0,32	0,33
Haute Saône	1,05	1,12
Vosges	9,93	10,18
Territoire de Belfort	0,34	0,35
Lorraine(4 départements)	88,36	88,47
Total général des départements cités ci-dessus	98,04	97,44
.....		
Total des entrées	58 296	60 133

La Meurthe & Moselle, la Moselle et les Vosges semblent envoyer plus de malades en 1974 qu'en 1973, alors que les malades meusiens diminuent en pourcentage. Nous y verrons là encore un effet de la baisse de population meusienne. Nous remarquerons, à la lecture de ce tableau, que les malades de Meurthe & Moselle représentent en 1973 comme en 1974 plus de la moitié des hospitalisés au C. H. U. de Nancy, ce qui semble supérieur au pourcentage que nous serions autorisés à attendre pour des régions où le C. H. U. assure une fonction locale et régionale. Les régions proches du C. H. U. seraient-elles mieux soignées que les autres ? Il semble maintenant prouvé que la présence d'équipements médicaux crée des besoins supérieurs (1)

Par ailleurs, la zone d'attraction du C. H. U. semble s'étendre à l'extérieur de la région lorraine, vers les Ardennes, l'Aube, le Doubs, la Haute-Marne et la Haute Saône.

Considérons maintenant les données disponibles plus récentes, à savoir celles de 1977, en soulignant qu'elles correspondent aux malades hospitalisés dans tous les bâtiments du C. H. U., hormis l'Hôpital de Brabois. De plus, l'origine géographique de certains malades n'a pas été indiquée. C'est le cas de 809 d'entre eux.

Notre étude portera donc sur 43809 malades dont on connaît le lieu de résidence habituel.

..//..

1) Maryse GADREAU "La Tarification Hospitalière" (p. 96 et suiv. opus cité) citant Feldstein. Martins. "Economic Analysis for Health Service Efficiency - North Holland. 1967

ORIGINE REGIONALE DES MALADES HOSPITALISES

au C. H. U. de NANCY en 1977

Région	Nbre de malades	% du total des régions; % global	Population 1975	Taux de fréquentation rapport en ‰.
ILE DE FRANCE	133	0,30	9 878 524	0,13
CHAMPAGNE - ARDENNES	2 720	6,24	1 336 832	20,35
PICARDIE	29	0,07	1 678 644	0,17
HAUTE NORMANDIE	15	0,03	1 595 695	0,09
CENTRE	28	0,06	2 152 500	0,13
BASSE NORMANDIE	8	0,02	1 306 152	0,06
BOURGOGNE	56	0,13	1 570 943	0,36
NORD/PAS DE CALAIS	39	0,09	3 913 773	0,09
LORRAINE	39 617	90,43	2 330 821	169,97
ALSACE	265	0,60	1 517 330	1,75
FRANCHE COMTE	740	1,69	1 060 317	6,98
PAYS DE LA LOIRE	5	0,01	2 767 163	0,02
BRETAGNE	12	0,03	2 595 431	0,05
POITON CHARENTES	8	0,02	1 528 118	0,05
AQUITAINE	9	0,02	2 550 340	0,04
MIDI PYRENEES	15	0,03	2 268 245	0,07
LIMOUSIN	6	0,01	738 726	0,08
RHONE ALPES	34	0,08	4 780 723	0,07
AUVERGNE	9	0,02	1 330 479	0,06
LANGUEDOC ROUSSILLON	10	0,02	1 789 474	0,06
PROVENCE - ALPES-COTE d'AZUR	51	0,12	3 675 730	0,14
CORSE	0	0	289 842	0,00
FRANCE	43 809	99,99 # 100	52 655 802	

.../...

L'étude régionale que nous résume le tableau ci-avant, nous indique que la Lorraine ne fournit que 90,43 % des malades hospitalisés au C.H.U. et que certaines régions voisines y sont présentes pour un pourcentage non négligeable.

Il s'agit surtout de la région Champagne-Ardennes (6,2 % du total des malades), ce qui est étonnant puisque cette région possède aussi un C H U : celui de Reims, de la Franche Comté (1,69 %, CHU : Besançon) de l'Alsace (0,6 %, C H U Strasbourg) et de L'Ile de France (0,30 %, plusieurs C.H.U.)

Ceci peut s'expliquer de diverses manières :

- une proximité plus grande de certains cantons, extérieurs à la Lorraine, par rapport à Nancy que par rapport à leur propre C H U
- la présence à Nancy de spécialités médicales ou chirurgicales qui n'existeraient peut-être pas dans les autres C H U.
- de même, l'influence personnelle de certains médecins hospitaliers peut leur attirer des malades extérieurs à la Lorraine
- enfin, nous appellerons "touristes" ou "migrants" les personnes qui, pour une raison ou une autre, sont amenées à séjourner brièvement ou à passer en Lorraine et qui, alors, peuvent y tomber malade et avoir recours aux soins hospitaliers.

L'étude des taux de fréquentation : rapport du nombre de malades originaires d'un lieu donné à la population recensée en 1975 nous précisera la relative importance de l'attraction du C H U Nancéen dans ce lieu-là. Les 5 régions qui nous intéressent ici envoient leurs malades selon les taux de fréquentation suivants :

- Ile de France	0,13 %..
- Champagne-Ardennes	20,35 %..
- Lorraine	169,97 %..
- Alsace	1,75 %..
Franche Comté	6,98 %..

L'Ile de France dont le nombre de malades présents au CHU étaient d'environ la moitié des malades alsaciens, se retrouve avoir un taux de fréquentation nettement inférieur à la moitié du taux de fréquentation alsacien. Ainsi se trouvent pondérés les pourcentages bruts et est mise en valeur l'attraction du CHU sur les régions strictement limitrophes.

C'est pourquoi la Bourgogne, dont les malades ne forment que 0,13 % des malades du C.H.U., se trouve mise en avant avec un taux de fréquentation de 0,36 %.

VALEUR de l'ATTRACTION du C.H.U. de NANCY
sur les régions voisines en 1977

Région	Nombre de malades	Pourcentage du total de ces 4 régions	Population en 1975	Taux de fréquentation en %
Champagne-Ardenne	2 720	71,94	1 336 832	2,03
Bourgogne	56	1,48	1 570 943	0,04
Alsace	265	7,00	1 517 330	0,17
Franche-Comté	740	19,57	1 060 317	0,69
TOTAL	3 781	100 %		

C'est sans aucun doute la région de Champagne/Ardenne qui est la plus attirée par le C.H.U. Nancéien, suivie par la Franche Comté. Sans entrer dans une classification des centres hospitaliers universitaires de Reims et de Besançon - qui pourraient se situer à un niveau technique peut-être légèrement inférieur, tandis que celui de Strasbourg serait largement aussi "bon" que celui de Nancy, nous nous bornerons à signaler que

- d'une part, les Vosges présentent une barrière physique à l'attrait des malades alsaciens vers Nancy
- d'autre part, la Bourgogne est la seule de ces 4 régions à ne pas être limitrophe de la Lorraine.

L'attraction du C.H.U. de Nancy sur ces différentes régions peut être appréciée plus précisément, grâce aux statistiques départementales que nous avons pu consulter au Centre Hospitalier.

Remarquons que les taux de fréquentation les plus élevés se trouvent pour la Haute Marne (8,69 %), les Ardennes (1,48 %) et la Haute Saône (1,99 %) - De même, considérant chaque région indépendamment, nous remarquons qu'en Champagne-Ardenne, ce sont la Haute Marne (67,9 %) et les Ardennes (16,9 %) qui adressent le plus leurs malades au C.H.U. de Nancy.

Ceci cotoyant des taux de fréquentation élevés (celui de la Haute Marne est supérieur à celui de la Moselle) prouve bien que la population de cette région (et surtout de ces 2 départements) est attirée par Nancy.

En Franche Comté, seconde région pour le nombre de malades hospitalisés au C.H.U., c'est la Haute Saône (60 %), puis le Doubs (19%) et le Territoire de Belfort (15,9%) qui adressent surtout leurs malades mais nous devons pondérer ces pourcentages régionaux par les taux de fréquentation qui indiquent que, malgré un nombre absolu de malades inférieur à celui du Doubs, le Territoire de Belfort est plus attiré (Territoire de Belfort T.F. 0,92 % - Doubs T.F. : 0,30 % (1))

ATTRACTION du C.H.U. de NANCY sur les départements des régions voisines - en 1977

Région	Nombre de malades	Pourcentage des malades (2)	Population 1975	Taux de fréquentation en % (3)
<u>Champagne/Ardennes</u>	<u>2 720 /</u>			
08 Ardennes	459	16,9	309 306	1,48
10 Aube	135	5	284 823	0,47
51 Marne	279	10,3	530 399	0,53
52 Hte Marne	1 847	67,9	212 304	8,69
<u>Bourgogne</u>	<u>56 /</u>			
21 Côte d'Or	34	60,7	456 070	0,07
58 Nièvre	2	3,6	245 212	0,008
71 Saône & Loire	9	16,1	569 810	0,0015
89 Yonne	11	19,6	299 851	0,004
<u>Alsace</u>	<u>265 /</u>			
67 Bas Rhin	92	34,7	882 121	0,10
68 Haut Rhin	173	65,3	653 209	0,26
<u>Franche Comté</u>	<u>740 /</u>			
25 Doubs	142	19,2	471 082	0,30
39 Jura	34	4,6	238 856	0,14
70 Hte Saône	444	60	222 254	1,99
90 Territoire de Belfort	118	15,9	128 125	0,92
<u>Nombre total de malades des 4 rég. 3 781 /</u>				
pourcentage par rapport Nombre total de malades du C.H.U. : $\frac{3\ 781}{43\ 809} = 8,63\ \%$				

- 1) T.F. : taux de fréquentation : nombre de malades hospitalisés, rapporté à la population de leur lieu de résidence - ici le département
- 2) répartition en pourcentage des malades par rapport au total de leur région
- 3) taux de fréquentation : nombre des malades/population 1975 -

.../...

En Alsace, le Haut Rhin est nettement celui des deux départements qui est le plus attiré et en pourcentage régional : 6,53 % et en taux de fréquentation 0,26 %°. - Notons que le C. H. U. alsacien se trouve dans le Bas Rhin (Strasbourg) et qu'en si, certains malades du Sud Alsacien peuvent être attirés par Nancy qui, malgré la barrière vosgienne, et peut-être par tradition, semblerait plus satisfaisant.

En Bourgogne, région la moins attirée par le C. H. U. Nancéien, c'est la Côte d'Or, malgré son propre C. H. U., qui enverrait le plus de malades à Nancy, mais les taux de fréquentation restent bas et tous inférieurs à 0,1 %°.

La zone d'attraction nancéienne extérieure à la Lorraine se situe surtout sur les départements limitrophes des régions voisines. Nous retiendrons essentiellement la Haute Marne, la Haute Saône, les Ardennes, le Doubs et le Haut Rhin. Signalons que la Haute Marne, située à égale distance (à vol d'oiseau) des C. H. U. de Nancy et de Dijon et relativement loin de celui de Reims, dont elle dépend pourtant d'après la carte sanitaire, est une zone écartelée entre ces différents pôles hospitaliers et - en pratique - vivement disputée par ces centres hospitaliers.

Quelle est maintenant la zone d'attraction du C. H. U. de Nancy à l'intérieur de la Lorraine, sa région sanitaire ?

Nous ne distinguerons pas ici les services hautement spécialisés pour lesquels la zone d'influence du C. H. U. est identique partout, faute de concurrence. Les malades seront étudiés selon leur lieu d'origine et non selon leur maladie et sa gravité.

ATTRACTION LORRAINE DEPARTEMENTALE du C. H. U. de NANCY

Département	Nombre de malades en 1977	% par rapport au total de ces 4 départements	Population 1975	Taux de fréquentation %°
Meuse	2 651	6,7	209 513	12,65
Meurthe & Moselle	25 838	65,2	722 587	35,76
Moselle	7 058	17,8	1 006 373	7,01
Vosges	4 070	10,3	397 957	10,23
TOTAL	39 617	100	2 330 821	

C'est bien évidemment la Meurthe & Moselle qui est la plus "attirée" par le C H U de Nancy. Le nombre brut de ses malades hospitalisés le prouve aussi bien que son taux de fréquentation.

Rien d'étonnant à cela, puisque le C. H. U. se doit d'avoir une fonction locale et une fonction régionale et que, d'autre part, de nombreuses études ont montré que la présence d'équipements médicaux créait pour une bonne part la demande de soins.

Nous supposons de plus qu'il a pu se glisser des erreurs quant à la domiciliation des malades transférés d'autres établissements hospitaliers. Les cliniques privées étant très nombreuses en Meurthe & Moselle, cela grossirait encore le poids relatif de la Meurthe & Moselle parmi les malades du C. H. U.

Le nombre brut de malades nous indiquerait que la Moselle est ensuite le département lorrain qui envoie le plus de malades, suivi des Vosges et de la Meuse, mais, en fait, l'ordre de grandeur n'est pas respecté avec cette donnée et nous aurons une vue plus précise en nous penchant sur les taux de fréquentation. En effet, le nombre de malades rapporté à la population - ou taux de fréquentation - nous indique que l'attraction du C. H. U. est plus vive en Meuse, suivie des Vosges et en dernier de la Moselle.

Il n'est pas étonnant que la Moselle envoie relativement moins de malades au C. H. U. de Nancy que les autres départements lorrains, car c'est en effet le seul département à posséder un C. H. R. L'on aura donc moins tendance à adresser ou à transférer un malade à Nancy. Rappelons que le taux de fréquentation de la Moselle est inférieur à celui d'un département extérieur à la Lorraine : la Haute Marne.

Comparaison entre l'attraction exercée par le C. H. U. de Nancy en Meuse, Haute Marne et Moselle - en 1977

Département	Nombre de malades	Population en 1975	Taux de fréquentation %°
Meuse	2 651	209 513	12,65
Hte Marne	1 847	212 304	8,69
Moselle	7 058	1 006 373	7,01

Afin d'affiner notre étude, nous avons évalué les taux de fréquentation des différents cantons lorrains. Les statistiques du C. H. U. Nancéien nous fournissaient, en effet, pour 1977, le détail du nombre de malades hospitalisés, par canton de résidence habituelle, au C. H. U. hormis ceux de l'établissement de Brabois.

Nous avons pu en dresser les tableaux des pages suivantes

- attraction du C. H. U. Nancéien en 1977 en Meurthe & Moselle

taux de fréquentation cantonaux

- attraction du C. H. U. Nancéien en 1977 en Meuse -

taux de fréquentation cantonaux

- attraction du C. H. U. Nancéien en 1977 en Moselle

taux de fréquentation cantonaux

- attraction du C. H. U. Nancéien en 1977 en Vosges

taux de fréquentation cantonaux

et élaborer la carte de l'attraction lorraine du C. H. U. de Nancy.

ATTRACTION du C. H. U. NANCEIEN en 1977 - EN MEURTHE & MOSELLE

Taux de fréquentation cantonaux

Canton	Nombre de malades	population en 1975	Taux de fréquentation ‰
01 Arracourt	6	872	6,88
02 Audun le Roman	282	23 296	12,11
03 Baccarat	130	11 021	11,80
04 Badonviller	63	3 659	17,22
05 Bayon	425	12 376	34,34
06 Blamont	106	5 853	18,11
07 Briey (2)	444	20 147	22,04
08 Chambley Bussières	47	3 017	15,58
09 Cirey sur Vezouze	59	4 478	13,18
10 Colombey les Belles	290	6 031	48,08
11 Conflans en Jarnisy	199	18 761	10,61
12 Domèvre en Haye	319	10028	31,81
13 Gerbeviller	99	4 671	19,05
14 Haroué	196	7 083	27,67
15 Longuyon	284	16 021	17,73
16 Longwy (1)	1 308	20 131	64,97
17 Lunéville Canton Nord	144	12 513	11,51 (
18 Lunéville Canton Sud	74	22 778	3,25 (7,38
19 Nancy Canton Est	1 414 (	32 234 (	43,86)
20 Nancy Canton Nord	2 403 (	30 791 (	78)
21 Nancy Canton Ouest	3 536 (8 624	31 644 (128 654	111,74) 67,74
22 Nancy Canton Sud	1 271 (	33 985 (	37,39)
23 Nomeny	285	7 593	37,53
24 Pont à Mousson	1 203	37 456	32,12
25 St Nicolas de Port	1 654	37 573	44,02
26 Thiaucourt Regnieville	102	4 211	24,22
27 Toul Canton Nord	553	23 897	23,14
28 Toul Canton Sud	346	11 950	28,95
29 Vezelise	223	7 147	31,20
30 Herserange	81	22 743	3,56
31 Homécourt	48	21 760	2,21
32 Mont St Martin (1)	66	25 503	2,59
33 Neuves Maisons	156	34 467	4,53
34 Pompey	165	48 314	3,42
35 St Max	127	39 313	3,2
36 Vandœuvre les Nancy	178	47 993	3,7
37 Villerupt	53	20 756	2,55
Longwy, Mt St Martin (1) Villerupt	1 427	66 390	21,49
Briey & Homécourt (2)	492	41 907	11,74

1) Signalons que d'après la détermination INSEE des cantons en 1975, le canton de Longwy ne comprend que la commune de Longwy, soit 20131 hab. Il n'est pas plausible de penser, comme nous le portent à croire les statistiques du CHU, que la commune de Longwy aurait un taux de fréquentation de 64,97 ‰ alors que le canton de Mont St Martin aurait un taux de fréquentation de 2,59 ‰ et celui de Villerupt de 2,55 ‰. Il y a sans aucun doute eu des erreurs dans le recensement et l'attribution géographique des malades et nous préférons regrouper ces 3 cantons en un seul, comme le montre la carte.

- 2) de même il apparaissait anormal que le canton de Briey ait un taux de fréquentation de 22,04, alors que celui d'Homécourt ne s'élevait qu'à 2,21 %.
- La cartographie les ayant regroupés, nous obtenons une zone ayant un taux de fréquentation de 11,74 %. ce qui est du même ordre de grandeur que les cantons voisins.

ATTRACTION du C. H. U. NANCEIEN en 1977 - en MEUSE
Taux de fréquentation cantonaux

Canton	Nbre de malades	Population en 1975	Taux de Fréquentation %.
01 Ancerville	96	9 407	10,21
02 Bar le Duc Canton Nord	299	14 792	20,21
03 Charny sur Meuse	33	7 351	4,49
04 Clermont en Argonne	43	4 620	9,31
05 Commercy	263	13 648	19,27
06 Damvillers	50	2 999	16,67
07 Dun sur Meuse	63	3 683	17,11
08 Etain	120	7 130	16,83
09 Fresne en Woevre	61	4 359	13,99
10 Gondrecourt le Château	40	5 635	7,09
11 Ligny en Barrois	209	12 860	16,25
12 Montfaucon	11	2 605	4,22
13 Moutiers sur Saulx	28	3 217	8,70
14 Montmedy	81	6 809	11,89
15 Pierrefitte sur Aire	23	3 212	7,16
16 Revigny sur Ornain	70	8 344	8,39
17 St Mihiel	170	9 024	18,84
18 Souilly	32	3 242	9,87
19 Spincourt	111	9 642	11,51
20 Stenay	93	7 795	11,93
21 Triaucourt en Argonne	25	2 147	11,64
22 Varennes en Argonne	12	1 777	6,75
23 Vaubecourt	8	2 283	3,5
24 Vaucouleurs	126	5 494	22,93
25 Vavincourt	10	2 768	3,61
26 Verdun canton Est	309	17 589	17,56
27 Vigneulles les Hattonchatel	60	2 996	20,02
28 Void	119	4 791	24,84
29 Bar le Duc Canton Sud	2	10 560	0,19
30 Verdun Canton Ouest	9	11 775	0,76
Verdun Canton Est et Ouest	318	29 364	10,83
Bar le Duc Canton Est et Ouest	301	25 352	11,87

ATTRACTION DU CHU NANCEIEN en 1977 - en MOSELLE

Taux de fréquentation cantonale

Canton	Nbre de malades	Population en 1975	Taux de Fré- quentation %.
01 Albestroff	33	6 327	5,21
02 Bitche	9	14 079	0,64
03 Boulay/Moselle	121	15 473	7,82
04 Bouzonville	234	34 071	6,86
05 Cattenom	141	15 726	8,97
06 Chateau Salins	180	6 281	28,66
07 Delme	42	4 515	9,30
08 Dieuze	149	7 945	18,75
09 Faulquemont	149	19 876	7,49
10 Fenetrange	26	7 283	3,57
11 Fontoy	233	23 628	9,86
12 Forbach 1° & 2° canton	437	82 705	5,28
13 Ars sur Moselle	122	18 907	6,45
14 Grostenquin	172	13 719	9,09
15 Hayange	486	47 045	10,33
16 Lorquin	52	7 047	7,38
17/19 Metz 1° + 2° + 3éme canton	835	111 869	7,46
20 Montigny les Metz	140	29 558	4,73
21 Metzervisse	195	28 637	6,81
22 Moyeuve Grande	169	26 495	6,38
23 Pange	67	10 434	6,42
24 Phalsbourg	20	15 937	1,25
25 Rechicourt le Château	71	5 005	14,19
26 Rohrbach les Bitche	36	15 077	2,39
27 St Avoild	307	39 614	7,75
28 Sarralbe	71	13 935	5,09
29 Sarrebourg	89	25 757	3,45
30 Sarreguémines	178	46 802	3,80
31 Sierck les Bains	52	10 059	5,17
32 Thionville	353	43 020	8,21
33 Verny	83	17 885	4,64
34 Vic sur Seille	67	4 207	15,93
35 Vigy	40	9 631	4,16
36 Volmunster	9	5 835	1,54
37 Woippy	397	32 530	12,20
38 Basse Yutz	209	26 201	7,97
39 Florange	447	50 366	8,88
41 Freyming	247	39 807	6,20
42 Rombas	340	42 504	7,99
43 Maizières les Metz	34	30 581	1,11

ATTRACTION DU C H U NANCEIEN EN 1977 DANS LES VOSGES
Taux de fréquentation cantonale

Canton	Nombre malades	Population en 1975	Taux de fré- quentation ‰
01 Bains les Bains	52	4 361	11,92
02 Brouvelieures	13	2 356	5,52
03 Bruyères	146	14 472	10,09
04 Bulgnéville	9	5 461	1,65
05 Charmes	241	13 282	18,14
06 Chatel sur Moselle	200	18 920	10,57
07 Chatenois	107	7 522	14,22
08 Corcieux	64	7 990	8,01
09 Coussey	17	3 804	4,47
10 Darney	43	5 702	7,54
11 Domp Aire	39	5 092	7,66
12 Epinal Canton Est	491	28 299	17,35
13 Fraize	102	11 868	8,59
14 Gérardmer	79	10 741	7,35
15 Lamarche	48	6 604	7,27
16 Mirecourt	233	14 317	16,27
17 Monthureux sur Saone	40	3 074	13,01
18 Neufchâteau	263	16 210	16,22
19 Plombières les Bains	41	9 242	4,44
20 Provenchères sur Fave	23	2 409	9,55
21 Rambervillers	158	13 075	12,08
22 Raon l'Etape	185	12 382	14,94
23 Remiremont	258	32 493	7,94
24 St Dié	358	36 750	9,74
25 Saulxures s/Mselotte	210	21 667	9,7
26 Senones	151	12 584	11,99
27 Le Thillot	158	19 014	8,31
28 Vittel	188	14 692	12,79
29 Xertigny	89	9 387	9,48
30 Epinal Canton Ouest	19	34 187	0,56
31 Epinal Canton Est & Ouest	510	62 486	8,16

Remarquons que, comme nous pouvions nous y attendre, l'attraction exercée par le C. H. U. nancéien est très différenciée selon les cantons lorrains. En effet, les taux de fréquentation varient de 0,64 %^o pour le canton de Bitche à 67,74 %^o dans les cantons nancéiens. Les cantons les plus "attirés" sont ceux de Meurthe & Moselle, mais avec, là aussi, des différences notables, puisque certains cantons n'y ont tout de même qu'un taux de fréquentation compris entre 5 et 10 %^o.

Nous mettrons en évidence plusieurs causes à cette attraction différencielle :

- les diverses fonctions assumées par le C. H. U. : un canton où le C. H. U. exerce une fonction locale ET une fonction régionale aura un taux de fréquentation supérieur à celui d'un canton où ce même établissement n'exerce qu'une fonction régionale. Nous ne nous étonnerons donc pas de constater que les taux de fréquentation les plus élevés sont ceux des cantons nancéiens ou de leurs voisins.
- l'éloignement géographique est aussi un facteur important dans la fréquentation ou la non-fréquentation du C. H. U. nancéien par les malades. Les cantons les plus éloignés seront donc peu attirés. C'est, par exemple, le cas des cantons de Bitche et de Phalsbourg et des cantons qui leur sont immédiatement limitrophes. L'éloignement du C. H. U. de Nancy, combiné avec la proximité du C. H. U. de Strasbourg fera du Centre Hospitalier Régional de leur région sanitaire (Nancy) un établissement peu attractif.
- la présence d'un établissement hospitalier plus ou moins important et plus ou moins récent sera de même un caractère répulsif ou attractif pour Nancy; c'est ainsi que nous pourrions observer des zones claires autour des cantons pourvus d'établissements hospitaliers importants et récents. C'est notamment le cas de Remiremont, et de sa région. La zone d'attraction des centres hospitaliers proches rentrant en concurrence avec celle du C. H. U. de Nancy.

D'un autre point de vue , la présence d'un établissement hospitalier créant des besoins sanitaires, celle-ci sera parfois la cause indirecte d'hospitalisation, donc d'éventuels transferts vers Nancy.

- la présence d'hospices et de maisons de retraite implantera artificiellement une population particulière, qui vu son grand âge et son degré de morbidité sera plus sujette à l'hospitalisation et au transfert vers le C H U de Nancy. Ainsi peuvent s'expliquer les importants taux de fréquentation des cantons de Longwy, de Bayon et de Colombey les Belles.
- le poids des traditions historiques peut, de même, induire une attraction ou une répulsion vis-à-vis du CHU de Nancy. C'est ainsi que nous expliquerons qu'une partie de la Moselle semble attirée par Nancy, alors que la grande majorité des autres cantons mosellans ne le sont que très peu. Ils sont évidemment en relation médicale avec le CHR du Nord-Métropole Lorraine - comme nous le soulignons ci-dessus - mais aussi avec l'important C H U de Strasbourg.
- soulignons enfin que certains cantons lorrains, souffrant de "dépopulation chronique" - notamment en Meuse et dans les Vosges - voient le reste de leurs habitants atteindre une moyenne d'âge élevée. Ainsi le taux de morbidité augmentant, il peut parfois s'en suivre une augmentation de leur taux de fréquentation. Mais aucune statistique officielle ne nous permet d'apprécier le taux de morbidité générale d'une population.
- nous voudrions enfin signaler le peu de rigueur des statistiques du C H U, quant aux grandes villes lorraines. En effet, l'aire géographique de celles-ci est souvent répartie sur plusieurs cantons comprenant chacun une zone urbaine et des communes rurales voisines.

Il semble que les statistiques du C H U Nancéien aient introduit des biais quand le malade ne précisait pas son appartenance cantonale et qu'alors l'attribution géographique se soit toujours faite en faveur du même canton. Nous nous trouvons donc en présence de cantons ayant des taux de fréquentations si dissemblables que cela n'en est pas plausible. Nous avons donc préféré calculer le taux de fréquentation global de l'ensemble de ces divers cantons et nous intéresser à l'aire géographique ainsi déterminée. Nous obtenons donc un taux de fréquentation général semblable à celui des cantons voisins.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nancy remplit donc sa fonction régionale puisque sa zone d'attraction s'étend sur toute la Lorraine, mais, bien sûr, de façon différente, car il faut compter avec l'infrastructure géographique et le poids des traditions. Rappelons en effet, qu'en ce qui concerne les transferts, les médecins envoient leurs malades à leurs confrères formés dans la même faculté, ce qui peut souvent être, pour la Moselle, Strasbourg (1)

Pour clore notre étude sur la zone d'attraction des établissements publics, nous nous pencherons succinctement sur les zones d'attraction des établissements situés dans des régions à relief accidenté, à savoir les Vosges :

../..

1) En ce qui concerne l'attraction que le C H U de Nancy exerce à l'extérieur de la Lorraine, on trouvera en annexe de ce chapitre le tableau statistique des malades du CHU, sauf ceux de l'établissement de Brabois. La répartition se fait par département et selon la nature de l'hospitalisation, c'est-à-dire en Médecine, Chirurgie, Gynécologie Moyen et long séjour, et psychiatrie.

- Le Centre Hospitalier Général de Remiremont reçoit des malades de Saulxures et Cornimont, de Bussang et du Thillot, à savoir des vallées au confluent desquelles il se trouve. En effet, les malades des vallées de la Moselotte et de la Moselle descendent leur vallée pour aller se faire soigner.
De même, lors de notre enquête, les interviews d'ambulanciers de taxis et d'habitants de la montagne vosgienne ont mis en évidence que même en ce qui concerne les hôpitaux locaux, l'attraction se faisait nettement par vallée et d'amont en aval en suivant le cours d'eau.

- L'Hôpital de St Dié reçoit surtout des malades de son canton et du canton de Fraize : vallée de la Meurthe mais aussi les malades de la vallée de la Fave et du canton de Corcieux qui ne remontent pas vers Gérardmer, mais descendent à St Dié.

Alors que

- l'Hôpital de Raon l'Etape reçoit des malades de la vallée de Celles, mais aussi du Rabodeau qui se jette dans la Meurthe à St Blaise.
- l'Hôpital de Senones reçoit les malades de la vallée du Rabodeau, en amont de Senones, les malades habitant en aval ayant tendance à descendre à l'Hôpital de Raon l'Etape.

Ainsi, nous avons pu observer, pour l'attraction hospitalière le même phénomène que pour l'attraction industrielle, à savoir que les habitants concernés descendent leur vallée pour se rendre à l'Hôpital ou à l'Usine.

TITRE II - LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVES TYPES

Qu'en est-il enfin de la zone d'attraction des établissements hospitaliers privés ?

Rappelons d'emblée que nous n'avons, pour cette forme juridique là aucun établissement de la taille des grands établissements publics comme le CHU de Nancy ou le CHR Metz-Thionville, aussi, nous ne pourrions constater des zones d'attraction aussi étendues.

Chapitre a) les Zones d'attraction des Etablissements privés à but lucratif

Les zones d'attraction de ces établissements, de taille relativement réduite, s'étendent généralement sur leur canton, voire sur leur arrondissement. Souvent même 50 % de leurs malades viennent de leur commune d'implantation. L'attraction est géographiquement plus étendue si l'établissement considéré a une spécialité. C'est notamment le cas de certaines cliniques que nous citerons pour exemple :

- la clinique Ambroise Paré à Nancy, où était pratiquée de la chirurgie cardio-vasculaire et dont la zone d'attraction s'étendait aussi dans un rayon de plus de 100 km autour de Nancy et même en Alsace et en Haute Marne,
- la polyclinique de Gentilly dont certains médecins ou chirurgiens sont professeurs à la Faculté de Médecine de Nancy, et dont les malades lorrains ne représentent que 70 % des malades.
- la clinique St André à Vandoeuvre lès Nancy, spécialisée en ophtalmologie et Oto-Rhino-Laryngologie, a une zone d'attraction supérieure à la Lorraine : les malades lorrains ne représentant que 85 % de sa clientèle.

Chapitre b) les Zones d'attraction des établissements privés à but non lucratif

En ce qui concerne les zones d'attraction des établissements privés à but non lucratif, nous avons pu remarquer les mêmes caractéristiques. Les établissements de petite ou moyenne importance ne rayonnent généralement que sur leur canton, les cantons voisins, voire l'arrondissement. Il en est ainsi des établissements suivants :

- L'Hôpital St Joseph à Bitche : zone d'attraction s'étendant sur les cantons de Bitche, Volmunster, Rohrbach les Bitche
- l'Hôpital Ste Barbe à Morhange : zone d'attraction s'étendant sur le canton de Grostenquin
- L'Hôpital d'arrondissement de Château-Sain s.
- L'Association hospitalière Orne-Moselle à Morange-Silvange.
- L'Association hospitalière de la Vallée de l'Orne à Moyeuvre-Grande
- Hôpitaux de Hayange et Algrange.

Mais d'autres établissements privés à but non lucratif ont une importance plus grande et de ce fait "rayonnent" sur une aire géographique supérieure, mais n'excédant jamais un rayon de 40 ou 50 km. Il s'agit des =

- Hôpitaux de la Société de Secours Minier de Creutzwald^{*} et de Freyming^{*}, qui rayonnent sur tout le bassin houiller. Le service des Grands Brûlés de l'Hôpital de Freyming a une zone d'attraction supérieure à celle des autres services.
- Hôpitaux appartenant à la Société Hospitalor^{*} et sis à St Avold, Forbach (Hôpital Ste Barbe) et Cœhange et dont la zone d'attraction est d'une part le bassin houiller : cantons Forbach Freyming-Merlebach, Saint Avold, Fulquemont, Grostenquin, et d'autre part, les zones rurales de ces cantons
- Clinique de Traumatologie de Nancy, appartenant à la Caisse d'Assurance Maladie de Nancy et dont la spécialité chirurgicale poussée et la renommée des praticiens a étendu la zone d'attraction.
Les malades venant de toute la Lorraine n'y représentent que 50 à 80 % de sa clientèle.
- L'Hôpital St Joseph à Phalsbourg ne possède aucun service pouvant prétendre à une zone d'attraction particulièrement étendue, mais sa situation géographique à la "frontière" Alsace-Lorraine lui attire de nombreux malades alsaciens. 50 % seulement de ses patients sont lorrains, bien que sa zone d'attraction ait un rayon peu différent de 50 km. Cet établissement constitue donc un cas particulier où la présence de malades non lorrains n'est pas due à un niveau médical - ou chirurgical - particulièrement élevé.

../. ..

* Notons qu'il faut comprendre dans la zone d'attraction de ces établissements l'ensemble de la population de ces lieux, puisqu'actuellement entre 50 et 70 % de leurs malades sont affiliés au Régime Général de la Sécurité Sociale et non au Régime minier

Nous concluons en soulignant qu'en ce qui concerne la répartition hospitalière des malades lorrains, nous sommes peut-être en présence d'une hiérarchie du type de celle qui a pu être décrite par Walter Christaller (1) ou August Lösch (2), à savoir une hiérarchie répondant à la théorie des places centrales, mais pondérée par les conditions topographiques, socio-professionnelles et historiques.

La Trame géométrique de base n'est pas homogène, mais a une réalité concrète : ce sont les hôpitaux ruraux. La différence de maille est bien nette lorsque l'on constate qu'il existe 2 hôpitaux ruraux en Meuse, alors qu'il y en a 12 dans les Vosges .. Nous pourrions pondérer ce caractère par un indice de difficulté topographique d'accès pour les malades.

Toutefois, la hiérarchie des établissements et des services étant évidente, nous pouvons constater qu'elle est de deux ordres : présence ou absence de tel ou tel service, niveau de technicité et niveau hospitalier et universitaire des praticiens.

Il serait intéressant de pouvoir, grâce à des indices calculés selon ces deux caractéristiques, considérer les zones d'attraction des différents établissements et évaluer à partir de quel niveau technique, universitaire et démographique on observe l'implantation d'établissements privés.

Mais, pour ce faire, il faudrait étudier la répartition géographique précise des malades de tous les établissements, de même que le niveau universitaire de tous leurs praticiens. C'est alors seulement que l'on pourrait essayer de déterminer et de dessiner les différentes trames de la hiérarchie sanitaire en Lorraine (3) Etude qui serait certainement passionnante et enrichissante.

Ayant ainsi défini le réseau sanitaire régional, il serait intéressant de le comparer aux secteurs sanitaires plus ou moins arbitrairement fixés par l'Administration .. / ..

1) Walter Christaller : "Die Zentralen Orte in Süddeutschland" Iéna, Fischer 1933 "

2) August Lösch : "Die räumliche Ordnung der Wirtschaft" Iéna, Fischer, 1941.

3) Cette étude pourrait être du même type que celle de Michel Rochefort "L'organisation urbaine de l'Alsace" Paris, Les Belles Lettres, 1960

Ce réseau sanitaire régional - s'il a une emprise évidente, sur la population, car définie par elle, il est aussi quotidiennement utilisé par ses malades - a une autre réalité importante, à savoir un poids économique régional.

Les Etablissements hospitaliers sont en effet générateurs d'emplois et par ce fait pourvoyeurs de salaires.

D'autre part, ils doivent, pour leurs investissements, entrer dans le flux financier et emprunter à divers organismes prêteurs et donc à des taux variés.

Voyons donc dans un ultime chapitre le poids économique du secteur hospitalier lorrain.

QUATRIEME PARTIE

LE POIDS ECONOMIQUE DU SECTEUR HOSPITALIER

-:-:-:-

IV - LE POIDS ECONOMIQUE DU SECTEUR HOSPITALIER

=====

Bien que destiné à pourvoir au maintien et à la restauration de la santé de la population, le secteur hospitalier a une réalité économique qu'il ne faut pas sous-estimer.

Cette notion est bivalente par le fait même que ce secteur entre de plein pied dans le jeu économique

- par les coûts hospitaliers et les prix de journées correspondants, le secteur hospitalier extrait de la population soignée une certaine masse financière, grâce à laquelle il peut fonctionner
- à l'opposé, c'est grâce à ce fonctionnement que le secteur hospitalier est la source même d'une redistribution de cette masse financière.

Cette redistribution est de plusieurs ordres qui apparaissent nettement lors de l'étude des budgets des différents établissements.

En premier lieu, il importe de signaler la redistribution directement effectuée, grâce aux salaires versés aux nombreux employés de ce secteur.

En second lieu, nous noterons que le secteur hospitalier est un gros acheteur de produits de consommation usuelle : produits médicaux ou pharmaceutiques, produits alimentaires, produits d'entretien ...

Enfin, l'hôpital investit beaucoup et de plus en plus aussi bien dans des équipements techniques à l'obsolescence de plus en plus rapide que dans des bâtiments nécessaires à un confort moderne.

Tous ces postes donnent donc lieu à une redistribution directe ou indirecte (par sous-traitance) de la masse financière, maniée par le secteur hospitalier.

Afin d'ébaucher une étude du poids économique du secteur hospitalier, et après avoir précédemment vu l'élaboration différentielle des prix de journée -apports de finance pour le secteur hospitalier - nous nous pencherons en premier lieu sur la fonction "employeur" de ce secteur : étude quantitative des emplois par qualification, et en second lieu, sur le budget hospitalier proprement dit, formation du budget et importance de celui-ci par rapport aux budgets communaux, par exemple.

TITRE - I - LES EMPLOIS OFFERTS EN LORRAINE PAR LE

SECTEUR HOSPITALIER

=====

D'après notre enquête, réalisée en 1975/1976, nous avons pu recenser 27 344 emplois dans le secteur hospitalier lorrain : 20 818 d'entre eux étaient à attribuer au secteur hospitalier public, et le reste soit 6 526 emplois, au secteur hospitalier privé. Bien sûr, ces chiffres ne peuvent nous donner qu'un ordre de grandeur, car bien souvent les réponses à nos questionnaires - qui faisaient l'objet d'entretiens directs - ne furent qu'assez imprécises. De plus, les emplois sont des données éminemment variables, bien que ce soit un secteur où les réductions d'effectif soient assez rares et qui s'oriente plutôt - avec une augmentation du niveau de technicité - vers une augmentation concomitante de son personnel.

Signalons que ce chiffre de 27 344 emplois comprend les emplois médicaux à plein temps ou à temps partiel, mais non les vacations. Les établissements hospitaliers dissocient, généralement, de leur effectif de personnel, l'effectif du personnel médical, car le mode de rémunération est différent.

Dans la présente étude - qui a pour but une vue globale de l'impact économique du secteur hospitalier, nous avons préféré réunir ces deux effectifs et obtenir ainsi l'ensemble des emplois suscités par le secteur hospitalier lorrain.

Si l'on se réfère aux actifs recensés par l' I. N. S. E. E. en 1975, les emplois que nous avons comptés en représentent 3 % (1) ce qui est une proportion importante. Si l'on cherche un point de comparaison, nous remarquons que les emplois hospitaliers lorrains sont supérieurs aux emplois des industries agricoles et alimentaires (27100 actifs en 1975). Soulignons bien que ce secteur hospitalier ne représente qu'une partie du secteur de la santé, puisque nous n'avons aucunement pris en compte les professions sanitaires dites "de ville", c'est-à-dire ne s'exerçant pas dans le cadre d'un établissement hospitalier.

../..

1) Petit guide statistique de la Lorraine 1977 - p. 25 - INSEE O. E. L. Nancy

Lorsque l'on considère ces emplois ainsi recensés par notre enquête régionale et les "actifs des services non marchands" en 1975 (1), nous remarquons que les emplois hospitaliers en représentent les 19,71 %. Au niveau départemental, la part des emplois hospitaliers parmi les emplois des services non marchands est la suivante :

24,5 %	en Meurthe & Moselle
16,0 %	en Meuse
16,5 %	en Moselle
19,8 %	dans les Vosges

Nous sommes donc en présence d'un secteur économique, producteur d'emplois en quantité non négligeable. Curieusement, ce secteur économique a été peu étudié par l'Institut National des Statistiques. Est-ce à cause de sa grande dispersion ou par le fait qu'implicitement et intuitivement, on rebut à y voir un secteur économique comme un autre ? Un secteur qui, malgré sa fonction sociale et "charitable", peut et doit être en équilibre et, pour qui pas, bénéficiaire ?

Voyons donc précisément quelle est la part du secteur hospitalier dans l'activité lorraine. Nous serons amenés à comparer le nombre d'emplois hospitaliers à la population active et plus particulièrement aux emplois tertiaires. Nous retiendrons plusieurs niveaux d'étude :

- La région Lorraine
- les 4 départements pris indépendamment
- le lieu d'implantation des établissements hospitaliers, à savoir : la commune ou l'agglomération.

1) La région lorraine :

Les emplois hospitaliers tels que nous les avons recensés représentent 3 % de la population active lorraine, dont 6,5 % du secteur tertiaire (2)

../..

1) Opus Cit. Ci-dessus P. 31

2) Nous avons considéré comme formant le:

- secteur primaire de la population active, les professions relevant des codes INSEE N° 0 et 1 : agriculture, sylviculture... pêche
- secteur secondaire de la population active, les professions relevant du code INSEE N° 6 : Industrie (y compris bâtiment et Travaux Publics)
- secteur tertiaire de la population active, les professions relevant des codes INSEE N° 2/3/4/5/7/8 : Commerce, Transport, Service

2) Les départements Lorrains :

Les emplois hospitaliers lorrains par département en 1975/76

	Publics	Privés	Totaux
Meurthe & Moselle	9 151	2 539	11 690
Meuse	1 978	174	2 152
Moselle	5 983	3 341	9 324
Vosges	3 706	472	4 178
Total	20 818	6 526	27 344

a) En Meurthe & Moselle

Les 11 690 emplois hospitaliers représentent 4,13 % du total des emplois et 8 % des emplois du secteur tertiaire.

Parmi ces emplois hospitaliers, 22 % sont des emplois du secteur privé et 78 % des emplois du secteur public.

b) en Meuse

Les 2 152 emplois hospitaliers représentent 2,7 % du total des emplois et 6,3 % des emplois du secteur tertiaire

8 % de ces emplois hospitaliers relèvent du secteur privé et 92 % du secteur public.

c) en Moselle

Les 9 324 emplois hospitaliers représentent 2,5 % des emplois mosellans et les 5,4 % des emplois du secteur tertiaire.

Parmi ces emplois hospitaliers, 36 % d'entre eux sont issus du secteur privé et 64 % du secteur public.

d) Dans les Vosges

Les 4 178 emplois hospitaliers représentent 2,5 % du total des emplois et 6 % des emplois du secteur tertiaire.

La majeure partie de ces emplois hospitaliers vosgiens sont publics 88,7 % contre 11,3 % pour le secteur privé.

Voici en résumé, le tableau récapitulatif de ces proportions :

../..

Importance relative des emplois hospitaliers en Lorraine
(en 1975/1976 - et en pourcentage)

	Part des emplois hospitaliers dans l'ensemble des emplois - %	Part des emplois hospitaliers dans les emplois du Secteur III - %	Distribution de ces emplois hospitaliers	
			Privé en %	Public en %
Meurthe & Moselle	4,13	8	22	78
Meuse	2,7	6,3	8	92
Moselle	2,5	5,4	36	64
Vosges	2,5	6	11,3	88,7
Lorraine	3	6,5	24	76

Ces pourcentages ne peuvent nous étonner, car nous y retrouvons les caractéristiques propres à chaque département et à sa structure sanitaire. Les effectifs de personnel sont en effet directement liés au nombre de lits et la quantité de lits aux effectifs de population et à sa structure démographique :

- L'importance des emplois hospitaliers en Meurthe & Moselle s'explique par la présence du C. H. U. à Nancy et de tous les établissements privés qui gravitent autour .
- Les emplois hospitaliers paraissent aussi proportionnellement importants en Meuse : ceci est dû au manque de dynamisme de ce département, et au peu grand nombre d'emplois, notamment d'emplois tertiaires. De même dans les Vosges où il y a relativement peu d'emplois tertiaires.
- La Moselle se distingue par la part importante du secteur privé dans les emplois hospitaliers.

Le caractère souvent "privé" de l'hospitalisation mosellane est une constante que nous avons trouvée tout au long de notre étude.

../..

3) Les lieux d'implantation des Etablissements Hospitaliers :

La Commune
L'agglomération

Nous voulons ici affiner notre étude et évaluer le poids des emplois hospitaliers dans le "marché du travail local". Pour ce faire, nous additionnerons les emplois hospitaliers privés et publics d'une même localité et les comparerons aux effectifs de la population active. Nous limiterons notre étude aux localités d'au moins 5 000 habitants qui sont, en fait, généralement celles où sont implantés les établissements hospitaliers lorrains.

Pour avoir une meilleure approche de la réalité, et considérant que d'une part, les établissements hospitaliers emploient un personnel nombreux, varié et souvent spécialisé, et que d'autre part, les migrations alternantes sont nombreuses et ont fréquemment lieu de commune à commune, nous avons jugé plus opportun de comparer localement les emplois hospitaliers aux résultats du recensement au lieu de travail des "actifs ayant un emploi en 1975", c'est-à-dire réellement aux emplois existant sur place. Nous pourrions ainsi voir le poids exact des emplois hospitaliers sur le marché du travail.

Ce recensement au lieu de travail n'a été effectué par l'INSEE que pour les communes ou agglomérations de plus de 5 000 habitants et ses résultats ne sont connus qu'au 1/5.

Notre présente étude ne se veut pas exhaustive dans ses conclusions, mais tend à donner un ordre de grandeur, quant au poids du secteur hospitalier dans le marché de l'emploi.

Prenant pour bases les résultats du recensement de l'INSEE en 1975, et nos résultats personnels, nous nous sommes heurtés à trois reprises à des difficultés résultant de la localisation de l'hôpital psychiatrique qui est arbitraire par excellence et illustre bien ce que l'on peut appeler le "fait du Prince". En effet, l'hôpital psychiatrique encore dénommé Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie a souvent été construit à la campagne, pour garantir aux malades un meilleur environnement. Il se trouve donc généralement sur le territoire de petite commune, même s'il n'entretient que peu de relations avec elle et si, en fait, il est plutôt à rattacher à la grosse localité voisine où exercent les praticiens prescripteurs et où résident la plupart des employés.

C'est ainsi que nous n'avons pu exploiter les données concernant les centres hospitaliers spécialisés de Jury lès Metz et de Lorquin. Ces établissements sont en effet situés sur des communes de moins de 5 000 habitants (Jury : 692 habitants en 1975, Lorquin 1726 habitants en 1975) et les résultats du recensement des actifs sur leur lieu de travail ne sont pas disponibles pour les communes de moins de 5 000 habitants. D'autre part, le recensement des actifs à leur lieu de résidence nous donnera des chiffres peu exploitables ici, car bien évidemment, les emplois fournis par ces gros établissements sont occupés par du personnel ne résidant pas sur place (1)

La structure générale de ces régions laisse à supposer que les employés de "Jury les Metz" viennent en majorité de Metz, et ceux de "Lorquin" de Sarrebourg, mais pour en être certain, il faudrait étudier les migrations alternantes de ces deux cités (ce qui est trop ambitieux pour cette étude) ou enquêter auprès du personnel des établissements étudiés.

Il est donc vraisemblable que la part du personnel hospitalier dans la population active de Metz ou de Sarrebourg est sous estimée, ce qui explique les chiffres relativement bas que l'on peut observer dans les tableaux ci-joints.

Quant au Centre hospitalier spécialisé (en psychiatrie) de Fains-Veel (55) nous avons jugé opportun de l'inclure, pour les besoins de notre étude, dans l'agglomération de Bar le Duc. Nous avons été aidés pour cela par le fait qu'il n'y a aucune discontinuité urbaine entre l'unité urbaine de Bar le Duc (définition INSEE) et la commune de Fains-Veel (2588 habitants en 1975).

C'est pourquoi nous obtenons des parts plus importantes pour le personnel hospitalier dans l'agglomération de Bar le Duc que dans la commune du même nom.

../..

1) Le recensement des actifs à leur lieu de résidence nous donnera pour la commune de		
Jury lès Metz :		Population active total en 1975 : 234
dont actifs du secteur I en 1975	8	(alors que l'hôpital psychiatrique emploie 313 personnes
dont actifs du secteur II "	31	
dont actifs du secteur III "	195	
Commune de Lorquin (57)		Population active total en 1975 : 516
dont actifs du secteur I en 1975	21	(alors que l'hôpital psychiatrique emploie 439 personnes
dont actifs du secteur II "	166	
dont actifs du secteur III "	329	

En rappelant qu'il s'agit d'emplois hospitaliers quelconques, c'est-à-dire médicaux et autres, nous allons essayer de dégager quelques caractéristiques locales (cf les 5 tableaux ci-joints "Les emplois hospitaliers dans le marché du travail en 1976").

Chapitre A - Part du personnel hospitalier sur la population active totale au lieu de travail.

Les pourcentages les plus forts se trouvent pour les communes d'importance démographique moyenne, mais où est implanté un établissement hospitalier d'assez grande taille.

- c'est ainsi que le personnel hospitalier représente 31,7 % des actifs de la commune de Mirecourt (88) où est implanté le Centre hospitalier spécialisé de Ravenel. Comme nous le notions plus haut, la présence d'un "hôpital psychiatrique" ou d'un service de psychiatrie, de taille souvent importante, grossit immédiatement la part du personnel hospitalier dans la population active. Nous en trouverons un autre exemple dans le fort pourcentage observé dans la commune de St Nicolas de Port (54).

Sans qu'il s'agisse d'un établissement psychiatrique, l'Association hospitalière Orne-Moselle qui concerne toutes les communes environnantes, mais est installée à Marange-Silvange (57) augmente très fortement la part du personnel hospitalier dans les emplois de cette commune, puisqu'elle atteint 17,7 %.

- De même, l'implantation d'un nouvel hôpital, de taille assez importante augmente la part des emplois hospitaliers dans les emplois des communes d'importance démographique moyenne.

Les nouveaux centres hospitaliers de Briey (54) et de Remiremont (88) ont donc introduit dans ces communes des emplois en quantité non négligeable, puisque les pourcentages que nous avons calculés sont respectivement de 21 et de 9,2 %. L'importance du pourcentage trouvé pour Briey s'explique par le fait que le nouvel hôpital - pourvoyeur de plus d'emplois que l'ancien - est venu s'ajouter à un établissement privé également important.

- Sauf les cas particuliers que nous venons de signaler, les emplois hospitaliers entrent pour 3 à 7 % dans le total des emplois des différentes localités. Ce pourcentage est important et mérite d'être signalé, de même que le caractère tout à fait urbain de ces emplois. A l'étude des tableaux ci-joints "emplois hospitaliers dans le marché du travail", nous remarquerons que la part du personnel hospitalier dans la population active totale est toujours inférieure dans l'agglomération à celle que nous avons trouvée dans la commune urbaine centrale. C'est d'ailleurs ce caractère d'urbanité qui induit les difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés plus haut à propos des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie qui, de façon tout à fait arbitraire, sont implantés à la "campagne".

- Dans les petites agglomérations, la présence d'un hôpital local - de dimensions généralement limitées - n'induit que très peu d'emplois hospitaliers. La part du personnel hospitalier sur la population active totale sera donc restreinte et souvent inférieure à 3 %.

- Il nous faut souligner la grande dispersion statistique que nous avons trouvée dans nos pourcentages : la part du personnel hospitalier dans la population active totale au lieu de travail variant en Lorraine de 0,1 % (Charmes (88)) à 31,7 % (Mirecourt (88))

Notons le cas particulier d'Epinal où il semble que, proportionnellement à l'ensemble de la population active, le centre hospitalier occupe assez peu de personnel. La part du personnel hospitalier y est notamment inférieure à celle des autres préfectures lorraines. Mis à part Bar le Duc, il ne semble pas que ce soit parce que le reste de la population active est plus nombreuse, mais bien par défaut d'équipement hospitalier.

A l'opposé, Nancy comprend un personnel hospitalier fort nombreux puisqu'il y représente 10 % des actifs. Les emplois hospitaliers concernent surtout la commune même de Nancy. Il y a en effet une différence de 2,4 % entre la commune et l'agglomération nancéienne. Nous retrouvons là l'importance du CHU nancéen et des cliniques privées, car comparativement aucune autre préfecture lorraine ne possède un aussi fort pourcentage de personnel hospitalier (Metz 4,5 % Bar le Duc 6% Epinal 3,7%) Notons qu'il ne s'agit là que des emplois hospitaliers et qu'ils ne comprennent pas les emplois universitaires corollaires du C H U.

Chapitre B - Part du personnel hospitalier sur la population active du secteur tertiaire (au lieu de travail)

Le personnel hospitalier, quelque soit son emploi au sein de l'établissement hospitalier, peut être considéré comme appartenant au secteur tertiaire, puisqu'il s'agit toujours de "services".

Dans les tableaux ci-joints, concernant les "emplois hospitaliers dans le marché du travail", dans les 4 départements lorrains, nous remarquons également une grande dispersion dans la "part du personnel hospitalier sur les actifs du secteur tertiaire". En effet, les pourcentages trouvés se répartissent entre 0,2 % (Charmes (88)) et 44,6 % (Mirecourt (88)). Ces extrêmes s'expliquent aisément de même que nous avons expliqué pour ces communes la part du personnel hospitalier sur la population active totale. Dans le cas de la commune de Charmes, l'établissement hospitalier est trop peu important pour que son personnel (2 employés) puisse avoir une quelconque importance. Dans le cas de la commune de Mirecourt qui - mise à part sa fonction commerciale évidente - n'est pas un grand centre tertiaire, les très nombreux emplois hospitaliers du Centre hospitalier de Ravenel - ajoutés aux quelques emplois de l'hôpital local - donnent assurément un poids important aux activités sanitaires dans les emplois du secteur tertiaire. (L'exemple similaire est celui de la commune de Laxou (54))

Dans le reste de la Lorraine, les pourcentages trouvés sont souvent compris entre 3 et 12 %. Les pourcentages plus importants concernant des communes relativement peu importantes, et surtout ouvrières, c'est aussi dans leurs cas que nous trouvons un gradient plus fort entre la part du personnel hospitalier par rapport à la population active totale et par rapport aux actifs du secteur III. L'établissement hospitalier est situé sur cette commune, mais ses activités soignantes, de même que ses offres d'emploi, concernent en fait tout un ensemble de communes dont cette commune est le "centre de gravité". Nous prendrons pour exemple les communes de Mt St Martin (54), St Nicolas de Port (54), Briey (54), Algrange (57), Marange-Silvange (57).

En Meuse, il ne semble pas qu'il y ait de commune où l'importance des emplois hospitaliers sur l'ensemble des emplois du secteur tertiaire soit vraiment très grande (1) : deux raisons peuvent être trouvées à cela:

.. / ..

1) mise à part la commune de Fains-Veel dont nous avons déjà étudié le cas plus haut.

- 1) - les établissements hospitaliers sont de taille moyenne et n'emploient donc que "relativement peu" de personnel,
- 2) - le secteur tertiaire des plus grandes communes est resté proportionnellement important et les activités hospitalières y apparaissent "normalement".

Tout porte à croire que ces 2 raisons y sont présentes simultanément.

Dans les Vosges, la commune de Vittel présente aussi un fort pourcentage de personnel hospitalier dans ses actifs du secteur tertiaire. Cela est dû au fait qu'il existe à l'Hôpital de Vittel une émanation du C.H.U. nancéien, qui a trouvé dans les anciens hôtels vitellois actuellement inoccupés, des locaux propices à son installation. Il y a donc là des emplois hospitaliers qui relèvent d'une utilité régionale ou extra-régionale et non uniquement locale.

A Nancy, les emplois hospitaliers qui étaient de l'ordre de 10 % des emplois totaux atteignent 13 % des emplois du secteur tertiaire, ce qui est un taux fort important, lorsque l'on se rappelle que Nancy a un secteur tertiaire nombreux.

Les établissements hospitaliers sont donc des employeurs non négligeables et, souvent, dans des communes d'importance moyenne, l'hôpital ou l'ensemble des différents établissements hospitaliers constituent la plus grande entreprise pour le nombre d'emplois qu'ils offrent. Prenant pour exemples les communes de Vittel (88) - Remiremont (88) - Mirecourt (88) - Nancy (54) - où le C.H.U. seul est déjà le plus gros employeur de la commune - Laxou (54) - Jury (57) - Fains-veel (55) - Verdun (55), etc....

../..

C

Bar 1

Com1

St Mi

Verd

N. B

S LE MARCHÉ DU TRAVAIL EN M E U S E en 1976

e en 1975 au lieu de travail	Personnel Hospitalier		Part du personnel hospitalier sur		
	Secteur I	Secteur II	Secteur III	la population active totale - %	les actifs du secteur III - %
40	2 575	7 010	584	6	8
50	2 610	7 120	1 010 (1)	10	14
60	1 660	2 175	124	3	6
60	1 660	2 175	124	3	6
5	1 190	1 210	120	5	10
00	1 330	1 230	120	4,5	10
15	3 135	7 745	800	7	10
35	3 515	8 775	800	6,4	9
15	1 080	795	44	2	5

l'agglomération de "Bar le Duc" bien que, selon l'INSEE, elle hospitaliers fournis par le Centre Hospitalier Spécialisé, il dans une commune de moins de 5 000 habitants - étude , tous les emplois de Fains-Veel à ceux de el a elle-même une population active totale de 880 II et 495 dans le Secteur III

MARCHE DU TRAVAIL EN MOSELLE en 1976

Evolution en 1975 au lieu de travail			Personnel Hospitalier	Part du personnel hospitalier sur	
Secteur I	Secteur II	Secteur III		la population active totale - %	les actifs du Secteur III - %
--	1 085	685	155	8,8	22,6
5	1 335	620	11	0,6	1,7
5	820	1 375	85	3,8	6,2
5	820	1 375	85	3,8	6,2
40	1 325	825	160	7,3	19,4
25	505	590	34	3,0	5,7
25	4 210	1 805	107	1,8	5,9
25	4 300	2 035	107	1,7	5,3
15	850	1 160	144	7,1	12,4
80	1 360	1 335	72	2,6	5,4
10	10 085	3 350	509	3,8	15,2
40	6 860	6 135	119	0,9	1,9
80	22 155	13 245	119	0,3	0,9
15	7 205	2 955	180	1,7	6,1
15	130	505	115	17,7	22,7
confère tableau séparé					
420	14 665	50 770	2 996	4,5	5,9
625	23 770	61 390	3 041	3,5	4,9
65	1 635	950	17	0,6	1,8
--	1 695	1 490	95	3,-	6,4
35	175	310	25	4,8	8,1
40	460	1 165	105	6,3	9,0
155	3 975	4 745	409	4,6	8,6
170	5 490	5 315	409	3,7	7,7
30	2 925	4 990	390	4,9	7,8
70	3 125	5 095	390	4,7	7,7
55	6 095	8 315	1 404	9,7	16,9
70	6 150	8 575	1 404	9,5	16,4
105	8 055	14 430	1 395	6,2	9,7
235	38 065	25 825	1 730	2,7	6,7
15	4 340	2 650	25	0,4	0,9

ion de Thionville

glomération de Metz

nt incluses dans la partie mosellane de l'agglomération d'Hagondange-Briey

artie française de l'agglomération de Forbach

ont.

LE MARCHE DU TRAVAIL DANS LES DEUX

BI-DEPARTEMENTALES en 1976

en 1975 au lieu de Travail			Personnel Hospitalier	Part du personnel hospitalier sur	
Secteur I	Secteur II	Secteur III		la population active totale - %	les actifs du Secteur III - %
	39 105	15 265	962	1,7	6,3
	3 085	2 330	56	1,0	2,4

mécourt (54) - Briey (54) - Auboué (54) - Moutiers (54) et Rombas (57)

ange (57) - Amnéville (57) - Talange (57) Mondelange (57) -

e Marie aux Chênes (57) - Vitry sur Orne (57) - Montois la Montagne (57)

yeuvre-Petite (57) - Bronvaux (57)

Thil (54) et Audun le Tiche (57) - Russange (57) - Redange (57)

DU TRAVAIL dans LES VOSGES en 1976

1975 au lieu de travail		Personnel Hospitalier	Part du personnel hospitalier sur		
I	Secteur II		Secteur III	la population active totale - %	les actifs du Secteur III - %
	1 300	860	68	3	7,9
	4 280	1 395	30	0,5	2,1
	1 385	1 020	2	0,1	0,2
	1 405	1 060	2	0,1	0,2
	1 610	530	30	1,4	4,8
	4 330	14 510	696	3,7	4,1
	8 205	16 945	696	2,7	4,1
	1 395	540	40	2	7,4
	2 520	2 040	123	2,7	6
	2 675	2 185	123	2,5	5,6
	915	2 345	1 046	31,7	44,6
	1 845	2 450	1 046	24	43
	1 470	2 590	330	8	12,7
	1 470	2 590	330	8	12,7
	2 165	1 265	48	1,4	3,8
	2 165	1 265	48	1,4	3,8
	2 110	1 055	95	3	9
	2 110	1 055	95	3	9
	1 955	3 275	482	9,2	14,7
	4 785	3 680	482	5,5	13
	5 480	6 295	558	4,7	8,9
	8 305	6 605	558	4,2	8,4
	1 765	690	47	1,9	6,8
	2 285	1 625	307	7,7	18,9
	900	475	13	0,9	2,7

Pour clore cette étude des emplois offerts en Lorraine par le secteur hospitalier, nous signalerons brièvement la composition des différentes classes de personnel que nous avons distinguées et qui forment les tableaux récapitulatifs ci-joints (P. 363/364)

- Le Personnel administratif comprend le personnel de direction

(Directeur Général, Directeurs Adjoint, Assistants et Attachés de direction) et le personnel administratif proprement dit (Chefs de bureau, Adjoint des cadres hospitaliers, Agents principaux, Commis, Secrétaires médicales et Secrétaires Médicales principales, Sténodactylographes, Agents de bureau, Chefs de Standard Téléphonique et Téléphonistes principaux, personnels de traitement de l'information).

- Le Personnel soignant et assimilé comprend le personnel des services

médicaux (psychologues, sages-femmes, personnel paramédical : surveillants - chefs surveillants - infirmiers spécialisés ou non, puéricultrices, masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens, etc...), le personnel des écoles de formation paramédicale, le personnel des services sociaux et le personnel technique, chef des services de pharmacie de laboratoire et d'électroradiologie (préparateurs de pharmacie, laborantins et techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie).

- Le personnel secondaire des services médicaux comprend les aides-

soignantes, auxiliaires de puériculture, agents des services hospitaliers (A. S. H.), les aides de pharmacie, de laboratoire, d'électroradiologie, les élèves aides-soignantes, les agents des services intérieurs (A. S. I.) et les aides-kinésithérapeutes.

- Le personnel des services généraux : ingénieurs, adjoints techniques,

contremaitres principaux et contremaitres, chefs d'équipe d'ouvriers professionnels, maîtres ouvriers, OP 1 et OP 2, personnel des parcs automobiles, aides-ouvriers, manoeuvres, chauffeurs de chaudière à haute et basse pression, etc....

Ne sont pas compris dans ces classes-là, certaines catégories de personnel très peu nombreux ou à la fonction très particulière, comme le personnel des cultes, et l'ensemble du personnel détaché, en disponibilité ou en congé de maladie longue durée.

Quant au personnel médical, nous y avons compris les médecins ou chirurgiens (généralistes ou spécialistes à temps plein ou à temps partiel), les internes (jeunes médecins ou chirurgiens ayant réussi le concours d'internat du CHU ou de sa région sanitaire), les étudiants en médecine ayant des responsabilités hospitalières, soit exerçant les fonctions d'interne, sans en avoir le titre, soit à titre d'externe, et les pharmaciens. Signalons qu'il n'y a jamais d'interne en titre dans les établissements privés. Ce sont toujours des "faisant fonction d'interne".

En Lorraine, nous avons donc recensé 27 344 emplois dans les établissements hospitaliers, dont 1719 pour le personnel administratif : 6,3 % du total, 6 773,5 pour le personnel soignant et assimilé, soit 24,7 %, 7 263,5 pour le personnel secondaire des services médicaux, soit 26,6 % et 5 203 pour le personnel des services généraux, soit 19 %. Quant au personnel médical au nombre total de 3 012, il représente 11 % des emplois hospitaliers.

La somme de ces pourcentages n'atteint pas 100 : cela est dû au manque de détail dans les réponses qu'on a pu nous faire lors de notre enquête. Les directeurs ou chefs du personnel nous ont, en effet, souvent donné le total de leur personnel employé, sans vouloir - ou pouvoir - nous en donner le détail. Mais nous rappellerons que jusqu'à une date très récente, il y avait un manque de personnel hospitalier soignant et que souvent, des postes budgétaires se sont trouvés vacants. Ainsi nos chiffres qui correspondent aux emplois effectivement occupés, sont sans aucun doute légèrement inférieurs à la capacité totale d'emplois des établissements hospitaliers lorrains.

De plus, les établissements hospitaliers - surtout les plus importants - sous-traitent certaines tâches, et même si ce n'est pas toujours le cas, leur activité seule induit nombre d'emplois à l'extérieur, car loin de vivre en autarcie, ces établissements achètent beaucoup à l'extérieur.

Les emplois hospitaliers, vecteurs de vie et de richesse pour les communes où ils sont implantés, sont financés par les budgets propres de chacun des établissements que nous avons visités et étudiés. Pour actualiser leur importance financière, aussi bien pour la région que pour les établissements, nous aborderons le dernier volet de notre travail, à savoir l'étude succincte des budgets-types de certains établissements lorrains.

HOSPITALIER PUBLIC EN LORRAINE EN 1975-1976

lisation et leur spécificité

personnel services généraux	internes	faisant fonction d'internes et TCEM 1	Etudiants stagiaires (externes) et DCEM 4	total des médecins et pharmaciens	médecins spécialistes	médecins temps plein	médecins temps partiel
27	-	-	7	7+1ph	6	-	7
102	2	4	16	10	9	1	10
19	-	-	-	-	-	-	(+2)
36	-	-	8	4	3	-	4
270	15	4	48	28	28	14	14
	2	3	14	4+1ph	2+1ph	2+1ph	2
56	-	8	5	13	11	-	13
23	-	-	-	-	-	-	(4)
18				2+1ph	2		2
116	5	7	26	50	50		
1 009	143+19ph		442	495+5ph	495+5ph	491+5ph	4
1 676	167+19ph	26	566	613+8ph	606	508	56
135	6	12	10	17	15	7	10 (+13)
88	6	13	15	24	19	8	16
35	-	-	-	-	-	-	-
102	3	5	-	6	6	6	-
35	-	1	1	5	4	-	5
38	2	-	2	3	1	-	3
19	-	-	-	-	-	-	(+5)
452	17	31	18	55	45	21	34
124	19	43	24	65	61	48	17
200	44	27	57	78	67	41	20(+17)
2	-	-	-	2	2	-	2
80	-	13	-	14+3ph	14	8+2ph	6+1ph
150	22	13	30	19+2ph	17	15	4
5	-	-	-	1	1	-	1
54	-	2	-	5	2	1	4
	10	-	-	5	5	5	-
50	-	12	-	14+1ph	13	5	9
43	3	2	-	6	5	2	4
	4	8	-	4+1ph	4	-	-
80	11	-	-	8+1ph	8	8	-
20	-	-	-	-	(+6)	-	(+8)
12	4	-	4	4	3	3	1
820	117	120	115	225+8ph	203	136	68

personne. des services généraux	internes	faisant fonction d'internes et TCEM 1	Etudiants stagiaires (externes) et DCEM 4	total des médecins et pharma- ciens	médecins spécia- listes	médecins à temps plein	médecins à temps partiel
40	7	-	6	13	13	1	12
63	1	7	12	11	10	-	-
22	-	-	-	-	-	-	-
111	1	5	18	29	22	22	-
22	-	-	-	-	-	-	- (+5)
20	-	3	10	19	16	8	11
51	7	11	20	30	22	9	21
34	-	-	-	1	-	1	-
35	-	-	-	4	-	-	4
-	-	-	-	6	-	-	6
23	-	-	-	5	2	-	5
20	-	-	1	7	-	-	7
12	-	-	-	6	1	-	5
9	-	-	-	1	-	-	1
179	18	-	6	12	12	12	-
15	-	-	-	5	-	-	5
20	-	-	-	-	-	-	- (+2)
35	-	2	3	5	3	1	4 (+3)
711	34	28	76	154	101	54	81
3 659	335 + 19ph	205	775	1 047			

osges) 12 lits qui, donc, ne figure pas ici.

nts compris

cins à temps complet ou même à temps partiel. Dans les colonnes concernant les
de médecins n'appartenant pas à l'établissement, mais y venant effectuer des
totaux, car ces consultations ne peuvent même pas être considérées comme du

es

les

ter au chapitre ci-joint.

s données très variables et les responsables des établissements ne les fournissent

HOSPITALIER PRIVE EN LORRAINE EN 1976

leur localisation et leur spécificité

personnel ambulatoire	personnel secondaire services médicaux	personnel services généraux	faisant fonction d'internes & TCEM 1	Etudiants stagiaires (externes) & DCEM 4	total des médecins & phar- maciens	médecins spécia- listes	médecins à temps plein	médecins à temps partiel
	205	63	13	-	13+1ph	9	13	-
	58				9	9	9	
	8	15			4	3		4
	-	2			-	-	-	-
	2	34			3	-	-	3
	3	8			4	4	-	4
	9	30			18	13		
	10	51			30+1ph	30	4	26
	6	10			2	2	1	1
	7	8			3	3	2	1
	8	7			5	5	3	2
					3	3	3	-
	2	4			4	2	-	4
	10	21			1			1
	18	120	6	4	2	2	2	-
	4	14			-	-	-	-
	4	7			7	7	2	5
	23	22			11	8	-	11
	-	15			12	12	-	12
	9	31	5		18+1ph	18	-	18
	23	22			11	11	8	3
	7	15		2	3	3	3	
	3	7			2+1ph	2	-	2
	-	3			8	6	-	8
	63	85			80		1	79
	50				5	5	5	-
	2				4	4	-	4
	534	594	24	6	262+4ph	161	56	188
	17	30		2	5+1ph	5	3	2
	4	17				1		(+3)
	33	17		2	12+1ph	12	8	5+1ph
	54	64		4	17+2ph	18	11	7

personnel secondaire services médicaux	personnel des services généraux	faisant fonction d'internes & TCEM1	Etudiants stagiaires (externes & DCEM4	TOTAL des médecins & pharma- ciens	médecins spécia- listes	médecins à temps plein	médecins à temps partiel
13	23	-	-	3	3	3	-
14	10	1		4	4	-	4
10	13	-		7	7	3	4
10		4	4	18	16	12	4
				20			
5	3			1	(3)	1	3
64	103	7	7	16	16	10	6
85	72	8	5	14+2ph	14	6	8(8)
78	81	14	-	13	10	7	6
51	27	5	-	4	1	3	1
5	9			6	6	0	6
20		3		4	4	3	1
1				8	8	-	8(+3)
31	54			6+1ph	6	6	-
12	27			4	2	4	-
25	49			5+1ph	5	3	2
106	134			19+2ph	19	19	
-	12			2	1	-	2
8	4			2	2	2	-
7	12	3		5	2	1	4
2	20			4	-	-	4(+7)
13	64	2		6	6	3	3
26				7	7	4	3
46	49	2	2	7+1ph	7	5	2
34	54	2	2	9	7	3	4
666	820	51	20	194+7ph	153	98	75
-	3			(1)			(1)
1	2			(1)	-	-	(1)
2	-			3	1		3
(1)	1			-	-		
10	29			3	3	3	-
25	19			9	9		
-	1			1	1	1	
23				5	5	1	4
37				8	8	5	3
				9	9	7	2
				2	2	2	
2	20			40	38	19	12
100	66						
1 354	1 544	75	30	513+13ph	370	184	282

non lucratif

ée
les

er au chapitre ci-joint.

données très variables et les responsables des établissements ne les fournissent que très difficilement

TITRE II - IMPORTANCE FINANCIERE DU SECTEUR HOSPITALIER
DANS L'ECONOMIE LORRAINE

=====
Chapitre A - L'hospitalisation : secteur de production
-----Synthèse économique générale-----

- "Les établissements d'hospitalisation publics sont des personnes morales dotées d'un patrimoine propre et de l'autonomie financière et comptable. Soumis à la tutelle de l'Etat, administrés par un conseil d'administration et par un directeur nommé -après avis de ce conseil - par le Ministre de la Santé, ils sont rattachés à une collectivité locale, le plus souvent la commune, mais aussi parfois un département ou un groupement de collectivités locales. Il existe également quelques établissements nationaux" (1)
- "Les recettes des établissements publics peuvent être analysées à partir des travaux de la direction de la Comptabilité publique; celles des établissements privés à but lucratif à partir des centralisations fiscales de la direction générale des impôts; il n'existe pas en revanche de données immédiatement disponibles pour les établissements privés à but non lucratif (2).
Le total des produits des établissements publics représentait en 1974, 26 milliards de francs; le taux d'accroissement moyen de ce total au cours de la période 1967-1974 a été de 18 % par an (en francs courants)
Le total des produits des établissements privés à but lucratif était à la même date de 5,5 milliards de francs; le taux d'accroissement moyen au cours de la même période (1967-1974) était de 16 % par an.

../..

- 1) in " les Notes Bleues du service de l'information du Ministère du Budget : les comptes des établissements d'hospitalisation publics pour l'année 1975" S. I. Synthèses - Novembre 1978 - 5 - page 3
2) in "Le Coût de l'hospitalisation - 1. Le système hospitalier français et les problèmes posés par la croissance des dépenses". Documents du Centre d'Etude des revenus et des coûts (C. E. R. C.) - 2ème trimestre 1977 N° 35-36 - Page 31

- La valeur ajoutée par le secteur hospitalier est obtenue en retranchant du total des produits le montant "des consommations intermédiaires", c'est-à-dire les achats des établissements hospitaliers aux autres branches de production.

La croissance de la valeur ajoutée a été plus rapide dans le secteur public que dans le secteur privé (20% contre 16%), de même qu'elle a été plus rapide que celle des recettes. Dans la même période, la production intérieure brute n'a augmenté que de 12,4% par an. De la sorte, la part de la valeur ajoutée par l'hospitalisation dans la production intérieure brute : P. I. B. (ou valeur ajoutée totale) s'est très sensiblement accrue. En 1974, le secteur public représentait 1,5% de la P. I. B. (1% en 1967) et le secteur privé lucratif : 0,3 %"

Chapitre B - L'Hospitalisation : gros employeur de personnel

L'importance du secteur hospitalier dans la région que nous étudions s'apprécie donc par la valeur ajoutée que ce secteur y introduit, mais aussi par la masse salariale. Le secteur privé comme le secteur public a une charge salariale importante et notamment bien supérieure à la moyenne de celle des entreprises publiques ou privées ordinaires. Nous appellerons charge salariale⁽¹⁾ l'ensemble des salaires et des charges sociales qui, toutes deux constituent des masses financières injectées à la région à travers sa population active.

L'étude nationale menée par le C. E. R. C. et citée ci-dessus indique qu'"en rapportant les charges de personnel à la valeur ajoutée nette des impôts indirects (de façon à éliminer la T. V. A. que ne versent pas les hôpitaux publics), il apparaît que le secteur public comme le secteur privé ont une charge salariale très élevée soit 92 % dans le secteur public et 87 % dans le secteur privé, ce qui est très sensiblement supérieur à l'indicateur équivalent, calculé pour la même année 1972, tant pour l'ensemble des entreprises privées (53%) que pour l'ensemble des entreprises publiques (75%)".

.. / ..

1) charge salariale ou charges de personnel

D'autre part, nous signalerons avec le C. E. R. C. (1) que les effectifs de personnel hospitalier ont plus augmenté que la population active dans son ensemble, puisqu'entre 1972 et 1962, l'indice des premiers est de 184 et celle des seconds de 110. Le taux moyen annuel d'augmentation du personnel hospitalier a été de + 5,4% entre 1964 et 1967 et de + 7,7 % entre 1967 et 1972, pour les Hôpitaux généraux publics et de + 8,1 % pour les établissements privés à but lucratif - de court séjour - entre 1967 et 1972.

Nous nous pencherons de façon aussi précise que possible sur l'importance financièrement parlant, du personnel hospitalier régional en étudiant le cas de quelques établissements hospitaliers particulières et des communes où ils sont situés.

Les données budgétaires auxquelles nous avons eu accès sont souvent par trop imprécises pour que nous puissions - comme l'étude du C. E. R. C. le faisait - calculer la "valeur ajoutée nette des impôts indirects des établissements hospitaliers lorrains". De façon usuelle, et comme il est souvent l'usage dans la littérature, nous serons amenés à comparer la masse salariale aux dépenses de fonctionnement de l'établissement, c'est-à-dire à la section d'exploitation.

Maryse Gadreau notait (2) que "les charges de personnel constituent le poste le plus élevé des dépenses de fonctionnement et cette importance tend à s'accroître au fil des années (33,4% en 1964; 32,2 % en 1968; et près de 60 % en 1970)"

"L'importance relative des dépenses de personnel varie elle aussi avec la dimension des hôpitaux (55 % pour ceux de moins de 100 lits, près de 60 % pour ceux de plus de 100 lits et plus de 61 % pour les centres hospitaliers); on vérifie à quel point les dépenses de personnel, liées à la complexité des cas traités, sont complémentaires des dépenses d'équipement, à l'inverse de ce qui se produit dans bon nombre de secteurs traditionnels de l'économie où s'opère la substitution capital-travail".

.. / ..

1) P. 32 et p. 96-97 de l'étude citée ci-dessus

2) Maryse Gadreau in "La tarification hospitalière" collection Economie et Santé - Editions Médicales et Universitaires Paris 1975 - p. 312/313

Voyons donc la part financière que représente le personnel pour quelques établissements hospitaliers-types lorrains.

Le tableau ci-joint rassemble l'essentiel des données financières que nous avons recueillies - avec beaucoup de difficultés - en Lorraine.

Section 1 - La Masse salariale : poste budgétaire le plus important

a) Le secteur public lorrain : les établissements hospitaliers publics ont présenté moins de difficultés à nous fournir des données chiffrées - quoique souvent partielles - que les établissements privés.

Notons qu'en raison des multiples difficultés rencontrées notre étude s'est déroulée sur plusieurs années et que les chiffres ne sont donc pas comparables :

- l'inflation augmentant continuellement, la valeur pécuniaire des sommes citées n'est donc pas la même

- le pourcentage des charges sociales sur les salaires a varié
La part de la masse salariale dans la section d'exploitation - ici évaluée en pourcentage - n'est donc donnée que de manière indicative et non scientifiquement comparative d'établissement à établissement.

La masse salariale des établissements publics lorrains représente une part comprise entre 52 % et 65 % de la section d'exploitation. En fait, ces chiffres sont les extrêmes de la dispersion et le plus souvent, la part représentée par la masse salariale est d'environ 55 % de la section d'exploitation du Budget, c'est-à-dire des sommes nécessaires au fonctionnement de l'établissement. Très souvent, le pourcentage est calculé par rapport au "total de la classe 6" de la comptabilité des hôpitaux publics, à savoir "les charges par nature". Celles-ci comprennent : les produits consommés (classe 60), les frais de personnel (classe 61 : y comprises les diverses charges sociales, indemnités et primes), les impôts et taxes (classe 62) (les établissements publics n'étant pas assujettis à la T. V. A. : taxe sur la valeur ajoutée), les travaux fournitures et services extérieurs (classe 63), les transports et déplacements (classe 64), les frais dûs au travail thérapeutique et à la vie sociale (classe 65), les frais de gestion générale (classe 66

tion	Valeur de la section d'investissement	Immobilisations	Frais de personnel Salaires & Charges diverses	part des frais de per- sonnel dans le budget d'exploitation %
	333 000.-		15 055 998,40	67,6
	822 000.-		7 391 057,77	57,7
	86 000.-		2 903 510,69	65,6
	2 317 119,10			
	3 473 159,90			
	250 000.-			
	8 393 217.-			
	10 100 000.-			
	3 539 500.-			
	3 157 368,49			
	3 852 868.-			
	324 724,60			
	1 821 000.-			
	104 683.-			
	3 262 000.-			
	1 646 138,20			
	8 372 838,68	947 000.-	17 353 350.-	64,4
	78 083 140.-			
	250 000.-			
	4 421 192,50			
	517 031,54			
	3 853 029,34	11 346 473,82	1 699 701	51
	300 000.-			
	600 000.-			
	418 275,97			
	44 400 000.-	73 841 899,90 ⁽¹⁹⁷⁷⁾		55
	36 855 002.-	63 774 747,97 ⁽⁷⁵⁾		59
	1 825 550.-			
	20 000 000.-			
C.A.)				
	8 048 776,58		12 551 440.	57
	7 212 872,83			
	15 420 672,49			
	7 136 397,30			
	2 320 425.-			
	1 673 400.-	88 640,15	3 245 700.-	61
	786 000.-			
	1 608 252,96			
	808 869,79			
	1 727 000.-			
	931 438.-			
	13 500 000.-	1 300 000.-		
	1 211 000.-	50 000.-	3 241 450.-	65
	17 000 000.-			

les frais financiers (classe 67) et les dotations de l'exercice : amortissements et provisions (classe 68). Pour obtenir le total des dépenses de la section d'exploitation, il faut encore ajouter à cet ensemble la classe 87 : comptes de pertes, la classe 874 : charges exceptionnelles et diverses dotations (1), mais ces dernières classes sont relativement peu importantes et les pourcentages sont donc souvent calculés sur le total de la classe 6 qui représente effectivement le gros des dépenses dynamiques de fonctionnement.

Si le caractère même de notre étude : trop vaste pour l'oeuvre d'un chercheur isolé, ne nous permet pas la comparaison entre les pourcentages des divers établissements, nous pouvons néanmoins constater, en Lorraine, que, comme l'étude de Maryse Gadreau l'indiquait, la part des frais de personnel dans les dépenses d'exploitation croît avec le nombre de lits et au fil des ans.

a') Plus l'hôpital comprend de lits, et plus la part des frais de personnel est importante dans son budget d'exploitation

Part des "frais de personnel"(2) dans le budget d'établissements publics lorrains types, selon leur nombre de lits

Nom de l'établissement et N° du département		Nombre de lits	part des frais de personnel dans la section d'exploitation	Année d'étude
H. L. de Pompey	54	31	57,8 %	1974
H. L. de Darney	88	33	65,0 %	1976
H. L. de Lamarche	88	65	61,0 %	1977
H. de St Mihiel	55	135	56,0 %	1975
H. de Pont à Mousson	54	152	56,6 %	1975
H. de Lunéville	54	244	53,56 %	1974
Mat. régionale	54	305	77,0 %	1979
H. Neufchâteau	88	313	57,0 %	1976
C.H. de Lorquin	57	500	64,4 %	1974
CH de Fains/Sources	55	722	55,0 %	1975
C.H de Metz	57	1 056	59,0 %	1976
C.H. de Thionville	57	1 070	55,0 %	1975
C.H. de Laxou	54	2 093	58,5 %	1974
C H U de Nancy	54	3 334	59,4 %	1977

1) cf. le Budget-type joint en annexe de la présente thèse. Budget où l'on trouvera les diverses classes de la section d'exploitation en dépenses et recettes, de la section d'investissement en dépenses & recettes et de la dotation non affectée aux services hospitaliers : en dépenses et recettes.

2) les frais de personnel correspondent à la classe 61 de la comptabilité hospitalière publique augmentée, lorsque c'est le cas, d'une part de la classe 872 "charges imputables aux exercices antérieurs" qui correspond à des arriérés de salaires concomitants aux modalités d'avancement dans la fonction publique.

Le nombre de lits augmentant, les services de l'établissement hospitalier se diversifient de même que le niveau de technicité.

Ainsi l'effectif de personnel grandit et la part de la masse salariale dans la section d'exploitation devient plus importante.

Notons que cette part est aussi particulièrement élevée dans les établissements spécialisés comme le Centre Hospitalier Spécialisé - Maternité A. PINARD, à NANCY, ou, d'une manière plus générale, les établissements psychiatriques. Ces deux sortes d'établissements nécessitent, en effet, un personnel plus nombreux que les autres établissements (1)

La comparaison est rendue malaisée par le fait que notre étude lorraine se déroule sur 5 années, aussi l'augmentation selon le nombre de lits, de la part salariale dans la section d'exploitation est quelque peu masquée. En effet, les salaires et les charges y afférant ont nettement augmenté durant ces années comme nous le verrons ci-après, avec l'étude évolutive élaborée sur certains hôpitaux types.

./..

1) - le décret du 26 mai 1965 prévoit :

- 1 infirmière pour 8 malades en médecine générale
- 1 infirmière pour 5 malades en chirurgie
- 1 infirmière pour 10 malades mentaux

a") - Augmentation proportionnelle de la masse salariale au "fil des ans"⁽¹⁾Evolution de la masse salariale dans la section d'exploitation
de certains Etablissements Hospitaliers publics - types

Nom de l'Etablissement Hospitalier Public	Année	Part de la masse salariale dans la section d'exploita- tion en %
Hôpital local de Lamarche (88)	1974	43,83
	1975	54,53
	1977	61
Hôpital de Lunéville (54)	1972	51,80
	1973	52,34
	1974	53,56
C. H. de Neufchateau (88)	1975	51,87
	1976	55,12
C. H. de Thionville (57)	1975	53,86
	1976	55,16
	1977	57,98
C. H. de Metz (57)	1975	59
C. H. Spé. de Laxou (54)	1969	56,45
	1970	58,99
	1971	59,40
	1972	59,66
	1973	58,18
	1974	58,49
C. H. Sp. de Fains les Sources (55)	1973	57,4
	1974	57
	1975	60,9
C. H. U. de Nancy (54)	1973	50
	1974	50,6
	1975	52,9 *
	1976	54,6
	1977	59,4
	1978	59,8

* c'est à partir de fin 1973 /début 1974 et 1975 que l'établissement de
Brabois est entré dans sa phase d'exploitation

- 1) "Le rapport 1965 de la Cour des Comptes révèle que dans les hôpitaux publics, les frais de personnel sont passés, en moyenne de 46,5 % (du total des charges d'exploitation) en 1958 à 53 % en 1963. on peut estimer, sans grand risque d'erreur, qu'à l'avenir cette charge atteindra facilement 60 ou 65 %. Durant le même temps, les effectifs ne cessent d'augmenter pour assurer une qualité des soins toujours meilleure". in "Gestion et Administration de l'Hôpital Privé" Jean Moget-Berger-Levrault 1969 - p. 52

Comme nous pouvons le constater sur ce tableau, la part de la masse salariale dans la section d'exploitation des établissements hospitaliers publics lorrains ne cesse de croître et cela n'est pas un effet de l'inflation, puisque sa valeur financière est rapportée à une somme (le budget d'exploitation) qui, subissant la même inflation, augmente simultanément.

La masse salariale augmente parce que les charges sociales augmentent et que, d'autre part, le niveau technique des établissements tendant toujours à croître, les effectifs des personnels s'élèvent corrélativement.

Les carrières hospitalières sont donc des solutions ponctuelles, mais d'avenir, pour les problèmes de l'emploi en Lorraine et ailleurs.

Mais, attention, le nombre de lits est dépendant de la population locale, si celle-ci baisse à cause d'une carence d'emplois, il y aura une baisse correspondante de la capacité hospitalière et donc de la potentialité d'embauche des établissements hospitaliers.

b) Le secteur privé lorrain

Dans le secteur hospitalier privé, la masse salariale est également le poste budgétaire le plus important parmi les dépenses d'exploitation.

Comme dans le secteur public, la masse salariale représente plus de 50 % de ce budget et augmente avec le nombre de lits et au fil des ans.

Nous avons déjà souligné le fait que les établissements privés ont très peu répondu à nos questions concernant leurs budgets. Voici donc les seuls résultats que nous avons pu obtenir :

../..

Part de la masse salariale dans les dépenses d'exploitation
d'établissements hospitaliers privés types

Nom de l'Etablissement et numéro du département	p r i v é		Année	part de la masse salariale dans le budget d'exploitation en % (1)
	but lucratif	but non lucratif		
Association Hospitalière du Bassin de Longwy (54)		X	1976	68
Association Hospitalière du secteur de Neuves-Maisons (54)		X	1976	50
Clinique Ste Lucie à Essey les Nancy (54)	X		1972	49,1
			1973	49,0
			1974	50,2
			1975	49,4
			1976	52,8
			1977	53,6
		1978	54,76	
Cl Jeanne d'Arc Lunéville (54)	X			56
Association hospitalière de Joef (54)		X	1974	53
Hospitalor Ste Barbe à Forbach (57)		X	1974	67,6
Hospitalor St Avoild (57)		X	1974	57,7
Hospitalor Créhange (57)		X	1974	65,6
Hôpital St Joseph à Phalsbourg (57)		X	1973	51

1) Lorsque nous avons eu accès aux chiffres, comme ce fut le cas pour la clinique d'Essey les Nancy, nous avons calculé la part de la masse salariale dans le budget d'exploitation en soustrayant au total des charges le montant de la T. V. A. à laquelle ne sont pas soumis les établissements publics

=====
Nous noterons qu'à première vue, il semble que les établissements privés à but non lucratif aient une masse salariale proportionnellement plus élevée que celle des établissements privés à but lucratif; mais, notre étude est ici trop sommaire pour que l'on puisse en tirer des conclusions.

..//..

Rappelons en fin que le décret du 29 décembre 1966 prévoit qu'en aucun cas, les salaires du personnel des établissements privés ne sauraient être supérieurs à ceux du secteur public. Aussi, à effectif de personnel égal, la part de la masse salariale dans les charges d'exploitation devrait au plus être égale à celle que l'on trouve dans les établissements publics.

Section 2 - LE SALAIRE MOYEN THEORIQUE DANS LE SECTEUR PRIVE

 ET DANS LE SECTEUR PUBLIC

Nous essayerons ici de calculer, de façon tout à fait arbitraire, la valeur du salaire moyen non-médical dans les établissements publics et les établissements privés.

Sans entrer dans des considérations de Conventions Collectives différentes ou de charges et avantages sociaux particuliers à chaque forme juridique, nous nous bornerons à évaluer un salaire théorique (charges sociales comprises) en divisant la masse salariale des établissements, qui nous l'ont communiquée, par l'effectif de leur personnel non-médecin (1)

Afin de pouvoir comparer ces salaires mensuels moyens théoriques qui s'échelonnent sur une période de 5 ans, nous avons fait appel à l'INSEE qui nous a fourni les coefficients de transformations en francs 1978 (2) Ainsi, nous corrigerons le facteur "inflation" qui influencerait notre comparaison. Nous n'avons, par contre, pas pu trouver d'indice quant aux variations des salaires hospitaliers par eux-mêmes.

D'autre part, l'évolution des salaires hospitaliers s'est faite de façon différentielle, selon les catégories d'emploi, les grades et les statuts, aussi aurait-il été trop complexe et trop ambitieux pour l'envergure de notre étude, d'inclure l'ensemble de ces facteurs dans notre comparaison.

../..

-
- 1) Nous entendons par personnel non-médecin, l'ensemble du personnel de l'établissement, sauf les médecins et pharmaciens, mais y compris les internes en médecine, externes faisant fonction d'internes, internes en pharmacie et autres stagiaires qui sont tous salariés.
 - 2) Il s'agit d'une table de corrélation fournissant le "pouvoir d'achat du franc d'après la moyenne des indices de prix de gros et de détail".

MOYEN THEORIQUE

Effectif du personnel médical	masse salariale	Année	Salaire moyen mensuel	Salaire moyen mensuel en francs 1978	Population de la commune en 1975
420	16 400 580,66	1975	3 254	4 133	2 588
317	12 551 440.-	1976	3 300	3 828	8 741
71	3 245 700.-	1977	3 810	4 077	1 333
75	3 241 450.-	1976	3 602	4 178	1 922
172	5 667 766.-	1975	2 746	3 487	14 830
436	22 892 000.-	1976	4 375	5 075	11 556
284	38 789 011,37	1974	2 517	3 398	16 766
20	889 227,95	1976	3 705	4 298	6 805
84	4 313 977,15	1976	4 280	4 965	7 408
227	7 371 689.-	1974	2 706	3 653	22 709
54	1 074 200.-	1974	1 658	2 238	6 473
67	2 800 000.-	1976	3 483	4 040	22 709
51	1 691 780.-	1974	2 764	3 731	10 792
641,5 †	39 437 400.- †	1979	5 123	4 140 **	107 902
455	297 000 000.-	1977	4 537	4 855	107 902
184	7 391 057,77	1974	3 347	4 518	17 955
68	2 903 510,60	1974	3 558	4 803	3 355
434	17 353 350.-	1974	3 332	4 498	1 726 3905
99	1 699 701.-	1973	1 431	2 290	
				Moyenne générale	
				4 004	

1979, correspond à l'ensemble du personnel de la maternité régionale - y compris les masse salariale concernant les médecins s'élèverait pour 1979 à 2 400 000.- Considérant que le total de 641,5 employés s'entend médecins exclus. Pour 1978, la masse salariale évaluée à 34 355 000.- soit un salaire mensuel moyen théorique de 4 140 frs. médecins salariés. Nous ne tiendrons donc pas compte de ce chiffre dans le calcul de

Salaire moyen général	4 004. -	en francs 1978
Salaire moyen public	3 836,50	"
Salaire moyen privé	4 215. -	"
Salaire moyen privé à but lucratif	4 502. -	"
Salaire moyen privé à but non lucratif	4 119. -	"

Soulignons d'emblée que chacun de ces salaires moyens n'a pas la même valeur statistique puisqu'ils ont été calculés respectivement

- sur 10 établissements pour le salaire moyen public
- sur 8 établissements pour le salaire moyen privé
- sur 2 établissements pour le salaire moyen privé à but lucratif
- sur 6 établissements pour le salaire privé moyen à but non lucratif.

C'est donc de façon assez peu rigoureuse, mais en soulignant qu'il y aurait là l'objet d'une étude intéressante, que nous concluons, en notant qu'il semble que c'est dans le secteur public que le salaire moyen apparaît le plus bas, ce qui est contradictoire avec le voeu du Décret du 29 décembre 1966, qui prévoit qu'en aucun cas, les salaires du personnel des établissements privés ne sauraient être supérieurs à ceux du secteur public.

Mais les statuts des deux catégories de personnel ne sont pas identiques, en dépit des mesures d'unification découlant des "accords de Grenelle"(1), de plus, la classification des emplois est très incomplète en ce qui concerne les emplois non-médicaux et enfin le statut du personnel implique parfois une quantité d'heures de travail différente dans le secteur public et dans le secteur privé.

Le salaire moyen le plus élevé étant trouvé dans les établissements ~~publics~~ à but lucratif (malgré le peu de fiabilité statistique), on pourrait ainsi expliquer la fuite du personnel hospitalier non médical de secteur public vers le secteur privé.

Soulignons que les salaires paraissent élevés dans les établissements hospitaliers psychiatriques (4 498. - f à Lorquin, 4 133. - f à Fains les Sources, mais seulement 3 398. - f à Laxou).

../..

1) Constat de Grenelle : 27 mai 1968, consigné dans un procès-verbal.

Dans notre série, à vrai dire peu étendue, il ne semble pas qu'il y ait de corrélation évidente entre l'importance du salaire moyen et la taille de la commune d'implantation de l'établissement. C'est-à-dire qu'un caractère urbain plus grand n'entraînerait pas - à première vue - un niveau de salaire supérieur, bien qu'il faille souligner le haut niveau des salaires nancéiens rattrappés, cependant, par certains autres salaires moyens.

Il y aurait ici aussi l'objet d'une étude intéressante, car dans l'ensemble des catégories professionnelles, on note, en général, un niveau de salaire supérieur en ville qu'en milieu rural. Bien que les fonctions hospitalières aient des statuts fort précis, selon les grades et les emplois, il serait étonnant de trouver des salaires identiques dans des établissements eux-mêmes aussi hiérarchisés. Quoiqu'il en soit dans les hôpitaux publics, nous trouverions probablement des différences dans les établissements privés.

Pour obtenir des résultats fiables statistiquement et réellement porteurs de renseignements, il faudrait obtenir des données chiffrées de tous les établissements lorrains et sur une même année.

Toutes choses qui ne nous ont pas été données d'obtenir.

TITRE III - LA COLLECTIVITE LOCALE HOSPITALIERE ET LE BUDGET COMMUNAL = Comparaison quantitative

L'Hôpital public est une collectivité locale et le plus souvent communale. La présidence de son conseil d'administration en est donc légalement confiée au Maire de sa commune d'implantation (1).

Il nous apparaît donc intéressant de comparer les ordres de grandeurs financiers de l'établissement hospitalier d'une part, et de la commune d'autre part, pour quelques localités-types.

..//..

1) voir Loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (J.O. du 3 janvier 1971). Chapitre II - Articles 20, 21, 22 - pages 765-766 du Code de la Santé Publique. Edition Dalloz 1977 et en annexe de la présente thèse.

Le tableau ci-joint compare les budgets d'exploitation de certains établissements hospitaliers-types et des communes où ils sont situés en 1977. En ce qui concerne les budgets communaux, il s'agit bien sûr de la "section de fonctionnement". Nous comparons donc la valeur des dépenses de ces deux titres de budget, en soulignant que dépenses et recettes doivent s'équilibrer.

Remarquons d'emblée que, dans la majorité des cas (7 sur 10), le budget d'exploitation de l'Hôpital est nettement supérieur au budget de sa commune.

La valeur des dépenses réelles de la commune ne représente souvent que la moitié des dépenses de l'Hôpital, avec des proportions extrême de 36 % et 87 %. Seules, 3 communes de notre tableau présentent un rapport inverse : les dépenses communales y sont supérieures aux dépenses hospitalières. Il s'agit des communes de Cornimont (88), Toul (54) et Metz (57).

En ce qui concerne les deux premières communes, nous pourrions y voir un caractère dû à une certaine "ruralité". Il s'agit dans les deux cas d'hôpitaux locaux servant surtout d'hôpitaux de dégagement et situés sur des communes relativement peu peuplées - surtout pour la première : Cornimont - 5211 habitants en 1975, Toul : 16 454 habitants en 1975. Ces hôpitaux d'envergure restreinte ont des dépenses d'exploitation assez faibles, alors que les communes - même peu peuplées - ont des obligations qui entraînent des dépenses incompressibles.

En ce qui concerne la commune et le Centre Hospitalier de Metz, d'autres raisons doivent être évoquées pour expliquer le fait que les dépenses communales sont supérieures aux dépenses hospitalières.

Signalons en premier lieu que les dépenses de fonctionnement de la ville de Metz paraissent particulièrement élevées, puisqu'elles sont très nettement supérieures à celles de Nancy, pour une population seulement légèrement supérieure (1).

..//..

1) d'après le recensement de l'INSEE (fascicules oranges)

population de la commune de Nancy en 1975	107 902
population de la commune de Metz en 1975	111 869

VALEUR COMPARATIVE DES BUDGETS d'EXPLOITATION
DE CERTAINS HOPITAUX-TYPES LORRAINS ET
DES COMMUNES d'IMPLANTATION
en 1977

Commune et N° départemental	Dépenses de la section de fonctionnement (mouvements réels) de la commune en 1977 francs courants (1)	Dépenses d'exploitation de l'établissement hospitalier public en 1977 francs courants
Nancy 54	182 357 798. -	500 423 514. -
Toul 54	16 255 680. -	12 253 059. -
Bar le Duc 55	23 324 884. -	38 053 921. -
Verdun 55	28 826 757. -	71 693 000. -
Metz 57	232 099 102. -	162 691 446. -
Thionville 57	57 480 198. -	138 556 852. -
Cornimont 88	3 925 888. -	1 919 770. -
Neufchâteau 88	16 467 301. -	25 311 528. -
Remiremont 88	18 414 670. -	47 535 056. -
St Dié 88	38 722 816. -	44 412 424. -

1) Les données chiffrées citées ci-dessous sont celles des Comptes Administratifs 1977 des différentes communes, de même que pour les établissements hospitaliers, il s'agit des budgets finaux.

../..

Vues les conditions historiques différentes entre la Meurthe et Moselle, et la Moselle (concordat), il est possible que la ville de Metz ait légalement à assumer des charges dont la ville de Nancy est déchargée.

En second lieu, les chiffres laisseraient à supposer que la ville de Metz possède un hôpital public qui - en 1977 - n'est pas à la mesure de son importance. Il est vrai que ce n'est qu'au printemps 1977 qu'a eu lieu la fusion des établissements de Metz et Thionville et la création du C.H.R. (1) qui ne comprend pas encore en 1979 l'ensemble des services que son statut lui fait obligation de posséder (2). De plus, la ville de Metz est la localité la plus pourvue en lits privés ce qui implique que l'Hôpital public ne puisse prendre l'ampleur qu'il pourrait avoir comparativement à la population messine.

Mis à part ces cas particuliers, l'établissement hospitalier public d'une commune a généralement un budget d'exploitation supérieur au budget de fonctionnement de cette commune (3). Bien que le maire en soit le directeur du conseil d'administration, c'est en quelque sorte au sein de la commune "un état dans l'état". L'hôpital public, lorsqu'il ne s'agit pas d'un hôpital local, est une "entreprise" économique et financière importante, parfois la plus grosse de la commune.

Son financement est entièrement indépendant de celui de la commune ou du département, que l'autorité de tutelle soit le maire ou le préfet.

Pour clore ce chapitre, nous étudierons succinctement le mode de financement de l'Hôpital public et la composition de son Conseil d'Administration.

-
- 1) les budgets des 2 établissements restant alors distincts.
 2) accord avec le C.H.U. de Nancy pour les services de Neurochirurgie et cardiologie vasculaire/
 3) Lorsque nous évoquons le Budget communal, il s'agit du budget propre de la commune non compris les budgets annexes du type du Budget du service des Eaux de la Régie de l'Abattoir, de l'Usine d'électricité, de l'Assainissement etc....

TITRE IV : LE FINANCEMENT DE L'HOPITAL PUBLIC (et son conseil d'administration)

L'Hôpital public a un financement individuel, indépendant du Budget communal. C'est une collectivité locale dotée d'un patrimoine propre et de l'autonomie financière et comptable. L'établissement hospitalier public - personne morale de droit public - est soumis à la tutelle de l'Etat, mais ne reçoit généralement pas de subvention pour son fonctionnement ordinaire.

"Les produits hospitaliers" (prix de journée - prix d'examens de laboratoire, etc...) constituent l'essentiel des ressources des hôpitaux publics, puisqu'ils assurent près de 80 % des recettes totales.

Ce poste correspond à la facturation des hospitalisations et dans une moindre mesure, à celle des consultations et soins externes.

Parmi les autres recettes, de bien moindre importance, deux postes méritent attention : les emprunts et les subventions. Les premiers représentent 6,5 % des recettes totales et les secondes, qui regroupent à la fois des recettes de fonctionnement et d'investissement, assurent 3 % du même total.

L'autofinancement brut couvre 28,7 % des recettes d'investissements et représente 3,9 % des recettes totales.

Pour chaque catégorie d'établissements, les produits hospitaliers assurent la quasi-totalité des recettes de fonctionnement, puisque leur part dans celle-ci oscille de 89,8 % pour les Centres Hospitaliers régionaux à 96,4 % pour les hôpitaux de moins de 100 lits.

... Les hôpitaux psychiatriques et les sanatoriums et cures dégagent un autofinancement brut important représentant respectivement 54 % et 50 % de leurs recettes d'investissement. Ces deux catégories d'établissements financent donc une part élevée de leurs équipements sur fonds propres.

Les opérations de la section d'investissement se caractérisent par une très forte progression, tant en recettes qu'en dépenses. Les recettes externes d'investissement ont connu une forte accélération. Cet accroissement provient essentiellement de la très forte augmentation des emprunts ". (1)

1) in "Les Notes Bleues du Service de l'Information du Ministère du Budget"

Ainsi le financement des établissements hospitaliers publics est-il essentiellement de l'auto-financement; au moins en ce qui concerne les dépenses de fonctionnement.

Pour ce qui est des dépenses d'équipement, les sources financières sont plus variées et il est souvent fait appel à l'emprunt et aux subventions. Ces dernières proviennent de l'Etat, des départements ou d'autres collectivités, ainsi que de la Sécurité Sociale.

Les emprunts qui, par définition comptable, correspondent au volume global des emprunts à plus de 2 ans, contractés pendant l'exercice, peuvent avoir été acquis auprès d'organismes divers, souvent réservés aux établissements publics, aux collectivités locales, parfois également aux établissements privés à but non lucratif et où les établissements privés à but lucratif n'ont pas accès (1) :

- la Caisse de Dépôts et Consignations (C. D. C. *)
- la Caisse d'Aide à l'Equipement des Collectivités locales (CAECL *)
- les différentes Caisses d'Epargne de la région (C. D. D. *)
- le Crédit Foncier (prêts accessibles aux particuliers et entreprises privées)
- les différentes Recettes des Impôts *
- les Caisses de Crédit Mutuel
- la Caisse Régionale de Crédit Agricole
- les différentes Caisses Primaires ou la Caisse Régionale d'Assurance Maladie *
- les Organismes d'assurance
- la caisse régionale de Crédit
- les Sociétés Bancaires et Etablissements assimilés
- la Commune tutrice, celle-ci contractant alors en son nom, mais pour l'établissements hospitalier, un emprunt à un taux préférentiel auprès de la Caisse de Dépôts et Consignations (C. D. C.) il s'agit alors d'un emprunt que l'Hôpital remboursera à la commune et non d'une subvention (que celle-ci peut d'autre part accorder à l'Hôpital)

Lorsque le statut juridique de l'Etablissement Hospitalier le lui permet, il a tout intérêt à contracter un emprunt auprès de la Caisse des Dépôts & Consignations (C. D. C.) dont le taux d'intérêt varie de 2 à 8,75% pour des durées de 20 à 30 ans, ou mieux : auprès des Caisses de Sécurité Sociale qui prêtent sans intérêt pour des durées qui atteignent également 20 ans. Ces 2 organismes prêteurs n'accordent évidemment pas de prêts aux Etablissements privés à but lucratif.

../. ..

1) les organismes de ce type seront ici signalés par un astérisque *

A titre d'exemple, nous analyserons brièvement le mode de financement de la construction et de l'équipement de l'Hôpital de Brabois (à Vandoeuvre les Nancy -54) et la construction d'un bâtiment de l'Hôpital local de Fraize - 88.

La construction de l'Hôpital de Brabois, qui fait partie intégrante du C.H. U. de Nancy, a coûté une somme approximative de 160 millions de francs. Le financement de cette somme a été obtenu, grâce à la participation de l'Etat, de la Sécurité Sociale, de la Ville de Nancy, du Département de Meurthe & Moselle et du C.H. U. de Nancy. La répartition quantitative a été la suivante :

- Subvention de l'Etat	40 %
- Subvention de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale du Nord-Est	30 %
- Subvention de la Ville de Nancy (1)	10 %
- Prêt du Département de Meurthe & Moselle (1)	10 %
- Autofinancement du C. H. U.	10 %

Notons que cette répartition est "classique" pour toute construction d'établissement hospitalier public.

Dans certains cas particuliers, d'autres organismes peuvent consentir des prêts, comme, par exemple, la Caisse de Rénovation Rurale en Montagne qui a consenti un prêt pour la construction du nouveau bâtiment de l'Hôpital Local de Fraize (88). La répartition financière a alors été :

- Subvention de l'Etat	20%
- Subvention du Département des Vosges	20 %
- Subvention de la Caisse de Rénovation Rurale en Montagne	9 %
- Prêts de la C R A M (2)	25 %
-Prêts de la C.D.C. (intérêts de 7 à 9 %)	25 %
- Autofinancement ?	1 ?

.../...

1) La Ville de Nancy et le département de Meurthe & Moselle n'étant pas assez "riches" pour obtenir les prêts correspondant à ces subventions, c'est le C. H. U. qui a cautionné les prêts dont ils remboursent les annuités.

2) C. R. A. M. : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

En ce qui concerne le financement de l'équipement de l'Hôpital de Brabois dont la somme s'est élevée à 400 millions de francs, la répartition a été la suivante :

- Subvention de l'Etat	40 %
- Prêt de la C. R. S. S. du Nord Est (1)	30 %
- Subvention du Département de Meurthe & Moselle	10 %
- Autofinancement du C. H. R. (2)	20 %

Nous avons étudié ci-dessus l'ampleur financière du Budget de l'Hôpital public. Voyons maintenant quels sont ceux qui en détiennent le pouvoir et la compétence.

Avant la réforme de 1970, la commission administrative réglait sous l'autorité du préfet, les affaires de l'Hôpital. Elle avait une compétence générale. "Les autres dépositaires du pouvoir, le président et le directeur, ne détenaient que des prérogatives limitativement énumérées"(3)

La loi portant réforme hospitalière du 31. XII. 70 N° 70-1318 n'a accordé au Conseil d'Administration qu'une compétence d'attribution le directeur étant investi de la compétence générale. Le législateur a ainsi voulu faciliter la gestion de l'Hôpital moderne qui nécessite une prise de décisions rapide. Le Directeur est nommé par le Ministre chargé de la Santé Publique, après avis du Conseil d'Administration.

L'article 21 de cette même loi précise "Le Conseil d'Administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et pharmaceutique hospitalier, du personnel titulaire n'appartenant pas au corps médical et des personnes qualifiées dont obligatoirement un médecin, non hospitalier.

../..

1) Prêt sans intérêt et remboursable en 20 ans auprès de la Caisse Régionale de Sécurité Sociale du Nord Est

2) Le C. H. R. a dû contracter un emprunt pour assumer cette charge

3) in "L'Administration de l'Hôpital" de P. LACHEZE-PASQUET. Coll. L'Administration nouvelle. Ed. Berger-Levrault - Paris 1976 - p. 37

Les modalités de désignation ou d'élection des membres de chacune des catégories sont fixées par voie réglementaire, de même que le mode de représentation au sein du Conseil d'Administration des collectivités autres que celles dont relève l'établissement. Toutefois, le président de la commission médicale consultative et pour les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical sont membres de droit au Conseil d'Administration de l'établissement (V. Décret N° 72-350 du 2 mai 1972).

La présidence du conseil d'administration des établissements départementaux et des établissements communaux est assurée respectivement soit par le président du conseil général, soit par le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire".

Le Décret N° 72350 du 2 mai 1972 relatif aux conseils d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics (J.O. du 4 mai) fixe en son Chapitre Ier la composition, des conseils d'administration et en son chapitre II leur fonctionnement.

A titre d'exemple, nous reproduirons ici les articles de ce décret, concernant la composition des conseils d'administration des établissements publics communaux, les C.H.R. faisant partie de C.H.U. et les hôpitaux locaux.

+
+ +

"1. Pour les établissements d'hospitalisation publics communaux

Le Conseil d'administration est composé de 14 membres comprenant le maire-président de la ville et 13 membres renouvelables :

- 1° 2 membres élus en son sein par le Conseil municipal
- 2° 1 membre élu en son sein par le Conseil général
- 3° 4 membres représentant les organismes d'assurance maladie, dont
 - 1 représentant désigné par le Conseil d'administration de la caisse régionale d'assurance maladie
 - 2 représentants de la caisse primaire d'assurance maladie
 - 1 représentant d'un régime d'assurance maladie autre que le régime général déterminé par le préfet à partir de la plus grande fréquentation enregistrée de la part des ressortissants de ce régime pour l'établissement considéré.

../..

- 4° Le président de la commission médicale consultative et 2 membres de la commission médicale consultative élus par celle-ci
- 5° 1 représentant des personnels titulaires, à l'exception des pharmaciens, désignés par l'organisation syndicale la plus représentative.
- 6° 2 membres nommés par le préfet parmi les personnalités connues pour leurs travaux sur les problèmes hospitaliers ou leur attachement à la cause hospitalière dont un médecin n'exerçant pas dans l'établissement, présenté par le Conseil départemental de l'ordre des médecins et par le syndicat départemental des médecins le plus représentatif.

Pour les établissements d'hospitalisation publics intercommunaux le Conseil d'administration comprend également 14 membres, suivant une composition identique à celle des établissements communaux, à l'exclusion des représentants du Conseil municipal; le maire et les deux conseillers municipaux sont alors remplacés par trois membres élus par le comité du syndicat intercommunal.

2. Pour les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires.

Le Conseil d'administration comprend 22 membres, à savoir :

- le maire-président.
- 3 membres élus en son sein par le Conseil municipal
- 2 membres élus en son sein par le Conseil général.
- le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche des sciences médicales ou en cas de pluralité d'unités d'enseignement, le président du comité de coordination de l'enseignement médical.
- 6 représentants des organismes d'assurance maladie, dont :
 - 1 représentant de la caisse régionale d'assurance-maladie désigné par le Conseil d'administration de la caisse
 - 3 représentants de la caisse primaire d'assurance-maladie désignés par le Conseil d'administration de cet organisme.
 - 2 représentants de régime d'assurance-maladie autres que le régime général, déterminés par le préfet à partir de la plus grande fréquentation enregistrée de la part des ressortissants de chaque régime pour l'établissement considéré.
- Le président de la commission médicale consultative et 4 membres de la commission médicale consultative élus par celle-ci
- 2 représentants des personnels titulaires, à l'exception des pharmaciens, désignés par les deux organisations syndicales les plus représentatives
- 2 membres nommés par le préfet parmi les personnalités connues pour leurs travaux sur les problèmes hospitaliers ou leur attachement à la cause hospitalière, dont un médecin n'exerçant pas dans l'établissement, présenté par le Conseil départemental de l'ordre des médecins et par le syndicat départemental des médecins le plus représentatif.

3. Pour les unités d'hospitalisation (hôpitaux locaux)

Le Conseil d'administration est composé de 9 membres, à savoir :

- 1° - Le maire-président,
- 2° 1 membre élu en son sein par le Conseil municipal
- 3° 1 membre élu en son sein par le Conseil général
- 4° Le Président de la commission médicale consultative
- 5° 2 représentants des organismes d'assurance-maladie dont
 - 1 représentant désigné par le Conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance-maladie et
 - 1 représentant d'un régime différent choisi par le préfet à partir de la plus grande fréquentation enregistrée de la part des ressortissants de ce régime pour l'établissement considéré
- 6° 1 représentant des personnels titulaires, à l'exception des pharmaciens désignés par l'organisation syndicale la plus représentative
- 7° 2 membres nommés par le préfet parmi les personnalités connues pour leurs travaux sur les problèmes hospitaliers ou leur attachement à la cause hospitalière dont 1 médecin étranger à l'établissement, présenté par le Conseil départemental de l'ordre des médecins et par le syndicat départemental des médecins le plus représentatif."

+
+ +

La loi précise aussi certaines incomptabilités de nomination.

Les décisions du conseil d'administration sont prises sous forme de délibérations et portent principalement sur :

- l'acceptation ou le refus de dons
- les actions judiciaires et les transactions.

Ces décisions sont exécutoires, alors que les suivantes sont soumises à l'approbation préfectorale ou ministérielle :

- le budget et les comptes
- les prix de journée
- les acquisitions, aliénations et échanges d'immeubles et leur affectation
- les emprunts
- le plan directeur de gros travaux
- le règlement intérieur
- l'ouverture ou la suppression de services
- le tableau des effectifs de personnel, autre qu'hospitalo-universitaire
- l'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier,
etc... (cf Art. 22 de la Loi N° 70 1318)

../..

Mais c'est le Directeur de l'établissement qui est chargé de l'exécution de ces délibérations. Toutes les autres affaires sont du pouvoir du Directeur qui doit cependant en informer le Conseil d'administration.

De plus, le Directeur exerce en même temps, les fonctions de directeur-économiste. Il est donc l'ordonnateur des dépenses et des recettes, aidé en cela par un adjoint des cadres.

Les directeurs d'hôpitaux publics sont donc d'importants personnages dans l'économie régionale puisqu'ils sont à la tête de grosses entreprises économiques.

Et c'est bien à tort que les hôpitaux ne sont pas plus étudiés par les instituts d'études économiques, comme l'I. N. S. E. E., et cette présente thèse dont nous tirerons les conclusions en notre prochain chapitre avait pour but de situer géographiquement et qualitativement les équipements hospitaliers lorrains, mais aussi de mettre en valeur l'importance économique du "fait hospitalier".

C O N C L U S I O N

-:-:-:-:-

Il est toujours fort difficile et quelque peu ambitieux, voire prétentieux de vouloir conclure une étude qui touche l'Homme de si près, une étude qui voudrait tenter de faire le point sur l'infrastructure mise en place par l'Histoire et l'Administration, afin d'aider ceux d'entre nous qui sont peut-être les plus à plaindre, à savoir les malades, que ce soit chacun de nous de façon temporaire, ou bien ceux dont la Société se doit de soulager le mal et la misère pathologique, morale ou sociale.

Nous n'avons pas voulu faire une fresque générale du système de soins français que nombre d'auteurs ont déjà analysé et dont la Presse nous entretient quotidiennement, mais nous attacher à la structure hospitalière d'une région tourmentée, et dont nous sentons battre le coeur autour de nous : la LORRAINE.

La Lorraine nous a, de plus, paru un exemple historique judicieux pour ce qui est de l'évolution séculaire de l'Hospitalisation.

Nous l'avons vu passer d'une structure hospitalière privée, issue de la notion de Bienfaisance privée (Charité Chrétienne), à une structure hospitalière publique où le sens de l'équité impose que chacun puisse être égal devant la guérison, puisqu'il ne l'est devant la maladie. C'est ainsi que nous avons vu se créer au Nord de la Lorraine des établissements originaux, à savoir les Associations hospitalières, sans but lucratif, issues des hôpitaux dits "des mines", et dont la vocation est de soigner les nombreux malades de ces régions industrielles où l'implantation publique est notoirement insuffisante.

De cette manière, la Lorraine est devenue la région française la mieux dotée en établissements hospitaliers privés, quoiqu'en fait, les lits publics soient plus nombreux.

En effet, si 59 % des établissements hospitaliers lorrains sont privés, ils ne totalisent que 27 % des lits contre 70 % pour le secteur public (40 % des établissements), le reste appartenant au domaine militaire.

La seconde influence historique déterminante pour l'hospitalisation lorraine a été la "mouvence territoriale" du Nord de la Lorraine, puisque celle-ci a dessiné des départements à la configuration géographique étonnante et qu'il s'ensuit des rattachements sanitaires qui ne favorisent pas le soin de la population. Ainsi, la région de Longwy est rattachée à Nancy, alors que le grand centre hospitalier le plus proche est sans conteste celui de Metz-Thionville.

Cette Lorraine, historiquement écartelée entre l'Est et l'Ouest, subit en outre, dans sa région septentrionale, l'influence du grand centre hospitalier de Strasbourg, alors qu'à l'Ouest et au Sud Ouest, son propre centre hospitalier régional (Nancy) et ses centres hospitaliers périphériques (Bar-le-Duc, Neufchâteau, Verdun...) étendent leurs propres zones d'influence sur les régions voisines.

La région sanitaire lorraine où entrent parfois en conflit la tradition historique et la structuration administrative est, de plus, un territoire largement modelé par sa topographie.

Nous avons ainsi pu définir une zone d'équipement hospitalier préférentielle, à savoir la vallée de la Moselle (avec ses grands centres Metz-Thionville) et la vallée de la Meurthe (Nancy-Epinal) - ceci faisant comme un sillon de drainage des malades.

La topographie montagneuse de certains lieux a, d'autre part, pu définir de véritables "bassins-versants sanitaires", calqués sur les vallées du versant lorrain de la montagne vosgienne : les habitants de ces lieux ne changent pas de vallée pour se faire soigner et préfèrent toujours la descendre plutôt que de la remonter.

Ainsi, le département des Vosges est-il bien individualisé en deux parties : la zone de plaine dont les hôpitaux rayonnent sur les régions voisines et la zone de montagne où chaque vallée possède son établissement hospitalier.

L'hôpital, établissement distributeur de services par excellence, est un établissement essentiellement urbain. Nous avons pu vérifier ce caractère sur toute la région lorraine. Les établissements hospitaliers qu'ils soient privés ou publics, sont toujours situés dans des villes, que ce soient des villes traditionnelles ou des concentrations de population dues aux ressources du sous-sol.

Nous voulons ici faire allusion aux fortes implantations humaines du Nord-Lorrain où les nombreuses populations minières ou industrielles ont induit la création des hôpitaux, dits "des mines", actuellement associations hospitalières privées sans but lucratif, qui constituent presque une caractéristique de ces lieux.

Sur cette région lorraine où nous avons vu agir les conditions historiques et géographiques usuelles à tout phénomène humain inscrit dans l'espace géographique, s'ajoute maintenant - et depuis la loi de réforme hospitalière de décembre 1970 - une action directive de l'Administration Centrale, à savoir la carte sanitaire.

Celle-ci, qui a force de loi, découpe la région lorraine en divers secteurs sanitaires et fixe pour chacun d'entre eux les indices lits/population et les différents équipements humains et techniques qu'ils doivent ou sont en droit de posséder.

"Chaque secteur doit comporter assez d'établissements pour permettre ces groupements (interhospitaliers) et comprendre une population assez nombreuse pour justifier l'existence d'un ou plusieurs plateaux techniques autonomes, suffisants pour la distribution de soins courants".

La carte sanitaire est spécialisée et constitue en fait plusieurs documents :

- la carte sanitaire de médecine, chirurgie et obstétrique (M. C. O.) divise la Lorraine en 12 secteurs.

En ce qui concerne l'obstétrique et la gynécologie, nous avons pu remarquer que la Lorraine possède moins de lits publics qu'ailleurs (le secteur privé étant important). D'autre part, dans les secteurs de population dense et jeune, les établissements de gynécologie-obstétrique sont généralement grands, même s'ils sont de statut privé.

Pour la médecine, la carte sanitaire différencie nettement le court, le moyen et le long séjour et tend à individualiser nettement les différents services, selon leur affectation - réservant les meilleurs plateaux techniques au court séjour, le moyen séjour étant l'apanage des hôpitaux locaux.

Les services de médecine sont, en Lorraine, surtout publics et même lorsqu'il existe des services privés de médecine, les services publics sont plus grands - notamment dans les zones socio-professionnellement défavorisées où la demande médico-sociale est plus grande.

Il s'agirait alors de distinguer entre le moyen et le long séjour qui se ferait au domicile du malade ou en lit de "cure médicale", dans des établissements spécialisés ou des hôpitaux locaux.

Ainsi, certaines zones auraient plus de 80 % de lits de médecine surnuméraire par rapport aux indices ministériels ; ces secteurs (Lunéville, Sarrebourg/Dieuze, Verdun et Vittel) pourraient constituer des zones de convalescence.

- La couverture régionale pour l'hémodialyse tend à être la plus homogène possible, mais les centres les mieux dotés, restent encore Nancy (54) et Metz (57), alors qu'aucun équipement n'existe en Meuse. Cependant, ceci peut ne pas être très influent sur le degré de morbidité départementale des malades rénaux, à partir du moment où une politique active et efficace d'hémodialyse à domicile ou de transplant est entreprise.

- L'aménagement et l'équipement carcinologique de la Lorraine semble correct, mais nous nous posons la question de savoir si les normes ministérielles suffisent pour des zones très polluées, car très industrielles.

- L'infrastructure de pneumophtisiologie, mise en place est certainement suffisante, car cette spécialité médicale a un recrutement de malades en diminution, quoiqu'il le soit moins qu'ailleurs, à cause de la pollution de l'air, de certaines zones.

- L'aménagement de la psychiatrie en Lorraine parait globalement satisfaisant en ce qui concerne le nombre de lits mais irrégulier, quant à la couverture géographique, puisqu'il s'appuie sur l'implantation différentielle de la population mais laisse tout de même au moins une zone nettement sous-équipée, à savoir celle de Briey-Longwy.

D'autre part, les infrastructures extrahospitalières correspondent à la politique de sectorisation psychiatrique et semblent donc globalement satisfaisantes en Lorraine.

- La Lorraine commence à s'organiser en ce qui concerne les secours d'urgence et la réanimation. Ces équipements de caractère urbain sont encore rares, car ils nécessitent une technique très poussée et donc une équipe très spécialisée, en même temps que de nombreux capitaux; mais, c'est de cette manière que la Lorraine pourra faire face aux accidents du travail ou bien aux accidents de la circulation, notamment ceux qui ont lieu sur les deux autoroutes qui la traversent de part en part.

- Pour la chirurgie, si la Lorraine est, dans son ensemble, bien pourvue en lits chirurgicaux, nous rappellerons que deux secteurs surtout sont bien équipés à savoir celui de Metz-Thionville, et celui de Nancy, le secteur de Metz-Thionville possédant surtout des lits chirurgicaux privés, alors que celui de Nancy a une majorité de lits publics.

Nous avons en outre mis en évidence que les grands services de chirurgie sont le fait des établissements publics ou privés à but non lucratif, et que le niveau du prix de journée varie en fonction du niveau technique et du modernisme du service.

Les différents établissements hospitaliers publics tissent sur le territoire lorrain un filet dont les mailles sont hiérarchiquement différentes et qui pourrait ressembler à une pyramide du genre de celles des "Places Centrales" de Christaller.

Ainsi le C. H. U. de Nancy rayonne sur la région et les départements limitrophes, les Hôpitaux Généraux ont une zone d'attraction de la taille de leur arrondissement et les hôpitaux locaux concernent leur canton, sauf en ce qui est de leur activité de dégagement des grands centres hospitaliers.

Les établissements privés ont des zones d'attraction nettement plus restreintes et ne concernent généralement que leur commune ou leur arrondissement pour les hôpitaux dits "de mine".

Le secteur hospitalier enfin est économiquement très important. Les établissements hospitaliers lorrains sont souvent parmi les plus grosses entreprises de leur commune et parmi les plus gros employeurs. Ils utilisent des sommes financières très importantes et ont recours à des prêts variés. Ainsi, sont-ils de plein pied dans le jeu économique.

Mais, actuellement, les établissements hospitaliers, bien que financièrement autonomes, ne sont pas maîtres de leur destinée. Privés ou Publics, ils sont assujettis aux directives de la carte sanitaire et au dirigisme financier induit par le biais de l'approbation du prix de journée.

Ils subissent ainsi le pouvoir de deux "tuteurs" : l'Etat et la Sécurité Sociale, cette dernière étant elle-même assujettie au premier.

La Sécurité Sociale est surtout très influente sur les hôpitaux publics, car non seulement, elle paye les prix de journée, mais, de plus, leur consent des prêts avantageux, en favorisant cependant les investissements choisis par l'Etat.

Cette dualité de pouvoirs rend la bonne marche des hôpitaux très difficile et les décisions lentes à la réalisation, et on a pu penser qu'il serait plus facile de créer une "Caisse d'équipement hospitalier" réunissant les divers prêteurs éventuels (y compris l'épargne publique) où les établissements s'adresseraient; l'autorisation de création en conformité avec la carte sanitaire et l'accord des prix de journée étant alors donnés par le Préfet de Région, seul apte à assurer le lien entre l'Etat et les besoins régionaux.

De plus, les grands centres hospitaliers à rayonnement régional devraient relever de la région et non plus de la commune (à condition que la région soit reconnue comme collectivité locale...)

Nous conluerons en rappelant que "la nécessité de justifier toute action au regard des emplois alternatifs des deniers publics contredit l'assertion selon laquelle "la santé n'a pas de prix", mais que pour faire les choix les plus judicieux pour le "bien-être physique, mental et social de la population", il nous apparait indispensable de garder la concurrence privé/public, mais en astreignant chacun des deux partenaires à l'obligation de service public, à un niveau technique minimum, aux soins d'urgence et à un enseignement minimum, comme ce qui semble réalisé au Nord de la Lorraine, sur les bassins miniers.

Dans notre région, qui traverse une des crises les plus importantes de son histoire, et qui se trouve en pleine mutation, il apparait évident que la structure hospitalière devra s'adapter aux nouvelles données de géographie humaine.

A notre avis, des décisions pouvant être prises au niveau régional (par exemple au niveau du préfet de région) pourraient permettre une adaptation et une modulation plus souple.

De toute manière, l'évolution est constante, elle va vers un renforcement et une diversification du C. H. R. Nord-Métropole, sans pour autant atteindre le C. H. U. de Nancy, qui s'adresse à une autre clientèle géographique, vers une limitation des lits de court séjour au profit de lits de convalescence, vers une diminution des lits insuffisamment occupés et vers une disparition des établissements vétustes et qui n'ont pas su s'adapter.

../. ..

Tout au long de notre étude, qui s'est étalée sur quatre ans, nous avons pu constater cette évolution rapide :

création et projet de création de nouveaux établissements,

arrêts d'activité de certains autres

modernisation et modification des techniques

variations des projets gouvernementaux, tant au niveau

des établissements que du personnel

changement des données économiques, humaines et sociales

C'est à partir de ces données mouvantes que les décisions de politique sanitaires devront être prises à l'avenir dans notre région.

A N N E X E S

QUESTIONNAIRE -TYPE UTILISE
pour notre enquête

pages 397 à 404

1° Nom de l'Etablissement
;
.

Date de Fondation ou de Création

Adresse
.
.

Numéro de Téléphone

2° Forme Juridique de l'Etablissement
.

Date de Création del'Etablissement dans sa forme actuelle
.

S'il y a lieu, bref historique de l'Etablissement
.
.
.
.
.
.
.
.
.

Pour les Etablissements Privés, forme de Société
.
.

5° Nombre d'Entrées Annuelles dans l' Etablissement

Taux d'occupation global en %

Taux d'occupation par Service :

Nom du Service

Taux d'occupation en %
en 197 (année)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Durée moyenne des séjours (x) .

6° Budget Annuel de l'Etablissement :

Section d'Exploitation

Section d'Investissement

(pourriez-vous m'en faire parvenir un
exemplaire que je vous renverrai si besoin est
(Merci d'avance

(x) Durée moyenne des séjours, si possible par service

.....
.....

7° Investissements réalisés depuis 5 à 10 ans :

<u>Nom ou catégorie d'investissement</u>	<u>Montant en nouveaux francs</u>
.....
.....
.....
.....
.....

Investissements prévus dans les 10 prochaines années :

<u>Nom ou catégorie d'investissement</u>	<u>Montant prévisible en nouveaux francs</u>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous des problèmes pour acquérir du matériel ?

Si oui De quel Ordre ?

Comment les résolvez-vous ?

/

.....

.....

.....

Construisez-vous actuellement de nouveaux bâtiments - ou venez-vous d'en construire. ?

Avez-vous des projets de modernisation (humanisation des locaux) ?

Combien de chambres à plus de 3 lits avez-vous encore ?

Nombre total de personnes travaillant dans l'Etablissement

Nombre total de Médecins

Nombre de Médecins par Spécialités :

Spécialité	Nombre
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous des Internes ? Combien :

Avez-vous des "faisant fonction d'Internes" ? Combien

Autres Etudiants ?

<u>Année d'Etude</u>	<u>Nombre</u>
.....
.....
.....
.....

Nombre d'Infirmières D. E. :

Nombre d'Aide-Soignantes ou Auxiliaires :

Nombre d'Agents de Service

Nombre de Sage-Femmes :

Nombre de Kinesithérapeutes :

Autre personnel para-médical :

Quels sont vos rapports avec les médecins de la ville ?

.....

.....

.....

.....

9° Selon les Activités de l'Etablissement, quels sont vos équipements ?

.....
.....
.....
.....

Par exemple :

- Votre salle de radiologie a-t-elle un Amplificateur de Brillance ? oui/non *

- Quel est l'équipement de votre service de réanimation adulte ?

.....
.....

Avez-vous un respirateur : oui/non *

Avez-vous un "monitoring" oui/non *

- Avez-vous une réanimation pour nouveaux-nés : oui/non *

avec combien d'isolettes ou couveuses

avec combien de respirateurs

avec combien de "monitoring"

- Avez-vous un appareil de scintigraphie ? oui/non *

- Avez-vous un laboratoire d'analyse ? oui/non *

- Avez-vous un "Technicon" ou un appareil analogue ? oui/non *

- Avez-vous un Chromatographe ? oui/non *

- Avez-vous un appareillage de radiothérapie ? oui/non *

10° L'Etablissement a-t-il des conventions ou accords avec

La Sécurité Sociale ? oui/non *

Les Mutuelles ?
avec lesquelles ? oui/non *

.....
.....
.....

(pourriez-vous m'envoyer un exemplaire d'une des Conventions ? Merci)

* Rayer la mention inutile.

11° Quelle est la zone d'attraction (lieu d'habitation) des malades de votre Etablissement ?

.....
.....
.....
.....

Pouvez-vous attribuer un pourcentage à chacune des régions qui vous envoient des malades ?

.....
.....
.....
.....

(si vous avez fait une étude sur cette question, pourriez-vous m'en envoyer un exemplaire ? - merci d'avance)

12° D'autres Etablissements privés ou publics vous envoient-ils des malades ?

Si oui, Lesquels
.....
.....

13° Lorsque vous ne pouvez traiter des malades, vers quels Etablissements les dirigez-vous (préciser la ville) ?

Pour quelles catégories de soins ?
.....
.....

ARRETE MINISTERIEL DU 31 OCTOBRE 1975
fixant la limite des secteurs sanitaires pour
la région sanitaire de Lorraine

ARRETE MINISTERIEL DU
31 OCTOBRE 1975
FIXANT LA LIMITE DES SECTEURS
SANITAIRES POUR LA REGION
SANITAIRE DE LORRAINE

Selon - la loi n° 701 318 modifiée du 31 décembre 1970
- le décret n° 73-54 du 11 janvier 1973
- les arrêtés des 11 janvier et 9 février 1973
- l'avis de la commission Nationale de l'équipement sanitaire

Secteur n° 1	Cantons de	Communes de
RDUN-sur-MEUSE	Verdun (Est et Ouest)	
	Charny-sur-Meuse	
	Clermont-en-Argonne	
	Damvillers	
	Dun-sur-Meuse	
	Etain	
	Fresnes-en-Woëvre	
	Montfaucon et Montmédy	
	Souilly	
	Spincourt	
	Stenay	
	Varennnes-en-Argonne	
Secteur n° 2	Cantons de	Communes de
RIEY	Briey	
	Audun-le-Roman	
	Herserange	
	Longuyon	
	Longwy	
	Mont-Saint-Martin	
	Villerupt	
	Homécourt	Homécourt, Auboué,
		Hatrize, Moineville,
		Moutiers, Valleroy,
	Conflans-en-Jarnisy	Conflans-en-Jarnisy,
		Abbeville-lès-Conflans,
		Afflèville, Allamont,
		Béchamps, Doncourt,
		Brainville, Friaucourt,
		Fléville-Lixières,
		Gondrecourt-Aix, Jarny,
		Jeandelize, Labry,
		Moueville, Norroy-le-Sec,
		Olley, Ozerailles, Puxe,
		Thuméréville,

.../...

Secteur n° 3	Cantons de	Communes de
--------------	------------	-------------

ETZ, THIONVILLE	: Metz (3 cantons)	:
	: Thionville	:
	: Ars-sur-Moselle	:
	: Cattenom	:
	: Delme	:
	: Florange	:
	: Fontoy	:
	: Hayange	:
	: Maizières-lès-Metz	:
	: Metzervisse	:
	: Montigny-lès-Metz	:
	: Moyeuve-Grande	:
	: Pange	:
	: Rombas	:
	: Sierck-les-Bains	:
	: Verny	:
	: Vigy	:
	: Woippy	:
	: Yutz	:
	: (Boulay-Moselle)	: Bannay, Bettange, Bionville-
	:	: sur-Nied, Éblange, Condé-
	:	: Northen, Gomelange,
	:	: Guinkirchen, Loutremange,
	:	: Mégange, Piblange, Varize,
	:	:
	: (Bouzonville)	: Anzeling, Bibiche, Chemery-
	:	: les-Deux, Dalstein,
	:	: Ébersviller, Freistroff,
	:	: Hestroff, Menskirch,
	:	: Saint-François-Lacroix,
	:	:
	: (Faulquemont)	: Adaincourt, Fouligny,
	:	: Guinglange, Han-sur-Nied,
	:	: Hémilly, Marange-Zondrange,
	:	: Vatimont, Vittoncourt,
	:	: Voimhaut,
	:	:
	: (Chambley-54)	: Mars-la-Tour, Tronville,
	:	:
	: (Conflans-en-J. - 54)	: Bruville, Doncourt-lès-
	:	: Conflans, Giraumont, Saint-
	:	: Marcel, Ville-sur-Yron,
	:	:
	: (Homécourt - 54)	: Batilly, Jouaville, Saint-
	:	: Ail,

.../...

Secteur N° 4	Cantons de	Communes de
BOULAY, FORBACH, St-AVOLD, SARREGUEMINES	: Bitche, : Forbach (2 cantons) : Freyding-Merlebach : Grostenquin : Rohrbach-lès-Bitche : Saint-Avold : Sarraube : Sarreguemines : Volmunster	: Boulay-Moselle, Bisten-en- : Lorraine, Boucheporn, : Brouck, Coume, Denting, : Guerting, Ham-sous-Varsberg, : Helstroff, Hinckange, : Holling, Momerstroff, : Narbéfontaine, Niedervisse, : Obervisse, Ottonville, : Roupeldange, Téterchen, : Valmunster, Varsberg, : Velving, : Volmerange-lès-Boulay, : Zimming
	: Bouzonville	: Bouzonville, Brettnach, : Alzing, Château-Rouge, : Colmen, Creutzwald, : Dalem, Falck, Filstroff, : Guerstling, Hargarten-aux- : Mines, Heining-lès-Bouzon- : ville, Merten, Neunkirchen, : lès-Bouzonville, Oberdorff, : Rémelfang, Schwerdorff, : Tromborn, Vaudreching, : Villing, Voelfling-lès- : Bouzonville,
	: Faulquemont	: Faulquemont, Adélangé, : Arraincourt, Arriance, : Bambiderstroff, Brulange, : Créhange, Elvange, : Flétrange, Hallering, : Haute-Vigneulles, Herny : Laudrefang, Longeville-lès- : Saint-Avold, Mainvillers, : Many, Pontpierre, Téting- : sur-Nied, Thicourt, : Thionville, Tritteling, : Vahl-lès-Faulquemont,

.../...

Secteur n° 5	Cantons de	Communes de
--------------	------------	-------------

AR-LE-DUC	: Bar-le-Duc	:
OMMERCY	: Commercy	:
T-MIHIEL	: Saint-Mihiel	:
	: Ancerville	:
	: Gondrecourt-le-Château	:
	: Ligny-en-Barrois	:
	: Montiers-sur-Saulx	:
	: Pierrefitte-sur-Aire	:
	: Revigny-sur-Ornain	:
	: Triaucourt-en-Argonne	:
	: Vaubecourt	:
	: Vaucouleurs	:
	: Vavincourt	:
	: Vigneulles-lès-Mattonchâtel	:
	: Void-Vacon	:

Secteur n° 6	Cantons de	Communes de
--------------	------------	-------------

ANCY-POMPEY	: Nancy (4 cantons)	:
PONT-à-MOUSSON	: Arracourt	:
OUL	: Bayon	:
	: Colombey-les-Belles	:
	: Domèvre-en-Haye	:
	: Haroué	:
	: Neuves-Maisons	:
	: Nomeny	:
	: Pompey	:
	: Pont-à-Mousson	:
	: Saint-Max	:
	: Saint-Nicolas-de-Port	:
	: Thiaucourt	:
	: Toul (2 cantons)	:
	: Vandoeuve-lès-Nancy	:
	: Vézelize	:
	: (Chambley-Bussièrès)	: Chambley-Bussièrès,
		: Damvitoux, Hagéville,
		: Onville, Puxieux,
		: St-Julien-lès-Gorze,
		: Sponville, Villecey-sur-Mad,
		: Waville, Xonville,
		:
	: Conflans-en-Warnisy	: Hannonville - Suzemont,
	: Lunéville-Nord	: Courbesseaux, Crévic,
		: Drouville, Hoéville,
		: Maixe, Serres, Sommerviller,
	: Château-Salins - 57	: (le canton entier)
		:
	: Vic-sur-Seille - 57	: Vic-sur-Seille, Bezange-la-
		: petite, Marsal,
		: Moyenvic, Xanrey

.../...

Secteur n° 7	Cantons de	Communes de
SARREBOURG		
DIEUZE	Sarrebourg	
	Dieuze	
	Albestroff	
	Fénétrange	
	Lorquin	
	Phalsbourg	
	Réchicourt-le-Château	
	Vic-sur-Seille	Bourdonnay, Donnelay,
		Juvelize, Lagarde, Ley,
		Lezey, Maisières-lès-Vic,
		Moncourt, Ommeray,

Secteur n° 8	Cantons de	Communes de
LUNÉVILLE	Lunéville -Sud (canton entier)	
	Lunéville-Nord	Anthelupt, Bauzemont,
		Bienville-la-Petite,
		Bonviller, Deuxville,
		Einville-au-Jard, Flainval,
		Hudiviller, Raville-sur-
		Sanon, Valhey, Vitrimont,
		Ville de Lunéville, Canton
		Nord
	Baccarat	
	Badonviller	
	Blâmont	
	Cirey-sur-Vezouze	
	Gerbéviller	

Secteur n° 9	Cantons de	Communes de
NEUFCHATEAU		
VITTEL	Neufchâteau	
	Vittel	
	Bulgnéville	
	Châtenois	
	Coussey	
	Darney	
	Lamarche	
	Mirecourt	
	Monthureux-sur-Saône	

Secteur n° 10	Cantons de	Communes de
EPINAL	: Epinal (Est et Ouest) : Bains-les-Bains : Bruyères : Charmes : Châtel-sur-Moselle : Dompain : Rambervillers : Xertigny	
Secteur n° 11	Cantons de	Communes de
SAINT-DIE	: Saint-Dié : Brouvelieures : Corcieux : Fraize : Provenchères-sur-Fave : Raon-l'Étape : Senones	
Secteur N° 12	Cantons de	Communes de
REMIREMONT GÉRARDMER	: Remiremont : Gérardmer : Plombières-les-Bains : Saulxures-sur-Moselotte : Le Thillot	

REPERTOIRE DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS
DE MEURTHE & MOSELLE - MEUSE - MOSELLE
ET VOSGES en 1976-1977

(classement départemental - Indication de leur nombre de)
lits total et de leur numéro de secteur

pages 411 à 426

REPERTOIRE DES ETABLISSEMENTS DE
MEURTHE ET MOSELLE

ETABLISSEMENTS PUBLICS

n° de secteur	:	Nom de l'Etablissement	:	Nombre de Lits
2	:	Hôpital MAILLOT - Briey	:	353
6	:	Hôpital St CHARLES - Toul	:	135
6	:	Centre Hospitalier spécialisé de LAXOU ou Centre psychothérapique départemental de NANCY	:	2 093
6	:	Hôpital St FRANCOIS - St-Nicolas-de Port	:	265
6	:	Hôpital local de POMPEY	:	31
6	:	Hôpital de PONT à MOUSSON	:	152
6	:	Maternité régionale A. Pinard - NANCY	:	305
6	:	Centre Hospitalier Régional et Universitaire - NANCY	:	3 334
8	:	Hôpital de LUNEVILLE	:	244
8	:	Hôpital local de BLAMONT	:	58
8	:	Hôpital local de CIREY-sur-VEZOUZE	:	61

...../.....

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF

n° de secteur	Nom de l'Etablissement	Nombre de Lits
2	Clinique Chirurgicale du Dr COONAERT - VILLERUPT	47
2	Clinique PASTEUR - VILLERUPT	25
2	Clinique d'accouchement PERRIN - LONGWY-haut	15
6	Clinique St DON - DOMBASLES	40
6	Clinique Ste LUCIE - ESSEY-lès-NANCY	60
6	Clinique St ANDRE - VANDOEUVRE	86
6	Clinique d'accouchement du Dr SIMONIN - POMPEY	18
6	Clinique du Dr KOLB - NANCY	33
6	Clinique Jeanne d'Arc - NANCY	46
6	Clinique de l'ESPERANCE - LAXOU -(Nancy)	80
6	Clinique du MONTET - NANCY	90
6	Clinique Ste Therèse - VANDOEUVRE	30
6	Clinique Ambroise PARE - NANCY	62
6	Clinique St JEAN - NANCY	30
6	Clinique St GABRIEL - NANCY	15
6	Polyclinique de GENTILLY - NANCY	216
6	Clinique Ntre DAME - NANCY	26
8	Clinique Jeanne d'Arc - LUNEVILLE	66
8	Clinique d'accouchement St GERARD - BACCARAT	10

.../...

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

A. ETABLISSEMENTS D'ORIGINE CONFESSIONNELLE

n° de secteur	Nom de l'Etablissement	Nombre de Lits
6	Clinique VAUTRIN St JOSEPH	38
6	Maison hospitalière St CHARLES	120
8	Association des oeuvres des Dames de Charité de BACCARAT ou hôpital mixte de BACCARAT	24

B. ETABLISSEMENTS ISSUS DES INFIRMERIES OU HOPITAUX DES USINES OU DES MINES

n° de secteur	Nom de l'Etablissement	Nombre de lits
2	Association hospitalière du bassin de LONGWY	434
2	Clinique Ste ODILE -LONGWY-Bas	15
2	Clinique des Peupliers - VILLERUPT	70
2	Association hospitalière de JOEUF	46
2	Association hospitalière chirurgicale de BRIEY	300
6	Association hospitalière du secteur de Neuves- Maisons : clinique St ELOI	30

C. AUTRES ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

n° de secteur	Nom de l'Etablissement	Nombre de lits
6	Centre anti-cancereux ALEXIS-VAUTRIN BRABOIS-VANDOEUVRE	140
6	Clinique Chirurgicale et de Traumatologie-NANCY	117

.../...

HOPITAL DES ARMEES SEDILLOT

n° de secteur	:	Nbre de Lits
60	:	420

TOTAUX

		§		
<u>Nombre d'Etablissements</u>	: 41 + 1 H. A.	§	<u>Nombre de Lits:</u>	9 780
- 11 publica		§	- 7 031 publica	
- 19 P. B. L.		§	- 995 p. b.l.	
- 11 p. b. n. l.		§	- 1 334 p.b.n.l.	
- 1 H. A.		§	- 420 H. A.	

B. : H. A. = Hôpital des armées

p.b.l. = établissement privé à but lucratif

p.b.n.l. = établissement privé à but non lucratif

Ne sont pas pris en compte les lits d'hébergement.

REPERTOIRE DES ETABLISSEMENTS DE
MEUSE

ETABLISSEMENTS PUBLICS

n° de secteur	Nom de L'Etablissement	Nombre de Lits
1	Hôpital rural de CLERMONT en Argonne	6
1	Centre Hospitalier de VERDUN	855
1	Hôpital rural de STENAY	21
5	Centre hospitalier spécialisé de FAINO-les-SOURCES ou centre psychothérapique de la Meuse	722
5	Centre hospitalier de BAR-le-DUC	385
5	Hôpital de COMMERCY	133
5	Hôpital de SAINT-MIHIEL	135

.../...

ETABLISSEMENTS PRIVES

A. ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF

n° de secteur	:	Nom de L'Etablissement	:	Nombre de Lits
1	:	Clinique St Joseph - VERDUN	:	65
5	:	Clinique du Parc - BAR-le-DUC	:	81
5	:	Clinique de la Providence - COMMERCY	:	45

B. ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

Il n'y a pas d'établissements d'origine confessionnelle
ou issus d'infirmes ou d'hôpitaux des usines ou des
mines en MEUSE

C. AUTRES ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

n° de secteur	:	Nom de l'Etablissement	:	Nombre de Lits
1	:	Hôpital St GEORGES - HANNONVILLE-sous-les-COTES	:	29

PAS D'HOPITAL DES ARMEES EN
MEUSE

.../...

TOTALUX

Nombre d'établissements : 11

- 7 publics
- 3 p.b.l.
- 1 p.b.n.l.

§
§
§
§
§
§
§

Nombre de Lits : 2 477

- 2 257 publics
- 191 p.b.l.
- 29 p.b.n.l.

: p.b.l. = établissement privé à but lucratif
 p.b.n.l. = établissement privé à but non lucratif

Ne sont pas pris en compte les lits d'hébergement

REPERTOIRE DES ETABLISSEMENTS DE
MOSELLE

ETABLISSEMENTS PUBLICS

n° de secteur	Nom de l'Établissement	Nombre de Lits
3	Centre Hospitalier de THIONVILLE*	1 070
3	Centre départemental de l'Enfance METZ (Route de Plappeville)	14
3	Maternité d'AMNEVILLE	18
3	Centre Hospitalier de METZ*	1 056
4	Centre Hospitalier Spécialisé de SARREGUEMINES	1 054
4	Hôpital de St AVOLD	115
4	Centre Hospitalier de SARREGUEMINES	501
4	Hôpital de FORBACH	317
4	Hôpital de BOULAY	238
7	Centre Hospitalier Spécialisé de LORQUIN	500
7	Hôpital local de DIEUZE	64
7	Centre de réadaptation spécialisé d'ABRESHWILLER	133
7	Centre Hospitalier spécialisé de SARREBOURG	126
7	Centre Hospitalier de SARREBOURG	221

es centres hospitaliers de Thionville et De Metz font depuis le 30 avril 1977 partie intégrale du C.H.R. Metz-Thionville. Mais le fonctionnement budgétaire nique ne se fera qu'à partir de 1978.

.../...

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF

n° de secteur	Nom de L'Etablissement	Nombre de Lits
3	Clinique du Parc - THIUNVILLE	42
3	Clinique Ambroise Pare - THIUNVILLE	69
3	Clinique Notre-Dame - THIUNVILLE	65
3	Clinique des Berceaux - WOIPPY	25
3	Clinique neuro-psychiatrique - NOVEANT	52
3	Clinique Ste Thérèse - LONGEVILLE-les-METZ	33
3	Clinique des Primevères - METZ	31
3	Hôpital - Clinique Claude Bernard - METZ	186
4	Clinique St NABOR à St AVOLD	75
4	Clinique St FRANCOIS - FORBACH	60

.../...

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

A. ETABLISSEMENTS D'ORIGINE CONFESIONNELLE

n° de secteur	Nom de l'Etablissement	Nombre de Lits
3	Clinique Ste Elisabeth - THIONVILLE	99
3	Clinique Ste Blandine	360
3	Hôpital St André	194
3	Hôpital-Maternité Ste Croix	262
4	Hôpital St Joseph - SARRALBE	34
7	Clinique St Joseph - PHALSBOURG	77

B. ETABLISSEMENTS ISSUS DES INFIRMERIES OU HOPITAUX DES USINES OU DES MINES

n° de secteur	Nom de l'Etablissement	Nombre de Lits
3	Association hospitalière Orne-Moselle Hôpital St François à MARANGE-SILVANGE	98
3	Association hospitalière de la vallée de la FENSCH - ALGRANGE	160
3	Association hospitalière de la vallée de la FENSCH - HAYANGE	175
4	Hôpital de la Société de Secours Minière de Sarre et Moselle - CREUTZWALD	98
4	Hôpital de la Société de Secours Minière de Sarre et Moselle - FREYMING	438
4	Hospitalor St AVOLD	104
4	Hospitalor CREHANGE	62
4	Hospitalor FORBACH	297

C. AUTRES ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF

n° de secteur	Nom de l'Etablissement	Nombre de lits
3	: Association hospitalière de la vallée de l'ORNE : Hôpital St MAURICE MOYEUVREGRANDE	103
3	: Centre psychothérapique de JURY-les-METZ	320
3	: Hôpital Belle-Isle - METZ	340
3	: Hôpital Ste Barbe - MORHANGE	40
4	: Hôpital St Joseph - BITCHE	85
6	: Hôpital d'arrondissement de CHATEAU-SALINS	62

.../...

HOPITAL DES ARMEES (H.A.)
LEGOUEST-METZ

n° de secteur

:
:
:
:
:

nombre de lits

3

441

TOTAUX

Nombre d'Établissements : 44 + 1 H.A.

- 14 publics
- 10 p.b.l.
- 20 p.b.n.l.
- 1 H. A.

§
§
§
§
§
§

Nombre de Lits : 9 914

- 5 427 publics
- 638 p.b.l.
- 3 408 p.b.n.l.
- 441 H. A.

- B. : p.b.l. = établissement privé à but lucratif
p.b.n.l. = établissement privé à but non lucratif
H. A. = Hôpital des armées

Ne sont pas pris en compte les lits d'hébergement

REPERTOIRE DES ETABLISSEMENTS DES
VOSGES

ETABLISSEMENTS PUBLICS

n° de secteur	Nom de l'Établissement	Nombre de Lits
9	Centre Hospitalier de NEUFCHATEAU	313
9	Hôpital de VITTEL	287
9	Centre hospitalier spécialisé de RAVENEL MIRECOURT	1 656
9	Hôpital Local de DARNEY	33
9	Hôpital local de MIRECOURT	49
9	Hôpital local de LAMARCHE	65
10	Hôpital local de CHATEL-sur-MOSELLE	60
10	Hôpital local de BRUYERES	116
10	Hôpital local de RAMBLRVILLERS	55
10	Centre hospitalier d'EPINAL	362
11	Hôpital local de SENONES	26
11	Hôpital local de RAON L'ETAPE	47
11	Hôpital local de FRAIZE	30
11	Hôpitaux de St DIE	435
12	Hôpital local de BUSSANG	18
12	Hôpital de GERARDMER	102
12	Hôpital local de CORNIMONT	22
12	Centre Hospitalier de REMIREMONT	418
12	Hôpital local du THILLOT	12

.../...

ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF

n° de secteur	Nom de l'Etablissement	Nombre de lits
9	Clinique d'accouchement Padovani - VITTEL	11
9	Clinique d'accouchement St Antoine - MITTEL	10
10	Maison de convalescence neuropsychiatrique "Mon Repos" RASEY-XERTIGNY	30
10	Clinique d'accouchement Biesse-Bodez- CHARMES	6
10	Clinique St Nicolas - EPINAL	5
10	Clinique St Jean - EPINAL	74
10	Clinique Ntre Dame - EPINAL	129
10	Clinique St Pierre-Fourrier - EPINAL	88
10	Clinique d'accouchement "La Roseraie" - EPINAL	50
11	Clinique Ntre Dame - St DIE	57
11	Clinique St Joseph - RAON L'ETAPE	32

Il n'y a pas d'établissement privé à but non lucratif dans les Vosges, ni d'hôpital des armées.

.../...

TOTAUX

<u>Nombre d'Établissements</u> : 30	§	<u>Nombre de lits</u> : 4 598
-- publics : 19	§	-- publics : 4 106
-- p.b.l. : 11	§	-- p.b.l. : 492
	§	

LOI N° 70-1318 du 31 DECEMBRE 1970
portant réforme hospitalière

A. REFORME HOSPITALIERE

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 (J.O. 3 janvier 1971) modifiée par les lois n°. 71-1025 du 24 décembre 1971 (J.O. 25 décembre 1971) et n° 73-3 du 2 janvier 1973 (J.O. 3 janvier 1973).

Art 1. - Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi.

La protection sanitaire du pays est assurée par les membres des professions de santé d'une part et par les établissements de soins, publics ou privés, qu'ils participent ou non au fonctionnement du service public hospitalier institué par la présente loi, d'autre part.

CHAPITRE I

DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Section I

Dispositions générales

Art 2. - Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement -notamment les soins d'urgence - des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel.

De plus, le service public hospitalier :

- concourt à l'enseignement universitaire et post-universitaire médical et universitaire -pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical;
- concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée;
- participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.

Art 3. - Le service public hospitalier est assuré :

- 1° par les établissements d'hospitalisation publics ;
- 2° par ceux des établissements d'hospitalisation privés qui répondent aux conditions définies aux articles 40,41 et 42 de la présente loi.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 43 de la présente loi.

Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.

Art 4. - Les établissements mentionnés à l'article 3 (1^o et 2^o) sont dits :

1^o centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Les centres hospitaliers comportent :

- a) des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante;
- b) éventuellement, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;
- c) éventuellement, des unités d'hospitalisation pour convalescence, cure ou réadaptation.

Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement ;

2^o centres de convalescence, cure ou réadaptation s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

Certains de ces établissements ou unités d'hospitalisation, publics ou privés, ont une vocation régionale ou nationale. Lorsqu'un centre hospitalier a une vocation régionale et qu'il répond à des conditions définies par un décret, il porte le nom de centre hospitalier régional.

Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.

Le classement des établissements est déterminé par arrêté du ministre de la Santé publique et de la sécurité sociale selon des normes définies par voie réglementaire ;

3^e unités d'hospitalisation, dont le fonctionnement médical demeure fixé par décret en Conseil d'Etat.

Art. 5 - Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs d'action sanitaire.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur.

Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement interhospitalier régional.

Les établissements qui forment un groupement interhospitalier de secteur peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur. Les établissements qui forment un groupement interhospitalier régional peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional.

Section II

Des groupements interhospitaliers et des syndicats interhospitaliers

Art. 6 - Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.

Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie.

Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur ou de région sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 44 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 46 de la présente loi.

Les conseils de ces groupements proposent la création de services communs, soit dans le cadre des dispositions de l'article 8, soit par voie de convention bilatérale entre établissements.

Art. 7 - Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont composés de représentants de chacun des établissements, compte tenu de l'importance de ces derniers. Ils élisent leur président parmi leurs membres.

Les conseils des groupements interhospitaliers de région sont composés de représentants de chacun des groupements interhospitaliers de secteur, compte tenu de l'importance de chacun. Ils élisent leur président parmi leurs membres.

Aucun des établissements membres d'un groupement interhospitalier de secteur ou de région ne peut détenir la majorité absolue des sièges du conseil de ce groupement.

Le directeur et le président de la commission médicale consultative de chacun des établissements membres d'un groupement interhospitalier assistent aux réunions du conseil de ce groupement avec voix consultative.

Art. 8 - Les syndicats interhospitaliers prévus à l'article 9 de la présente loi sont des établissements publics dont la création est autorisée par arrêté préfectoral.

Un syndicat interhospitalier peut être créé dans un secteur d'action sanitaire entre deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande de ces établissements.

Un syndicat interhospitalier peut être créé dans une région d'action sanitaire entre le ou les centres hospitaliers régionaux et soit un ou plusieurs syndicats interhospitaliers de secteur, soit un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande des organismes intéressés.

Tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier du secteur auquel il appartient. Tout syndicat interhospitalier du secteur et tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier de la région à laquelle il appartient.

Art. 9 - Les syndicats interhospitaliers sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration.

Le conseil est composé de représentants de chacun des établissements qui en font partie, compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges du conseil. Il élit son président parmi ses membres. Le président de la commission médicale consultative de chacun des établissements et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements faisant partie du syndicat interhospitalier sont membres de droit du conseil d'administration. Le directeur de chacun des établissements assiste au conseil d'administration avec voix consultative.

Art. 10 - Lessyndicats interhospitaliers de secteur et les syndicats interhospitaliers régionaux peuvent exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :

- 1^o la création et la gestion de services communs ;
- 2^o la formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;
- 3^o l'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;
- 4^o la centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement de travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;
- 5^o la gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipements obtenues par ces établissements ;
- 6^o la création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires du secteur ou de la région, dans le cadre de la carte sanitaire.

Les attributions du syndicat sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie.

Art 11. - Sous réserve des dispositions des articles 8 et 9, les articles 20, 21, 22 et 25 de la présente loi sont applicables aux syndicats interhospitaliers.

Un décret fixera les conditions de l'application de l'article 24 de la présente loi à ces établissements.

Art. 12 - Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté préfectoral.

Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat interhospitalier.

Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.

Art. 13 - Lorsque tous les établissements faisant partie d'un groupement interhospitalier de secteur adhérent au syndicat interhospitalier créé dans ce secteur, le conseil du groupement est automatiquement dissous et ses attributions sont transférées de plein droit au conseil d'administration du syndicat.

Il en va de même pour le conseil d'un groupement interhospitalier régional lorsque tous les établissements qui en font partie adhérent soit directement, soit par l'intermédiaire d'un syndicat interhospitalier de secteur, au syndicat interhospitalier régional.

Art. 14 - Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.

Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.

L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral, sur avis conforme du conseil du groupement ou du conseil d'administration du syndicat intéressé.

Art. 15 - Un établissement peut se retirer d'un syndicat interhospitalier avec le consentement du conseil d'administration de ce syndicat. Celui-ci fixe en accord avec le conseil d'administration de l'établissement intéressé les conditions dans lesquelles s'opère le retrait.

Les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le syndicat sont consultés. La décision est prise par arrêté préfectoral.

Section III

De la participation du service public hospitalier
à l'enseignement médical, pharmaceutique et
odontologie

Art. 16 - Dans le cadre des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance

n° 58-1373 du 30 décembre 1958, les unités d'enseignement et de recherche médico-pharmaceutiques et odontologiques ou, au cas où elles n'ont pas la personnalité morale, les universités qui agissent en leur nom, et les centres hospitaliers régionaux peuvent conclure conjointement des conventions avec les syndicats interhospitaliers ou avec des établissements du groupement interhospitalier s'ils ne font pas partie du syndicat interhospitalier.

Art. 17 - Lorsque l'association d'un ou plusieurs services d'un établissement hospitalier public ou d'un autre organisme public aux missions d'un centre hospitalier et universitaire définies à l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 s'avère indispensable, et que cet établissement ou organisme refuse de conclure une convention en application de l'article 6 de ladite ordonnance, il peut être mis en demeure de le faire par décision conjointe du ministre chargé de la santé publique et du ministre de l'Éducation nationale.

Cette décision impartit un délai pour la conclusion de la convention ; passé ce délai, les mesures nécessaires peuvent être imposées à l'établissement ou à l'organisme par décret en Conseil d'État.

Art. 18 - Pour chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent notamment des représentants du centre hospitalier régional, des représentants des unités d'enseignement et de recherche médicales, odontologiques et pharmaceutiques et, le cas échéant, des syndicats interhospitaliers de secteur et des établissements assurant le service public hospitalier qui ont conclu les conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.

Un décret fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement du comité de coordination et les cas où son avis est requis.

Ce comité est obligatoirement consulté sur le choix des priorités en matière d'équipement hospitalier et universitaire.

Les conventions visées à l'article 16 entre les établissements hospitaliers et les unités d'enseignement et de recherche médicopharmaceutiques et odontologiques ne pourront être conclus qu'après avis favorable de ce comité.

Art. 19 - Dans le ressort d'une même académie, deux ou plusieurs centres hospitaliers régionaux ont la possibilité de passer convention avec la ou

les unités d'enseignement et de recherche médicales de cette académie, pour la constitution d'un centre hospitalier et universitaire unique, dans le cadre des dispositions des articles premier et 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et du décret n° 70-709 du 5 août 1970

CHAPITRE II

DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION PUBLICS

Art. 20 - Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux, ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 22, par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration.

Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics sont soumis à la tutelle de l'Etat. Des normes d'équipement et de fonctionnement sont déterminées par décret.

Art. 21 - Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et pharmaceutique hospitalier, du personnel titulaire n'appartenant pas au corps médical et des personnes qualifiées dont, obligatoirement, un médecin non hospitalier.

Les modalités de désignation ou d'élection des membres de chacune des catégories sont fixées par voie réglementaire, de même que le mode de représentation au sein du conseil d'administration des collectivités autres que celles dont relève l'établissement. Toutefois, le président de la commission médicale consultative et, pour les centres hospitaliers et universitaires, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement.

La présidence du conseil d'administration des établissements départementaux et des établissements communaux est assurée respectivement soit par

le président du conseil général, soit par le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire.

Toutefois, le président du Conseil général, le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire ne peuvent pas être membre du conseil d'administration d'un établissement :

1^o si eux-mêmes, leur conjoint, leurs ascendants ou descendants en ligne directe ont un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privés ;

2^o s'ils sont fournisseurs de biens ou de services, preneurs de baux à ferme ou agents salariés de l'établissement.

Au cas où il est fait application des dispositions des deux alinéas ci-dessus, le conseil général ou le conseil municipal élit un suppléant.

En cas d'empêchement, le président du conseil général ou le maire peut déléguer, à un autre membre de l'assemblée dont il est membre, ses fonctions de président de droit du conseil d'administration de l'établissement.

Le président de la commission médicale consultative, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont frappés des incompatibilités prévues au présent article à l'exception de celles s'appliquant aux agents salariés de l'établissement.

Art. 22 - Le conseil d'administration délibère sur :

- 1^o le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;
- 2^o les propositions de prix de journée ;
- 3^o les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ; les conditions de baux de plus de dix-huit ans ;
- 4^o les emprunts ;
- 5^o le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;
- 6^o le règlement intérieur ;
- 7^o les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n^o 58-1373 du 30 décembre 1958 et de l'article 43 de la présente loi ;
- 8^o les créations, suppressions et transformations de services, et notamment la création de services de clinique ouverte ;
- 9^o les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
- 10^o le tableau des effectifs du personnel, à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance précitée du 30 décembre

1958 et les textes subséquents ;

11° l'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;

12° l'acceptation et le refus des dons et legs ;

13° les actions judiciaires et les transactions.

Les délibérations prévues aux 1° et 11° sont soumises à approbation. L'autorité de tutelle peut réduire ou supprimer les prévisions de dépenses qui paraîtraient abusives ou augmenter celles qui sembleraient insuffisantes. Les délibérations sont réputées approuvées si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trente jours à compter de leur réception.

Le directeur chargé de l'exécution des délibérations du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus et doit tenir régulièrement le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.

Art. 23 - Dans le délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi, un décret déterminera les conditions d'assouplissement de la gestion administrative et financière des établissements d'hospitalisation publics.

Ce décret déterminera également les conditions dans lesquelles les établissements d'hospitalisation publics pourront, à titre exceptionnel, financer leurs équipements en recourant à des emprunts au taux normal du marché.

Il déterminera également les modalités d'association des chefs de service des établissements d'hospitalisation publics à la gestion de leur service et aux responsabilités qui en découlent.

Il prendra toutes mesures de nature à assurer une harmonisation du remboursement des actes médicaux, quel que soit le secteur, public, ou, privé, auquel appartient l'établissement dans lequel ils sont effectués et compte tenu des charges inhérentes à chacun de ces secteurs.

Art 24 - Dans chaque établissement public d'hospitalisation; il est institué :

- une commission médicale consultative, qui est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux ;
- un comité technique paritaire, qui est obligatoirement consulté sur l'organisation du fonctionnement des services et notamment sur les conditions de travail dans l'établissement.

Art. 25 - Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

1^o des agents titulaires ou stagiaires, y compris les pharmaciens à temps plein, soumis aux dispositions du livre IX du code de la santé publique ;

2^o à titre exceptionnel ou temporaire, des agents contractuels ;

3^o des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements ;

4^o des médecins, des biologistes et des odontologistes attachés des hôpitaux dont le statut est fixé par décret en Conseil d'Etat, dans le délai prévu à l'alinéa 5 du présent article; ledit décret étendra les dispositions de l'alinéa 6 du présent article aux attachés justifiant d'un seuil minimum de vacations hebdomadaires.

Les dispositions des paragraphes 3^o et 4^o du présent article ne sont pas applicables aux praticiens des unités d'hospitalisation mentionnées au 3^o de l'article 4 de la présente loi.

Dans un délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi, un décret fixera le statut de tous les membres du personnel médical qui exercent leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.

Ce statut déterminera les titres, fonctions et rémunérations des intéressés, leurs conditions d'exercice, leurs conditions de promotion, les mesures transitoires et un régime de protection sociale complémentaire.

En cas d'exercice de l'activité à temps partiel, la nomination des intéressés peut, sauf démission, être remise en cause dans les six mois qui précèdent l'expiration de chacune des périodes quinquennales d'exercice.

Le conseil d'administration de l'établissement, agissant de sa propre initiative ou à la demande du médecin inspecteur régional de la santé, après audition de l'intéressé et avis de la commission médicale consultative, demande au préfet du département, par une délibération motivée, de mettre fin aux fonctions de l'intéressé.

Le préfet statue dans les trois mois de la saisine, sur avis conforme d'une commission paritaire régionale, dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

L'intéressé ou le médecin inspecteur régional de la santé peut exercer un recours à l'encontre de cette décision dans les deux mois de la notification qui leur en est faite, devant une commission nationale paritaire dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

Cette commission doit statuer dans les trois mois de sa saisine après audition des intéressés ou de leurs représentants.

Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi.

Art. 26 - Les personnels médicaux des établissements nationaux de bienfaisance à caractère hospitalier situés dans une ville siège d'unité d'enseignement et de recherches médicales pourront être intégrés dans un des corps de personnel hospitalo-universitaire des centres hospitaliers et universitaires, suivant les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Art. 27 - Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles, sous l'autorité des chefs de service, les médecins traitants et sages-femmes peuvent être admis dans les divers services d'hospitalisation publics.

Ces praticiens seront tenus informés des soins qui auront été dispensés aux malades dont ils sont prescrit l'hospitalisation.

Art. 28 - Les établissements d'hospitalisation publics sont tenus de communiquer le dossier des malades, hospitalisés ou reçus en consultation externe dans ces établissements, au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades.

Un décret pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins précisera les conditions d'application des dispositions ci-dessus.

Art. 29 - L'article L 578 du Code de la Santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

" art. L 578 - Sauf cas de nécessité urgente, l'activité des pharmacies prévue à l'article L 577 est limitée à l'usage particulier intérieur de l'établissement hospitalier dont elles relèvent.

Toutefois le préfet, après avis du chef de service régional de l'action sanitaire et sociale, peut autoriser un établissement hospitalier public à assurer, par l'intermédiaire de la pharmacie dont il est propriétaire, l'approvisionnement en médicaments d'autres pharmacies d'établissements d'hospitalisation publics ou d'établissements d'hospitalisation privés assurant l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues à l'article 41 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970

Exceptionnellement, en cas de nécessité, le préfet après avis du chef de service régional de l'action sanitaire et sociale, peut autoriser, pour une période déterminée, les établissements hospitaliers publics à vendre des médicaments au prix du tarif pharmaceutique lorsqu'il n'y a pas d'autres sources de distribution possible."

Art. 30 - A titre provisoire, les établissements d'hospitalisation publics peuvent continuer à gérer les services créés avant la promulgation de la présente loi qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier défini à l'article 2 ci-dessus.

CHAPITRE III DES ETABLISSEMENTS PRIVÉS

Section I Dispositions Générales

ART. 31 - Sont soumises à autorisation :

- 1° la création et l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant des moyens d'hospitalisation ;
 - 2° l'installation, dans tout établissement privé contribuant aux soins médicaux et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi.
- Le refus d'autorisation devra être motivé.

Art. 32 - L'autorisation prévue à l'article 31 ci-dessus est donnée avant le début des travaux ou l'installation de l'équipement matériel.

Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables au assurés sociaux par application de l'article L 272 du Code de la Sécurité sociale.

Art 33 - L'autorisation est accordée si l'opération envisagée ;

- 1° répond aux besoins de la population, tels qu'ils résultent de la carte prévue à l'article 44, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ;
- 2° est conforme aux normes définies par décret, et est assortie de l'engagement de respecter la réglementation relative à la qualification des personnels.

En aucun cas, l'autorisation ne pourra être accordée aussi longtemps que, pour la zone donnée, les besoins ainsi définis demeureront satisfaits.

L'autorisation peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique ou à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles 42 et 43 de la présente loi.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée lorsque le prix prévu est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, eu égard aux normes fixées par décret en Conseil d'Etat.

Art. 34 - L'autorisation visée à l'article 31 ci-dessus est donnée par le préfet de région, après avis d'une commission régionale de l'hospitalisation. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé publique, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis d'une commission nationale de l'hospitalisation.

Pour certains établissements, catégories ou groupes d'établissements répondant à des besoins nationaux ou plurirégionaux dont la liste est fixé par décret, l'autorisation relève du ministre, après avis de la commission nationale.

Dans chaque cas, la décision du ministre ou du préfet de région est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de dépôt de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.

Les commissions régionales et la commission nationale de l'hospitalisation sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire et comprennent des représentants des syndicats médicaux et des représentants, en nombre égal, du ministre chargé de la santé publique, des caisses d'assurance maladie, des établissements qui assurent le service public hospitalier et des établissements d'hospitalisation privés.

Art. 35 - L'autorisation visée à l'article 31 est délivrée à une personne physique ou morale. Elle ne peut être cédée avant le commencement des travaux.

Art. 36 - Lorsque les prescriptions de l'article 33 ci-dessus cessent d'être respectées, ou lorsque sont constatées, dans l'établissement et du fait de celui-ci, des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique entraînant la responsabilité civile de

l'établissement ou la responsabilité pénale de ses dirigeants, l'autorisation de fonctionner peut être suspendue, soit retirée. Sous réserve des dispositions prévues à l'article 37, cette suspension ou ce retrait ne peut intervenir qu'après un délai de un mois suivant une mise en demeure adressée par le préfet de région.

Lorsque les normes sont modifiées, les établissements sont tenus de se conformer aux nouvelles normes dans un délai déterminé par décret ; ce délai court à compter de la mise en demeure qui leur est adressée.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être retirée lorsque le prix pratiqué est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, au sens de l'article 33.

Les mesures de suspension ou de retrait sont prises selon les modalités prévues à l'article 34 ci-dessus. Elles ne font pas obstacle à d'éventuelles poursuites judiciaires.

Art 37 - En cas d'urgence, tenant à la sécurité des malades, le préfet peut prononcer la suspension de l'autorisation de fonctionner. Dans le délai de un mois de cette décision, le préfet doit saisir la commission régionale d'hospitalisation qui, dans les deux mois de la saisine, confirme ou infirme la mesure prise par le préfet.

Art. 38 - Toute personne qui ouvre ou gère un établissement sanitaire privé ou installe dans un établissement privé concourant aux soins médicaux des équipements matériels lourds en infraction aux dispositions des articles 31 et 33 ci-dessus est passible d'une amende de 5 000 à 30 000 F.

Est passible de la même peine toute personne qui passe outre à la suspension ou au retrait d'autorisation prévus aux articles 36 et 37 ci-dessus.

En cas de récidive, la peine prévue au présent article est portée au double et peut être assortie de la confiscation des équipements installés sans autorisation.

Art. 39 - La comptabilité des établissements d'hospitalisation privés doit être mise, sur demande, à la disposition exclusive de l'administration habilitée à donner son accord sur la détermination du prix de journée.

Des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier et de l'association des autres établissements d'hospitalisation privés au fonctionnement du dit service

Art. 40 - Les établissements d'hospitalisation privés participent dans les conditions prévues aux articles 41 et 42 ci-après, sur leur demande ou sur celle de personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de même nature par les dispositions des articles 2 et de 3 de la présente loi.

Les établissements d'hospitalisation privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

Les dispositions de l'article 28 sont applicables à ces établissements.

La liste des établissements qui remplissent les conditions prévues au présent article est établie par décret.

Art. 31 - Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif sont admis à participer, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier.

Il font partie de plein droit des groupements interhospitaliers et, sur leur demande, des syndicats interhospitaliers.

Leurs dépenses de fonctionnement doivent être couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements d'hospitalisation publics.

Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.

Ils peuvent faire appel à des praticiens qui demeurent régis par les status du personnel médical des établissements d'hospitalisation publics.

Art. 42 - Les établissements d'hospitalisation privés, autres que ceux visés à l'article 41, peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

Ces contrats comportent :

1° de la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre, dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement ou service d'hospitalisation de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte

2° de la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article 40 ci-dessus. L'établissement concessionnaire conserve son individualité et son statut propre pour tout ce qui concerne sa gestion.

Ces contrats sont approuvés selon les modalités prévues à l'article 34 ci-dessus.

Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement.

Art. 43 - Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement d'hospitalisation public, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de sécurité sociale.

Ils peuvent alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du secteur sur lequel ils sont implantés. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article 14 ci-dessus.

CHAPITRE IV

DE L'EQUIPEMENT SANITAIRE

Art. 44 - Le ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une commission nationale de l'équipement sanitaire de la France.

La composition des commissions régionales et de la commission nationale de l'équipement sanitaire, qui comprendront notamment des représentants des ministères intéressés, des représentants élus des collectivités locales, des représentants des caisses d'assurance maladie et des représentants des établissements d'hospitalisation publics et privés, sera définie par décret.

La carte sanitaire de la France détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :

1° les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;

2° pour chaque secteur et pour chaque région sanitaire, la nature,

l'importance et l'implantation des installations, comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ;

3^e la nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.

Pour chaque installation, la carte précise les équipements immobiliers et les équipements matériels lourds à réaliser.

La carte sanitaire peut être révisée à tout moment ; elle est révisée obligatoirement lors de l'élaboration de chaque plan de modernisation et d'équipement.

Art. 45 - Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé sont fixées par voie réglementaire.

Art. 46 - Sont considérés comme équipements matériels lourds au sens de la présente loi les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux. La liste de ces équipements est établie par décret en Conseil d'Etat.

Art. 47 - La carte sanitaire sert de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service public hospitalier ainsi qu'aux autorisations prévues à l'article 31 de la présente loi.

Tout refus d'autorisation prévu à l'article 31 ci-dessus motivé par l'existence d'un programme susceptible de couvrir les besoins définis par la carte sanitaire est réputé caduc si ledit programme n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de ;

- six ans s'il s'agit d'un établissement public ;
- deux ans s'il s'agit d'un établissement privé.

L'autorisation est alors accordée de plein droit, sous réserve des dispositions de l'article 33 ci-dessus, à l'auteur de la demande s'il la confirme.

Art. 48 - Sont soumis à l'approbation les programmes et les projets de travaux relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements d'hospitalisation publics ainsi qu'à l'installation dans ces établissements d'équipements matériels lourds au sens de l'article 45 de la présente loi.

Seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire.

CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 49 - Des mesures réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Art. 50 - Les dispositions des chapitres I et II de la présente loi seront adaptées par décret en Conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, des hospices civils de Lyon et de l'assistance publique de Marseille et des établissements nationaux de bienfaisance dont les missions répondent à celles définies à l'article 4 de la présente loi.

Le statut du personnel de l'administration générale de l'assistance publique à Paris demeure fixé par règlement d'administration publique.

Le personnel des hospices civils de Lyon est soumis aux dispositions du livre IX du Code de la Santé publique, sauf dérogations prévues par décret en Conseil d'Etat.

Les fonctionnaires titulaires ou stagiaires des établissements nationaux de bienfaisance visés à l'alinéa 1er de cet article seront, sauf option contraire, intégrés dans un emploi soumis au livre IX du Code de la Santé publique à compter de l'érection desdits établissements en établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, inter-départementaux ou nationaux ; ceux d'entre eux qui auront demandé le maintien de leur situation antérieure seront, à compter de la même date, détachés dans un emploi soumis au livre IX dudit Code. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application du présent alinéa.

Art. 51 - A titre provisoire et jusqu'au 31 décembre 1973, les dispositions de la présente loi s'appliquent aux établissements à caractère social dont la liste sera définie par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret procédera aux adaptations nécessaires pour les établissements publics en ce qui concerne leur création, leur gestion et leur statut du personnel et, pour les établissements privés, en ce qui concerne les modalités d'autorisation et de coordination.

Les maisons de retraite détachées de l'administration générale de l'assistance publique à Paris et celles fonctionnant comme services non personnalisés de la ville-département de Paris seront rattachées par décret au bureau d'aide sociale de Paris.

Art. 52 - Une réforme de la tarification des soins dispensés dans les établissements devra intervenir dans le délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi.

Cette réforme fera notamment apparaître le coût réel des diverses prestations fournies par chacune des unités d'hospitalisation définies à l'article 4 ainsi que les frais d'acquisition des prothèses et des médicaments coûteux.

Art. 53 - L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

Art. 54 - Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi, notamment les articles L 230, le premier et le second alinéa de l'article 678 (sauf en ce qui concerne les hospices), les articles L 679, L 681 à L 683, L 686, L 733, L 734, et L 734-2 à L 734-5 du Code de la santé publique, ainsi que le premier alinéa de l'article L 893 dudit Code, sauf en ce qui concerne l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Art. 55 - Les dispositions du chapitre III, section I, de la présente loi sont applicables aux établissements privés d'accouchement visés par l'article L 176 du Code de la santé publique.

Art. 56 - I. - A l'article L 271 du Code de la Sécurité sociale, les mots "établissements hospitaliers publics" sont remplacés par les mots :
"établissements hospitaliers publics et établissements d'hospitalisation

privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier".

II - Le dernier alinéa de l'article L 272 du Code de la Sécurité sociale est abrogé.

III - le premier alinéa de l'article L 275 du Code de la Sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

"Sous réserve des dispositions des articles L 276 et L 277 ci-après, des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature à l'exception des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif qui participent à l'exécution du service public hospitalier, fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans lesdits établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les conventions ainsi conclues sont homologuées par l'autorité administrative."

IV - Aux premier et second alinéas de l'article L 276 du Code de la Sécurité sociale, les mots : "par les commissions prévues à l'article 272" sont remplacés par les mots : "prévus à l'article L 275".

Au cinquième alinéa du même article, les mots : "par les commissions prévues à l'article L272", sont remplacés par les mots : "dans les conditions prévues à l'article L 275".

Art. 57 - Dans les départements d'outre-mer, les attributions dévolues par la présente loi aux préfets de région sont dévolues aux préfets des départements.

Art. 58 - Dans le délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, ses dispositions seront insérées dans le Code de la santé publique par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret procédera aux aménagements de forme qui s'avèreraient nécessaires.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

DECRET N° 72-1068, FIXANT LA LISTE DES
EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS MENTIONNES
PAR L'ART. 46 de la LOI N° 70-1318 du 31. XII. 1970

portant réforme hospitalière

Décret n° 72-1068 du 30 novembre 1972 (J.O. du 3 décembre 1972, rectific. J.O. du 14 janvier 1973)

- Art. 1. - Sont inscrits sur la liste prévue à l'article 46 de la loi susvisée du 31 décembre 1970 les équipements matériels lourds suivants :
- 1° appareil ou ensemble d'appareils de biologie médicale susceptibles de réaliser plus de 250 analyses ou examens à l'heure ou plus de cinq analyses ou examens simultanés ;
 - 2° appareil de circulation sanguine extra-corporelle ;
 - 3° caisson hyperbare ;
 - 4° appareil accélérateur de particules, émetteur de rayonnement dont l'énergie est supérieure à 500 KeV ;
 - 5° appareil contenant des sources scellées de radio-éléments d'activité minimale supérieure à 500 curies, émetteurs de rayonnement gamma d'énergie supérieure à 500 KeV ;
 - 6° caméra à scintillation avec ou sans calculatrice associée ;
 - 7° compteur de détection de la radioactivité totale du corps humain ;
 - 8° rein artificiel ;
 - 9° appareil de traitement de l'information dont le prix d'achat est égal ou supérieur à 150 000 F ou dont la location est d'un montant égal ou supérieur à 5 000 F par mois, y compris les frais d'entretien.

DECRET N° 72-1078 du 6 DECEMBRE 1972
RELATIF AU CLASSEMENT DES ETABLISSEMENTS
PUBLICS ET PRIVES ASSURANT LE SERVICE
PUBLIC HOSPITALIER

Décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972

Art. 1 - Les établissements assurant le service public hospitalier mentionnés à l'article 3 (1^o et 2^o) de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière sont, suivant leur mission et en application de l'article 4 de la loi susvisée :

- soit des centres hospitaliers ;
- soit des centres de convalescence, cure ou réadaptation ;
- soit des unités d'hospitalisation définies par le présent décret.

CHAPITRE I
CENTRES HOSPITALIERS

Art. 2 - Les centres hospitaliers sont classés suivant leur importance, leur équipement, leur spécialisation et leur fonctionnement médical en :

- centres hospitaliers régionaux ;
- centres hospitaliers.

Art. 3 - 1^o Les centres hospitaliers régionaux sont tenus de posséder au moins des unités pouvant être regroupées en service :

- d'accueil et de réception des urgences ;
- de médecine ;
- de pédiatrie médicale et chirurgicale ;
- de chirurgie ;
- de spécialités ;
- de réanimation ;
- d'anesthésiologie ;
- de gynécologie-obstétrique ;
- de radiodiagnostic ;
- de radiothérapie. A défaut, ils devront passer convention avec un établissement voisin disposant de cet équipement ;
- de biologie médicale ;
- d'explorations fonctionnelles ;
- de rééducation fonctionnelle permettant les traitements des malades hospitalisés et des malades externes ;

- de consultations et de soins pour malades externes. Ces locaux peuvent être utilisés pour l'organisation de consultations de spécialités autres que celles visées ci-dessus, même si l'établissement ne dispose pas des unités d'hospitalisation correspondante ;

- de transfusion sanguine. A défaut, ils devront passer convention avec un établissement voisin disposant de cet équipement ;

- de soins dentaires ;

- de pharmacie.

2° Ils doivent disposer, en plus, des unités pour soins, hautement spécialisés, dont la liste sera fixée par arrêté du ministre de la Santé publique.

Art. 4 - Les centres hospitaliers sont :

- soit généraux ;

- soit spécialisés.

1° Les centres hospitaliers généraux desservent tout ou partie du secteur sanitaire.

Ils peuvent comporter au moins une ou plusieurs de chacune des unités ci-dessous qui peuvent être regroupées en service :

- d'accueil et de réception des urgences ;

- de médecine dont certaines éventuellement spécialisées ;

- de pédiatrie ;

- de chirurgie dont certaines éventuellement spécialisées ;

- d'anesthésiologie ;

- éventuellement, de réanimation ;

- de gynécologie-obstétrique. A défaut, ils devront passer convention avec un établissement voisin disposant de cet équipement ;

- de radiodiagnostic ;

- de biologie médicale ;

- de consultations et de soins pour malades externes ;

- de soins dentaires ;

- de pharmacie.

Ils doivent comporter en outre :

- des équipements permettant des explorations fonctionnelles ;

- des locaux et équipements de rééducation fonctionnelle permettant le traitement des malades hospitalisés et des malades externes.

Dans les cas où ils ne comporteraient pas la totalité des unités prévues ci-dessus, ils doivent obligatoirement posséder, outre une ou plusieurs unités d'hospitalisation :

- une unité d'accueil et de réception des urgences ;
- des locaux de consultations et de soins pour malades externes ;
- une unité de radiodiagnostic ;
- un laboratoire ;
- une pharmacie.

A défaut de laboratoire et de pharmacie, le centre devra passer convention avec un ou plusieurs laboratoires publics ou privés afin de pouvoir assurer l'ensemble des examens de biologie médicale nécessaires.

2° Un centre hospitalier est dit spécialisé lorsqu'il répond aux besoins relatifs à certaines disciplines et affectations particulières.

Art. 5 - L'hospitalisation des malades dans les centres hospitaliers se fait en urgence ou sur présentation d'un certificat médical.

Art. 6 - Tout centre hospitalier peut comprendre des unités de convalescence, cure ou réadaptation.

CHAPITRE II

CENTRES DE CONVALESCENCE, CURE OU READAPTATION

Art. 7 - Les centres de convalescence, cure ou réadaptation possèdent des unités destinées à assurer des soins après la phase aiguë de la maladie. Suivant l'orientation donnée à l'établissement, les centres sont répartis en

- centre de convalescence ;
- centre de réadaptation ;
- centre de cure médicale ;
- centre de cure thermale.

Art. 8 - Les centres de convalescence assurent sous surveillance médicale le repos et les soins après la phase aiguë de la maladie.

Art. 9 - Les centres de réadaptation assurent sous surveillance médicale permanente des soins et traitements de réadaptation aux malades hospitalisés ou éventuellement aux malades externes.

Art. 10 - Les centres de cure médicale assurent sous surveillance médicale permanente les traitements des affections de long séjour.

Art. 11 - Les centres de cure thermale assurent sous surveillance médicale

les traitements faisant appel à l'usage des ressources thermales.

Art. 12 - Un même établissement peut réunir des centres classés dans les catégories définies aux articles 8,9,10 et 11 ci-dessus.

Certains des établissements définis aux articles 8,9,10 et 11 peuvent être réservés, en tout ou partie, aux personnes âgées, aux enfants ou aux adolescents.

Art. 13 - Les établissements définis au présent chapitre sont dits spécialisés quand ils répondent aux besoins relatifs à certaines affections ou disciplines particulières.

Art. 14 - L'admission des malades dans les centres de convalescence, cure ou réadaptation se fait sur présentation d'un dossier médical ou médico-social.

CHAPITRE III

UNITÉS D'HOSPITALISATION

Art 15 - Les unités d'hospitalisation visées à l'article 4 (3^e) de la loi du 31 décembre 1970 sont des unités médicales.

Elles peuvent :

- soit constituer un établissement dénommé hôpital local ;
- soit être incluses dans un des établissements visés aux chapitres I et II du présent décret.

Si des conditions locales l'exigent, le ministre de la Santé publique pourra autoriser les hôpitaux locaux à disposer de lits pour la pratique des accouchements.

Art. 16 - Les unités d'hospitalisation concourent à la desserte du secteur dans lequel elles sont implantées.

Art. 17 - L'admission des malades dans les hôpitaux locaux se fait dans les mêmes conditions que dans les centres hospitaliers.

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 18 - Les établissements définis aux chapitres I, II et III du présent décret peuvent concourir aux actions d'enseignement médical et paramédical, de médecine préventive, de recherche et d'éducation sanitaire définies à l'article 2 de la loi du 31 décembre 1970.

Art. 19 - Les établissements visés aux articles 3 et 4, 8 à 11 et 15 ci-dessus continueront, à titre provisoire, à gérer les services créés avant le 31 décembre 1970 et qui ne répondent pas aux missions du service public hospitalier.

Art. 20 - Les établissements d'hospitalisation publics et privés assurant le service public hospitalier sont classés dans les catégories définies par le présent décret, par arrêté du ministre de la Santé publique, après avis des commissions régionales et de la commission nationale de l'équipement sanitaire.

Art. 21 - Les dispositions du décret n° 59-957 du 3 août 1959 modifié sont abrogées à l'exception de l'article 6-1 et de l'article 7.

Toutefois, le classement des hôpitaux et hospices publics effectué en application du décret susmentionné du 3 août 1959 demeure en vigueur jusqu'à l'établissement du nouveau classement effectué conformément aux dispositions du présent décret.

DECRET N° 74-431 du 14 MAI 1974
ABROGEANT CERTAINES DISPOSITIONS DU
CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ET FIXANT
LES CONDITIONS DE LA COOPERATION DU
SERVICE DE SANTE DES ARMEES ET DU
SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Décret n° 74-431 du 14 mai 1974 (1)

Abrogeant certaines dispositions du code de la santé publique et fixant les conditions de la coopération du service de santé des armées et du service public hospitalier (J.O. 16 mai).

SECTION I : Participation du service de santé des armées au service public hospitalier

Article 1^{er} - Sous réserve de la priorité qu'il doit accorder en tout temps à la satisfaction des besoins des armées et compte tenu de la spécificité de ses missions, le service de santé des armées participe au service public hospitalier dans les conditions définies ci-après.

Article 2 - Les malades et blessés qui peuvent être admis dans les hôpitaux des armées au titre de la participation au service public hospitalier sont ceux qui relèvent des différentes disciplines médicales ou chirurgicales pour lesquelles des services sont organisés dans lesdits hôpitaux. Les intéressés sont admis dans la limite des lits disponibles.

Une ou plusieurs conventions passées dans chaque région militaire ou maritime entre le directeur régional du service de santé des armées et un ou plusieurs établissements d'hospitalisation assurant le service public hospitalier fixent la nature des services et le nombre maximum de lits du ou des hôpitaux des armées pouvant participer au service public hospitalier ainsi que, le cas échéant, les autres concours susceptibles d'être apportés au service public hospitalier.

Article 3 - Les malades et blessés dirigés vers un hôpital des armées par un établissement d'hospitalisation assurant le service public hospitalier doivent être munis d'une fiche

(1) Code de la Santé Publique - Edition Dalloz 1977 - pages 846 à 850

* Voir page 37 de la présente étude .

signalétique établie par ce dernier et comportant notamment les renseignements d'identité nécessaires et les indications relatives au régime de prévoyance sociale auquel sont éventuellement affiliés les intéressés ou à l'admission de ceux-ci au bénéfice de l'aide médicale, le cas échéant selon la procédure d'urgence. Cette fiche est accompagnée d'un certificat médical comportant le diagnostic de l'affection et transmise sous pli cacheté au médecin de l'hôpital des armées.

Les personnes admises dans un hôpital des armées conformément aux présentes dispositions sont traitées sous l'entière responsabilité du service de santé des armées et soumises au régime de cet établissement ; leurs frais d'hospitalisation sont facturés sur la base des tarifs en vigueur dans les hôpitaux des armées ; ces frais sont pris en charge par les régimes d'assurance-maladie auxquels elles sont affiliées et qui peuvent exercer leur contrôle administratif et médical suivant les règles applicables aux établissements d'hospitalisation publics. Elles sont éventuellement prises en charge par l'aide sociale au titre de l'aide médicale. Les malades versent à l'hôpital des armées intéressé le montant des frais non pris en charge au titre d'un régime de prévoyance sociale ou au titre de l'aide médicale.

Article 4 - Lorsqu'un établissement assurant le service public hospitalier n'est pas en mesure de traiter les personnes dont l'état constitue un cas d'urgence ou de détresse médicale nécessitant une hospitalisation immédiate, celles-ci peuvent être admises, sans formalité particulière, dans l'hôpital des armées le plus proche doté des équipements nécessaires.

HOPITAUX-LABORATOIRES (Décret 14 mai 1974) Ann. VII

Lorsque les hôpitaux des armées ne disposent pas de moyens suffisants pour le traitement des personnes qui leur sont adressées d'urgence, ces dernières, après avoir reçu les soins immédiats requis par leur état, sont dirigées vers d'autres établissements hospitaliers disposant de ces moyens.

Les frais d'hospitalisation engagés dans ce cas sont réglés dans les mêmes conditions que pour les malades visés à l'article précédent.

Article 5 - La participation des hôpitaux des armées au service public hospitalier peut être décidée à la demande de l'autorité administrative, par l'autorité militaire pour faire face aux urgences résultant de catastrophes ou de sinistres d'une ampleur particulière : les dispositions de l'article précédent s'appliquent aux personnes qui sont hospitalisées dans les hôpitaux des armées en application du présent article.

Article 6 - Le service de santé des armées est habilité à offrir dans ses hôpitaux, services et laboratoires des terrains de stage aux praticiens accomplissant des études de spécialité, aux étudiants en médecine, en pharmacie, ou en chirurgie-dentaire ainsi qu'au personnel paramédical et assimilé en formation.

Article 7 - Des conventions passées entre les autorités habilitées du service de santé des armées et les autorités hospitalières et universitaires compétentes déterminent les conditions dans lesquelles les praticiens ou étudiants civils sont admis dans les établissements du service de santé des armées pour y suivre un enseignement, effectuer des stages ou participer à ce titre à certaines activités hospitalières ou scientifiques.

Des conventions passées entre les autorités habilitées du service de santé des armées et les établissements ou organismes

dont relèvent les écoles de formation du personnel paramédical ou assimilé précisent les conditions dans lesquelles les ressortissants de ces écoles sont admis dans les établissements du service de santé des armées pour y suivre un enseignement, effectuer des stages ou participer à l'exercice de fonctions hospitalières.

Les conditions de prise en charge des dépenses ou rémunérations afférentes aux activités des praticiens, étudiants en médecine, pharmacie ou chirurgie-dentaire sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés des armées, de la santé publique, des finances, et de l'éducation nationale. Les dépenses ou rémunérations afférentes aux activités des personnels paramédicaux ou assimilés sont supportées par les établissements ou les organismes dont ils relèvent.

Article 8 - Les personnels du service de santé des armées peuvent effectuer des stages de formation ou de perfectionnement dans les établissements relevant du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale. Les conditions de prise en charge des dépenses afférentes aux activités de ces personnels sont fixées par arrêté interministériel.

Article 9 - Le service de santé des armées qui exerce une action de médecine préventive en faveur des personnes recourant de manière permanente à ses soins peut apporter dans les mêmes domaines son aide au service public hospitalier.

Les hôpitaux des armées peuvent être agréés par le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale pour pratiquer les vaccinations exigées par le règlement sanitaire international, en application du décret susvisé du 15 juin 1971 portant publication du règlement sanitaire international.

Le ministre des armées peut prêter le concours du service de santé des armées lors d'épidémies graves ou de la mise en oeuvre d'une campagne de vaccinations massives. Les dépenses résultant directement de ces interventions sont prises en charge ou remboursées par le ministre chargé de la santé publique. En outre, le service de santé des armées est habilité à réaliser des expertises biologiques et médicales spécialisées requérant l'utilisation d'installations ou d'appareillages particuliers. La liste de ces expertises est fixée par arrêté du ministre des armées et du ministre chargé de la santé publique.

Article 10 - Les conditions de la coopération en matière de recherche médicale et pharmaceutique entre le service de santé des armées et les organismes relevant du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale ou du ministre de l'éducation nationale sont fixées par conventions passées entre le service de santé des armées et les organismes intéressés.

En vue d'assurer une meilleure utilisation des moyens dans le domaine de la transfusion sanguine, des conventions concernant le prélèvement et la préparation du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés, le stockage, la cession et l'échange des produits sanguins d'origine humaine peuvent être passées entre le service de santé des armées et les établissements visés à l'article L. 667 du code de la santé publique.

SECTION II : Concours apporté par le service public hospitalier au service de santé des armées

Article 11 - I - Les articles L. 718 et L. 721 du code de la santé publique sont abrogés.

II - Est constatée l'abrogation implicite de l'article L 717 dudit code.

III- L'article L 722 dudit code est modifié comme suit :

"Les conditions d'application du présent chapitre sont

déterminées par décret en Conseil d'Etat."

Article 12 - Dans les localités où il n'existe pas d'hôpitaux des armées et dans celles où leurs possibilités d'accueil et de traitement sont insuffisantes pour répondre aux besoins des armées, les établissements assurant le service public hospitalier sont tenus de recevoir et de traiter les malades et blessés militaires qui leur sont envoyés par l'autorité dont ils relèvent.

Article 13 - Les établissements d'hospitalisation assurant le service public hospitalier où des locaux suffisamment importants sont réservés aux malades et blessés militaires sont dits "centres hospitaliers mixtes." Les soins sont dispensés dans ces services par les médecins des armées et les intéressés sont soumis aux règlements en vigueur dans les hôpitaux des armées.

Un arrêté conjoint des ministres chargés des armées et de la santé publique fixe la liste de ces centres hospitaliers mixtes après avis de la commission prévue à l'article 20 ci-après.

Article 14 - Lorsque l'effectif des troupes stationnées sur le territoire d'un secteur sanitaire atteint le chiffre de 1 000 hommes et que, dans ce secteur, il ne se trouve ni un hôpital des armées doté de services permettant de répondre à l'ensemble des besoins courants des armées ni un centre hospitalier mixte, les malades et blessés militaires admis dans un établissement assurant le service public hospitalier peuvent être soignés dans les locaux spécialement prévus à cet effet.

Dans ce cas, les intéressés sont soumis aux règlements en vigueur dans les hôpitaux des armées et les soins sont dispensés par les médecins des armées ; toutefois, lorsque l'effectif du personnel médical de la garnison ne peut y suffire, les soins peuvent être assurés par les praticiens de l'établissement.

Article 15 - Une convention passée entre le directeur régional du service de santé des armées et l'établissement détermine les conditions d'organisation et de fonctionnement des services hospitaliers réservés aux militaires en application des articles 13 et 14.

Article 16 - La réalisation des travaux de construction ou d'aménagement de locaux visés aux articles 13 et 14 ne peut être entreprise sans l'accord préalable de l'établissement et des ministres chargés des armées et de la santé publique. Si les dépenses résultant de ces travaux ou celles d'entretien des locaux sont à la charge de l'Etat, une réduction est opérée sur le prix de journée payé par l'Etat en application de l'article 19 ci-après ; cette réduction est égale à la fraction du prix de journée représentant les dépenses de même nature qui seraient effectuées dans les bâtiments affectés au traitement des civils.

Article 17 - Dans les établissements assurant le service public hospitalier autres que ceux qui sont mentionnés aux articles 13 et 14, les malades et blessés militaires sont admis et traités dans les conditions de droit commun ; les soins leur sont dispensés par les médecins de l'établissement.

Une convention passée entre le directeur régional du service de santé des armées et l'établissement fixe les modalités d'admission, de séjour, de transfert et de sortie des militaires hospitalisés dans les conditions fixées par le présent article.

Article 18 - Dans les cas prévus aux articles 14 et 17, les malades et blessés militaires peuvent être examinés par un médecin des armées habilité à cet effet par l'autorité militaire ; celui-ci doit recevoir des médecins de l'établissement toutes informations susceptibles de lui permettre de mener à bien sa mission ; toutefois, il ne peut s'immiscer dans le traitement ni dans le fonctionnement du service.

Article 19 - Dans tous les cas, l'Etat doit aux établissements d'hospitalisation assurant le service public hospitalier le remboursement du montant des frais d'hospitalisation qu'ils supportent par suite du traitement des malades et blessés militaires qui y ont été admis dans les conditions définies par les articles qui précèdent.

Le prix de journée payé par l'Etat à l'établissement, pour les frais résultant du traitement des militaires, est fixé au taux arrêté pour les malades civils ; il est réduit, le cas échéant, en tenant compte des frais de fonctionnement directement supportés par le budget des armées et de la fraction des dépenses définies à l'article 16 ci-dessus.

SECTION III : Dispositions organiques

Article 20 - Il est créé auprès des ministres chargés des armées et de la santé publique une commission composée : d'un inspecteur général des affaires sociales, du directeur général de la santé ou de son représentant, du directeur des hôpitaux ou de son représentant, du directeur de la sécurité sociale ou de son représentant, du directeur des affaires sociales au ministère de l'agriculture et du développement rural ou de son représentant, d'un représentant du ministre de l'éducation nationale et de six représentants du service de santé des armées désignés par le ministre chargé des armées. La présidence de cette commission est assurée par le représentant de l'inspection générale des affaires sociales.

Article 21 - La commission prévue à l'article précédent a pour mission d'étudier et de proposer les moyens propres à assurer la coordination des équipements sanitaires civils et militaires ; elle exerce notamment les attributions qui lui sont dévolues par les articles 13 et 22 du présent décret.

Article 22 - La commission dresse chaque année l'inventaire des installations, comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, ainsi que la liste des moyens que le service de santé des armées peut mettre à la disposition du service public hospitalier.

Il est tenu compte de cet inventaire lors de l'établissement de la carte sanitaire dans les conditions fixées par le décret susvisé du 11 janvier 1973.

Article 23 - Un arrêté conjoint des ministres chargés des armées et de la santé publique dresse la liste des établissements relevant du service de santé des armées qui participent au service public hospitalier dans les conditions définies par le présent décret ; cet arrêté précise la catégorie à laquelle sont assimilés lesdits établissements dans le cadre du classement opéré en application des dispositions du décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972 susvisé.

Article 24 - Les hôpitaux des armées qui participent au service public hospitalier dans un secteur sanitaire sont représentés au conseil du groupement interhospitalier de ce secteur dans les conditions prévues par l'article 2 du décret susvisé du 2 mai 1972 ; pour la détermination du nombre de leurs représentants au conseil de groupement, il est tenu compte du nombre de lits fixé dans les conventions prévues à l'article 2 ci-dessus.

Article 25 - Les directeurs du service de santé des armées des régions militaires ou maritimes ou leurs représentants siègent avec voix consultative aux conseils des groupements interhospitaliers des régions sanitaires dans lesquels sont situés des hôpitaux relevant de leur autorité qui participent au service public hospitalier.

SECTION IV : Dispositions diverses

Article 26 - Lorsque les besoins de la défense nationale l'exigent, le ministre des armées reprend l'entière maîtrise de tout ou partie des équipements et moyens mis à la disposition du service public hospitalier. Sauf circonstances exceptionnelles ou cas d'urgence, il en avertit deux mois à l'avance le ministre chargé de la santé publique.

Article 27 - Les dispositions du décret du 1er août 1879 modifié portant règlement d'administration publique pour l'exécution de la loi du 7 juillet 1877 relative à l'organisation des services hospitaliers de l'armée dans les hôpitaux militaires et dans les hospices civils sont abrogées.

Toutefois, les conventions d'hôpitaux mixtes sont maintenues en vigueur jusqu'à la publication de l'arrêté prévu à l'article 13 ci-dessus, sauf dénonciation préalable par l'une ou l'autre partie.

**ARRETE DU 15 AVRIL 1977 DU MINISTERE
DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE
ET FIXANT LES INDICES DE BESOINS EN LITS
d'HOSPITALISATION pour la MEDECINE, la
CHIRURGIE et la GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**

ARRETE DU 15 AVRIL 1977 *MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE

(publié au J. O. du 12 mai 1977)

Indice de Besoins en Lits d'Hospitalisation
pour la Médecine, La Chirurgie et la Gynécologie-Obstétrique

Le Ministre de la santé et de la sécurité sociale,

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière, et notamment son article 44 ;

Vu le décret n° 73 - 54 du 11 janvier 1973 relatif à la carte sanitaire et aux commissions nationale et régionales de l'équipement sanitaire, et notamment son article 1er ;

Vu l'arrêté du 30 octobre 1973 fixant les indices de besoins en lits d'hospitalisation pour la médecine, la chirurgie et la gynécologie-obstétrique ;

Vu l'avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire,

Arrête,

Article 1er - L'annexe à l'article 1er de l'arrêté susvisé du 30 octobre 1973 est modifiée ainsi qu'il suit :

DISCIPLINES	Indices de Besoins en Lits par 1 000 habitants	
	Secteurs Sanitaires de moins de 150 000 habitants	Secteurs Sanitaires de plus de 150 000 habitants
Médecine.....	1,7 à 2,1	1,9 à 2,3
Chirurgie.....	1,6 à 2,0	1,9 à 2,3
Gynécologie-Obstétrique.....	0,4 à 0,5	0,4 à 0,5

Article 2 - Le directeur général, de la santé, le directeur des hôpitaux, les préfets de région et préfets sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française.

Fait à Paris, le 15 avril 1977

SIMONE VEIL

11
12
13
14

REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES CENTRES
HOSPITALIERS REGIONAUX & UNIVERSITAIRES
ET DES CENTRES HOSPITALIERS REGIONAUX
NON UNIVERSITAIRES en FRANCE (1978)

Les Centres hospitaliers Régionaux et Universitaires et
les Centres hospitaliers Régionaux non Universitaires
en FRANCE .

(Répartition régionale en 1978)

Ville d'implantation du Centre Hospitalier	: C.H.R. ou : C.H.U.	: :	Nom de la Région	: :	Ville siège de la préfecture régionale
AMIENS	: C.H.U.	:	PICARDIE	:	AMIENS
ANGERS	: C.H.U.	:	PAYS de la LOIRE	:	NANTES
BESANCON	: C.H.U.	:	FRANCHE - COMTE	:	BESANCON
BORDEAUX	: C.H.U.	:	AQUITAINE	:	BORDEAUX
BREST	: C.H.U.	:	BRETAGNE	:	RENNES
CAEN	: C.H.U.	:	BASSE NORMANDIE	:	CAEN
CLERMONT - FERRAND	: C.H.U.	:	AUVERGNE	:	CLERMONT - FERRAND
DIJON	: C.H.U.	:	BOURGOGNE	:	DIJON
GRENOBLE	: C.H.U.	:	RHONE - ALPES	:	LYON
LILLE	: C.H.U.	:	NORD	:	LILLE
LIMOGES	: C.H.U.	:	LIMOUSIN	:	LIMOGES
LYON	: C.H.U.	:	RHONE -ALPES	:	LYON
MARSEILLE	: C.H.U.	:	PROVENCE - COTE d'AZUR	:	MARSEILLE
METZ	: C.H.R.	:	LORRAINE	:	METZ
MONTPELLIER	: C.H.U.	:	LANGUEDOC - ROUSSILLON	:	MONTPELLIER
NANCY	: C.H.U.	:	LORRAINE	:	METZ
NANTES	: C.H.U.	:	PAYS de la LOIRE	:	NANTES
NICE	: C.H.U.	:	PROVENCE- COTE d'AZUR	:	MARSEILLE
NIMES	: C.H.R.	:	LANGUEDOC - ROUSSILLON	:	MONTPELLIER
ORLEANS	: C.H.R.	:	CENTRE	:	ORLEANS
PARIS	: C.H.U.	:	REGION PARISIENNE	:	PARIS
POITIERS	: C.H.U.	:	POITOU + CHARENTES	:	POITIERS
REIMS	: C.H.U.	:	CHAMPAGNE - ARDENNES	:	CHALONS sur MARNE
RENNES	: C.H.U.	:	BRETAGNE	:	RENNES
ROUEN	: C.H.U.	:	HAUTE - NORMANDIE	:	ROUEN
SAINT - ETIENNE	: C.H.R.	:	RHONE - ALPES	:	LYON

Ville d'implantation :	C.H.R. ou :	Nom de la Région	Ville siège de la
du Centre HOSPITALIER:	C.H.U.	:	préfecture régionale
:	:	:	:
STRASBOURG	C.H.U.	ALSACE	STRASBOURG
TOURS	C.H.U.	CENTRE	ORLEANS
TOULOUSE	C.H.U.	MIDI - PYRENEES	TOULOUSE
:	:	:	:

En conclusion:

Toutes les régions françaises possèdent au moins un Centre Hospitalier Régional ,Universitaire ou non Universitaire, sauf une région : La Corse. Celle - ci ne possède en effet ni C.H.U. ni C.H.R. ...

Plusieurs régions sont richement dotées, car on y trouve plusieurs C.H.U. ou bien C.H.U. et C.H.R.

Régions ayant 2 C.H.U. ou plus :

- PAYS de la LOIRE
- BRETAGNE
- RHONE - ALPES
- PROVENCE - COTE d'AZUR
- REGION PARISIENNE

Régions ayant C.H.U. et C.H.R. :

- RHONE - ALPES (2C.H.U. + 1 C.H.R.)
- LANGUEDOC - ROUSSILLON (1 C.H.U. +1 C.H.R.)
- CENTRE (1 C.H.U. + 1 C.H.R.)
- REGION PARISIENNE (10 C.H.U.)
- LORRAINE (1 C.H.U.+1 C.H.R.)

N.B.:C.H.U.: Centre hospitalier régional et universitaire
 C.H.R.: Centre hospitalier régional

FORMULAIRE DE BUDGETS -TYPES
DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS
(selon l'arrêté ministériel le plus récent)

CADRE 1 – SECTION D'EXPLOITATION (Budget principal)

COMPTES		DÉPENSES		RECETTES			
COMPTES	INTITULÉS	CRÉDITS		COMPTES	INTITULÉS	PRÉVISIONS	
		PROPOSÉS	ALLOUÉS			PROPOSÉES	ADMISES
	CLASSE 6				CLASSE 7		
60	DENRÉES ET FOURNITURES CONSOMMÉES			70	PRODUITS HOSPITALIERS		
600	Produits pharmaceutiques			700	Hospitalisation à temps complet :		
601	Alimentation						
602	Fournitures et produits à usage médical						
603	Carburants et produits de garage						
Classe 6	TOTAL DES CHARGES PAR NATURE			Classe 7	TOTAL DES PRODUITS PAR NATURE		
	CLASSE 8				CLASSE 8		
87	COMPTES DE PERTES ET PROFITS			87	COMPTES DE PERTES ET PROFITS		
872	Charges imputables aux exercices antérieurs			871	Subventions d'équilibre reçues		
874	CHARGES EXCEPTIONNELLES :			873	Produits imputables aux exercices antérieurs		
8741	Subventions exceptionnelles versées			875	PRODUITS EXCEPTIONNELS		
8744	Moins values de stocks			8754	Plus-values de stocks		
8745	Créances irrécouvrables			8756	Recouvrements sur créances irrécouvrables		
8746	Titres annulés			8757	Mandats annulés. Dettes atteintes par la déchéance		
8749	Autres charges exceptionnelles			8758	Reprises sur le fonds de roulement		
877	<i>Dotation au fonds de roulement :</i>						
8770	Majoration du prix de journée						
8771	Emploi d'excédents antérieurs						
878	Excédents affectés à l'équipement (chambres du régime particulier, lits privés)						
Classe 8	TOTAL DE LA CLASSE 8			Classe 8	TOTAL DE LA CLASSE 8		
	TOTAL DES DÉPENSES DE LA SECTION D'EXPLOITATION				TOTAL DES RECETTES DE LA SECTION D'EXPLOITATION		
12	Report à nouveau (résultats non affectés), excédent des serv. hospit. destiné à couvrir un déficit antérieur			12	Report à nouveau (Résultats non affectés), emploi d'excédents antérieurs des serv. hosp.		
	TOTAUX ÉGAUX EN DÉPENSES OU RECETTES						

(1) Principal ou supplémentaire.

L E X I Q U E
ABREVIATIONS ET MOTS TECHNIQUES

A. S. H. : Agent des services hospitaliers

A. S. I. : Agent des services intérieurs

Carcinologie : Etude du Cancer

C. M. E. : Centre Médico-Educatif

C. A. T. : Centre d'Aide par le Travail

C. E. R. C. : Centre d'Etude des Revenus et des Coûts.

C. H. : Centre Hospitalier

C. H. G. : Centre Hospitalier Général

Chimiothérapie : Thérapeutique par les substances chimiques

C. H. R. : Centre Hospitalier Régional

C. H. R. U. : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

C. H. S. ; Centre Hospitalier spécialisé.

C. H. U. : Centre Hospitalier et Universitaire

C. R. E. D. O. C : Centre de Recherche et de Documentation sur la
Consommation

C. S. P. : Catégorie socio-professionnelle

D. D. A. S. S. : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
(ou parfois : Direction Départementale des Affaires
(Sanitaires et sociales).

DYSMATURE : Nouveau-né de petite taille ou de faible poids pour un âge
gestationnel donné (Retard de croissance intra-utérin,
hypotrophie).

ff : feuillets

HEMODIALYSE : Extraction des déchets toxiques (urée) contenus en excès
dans le sang par diffusion à travers une membrane semi-
perméable plongée dans de l'eau

H. L. : Hôpital local

HORMONOTHERAPIE : Emploi thérapeutique des hormones

H. R. : Hôpital Rural

I. G. A. S. : Inspection Générale des Affaires Sociales

I. M. E. : Institut Médico-Educatif.

I. M. P. : Institut Médico-Pédagogique

I. M. Pro : Institut Médico-professionnel

I. N. S. E. E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

I. N. S. E. R. M. : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

J. O. : Journal Officiel de la République Française. Lois & Décrets.

M. C. O. : Médecine, Chirurgie, Obstétrique-Gynécologie (terme utilisé dans
la carte sanitaire).

Me. V : Méga-électron-volts = 10^6 e. v. (million d'électron-volts)

K. e. v. : Kilo-électron volt : 10^3 électron volt.

MORTALITE INFANTILE : décédés de moins d'un an pour 1000 nés vivants

MORTALITE PERINATALE : ensemble des décès d'enfants de 0 à 6 jours
(y compris les faux morts-nés) et des morts-nés pour 1000
naissances totales (vivants - morts-nés et faux morts-nés)

NEONATOLOGIE : partie de la médecine qui s'intéresse aux nouveaux-nés

O. E. L. : Observatoire économique de Lorraine

O. H. S. : Office d'Hygiène Sociale

O. M. S. : Organisation Mondiale de la Santé (issue de l'Organisation
des Nations Unies)

ONCOLOGIE : Cancérologie

O. R. E. A. M. : Organisation d'études d'aménagement de l'aire métropolitaine
* (ici : Nancy-Metz-Thionville)

p. b. l. : privé à but lucratif

p. b. n. l. : privé à but non lucratif

pp. : pages

PREMATURE : né avant le terme de 37 semaines d'âge gestationnel, comptées
à partir de la date du 1er jour des dernières règles

S. A. M. U. : Service d'Aide Médicale Urgente

S. M. U. R. : Service Mobile d'Urgence

TELEGAMMATHERAPIE : Utilisation thérapeutique des rayons gamma, émis
à distance de la région à traiter

T. F. : Taux de fréquentation : nombre de malades hospitalisés rapporté à
la population de leur lieu de résidence

T. O. : taux d'occupation : nombre de malades, rapporté au nombre de
lits (par ex. d'un service donné)

U. R. S. S. A. F. : Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale
et d'Allocations Familiales.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES - THESES - MEMOIRES - RAPPORTS - BILANS
 BUDGETS DE COMMUNE - ENQUETES & STATISTIQUES
 CONSULTES

- =====
- ACADEMIE NATIONALE DE METZ. - Bibliographie lorraine concernant la nomenclature des ouvrages parus jusqu'en 1966 et concernant les Duchés de Lorraine et de Bar, les trois Evéchés, les départements de Meurthe & Moselle, Meuse, Moselle et Vosges. - (Metz 1970)
- AMIEL (C.) et Coll. - Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, Secrétariat d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (Périnatalité). - Ed. Masson & Cie, Paris, 1972.
- ANCIANT (Jean). - Initiation aux faits économiques et sociaux. - Ed. Masson & Cie, Paris, 1971.
- ANNUAIRE MEDICAL DE L'HOSPITALISATION FRANÇAISE. - 19ème année. - Ed. 1968, Ed. E. D. I. Publi-France - Paris
- ANNUAIRE POLITI, 1973. - Etablissements hospitaliers publics de France. - Ed. Henri Polit, Lyon.
- ANNUAIRE DES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES ET DES ETABLISSEMENTS MEDICAUX FRANCAIS, 1974. - 95ème ed. (L'expansion scientifique française, Paris).
- ANNUAIRE STATISTIQUE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE. - Ministère de Santé et de la Sécurité Sociale. - ed. Documentation Française, Paris, 1977 - 183 p.
- ARNOULD (Christian). - Le Réseau de villes vosgiennes sur le versant lorrain. - Mémoire de Maîtrise, 1971, Faculté des Lettres, Nancy.
- AUGEREAU (Y.). - Equipements médicaux des services de réanimation en Lorraine. - D.E.S. de Sciences Economiques, Université de Nancy II, 1975.
- AUROUSSEAU (P.) et CHEVERRY (R.). - L'Hôpital de demain. - Tome I : L'Hôpital d'adulte, Tome II : L'Hôpital d'enfants et la Maternité. Ed. Masson & Cie, Paris, 1969.
- ATLAS DE LA FRANCE DE L'EST - Strasbourg. -
- BABEL (A.) et DARMAU (F.). - L'Hôpital, Usine à santé. - Coll. Histoire et Théorie, dirigée par Michel Etienne. Ed. Syros, Paris, 1977
- BANDELIER (René). - L'Ordinateur à l'Hôpital. Pourquoi ? Comment ? - Ed. Les éditions d'organisation, Masson & Cie, 1971.

- BARRAL (Etienne). - Economie de la Santé : faits et chiffres. - Ed. Dunod, Coll. Document, Paris, 1977, 378 p.
- BARUK (Henri). - Essais sur la médecine hébraïque dans le cadre de l'histoire juive. - Ed. Zikarone, Paris, 1973.
-
- BELLE-ISLE (Hôpital, Metz, 57). - Enquête sur le domicile des malades hospitalisés en 1970-1971 (non publié - dactylographié)
- BERRY (J. L. Brian). - Géographie des marchés et du commerce de détail. - Ed. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1967 et Armand Colin, 1971, Coll. U 2.
- BILANS :**
- Analyse-critique de la Gestion, 1972 & 1973. Centre Hospitalier Metz
 - Bilans comparés 1975-1976 de l'Association Hospitalière du Bassin de Longwy , Mont St Martin (54)
 - Bilan au 31/12/1974 et rapport sur la marche de l'Association Hospitalière Lorraine à but non lucratif (Hospitalor) non publié - 18 ff.
 - Bilan du Centre Hospitalier de Metz (57) - 1975 - Rapport annuel du Centre hospitalier de Metz. T. 2 p. 237 à 340 - non publié
 - Bilan de l'Hôpital St Joseph - Phalsbourg (57) au 31/12/1973 (exercice 1973 avec compte d'exploitation générale)
 - Bilans annuels de la Clinique Ste Lucie - Essey les Nancy (54) - Rapports annuels d'activité 1973/1974/1975/1976 et 1977 et Assemblée Générale du 16 juin 1973, pour bilan 1972.
- BLANDINE (Hôpital Ste). - Metz (57) - Enquête sur le domicile des malades hospitalisés en 1970 - 1971 (non publié - dactylographié)
- BONIN (Serge). - Initiation à la graphique, Paris, EPI S.A. 1975, 171 p.
- BOUISSOU (R.). - Histoire de la médecine. - Encyclopédie Larousse de poche N° 2294 - Ed. Larousse, Paris, 1967
- BOUR (René). - La Lorraine : ses hommes, ses activités.
1er fascicule : le survol du passé. - 2ème fascicule : la période contemporaine. - Ed. S.M.E.I. - Metz, 2ème trimestre 1976.
- BUDGETS :**
- Bar le Duc. - Budgets primitifs pour les exercices 1977 et 1978 de la ville de Bar le Duc (55) - non publiés.
 - Darney. - Budget primitif pour l'exercice 1976 de l'Hôpital rural de Darney (88) - non publié - 3 ff.
 - Fains les Sources. - Budget primitif 1975 et justifications. Centre psychothérapique de la Meuse - Fains les Sources (non publié) 33 p., et Compte administratif, 1975 (non publié, 21 p.)

- Fraize. - Compte administratif pour l'exercice 1975 de l'Hôpital rural de Fraize (88) et rapport du directeur (non publié, 6 ff)
- Joeuf. - Budgets pour les exercices 1973 et 1974 de l'Association hospitalière de Joeuf (54), non publié.
- Metz. - Projet de budget pour l'exercice 1977 de la ville de Metz (57) 191 p. non publié.
- Nancy. - Budget du Centre Hospitalier Régional de Nancy (54) cf. rapports moraux et financiers.
- Nancy. - Compte Administratif pour l'exercice 1977 de la Ville de Nancy (54). Service de reproduction de la ville de Nancy, 1978, 264 p. (non publié).
- Nancy. - Budget primitif et budget supplémentaire pour l'exercice 1978 de la Ville de Nancy (54). Service de reproduction de la ville de Nancy, 1978, respectivement 240 p. et 226 p. (non publié)
- Neufchateau. - Budget supplémentaire 1975, Cahier d'explication, Centre Hospitalier de Neufchateau (88), non publié, 15 p.
- Neufchateau. - Budget primitif 1976, rapport explicatif, Centre Hospitalier de Neufchateau (88) - non publié, 66 p.
- Neufchateau. - Compte Administratif 1976 de la ville de Neufchateau (88) 28 p. non publié.
Compte administratif 1977 de la ville de Neufchateau -88) non publié
Budget primitif pour l'exercice 1978 de la ville de Neufchateau non publié.
- Neuves-Maisons. - Budget de la clinique St Eloi, Neuves-Maisons (54) Rapport du Conseil d'administration de l'Association hospitalière du secteur de Neuves-Maisons, 1975.
- Pont à Mousson. - Budget primitif pour l'exercice 1975 de l'Hôpital Hospice de Pont à Mousson (54)
- Remiremont. - Budgets primitifs et Budgets supplémentaires pour les exercices 1977 et 1978 de la ville de Remiremont (88) non publié.
- Saint Dié. - Budgets : compte administratif de l'exercice 1977, budgets primitif et additionnel de l'exercice 1978 de la ville de St Dié (88) non publiés, respectivement 83p. 121p. et 71 p.
- Saint Mihiel. - Budget : compte administratif pour l'exercice 1974 de l'Hôpital Hospice de St Mihiel (55) et rapport du directeur non publié : 15 ff.
- Sarrebourg. - Budget primitif rectifié du Centre Hospitalier spécialisé départemental de Sarrebourg (57) - Exercice 1975 - 12 p. non publié.
- Thionville. - Budget primitif 1977. Rapport justificatif des prévisions budgétaires et des prix de journée prévisionnels, Centre Hospitalier de Thionville, non publié, 100 p.
- Thionville. - Budgets primitif et supplémentaire pour l'exercice 1978 de la ville de Thionville (57) , non publié, resp. 149 P. et 107 p.
- Toul. - Budget: compte administratif. Récapitulation Générale de l'exercice 1974 de l'Hôpital-Hospice de Toul (54)
- Toul. - Budgets primitifs pour les exercices 1977 et 1978 de la ville de Toul (54), non publié.
- Verdun. - budgets primitifs pour les exercices 1977 et 1978 de la ville de Verdun (55), non publiés, resp. 75p. et 87 p.

- BURNAND (Y.), COUDERT (J.), GIRARDOT (A.), GUILLAUME (C.),
LE MOIGNE (Y.) ROTH (F.) PARISSÉ (M.), - Histoire de la Lorraine.
Coll. Univers de la France et des pays francophones, 1977.
Ed. Privat, Toulouse.
- BUZY (Pierre). - Recensement des associations, établissements, organismes
services et consultations spécialisés pour enfants et adolescents
handicapés dans la région sanitaire de Lorraine. Thèse Médecine,
Nancy, 1974
- CAZES (G.), DOMINGO (J.), DOREL (G.), GAUTHIER (A.), REYNAUD (A.). -
La Lorraine, une difficile reconversion. Ed. Bréal, Montreuil, 1977.
- CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS
SALARIÉS - C. R. A. M. de STRASBOURG. - Recensement général des
établissements privés à but lucratif ou non, comportant des lits
de M. C. O. et des lits pour maladies mentales. - 13 p. dactylographiées.
- CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE NANCY (54). - Statistique d'après le
canton de domicile des malades hospitalisés en 1975 et le service
d'hospitalisation (non publié).
- CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE NANCY (54). - Statistique d'après le
canton de domicile des malades hospitalisés en 1977 (non publié)
- CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE NANCY (54). - Tableau des amortis-
sements. - 120 p. dactylographiées.
- CENTRE D'INFORMATIONS ET D'ETUDES d'ECONOMIE HUMAINES
EN LORRAINE (C. I. E. D. E. H. L.). - Extrait du rapport sur la situation
étrangère de la Moselle en 1974. Préfecture de la Moselle.
Direction de la réglementation des étrangers.
- CENTRE REGIONAL DE LORRAINE POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE
INADAPTEES. - Liste des établissements de l'enfance inadaptée. Région
Lorraine, Nancy, 1970.
- CENTRE REGIONAL DE LORRAINE POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE
INADAPTEES (C. R. L. E. A. I.) ET COMITE NANCEEIN DE SAUVEGARDE
DE L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE (C. N. S. E. A.). - La sauvegarde de
l'enfance et de l'adolescence en Lorraine. - Nancy, 1972.
- CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE MEURTHE & MOSELLE. -
Situation économique du département de Meurthe & Moselle. Année 1977,
2ème supplément au Bulletin d'octobre 1978, Nancy.
- CLASSEMENT DU CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE LUNEVILLE (Dossier
de). - 1975 - Hôpital - Hospice de Lunéville. 33 p.
- CHRISTALLER (Walter). - Die Zentralen Orte in Süddeutschland. Iéna, Fischer,
1933.
- CLAVAL (Paul). - La nouvelle géographie. 1ère ed. Paris, P. U. F., 1977 -
127 p. (coll. Que Sais-je ? - N° 1693).

- CODES DE LA SANTE PUBLIQUE, DE LA FAMILLE ET DE L'AIDE SOCIALE
Jurisprudence Générale Dalloz. - 2ème ed. Petits codes Dalloz
Ed. Dalloz, Paris, 1977, 1196 p.
- COHEN (A.). - Le Talmud, Exposé synthétique du Talmud et de l'enseignement
des Rabbins sur l'éthique, la religion, les coutumes et la
jurisprudence. - Coll. Bibliothèque historique, Ed. Payot, Paris
1970 .
- COMET (P.). - Législation des hôpitaux publics. - Textes classés par P. Comet,
Administrateur civil hors classe, Sous-directeur d'administration
centrale, mis à jour, 15 mars 1974. Ed. Berger-Levrault,
Paris, 1974, 591 p.
- COMET (Paul) et PIGANIOL (Raymond). - L'hôpital public. - Ed. Berger-Levrault,
Paris, 1976, Coll. L'Administration nouvelle.
- COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN. - Rapport de la commission Santé et
Assurance Maladie, Paris, La Documentation Française, 1976,
238 p. Coll. Préparation du 7ème plan.
- COMITE REGIONAL DU BASSIN LORRAIN. - Les problèmes de l'aménagement
en Lorraine. N° 16-756, Nancy, 1963.
- CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS. - Liste des médecins inscrits au
tableau de l'Ordre.
- COUDURIER (Paul). - Les prix de journée. - Ed. Berger-Levrault, 1971,
Coll. L'Administration nouvelle.
- COURQUET (Jean). - L'hôpital aujourd'hui et demain. - Ed. Editions du Seuil,
Paris, 1971.
- CULMAN (Henri). - Les comptabilités nationales, 3ème ed., Paris, P.U.F.,
1973. - 128 p. Coll. Que sais-je ?, N° 1165
- DEBENEDETTI (R.), BOLZINGER, LAMBERT, CILLEULS et HAMON. -
Hôpital amphithéâtre d'instruction et de perfectionnement du
corps de santé militaire. Metz. (1732-1850). Recueil de discours
prononcés lors de la cérémonie commémorative du 22 avril 1961.
Document inédit. Bibliothèque de l'hôpital des armées Legouest
Metz.
- D. D. A. S. S. Service de la protection civile, Préfecture de la Moselle. -
Plan d'assistance aux victimes de la circulation routière,
Avril 1973.
- DEPARTEMENT DE LA MOSELLE - PLAN O. R. S. E. C. - Autoroute A 32,
Décembre 1973, non publié.
- DIRECTION DEPARTEMENTALE DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
(D. D. A. S. S.). - Région Lorraine, Département de la Moselle, Recensement
des équipements sanitaires et sociaux existants au 30 juin 1974.
5 pages dactylographiées

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE L'EQUIPEMENT DE MEURTHE ET MOSELLE, G. E. P. - Schéma directeur d'aménagement et d'urbanisme, Toul, Nancy, Novembre 1970. Lunéville
L'équipement hospitalier, p. 61-62

DOCUMENTATION FRANCAISE (La). - Les Centres hospitaliers universitaires Notes et Etudes documentaires, N° 3273, 15 novembre 1967, Ed. La documentation française, Paris.

DUPEYROUX (J. J.). - Précis Dalloz, Sécurité Sociale, 3ème ed. 1969, cf. Répartition géographique du corps médical français, p. 155 Ed. Librairie Dalloz, Paris.

FAURE (Albert). - Statut général du personnel hospitalier. Ed. Berger-Levrault, Paris, 1977

FEDERATION INTERSYNDICALE DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION PRIVEE. - Engagement national professionnel des prix d'hospitalisation privée 1970 (rapport dactylographié).

FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES C. H. U. - Rapport des Etats Généraux de la Santé. XXVIème Congrès National, Vittel, 18-21 mai 1976.

FEDERATION NATIONALE DES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE FRANCE. - Rapport sur l'avenir des centres de lutte contre le cancer de France. Ed. 1973, Paris, Fondation Curie.

FELDSTEIN (Martin S.). - Economic analysis for health service efficiency. - Amsterdam, North Holland Publishing C°, 1967.

GADREAU (Maryse). - La tarification hospitalière. - Coll. Economie et santé, 416 p. Ed. Editions médicales et universitaires, Paris, 1975.

GARNIER (Marcel) et DELAMARE (Valéry). - Dictionnaire des termes techniques de médecine, 18ème ed. Paris, Ed. Librairie Maloine S. A., 1967.

GAUGUERY (Marcel). - L'assistance : ses origines, les établissements hospitaliers à Nancy, les hospices civils à Nancy. Période ancienne et période contemporaine. - Ed. Wagner, Nancy, 1957.

GEORGE (Pierre). - Population et peuplement. Paris, P. U. F., 1969, 212 p. Coll. SUP - Le géographe.

GEORGE (Pierre). - Précis de géographie urbaine. - 3ème ed. P. U. F., Paris, 1969. - 288 p.

GEORGE (Pierre). - Les méthodes de la géographie. - 1ère ed. P. U. F., Paris, 1970. - 127 p. Coll. Que sais-je ? N° 1398.

- GERARD (Claude). - La Lorraine. - Ed. Arthaud, 1964, 298 p. (Coll. Les Beaux Pays N° 174).
- GODARD (Bernard). - Le tableau de bord d'un établissement hospitalier privé. - Ed. Berger-Levrault, Paris, 1976, 2ème ed.
- GUIDE DEPARTEMENTAL SANITAIRE ET SOCIAL DE LA MEURTHE ET MOSELLE. - 2ème ed. 1971. - Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale (réalisé par l'Office National de Publications Culturelles. - Régie française de propagande).
- GUIDE MEDICAL ET HOSPITALIER. - 1970 - 14ème ed. 200 p. Ed. Boileau, Paris.
- HAGGETT (Peter). - L'analyse spatiale en géographie humaine. - Edward Arnold Ltd., G.B., 1968, et Coll. U, Librairie Armand Colin, Paris, 1973, 390 p.
- HAREL (Yves). - Les hôpitaux des armées et le service public hospitalier. Mémoire de fin d'assistantat. Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, Novembre 1975 .
- HOPITAL DES ARMEES LEGOUEST. - Plaquette historique sur l'hôpital amphithéâtre d'instruction et de perfectionnement du corps de santé militaire, Metz. - 22 p. dactylographiées.
- IMBERT (Jean). - L'Hopital français. - P. U. F., Paris, 1972, 96 p. (Coll. Dossiers Thémis, série actualités).
- IMBERT (Jean). - Les hôpitaux en France. - (coll. Que sais-je ? N° 795 2ème ed. 1966. Ed. Presses Universitaires de France, Paris p. 9-10.
- INSTITUT DE RECHERCHE ET DE SECURITE. - Mesures générales d'hygiène et de sécurité du travail. - Extraits du Code du Travail. - Décret du 10 juillet 1913. 3ème ed. Ed. I. N. R. S., Paris, 1972, 195 p.
- I. N. S. E. E. - Petit guide (1974) statistique de la Lorraine. - Ed. type INSEE, Nancy, 1974.
- I. N. S. E. E. - O. E. L. - Observatoire Economique de Lorraine. Petit guide statistique de la Lorraine, 1977. - Ed. type INSEE, Nancy.
- I. N. S. E. E. - Recensement des actifs lorrains à leur lieu de travail (microfiches) 1975
Recensement des actifs lorrains à leur lieu de résidence (microfiches) 1975
- I. N. S. E. E. - Recensement général de la population de 1975. Population légale et statistiques communales complémentaires des départements de Meurthe & Moselle, Meuse, Moselle et Vosges.

- I. N. S. E. R. M. - Statistique des causes médicales de décès. - T. 2. - Résultats par région 1973. Ed. Ministère de la Santé, INSERM 1973.
- INTRIGNANO (B. d^l). - Les investissements hospitaliers : critères de choix. Dijon, 1972.
- JOLLY (Dominique). - Economie de la santé. Bibliographie choisie et annotée. - Ed. Dunod, Paris, 1977 (Coll. document, une synthèse de l'Institut Sandoz).
- JOLY (Fernand). - La cartographie. - Paris, P. U. F., 1976. - 276 p. (Coll. Magellan N° 34, la géographie et ses problèmes).
- LA BAUME (A. de). - Approche des répercussions financières des accidents du travail et de la circulation au niveau national. - Organisation des urgences, Accueil S. A. M. U., Transport; p. 29-33. - Ed. Société Française d'Anesthésie, d'Analgésie, et de Réanimation, Paris, 1977.
- LACHEZE-PASQUET (P.). - L'administration de l'hôpital. - (Coll. L'administration nouvelle), Ed. Berger-Levrault, Paris, 1976.
- LAURENT (M.) et GUY (A.). - Maintien à domicile et hospitalisation des personnes âgées. Sandoz, N° 29, Mars 1975. (Coll. Les Cahiers Sandoz).
- LEGROS (Jacques). - Les Vosges. - Horizons de France, 1963, 177 p. (Coll. Visages du Monde, Nouvelle série).
- LEVY (Emile), BUNGENER (Martine), DEMENIL (Gérard) et FAGNANI (Francis). - Economie du système de santé. Ed. Sandoz, 1975. 352 p.
- LIBAULT (André). - La Cartographie. - P. U. F., Paris, 1962, 127 p. (Coll. Que Sais-je ?, N° 937).
- LIGUE NATIONALE FRANCAISE CONTRE LE CANCER. - Pour mieux vous informer sur les cancers. - La documentation française illustrée. Numéro spécial, septembre 1977. - Ed. Documentation Française, Paris.
- LOESCH (August). - Die räumliche Ordnung der Wirtschaft. - Iéna- Fischer, 1941.
- MAJNONI (B.) et INTRIGNANO (D.). - Les investissements hospitaliers. Editions médicales et universitaires, 1976.
- MARIENNE (J. P.). - Aide-médicale d'urgence : besoins en matériel en fonction du type d'aide nécessaire et de la localisation géographique. - Organisation des urgences, accueil S. A. M. U. Transport. p. 99-103 Ed. Société Française d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation, Paris, 1977.

- MARQUET (Gabriel). - Manuel pratique de droit public, de droit civil et de législation hospitalière et sociale. - 3ème ed. Ed. Heral Editions, Paris, 2ème trim. 1974, p. 47-48.
- MEDECINE PRATICIENNE (la). - Numéro spécial - Le statut du médecin hospitalier. - N° 619 bis, 3ème numéro de mars 1976, Paris.
- MEIGNANT (Pierre). - Les associations régionales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence. - Thèse de droit, Nancy, 1960.
- MINISTERE DU BUDGET. - Les comptes des établissements d'hospitalisation publics pour l'année 1975. - Les notes bleues du service de l'information du ministère du budget. (Coll. S.I. Synthèses, Novembre 1978, 5, 20 p., Paris).
- MINISTERE DE LA SANTE, DIVISION DES ETUDES ET DU PLAN, BUREAU DES STATISTIQUES DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE. - Equipement en lits au 1er janvier 1974, mouvement de la population en 1973 et effectif du personnel médical et non médical au 1er janvier 1974. Résultats définitifs.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. - Pour une politique de la santé : T. 3 L'hôpital. - Rapports présentés à Robert Boulin, 1971.
- MINISTERE DE LA SANTE, MINISTERE DU TRAVAIL. - Tableaux, ed. 1973-1974, Santé et Sécurité Sociale. 739 p., Ed. La documentation française, Paris, 1975.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA SECURITE SOCIALE. - Etudes et Prévisions. - Structures régionales de l'équipement hospitalier public et privé; indices d'équipement au 1er janvier 1968 et principaux paramètres d'activité. Paris, services des publications officielles, 1969, 175 p.
Annuaire statistique de la santé et de l'action sociale.
- MOGET (Jean). - Gestion et administration de l'hôpital privé. Ed. Berger-Levrault, Paris, 1969.
- MONOD (Jérôme) et CASTELBAJAC (Philippe de). - L'aménagement du territoire, P.U.F., Paris, 1971. - 127 p. (Coll. Que sais-je N° 987).
- MONTADOR (Jean). - La responsabilité des services publics hospitaliers. - Ed. Berger-Levrault, Paris, 1973 (Coll. L'administration nouvelle).
- MULLER (Jean-François). - Equipement hospitalier du Bassin houiller de Lorraine, 1974 (?). Société de Secours Minière de Sarre et Moselle-Creuzwald. Etude non publiée, 36 ff).

- NOVIANT (Y.). - Organisation des secours d'urgence. Quelques principes et suggestions. - Organisation des urgences, Accueil SAMU, Transport. Ed. Société Française d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation, Paris, 1977, p. 9-13.
- NOVIANT (Y.) et PLACE (G.). - Accueil des urgences à l'hôpital. Organisation des urgences, Accueil SAMU, Transport. p. 49-57. Ed. Société Française d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation, Paris, 1977.
- OHLSSON (M. G.). - Organisation des consultations de réadaptation infantile dans la région lorraine (à propos de 2103 observations d'enfants infirmes moteurs). Thèse de médecine, Nancy, 1972, N° 113.
- O. R. E. A. M. Lorraine. - Armature hospitalière lorraine, perspective 1980-1985. Non édité, ronéotypé, Juillet 1969, 1ère étude : 108 p. 2ème étude : 120 p.
- O. R. E. A. M. Lorraine. - Feuilletts de l'organisation d'études d'aménagement de l'aire métropolitaine de Nancy-Metz-Thionville -, Metz. Coop. d'Edit. et d'Impression.
- N° 13.1, février 1970, éléments pour une politique régionale d'industrialisation : pôles industriels,
- N° 13.2, mai 1970, politique régionale d'industrialisation
- N° 17, mars 1970, desserte aéronautique de la Lorraine
- N° 18, mai 1970, l'emploi : objectif d'aménagement
- N° 19, décembre 1970, le schéma d'aménagement de la métropole lorraine est approuvé
- N° 20, novembre 1971, la Maitrise foncière dans la métropole lorraine
- N° 21, novembre 1971, les transports dans la métropole et la région, Metrolor.
- N° 22, mars 1972, métropole lorraine : deux centres relais Nancy-Ouest et Metz-Nord-ouest
- N° 24, mai 1973, une politique régionale des transports de personnes en Lorraine
- N° 25, février 1984, l'établissement public de la métropole lorraine est né en 1973
- N° 29, novembre 1975, métrolor et l'autoroute A 31 en 1975.
- PARISOT (Robert). - La lorraine , région française, telle qu'elle est constituée par les conditions géographiques, historiques et économiques. Ed; Editions du Pays Lorrain, Nancy, 1908.
- PARISSE (Michel), GUILLAUME (Ch.) BURNAND (Y.), GIRARDOT (A.), COUDERT (J.), LE MOIGNE (Y.), ROTH (F.).- Histoire de la Lorraine. Ed. Privat - Toulouse, 1977 (Coll. Univers de la France et des pays francophones).
- PELLOUET (Marthe). - Structures régionales de l'équipement hospitalier public et privé. Indices d'équipement au 1/1/68 et principaux paramètres d'activité. - Etudes et prévisions. - Ed. Ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale, 1961.

PEQUIGNOT (Henri) et GATARD (Marie). - Hôpital et humanisation, Paris.
Ed. E. S. F., 1976

PIGANIOL (R.), DE SAVIGNY (J.), FEGER (B.), et GEOFFROI (J.). -
Le médecin hospitalier. Statuts, Droits et obligations au
1/9/1976. - Ed. Berger-Levrault, Paris, 1976.

POUR UNE POLITIQUE DE LA SANTE. - rapports présentés à R. BOULIN,
T. 1 et 2 (les grandes actions de santé), T. 3 (l'hôpital),
ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale.
La Documentation française, Paris, 1971.

PREFECTURE DE LA MOSELLE, SERVICE DE LA PROTECTION CIVILE. -
Plan d'assistance aux victimes de la circulation routière,
(non publié).

PRESENCE LORRAINE. - M. Pierre MESSMER. - Aujourd'hui, Demain,
la Lorraine. - Supplément au N° 27 de "Présence Lorraine".
Ed. Présence Lorraine, Metz, 1977

PREVOST (V.), et DESIRE (E. P.). - Actualités géographiques et économiques
de la France. Mises à jour, documents et travaux pour une
géographie active. Ed. Belin, 1976.

RAPPORTS ANNUELS D'ACTIVITE de la S. A. Clinique Ste Lucie, ESSEY
LES NANCY (54) Exercice du 1er janvier au 31 décembre 1973
Exercice du 1er janvier au 31 décembre 1974
Exercice du 1er janvier au 31 décembre 1975
Exercice du 1er janvier au 31 décembre 1976
Exercice du 1er janvier au 31 décembre 1977
-non publié)

RAPPORT ANNUEL 1974. - Centre psychothérapique de la Meuse - FAINS
LES SOURCES (non publié).

RAPPORT ANNUEL ADMINISTRATIF ET MEDICAL, Année 1974, Centre
Hospitalier spécialisé de LORQUIN (Moselle) (non publié,
127 p.)

RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITE, 1975, Centre Hospitalier de METZ (Moselle)
(non publié), T. 1, 120 p. T. 2, 268 p.

RAPPORT MORAL ET FINANCIER, 1974, Centre psychothérapique de
NANCY-LAXOU (54), non publié, 54 p.

RAPPORT MORAL ET FINANCIER DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL
de NANCY (54). Années 1973/1974, 1975 et 1977, resp.
163 p., 180 p., 194 p., 162 p. - non publiés

RAPPORT MORAL ET FINANCIER, ANNEE 1975. - Centre hospitalier de
NEUFCHATEAU (88) - non publié, 82 p.

- RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION de la clinique St Eloi.
Association hospitalière du secteur de NEUVES-MAISONS (54)
Juin 1976 (non publié, 14 p.)
- RAPPORT MORAL DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DEPARTEMENTAL
de SARREBOURG (Moselle), 1974 (non publié, 65 p.)
- RAPPORTS ANNUELS DE L'INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES
SOCIALES 1971, l'hospitalisation
 1972, l'assurance maladie
 1973, la prévention.
- REITEL (F.), REMER (R.) et SAINT DIZIER (Cl.). - L'économie de la
Lorraine. - (Coll. Régions au présent.) Ellipses. Ed. Marketing
1978.
- RIVERO (Jean). - Droit administratif. - Précis Dalloz, 6ème ed., 1973
Ed. Dalloz, Paris, p. 45
- ROCHEFORT (M.). - L'organisation urbaine de l'Alsace. - Paris, les
Belles Lettres, 1960, 384 p.
- ROCHEFORT (Michel), BIDAULT (Catherine) et PETIT (Michèle). -
Aménager le territoire. - (Coll. Société) Ed. Editions du
Seuil, Paris, 1970.
- ROLLAND (Louis). - La sécurité sociale, face à l'hôpital. - 431 ff. -
(Thèse, 3ème cycle, Sciences Juridiques, Rennes, 1973)
dactylographiée.
- SANGUIN (André-Louis). - La géographie politique. -(Coll. Le géographe
dirigée par Pierre George). Ed. Presses Universitaires de
France, Paris, 1977.
- SAUVY (Alfred). - La population. - 10ème ed., P.U.F., Paris, 1970, 127 p.
(Coll. Que sais-je ? N° 148).
- SCHAEFER (Philippe). - Fréquentations et attractions hospitalières en Lorraine.
Eléments préparatoires à une carte hospitalière régionale. -
G. L. E. M., Université Nancy II, travaux et documents de
la Faculté de Droit et des Sciences Economiques. Ed. SIT,
Nancy, 1974.
- SCHEMA DIRECTEUR D'AMENAGEMENT ET d'URBANISME TOUL-NANCY
LUNEVILLE (S. D. A. U.) Choix préalables. - Direction dépar-
tementale de l'Equipement. Groupe d'études et de programmation
de Meurthe & Moselle, novembre 1970.

- SCHNEIDER (Jean). - Histoire de la Lorraine . - (Coll. Que sais-je ?, N° 450
2ème Ed. 1967. Le point des connaissances actuelles.
Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1967.
- SEYER (Claude) et ROUSSEL (Isabelle). - La Lorraine. Economie géographique,
problèmes actuels. - Ed. Institut Commercial de Nancy,
Nancy, 1977.
- SOCIETE LORRAINE DES ETUDES LOCALES DANS L'ENSEIGNEMENT
PUBLIC. - Geographie Lorraine. - Ed. Berger-Levrault, Nancy, 1937.
- SOCIETE FRANCE D'ANESTHESIE, D'ANALGESIE ET DE REANIMATION. -
Organisation des urgences, Accueil, SAMU, Transport.
Journées d'enseignement post-universitaire d'anesthésiologie
et de réanimation C.H.U. PITIE-SALPETRIERE, Paris, 1977. -
Ed. Librairie Arnette, Paris, 1977.
- SONRIER (André). - Gestion et finances hospitalières. -
Ed. Berger Levrault, Paris, 1974, 2ème ed.
- SONRIER (André). - Manuel pratique de comptabilité hospitalière pour
l'application du plan comptable à l'usage des établissements
publics et privés. - 6ème ed. 1967 et 8ème ed. 1975.
Ed. Berger-Levrault, Paris.
- STEPHAN (J. Claude). - Economie et pouvoir médical. Préface de J. Cl. COLLI.
Ed. Economica, Paris, 1978.
- STEUDLER (François). - L'hôpital en observation. - Ed. Armand Colin, Paris,
1974. (Coll. U Prisme).
- TABLEAUX DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE. Ed. 1973-1974,
Ministère de la Santé, Ministère du Travail
Ed. Documentation française, Paris, 1975, 739 p.
- THEIL (Pierre). - L'esprit éternel de la médecine. - anthologie des écrits
médicaux anciens. La médecine praticienne, 15, rue Pomereau
75016 Paris. T. 1 : l'antiquité occidentale, T. 2, T. 3, le
Moyen-âge européen XIII & XV ème siècles.
- THIELLY (Pierre et Hélène) et MARCHAND (Rémy). - Les professions de la
santé et la santé de la population. Essais de démographie
sanitaire régionale. - Ed. Masson & C°, Paris, 1973, 206 p.
(Coll. de Médecine légale et de toxicologie médicale).
- VERDONCK (Ghislaine). - Rapport de stage sur l'Hôpital-Hospice de Lunéville
1975, 52 p. (non publié)

ARTICLES ET REVUES CONSULTES

- ALLAIN-REGNAULT (Martine). - L'hospitalisation ; les charges les plus lourdes. Médicomanie. - Le Monde : dossier et doc. : la Sécurité Sociale. N° 28 - février 1976, p. 3'
- ANNALES MEDICALES DE NANCY - T. 14, 2 mars 1975, commission médicale consultative; T. 14, avril 1975, numéro spécial du centenaire de la revue.
- APRES DEMAIN. - Journal mensuel de documentation politique, fondé par la Ligue des Droits de l'Homme. - L'hôpital, N° 183-184, avril-mai 1976, Paris.
- ARBOUSSE BASTIDE (J. C.). - Une expérience de changement dans un service de chroniques. - N. P. M. du 12/5/1973, 2, N° 19, p. 1301-1302.
- AUBENQUE (M.). - Un aperçu historique des statistiques sanitaires de la France. - INSEE 1975, fascicule vert.
- AUGEREAU (Y.). - Répartition des équipements médicaux de réanimation en Lorraine. - Ann. méd. Nancy, p. 1105-1112.
- BACHET (M. C.). - Le point sur la carte sanitaire. La neurochirurgie, caméras à scintillation, cardiologie, la pneumophtisiologie, l'hémodialyse périodique. - Rev. Prat. 25/9/1975, T. 25 N° 42, p. 3253-3257
- BEAU (Nicolas). - L'hospitalisation privée :
la réforme de la tarification : une rationalisation pragmatique
l'intégration au service public : un bilan contrasté
l'importance respective des 2 secteurs.
Le Monde - 10/1/1979, p. 18.
- BEAU (Nicolas). - Les nouveaux médecins de campagne.
I : fin d'un sacerdoce. - Le Monde du 20/4/1979 - p. 1 et 23
II : cabinets de groupe et formation continue. - Le Monde 21/4/1979
p. 12
- BIRABEN (J. N.). - Résultats préliminaires du recensement général de la population du 20 février 1975. - Le concours méd. du 18/10/1975
N° 97-36 - p. 5742 - 5745 - 5746.
- BIRABEN (J. N.). - Aspects de la mortalité en milieu urbain. Concours Méd. 97, N° 41, 22.11.1975, p 6732-6737.
- BLES (Gérald). - accepter sous conditions (à propos de l'insistance de Madame VEIL sur la concertation dont a fait l'objet le projet de réforme des études médicales). - Le Monde, 25 avril 1979, p. 17.

- BONNEFONT (Jean-Claude). - Les villes françaises : Nancy et son agglomération. - Notes et Etudes documentaires, N° 4039-4040 12 novembre 1973. Ed. La documentation française, Paris
- BONNET (Serge). - Sociologie politique et religieuse de la Lorraine. - Cahiers de la fondation nationale des sciences politiques N° 181 Ed. Armand Colin - Paris, 1972
- BOSQUET (Michel). - L'hygiène et la santé. - Le nouvel observateur, faits et chiffres 1975 (Coll. du Club du Nouvel observateur N° 7).
- BOUBLI (B.) et GUIGUE (J.). - Les dépenses de santé et le déficit de la Sécurité Sociale
 - le bond en avant des dépenses de santé. - Rev. Prat. Paris, T. 27 N° 16, 15 mars 1977, p. 996-998
 - le coût des dépenses de l'assurance maladie, analyse de la fonction santé. - Rev. Prat. Paris, T. 27 N° 18, 25 mars 1977, p. 1145, 1146
- BOUBLI (B.) et GUIGNE (J.). - Réforme du régime de la Sécurité Sociale dans les mines. - Rev. Prat. du 15/9/1977, N° 40, T. 27 p. 2569-2571
- BOUBLI (B.) et GUIGNE (J.). - Les dépenses de santé en 1976. - Rev. prat. 27, N° 42, 25 septembre 1977, p. 2734-2737.
- BOUBLI (B.) et GUIGNE (J.). - Vers le crépuscule du régime conventionnel Rev. Prat. du 5/12/1977, T. 27, p. 3926-3929
- BOUBLI (B.) et GUIGNE (J.). - A propos du libre choix de l'établissement hospitalier. - Rev. Prat. T. 27, N° 4, 15 janvier 1977, p. 200-201
- BOUBLI (B.) et GUIGNE (J.). - Le déséquilibre de la Sécurité Sociale, le déficit. - Rev. Prat. T. 29, N° 18 du 25/3/1979, p. 1515-1518.
- BOUCHER (Marguerite). - La région. - Cah. Fr. N° 158-159 - revue de janvier-avril 1973. Ed. La Documentation française, Paris, 1973.
- BOUVRAIN (Y.), FAIVRE (G.), GOURGON (R.) et PETITIER (H.). - Les unités de soins intensifs cardiologiques en France. - La Presse Médicale, 31/10/1970, 78, N° 46, p. 2029-2033.
- BULLETIN DE L'I. N. S. E. R. M. (Institut National de la Santé et de la Recher. Médicale), T. 25, N° 4, juillet-août 1970, p. 728 et suiv. - Centre de réanimation néo-natale, et p. 734, enquête R. I., SP1, effectuée sur Paris et la région parisienne, 3 avril 1970. Services de pédiatrie répondant aux critères de réanimation. - p. 624, Mortalité Périnatale et résultats démographiques p. 639, recensement des lits réservés à l'obstétrique, 1968, enquête R. I. INSERM SP 1, p. 652 et suiv. réanimation en pathologie du premier âge, colloque de l'INSERM du 22/23 mai 1970

- BULLETIN DE STATISTIQUES, SANTE, SECURITE SOCIALE, N° 3-73,
Mai-juin 1973, p.5. - Les disparités régionales en matière
de santé.
- CAMENEN (François-Xavier), CHARRET (Christian), COURBIN (Jacques)
et coll. - L'assurance maladie et l'hôpital public. -
Perspectives de la Sécurité Sociale. Rev. fr. Aff. soc.
Numéro spécial, Juillet-septembre 1976, T.1, p. 183-268
- CARTE (La) SANITAIRE DE LA FRANCE. - Rev. Hosp. France. 38ème année,
N° 272, juin-juillet 1974, p. 999-1008.
- CENTRE d'ETUDE DES REVENUS ET DES COUTS - C. E. R. C. - étude réalisée
par N. PAQUEL et P. GIRAUD.
Le coût de l'hospitalisation, 1- le système hospitalier français
et les problèmes posés par la croissance des dépenses.
Documents du CERC, 2ème trim. 1977, N° 35-36
Ed. La documentation française, Paris.
- C. E. R. C. - Le coût de l'hospitalisation. Documents du centre d'étude des
revenus et des coûts N° 35-36 - 2ème trim. 1977. Premier
d'une série de trois tomes. 1) le système hospitalier français
et les problèmes posés par la croissance des dépenses.
Ed. La documentation française, Paris
- CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE SARREGUEMINES (57). - Hygiène et
confort des collectivités, N° spécial 81, 20 p.
- CHABRUN-ROBERT (C.). - L'équipement hospitalier français. Pour une
actualisation de la carte sanitaire. Concours Med. 99, N° 35,
24.9.1977, p. 5219-5224.
- CHARDOT (C. et J.). - Le Centre régional de lutte contre le cancer de Nancy,
passé, évolution actuelle et perspectives prochaines. - Ann. Méd.
Nancy, T. II, novembre 1972, p. 1461-1476.
- CHARRIER (Jean-Bernard). - Où vont les villes ? Paris, Armand Colin, 1970,
96 p. (Coll. Problèmes actuels, Dossiers "sciences humaines",
série histoire et géographie N° 24).
- CHIFFRES REPERES DE LA SANTE. - N. P. M. 13 mai 1978, 7, N° 19 p. 1669-
1880 & 1881.
- CHRONIQUE SOCIALE DE FRANCE. - N° 83 (3) Avril- mai 1975, article de
Michel BRANCIARD.
- CLASSEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES ASSUMANT
LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER. - Revue hosp. France,
38ème année, N° 272, juin-juillet 1974 - p. 1009-1017.

- COIRIER (René). - Les services d'aide médicale urgente (S. A. M. U.). - Tech. hosp. médico-sociales et sanitaires, N° 339, décembre 1973, p. 57-63
- COIRIER (R.) - Organisation hospitalière générale, carte sanitaire de la France. - Organisation des urgences, Accueil, SAMU, Transport, p. 41-43. Ed. Société française d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation, Paris, 1977.
- COIRIER (R.). - Définition, implantation des S. A. M. U. en France. - Organisation des Urgences, Accueil, S. A. M. U., Transport p. 95-97, éd. Société Française d'anesthésie, d'analgésie et de réanimation, Paris, 1977.
- COMITE POUR L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE DE LA FRANCE.
Zones industrielles de France : La Lorraine, Janvier 1974, N° 7.
- CONCESSION (DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER). - la décision est à l'Etat-Hospitalisation Nouvelle, N° 31, Juin 1974, p. 3-16
- CONSULTATIONS (Les) HOSPITALIERES DANS LA REGION PARISIENNE.
C. M. supplément de documentation professionnelle au C. M. N° 22 du 27 mai 1972.
- CONSULTATIONS (Les) HOSPITALIERES EN FRANCE (REGION PARISIENNE EXCLUE). - Le Concours Méd. suppléments de documentation professionnelle au N° 8 du 24/2/1973 et au N° 9 du 3/3/1973.
- COUDER (B.), ROSCH (E.), et SANDIER (S.). - La consommation de services médicaux continuera à croître rapidement. - Econ. Statist. N° 37, septembre 1972, p. 3-19.
- LA CRISE DE LA SIDERURGIE. - Le Monde- dossiers et doc. N° 59, mars 1979 p. 1 à 4 Paris
- DACHY (A.) TOPPET (M.). - Hospitalisation pédiatrique à domicile en Belgique. - Archives françaises de pédiatrie T. 34 N° 10 - décembre 1977.
- DALOUS, REGNIER, ROCHICCIOLI, BARTHE, GHISOLFI, CARRIERE. - Faut-il sectoriser et réorienter la pédiatrie hospitalière. Archives françaises de pédiatrie, T. 34, N° 3, p. 201-205, mars 1977.
- DOERLER (C.). - L'éducation sanitaire. - La Rev. Prat. T. 28 N° 6 du 25 janvier 1978 - p. 468-469.

- DUMONT (J. P.). - La sécurité sociale : qui va payer ? - Le Monde : dossiers et doc. N° 28, février 1976, p. 1
Le déficit pourquoi ? même référence p. 2
Les catégories les plus favorisées, même référence p. 3.
- DUMONT (Jean Pierre). - Les solutions : pour un véritable effort national, Les propositions des partis au cours des deux dernières propositions : les élections législatives en 1973... et les présidentielles de 1974.
Le Monde : dossiers et doc. , la sécurité sociale, N° 28, février 1976, p. 4
- DUPUIS (Jean Pierre). - Les médicaments : faux débat sur un vrai problème.
Le Monde : dossiers et doc. la Sécurité Sociale N° 28, février 1976, p. 3
- DUTREIL (F.) Mme. - Le fonctionnement des services de pédiatrie et de prématurés des hôpitaux publics. - Statistiques 1968-1972
Rev. fr. Aff. Soc. N° 3, juillet-septembre 1974, revue éditée par le Ministère du Travail et le Ministère de la Santé.
Imprimerie Nationale Paris, 1974.
- ENFANT (1^{er}) à l'ECOLE MATERNELLE. - Rev. Méd. 15, N° 27, 1974
p. 1689-1766 , Pédiatrie, numéro spécial hors série.
- ENFER (Jacques). - Le nouveau C.H. U. de Nancy, le plus moderne hôpital d'Europe. Tech. hosp. médico-sociales et sanitaires, N° 339
décembre 1973, p. 73-75
- ETABLISSEMENTS PRIVES DE CURE ET DE PREVENTION - Conditions d'autorisation pour les soins aux assurés sociaux.
J. O., édition (reliée) mise à jour au 15/10/1965 , Paris, N°1064.
- ETNAS (François). - L'inégalité devant la santé, la maladie, la mort.
Le Monde dipl. mars 1975, p. 8
- EXPRESS (L^{er}) SPECIAL LORRAINE-ALSACE, N° 1325, 29 novembre au 5 décembre 1976.
- FARGE (Arlette). - les artisans malades de leur travail.
Ann. Eco. Soc. Civ., 32ème année, N° 5, septembre-octobre 1977, p. 993-1006.
- FEDERATION FRANCAISE INTERSYNDICALE DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION PRIVEE (F. F. I. E. H.). - Le prix de l'hospitalisation. Conférence de Presse du 16 mars 1976.
13 ff.
- FIESSINGER (H.). - La participation des établissements privés à but non lucratif au service public hospitalier. Cf. Décret N° 76-456 du 21 mai 1976. - Rev. Prat. T. 26 N° 36, 5 juillet 1976,
p. 2499-2500

- GAALON (Anne de). - BARRERE (Anne), MENDRAS (Antoine), MONOMAKHOFF (Béatrice), RABOU (Jean-Louis), Conseiller IGOR BARRERE. - Hôpitaux : ce qui change région par région. - Le Point, N° 215, 1er novembre 1976, p. 107-117.
- GADREAU Maryse. - La tarification hospitalière en France. Rev. Française des Affaires Sociales. 28ème année, N° 3, juillet-septembre 1974, p. 83-108
- GARDIE (M.). - Evolution et perspectives du statut juridique des établissements hospitaliers. - La Revue hosp. France, 5ème assises nationales de l'hospitalisation publique. N° 267, janvier 1974, T. 1, p. 17-46, Ed. H. Politi - Lyon
- GELIS (Jacques). - Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux 17ème et 18ème siècles. - Ann. Eco. Soc. Civ. 32ème année, N° 5, sept. Oct. 1977, p. 927-957.
- GEORGES (A.). - L'urémie est-elle fonction de la catégorie socio-professionnelle? Les dossiers de l'économie lorraine N° 5, juillet 1975. Ed. I.N.S.E.E., O.E.L., Nancy
- GESTIONS HOSPITALIERES. - Le Médecin et son équipe dans l'hôpital d'aujourd'hui. Statut des praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics à l'exception des hôpitaux ruraux et des centres hospitaliers régionaux faisant partie des C.H.U. N° 95, avril 1970.
- GIBERT (A.). - Théorie de la sectorisation. - Concours méd., 96, N° 44, 14/12/1974, p. 6603-6606.
- GOUBERT (Jean Pierre). - L'art de guérir, médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790. - Ann. Eco. Soc. Civ. 32ème année, N° 5, sept-oct. 1977, p. 907-926.
- GRENON (Alain). - Coûts de l'hospitalisation dans le secteur privé et dans le secteur public. - Echanges internationaux et développement, N° 9, octobre 1972, p. 78-81.
- GUITTON. - Evolution et perspectives de l'économie hospitalière dans l'économie nationale. - Rev. hosp. France, 5ème assises nationales de l'hospitalisation. Janvier 1974, N° 267, T. 1, p. 47-82. Ed. Politi-Lyon.
- HANNOUM (M.) et TEMPLE (P.). - Les implantations industrielles et l'emploi régional en France. - Les Collections de l'INSEE, série E, E 40, juillet 1976.
- HOPITAL (L') LOCAL. - analyse des rapports des commissions en séance plénière déclaration des organisations responsables des journées nationales de Reims, 14/16 nov. 1975). - Concours med. 98, N° 4 24.1.1976, p. 469-472

- I. N. S. E. E. - Pouvoir d'achat du franc d'après la moyenne des indices de prix de gros et de détail, 8 mars 1979
- I. N. S. E. E. - Observatoire Economique de Lorraine. - Les dossiers des primes à l'industrialisation pour la Lorraine. - Les dossiers de l'Economie Lorraine, N° 2, février 1973. (C. & R.), 20 p.
éd. INSEE Nancy.
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE
I. N. S. E. R. M. - Recherche et information en santé publique. - T. 25, N° 1 janvier/février 1970, démographie et cause de décès, p. 53 & 79.
T. 25 N° 2 Mars, avril 1970. Résultats p. 259-285-295
T. 25 N° 3 Mai Juin 1970. Résultats et statistiques médicales des établissements psychiatriques année 1968 p. 498.
- I. N. S. E. R. M. - Bulletin de l'INSERM, T. 25, N° 4, juillet/Août 1970
Colloque de l'INSERM - 22-23 mai 1970
- JACOBS (C.) - Problèmes socio-économiques de la dialyse itérative. -
Rev. Prat. T. 26, N° 40, 15 septembre 1976, p. 2753 et 2776
- JACQUELIN (M.). - Evolution et perspectives des techniques de lutte contre les maladies mentales. L'Hopital dans la sectorisation. -
Rev. hosp. France, 5èmes assises nationales de l'hospitalisation.
N° 267, janvier 1974, T. 1 p. 175-210. Ed. H. Politi, Lyon.
- JEORGER (Muriel). - La structure hospitalière de la France sous l'ancien régime.
Ann. Eco. Soc. Civ. 32ème année, N° 5, sept-oct. 1977, p. 1025-1055.
- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (Liste non exhaustive des lois, décrets et autres articles concernant la présente thèse).
- JOURNAL OFFICIEL. - VIème plan de développement économique et social 1971-1975, Paris, J.O. 1971, N° 1371.
- JOURNAL OFFICIEL du 17 mars 1974. - Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. arrêté du 30 janvier 1974 règlementant les lasers à usage médical (p. 3093).
- JOURNAL OFFICIEL DU 21 avril 1972. - Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale - Arrêté du 14 mars 1972, fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales l'alcoolisme et les toxicomanies p. 4206.
- JOURNAL OFFICIEL du 21 avril 1972 - Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. - Circulaire du 16 mars 1972, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents. p. 4209-4214.

JOURNAL OFFICIEL DU 21 AVRIL 1972. - Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. - Circulaire du 14 mars 1972, relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales l'alcoolismes et les toxicomanies, p. 4207-4209.

JOURNAL OFFICIEL DU 6 DECEMBRE 1972. - Décret N° 72.1078 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier.

JOURNAL OFFICIEL DU 22 JANVIER 1977, Ministère de la Santé.
Arrêté du 29 décembre 1976 portant classification des lasers à usage médical de catégorie II, groupe II (émission continue) (N;C, 8) p. 468.

JOURNAL OFFICIEL DU 12 MAI 1977. - Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale.
Arrêté du 15 avril 1977 relatif aux indices de besoins en lits d'hospitalisation pour la médecine, la chirurgie et la gynécologie obstétrique p. 2707.

JOURNAL OFFICIEL DU 29 OCTOBRE 1977 - Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. Décret N° 77.1207 du 14 octobre 1977, relatif aux établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier p. 5282-5284.

JOURNAL OFFICIEL des 2 et 3 JANVIER 1978, Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. Arrêté du 15 décembre 1977, fixant les critères et les procédures du classement applicable aux établissements privés mentionnés à l'art. L. 275 du code de la Sécurité Sociale et prévu par l'article 2 du décret N° 73-183 du 22 février 1973, p. 154.

JOURNAL OFFICIEL DU 5 JANVIER 1978 - p. 186-188. - Loi N° 78-11 du 4 janvier 1978 modifiant et complétant certaines dispositions de la loi N° 75-535 du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales et de la loi N° 70-1318 du 31/12/1970, portant réforme hospitalière et portant dérogation, à titre temporaire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier, aux règles de tarification ainsi que pour les soins donnés dans ces établissements, aux modalités de prise en charge.

JOURNAL OFFICIEL DU 6 JANVIER 1978. Ed. des lois et décrets, Numéro complémentaire. Décisions relatives à des demandes de création ou d'extension d'établissements de soins privés ou d'installation d'équipements matériels lourds (p. 159-161) - Notamment l'autorisation de l'installation d'un accélérateur de particules Neptune-Thérac 6 au centre régional de lutte contre le cancer de Nancy.

KELLER (B.). - Simone VEIL et les coûts hospitaliers : les économies ne passent pas par la réforme de la tarification. Le Quot. med. 6ème année N° 1319, 3 et 4 décembre 1976, p. 1

KUSS (René). - la transplantation rénale en France : dans l'embarras ? Rev. Prat; T. 27 N° 2, 5 janvier 1977 p. 77 et 92.

- LAFFITTE (V.). - Les inégalités sociales devant la maladie. -
Les dossiers du Médecin de France, Synthèses et documents
N° 95, 27 avril 1978, 3 pages.
- LAFON (J.). - La protection des malades mentaux. Protection de la personne
et protection des biens. - La Rev. Med. Prat, N° 37, 3 novembre
1975, p. 2534-2545.
- LAGET (Mireille). - La naissance aux siècles classiques, pratique des
accouchements et attitudes collectives en France aux 17ème
et 18ème siècles. - Ann. Eco. Soc. Civ. 32 ème année.
N° 5, septembre octobre 1977, p. 958-993.
- LARCAN (A.). - Le numéro d'appel unique, le 15 ?
Rev. Prat. T. 28, N° 54, 25 novembre 1978, p. 4280-4282
- LEBART (L.), SANDIER (S.), TONNELIER (T.). - Aspects géographiques du
système des soins médicaux (offre et consommation de soins
environnement sanitaire et social).
Consommation N° 4, 1974.
- LECOMTE (Thérèse) et MIZRAHI (Andrée et Arié). - L'hospitalisation et sa
place dans les dépenses médicales en 1970. - Consommation,
juillet-septembre 1976, N° 3, p. 43-47
Centre de recherches et de documentation sur la consommation
C.R.E.D.O.C.
Ets Dunod, Paris.
- LENOIR (Ch.) et SANDIER (S.). - La consommation de soins médicaux dans
les départements français en 1973. - Concours Med. 97 N° 16
19.4, 1975, p. 2795-2803
- LEONARD (Jacques). - Femmes, religion et médecine. Les religieuses
qui soignent, en France au 19ème siècle.
Ann. Eco. Soc. Civ. 32ème année, N° 5, septem-octobre 1977,
p. 887-907
- LERIDON (Henri). - Etude de la clientèle et du champ d'attraction d'un service
hospitalier. - Population, 29ème année, N° 2, mars-avril 1974,
p. 290-312.
- LEVY (D.). - Choisir le lieu de son implantation. - Concours med. 98, N° 3
17.1.1976 p. 343-345
- LISOPRAWSKI (Agnès). - Faut-il détruire l'Hôpital psychiatrique ? -
Rev. Prat. du 25.1.1979, T. 29, N° 6 , p. 563-565
- LONGONE (P.). - La fécondité en baisse. Incidents cycliques ou crises de
civilisation. - Rev. Prat. 15 mai 1977, T. 27 - N° 28, p. 1818
- LOUX (M.). - La représentation de l'Hôpital à travers la presse populaire.
Cahiers sociologie et démographie médicale, avril-juin 1973.

- MARQUET (G.). - Du refuge hospitalier à la pleine lumière. -
Ann. Méd. Nancy, Août 1971, p. 16-28.
- MARQUET (G.), DUBOIS (R.), et AUBANEL (P.). - et maintenant BRABOIS. -
Ann. Méd. Nancy, 1973, p. 603-613.
- MEDECINS, MEDECINE et SOCIETE enFRANCE aux 18ème et 19ème siècles. -
Ann. Eco. Soc. Civ. 32ème année, N° 5, sept. octobre 1977
1055 p.
- MESMER (Pierre). - et PRESENCE LORRAINE. - Aujourd'hui, Demain la
Lorraine. Supplément à Présence Lorraine N° 27, Metz 1976.
- MILLIEZ (Paul). - Liberté et fonction sociale du médecin-citoyen. Envisager
l'homme dans son ensemble et l'homme dans la société.
Le Monde dipl. de mars 1975, p. 7.
- MINISTERE DE LA DEFENSE, PARIS. - Statistique médicale de l'armée de
terre pendant l'année 1973. - Centre de traitement de l'informa-
tion médicale des armées, septembre 1975, T. 23.
- MINKOWSKI (Alexandre). - Un test de civilisation : la périnatalité. -
Le Monde dipl. Paris, mars 1975, p. 11, 12.
- MINVIELLE (D.), MORANDO (B.), TORDEUX (J.). - Etude comparée des
durées moyennes de séjour en clinique et à l'hôpital.
Rev. fr. Aff. Soc. N° 2, avril, juin 1972, p. 3-14
- MIZRAHI (A. et A.), ROSCH (G.). - Les champs d'action des équipements
hospitaliers. - Consommation, 10, N° 3, 1963.
- MIZRAHI (A. et A.), SANDLER (S.). - Comparaison des prix et des tarifs
médicaux (privé-public) 1960-1975. - Consommation N° 4,
-octobre - décembre 1975, p. 5-39.
- MOLLARET (Pierre). - La résistible persécution du corps médical hospitalier,
N.P.M., 1, N° 46, 1972, p. 3161-3163.
- MOLLARET (Pierre). - Requiem pour le temps plein des hôpitaux non univer-
sitaires. - N.P.M. 4, N° 12, 22 mars 1975, p. 913-914.
- MONDE (Le) DIPLOMATIQUE. - La Politique de la Santé. - Paris, mars 1975
p. 7 à 15.
- MONDE (Le) : DOSSIERS ET DOCUMENTS - N° 28, Février 1976. - La
Sécurité Sociale, qui va payer ? - Le déficit, combien -
le déficit, pourquoi, les solutions. - Recueil d'articles et
documents, 4 p.
- MONDE (Le) de l'éducation. - juillet-août 1977, N° 30. - Le Palmarès 1977 des
Universités : la médecine, p. 22 à 24. - Ed. Journal "Le Monde"
Paris.

- MORAND (J. C.). - Les créations d'établissements industriels en Lorraine 1958-1969. -, Nancy, Insee, Direction régionale de Nancy, Octobre 1971. 27 cm, 181 P. tableaux et cartes.
- MOREL (Marie France). - Ville et campagne dans le discours médical sur la petite enfance au 18ème siècle. - Ann. Eco. Soc. Civ. 32ème année, N° 5, sept, oct. 1977, p. 1007-1024
- NERON (Michel). - Ajustement des lits et des équipements à la carte sanitaire = deux mois pour obéir. - Quot. Med. N° 1902, 4-5 avril 1979, p. 3 - 4.
- NONN (Henri). - Paysages Lorrains : découvrir la France N° 43 , 23 septembre 1974, p. 120
 La Lorraine inconnue. - Découvrir la France, N° 44, 30 septembre 1974, p. 21-40
 La métropole Lorraine. - Découvrir la France, N° 45, 7 octobre 1974, p. 41-60
 Les quatre faces des Vosges. - Découvrir la France, N° 46 14 octobre 1974, p. 480
- PALLEZ (M. G.) - Lettre d'information. Rev. Prat. T. 29 N° 22, 15 avril 1979 p. 1823- 1826-1827
- PERSPECTIVES DE LA SECURITE SOCIALE - Revue française des affaires sociales. numéros spéciaux : 30ème année, T. 1, juillet/ septembre 1976 - T. 2. juillet/septembre 1976.
 Ed. Ministère du travail, Ministère de la Santé.
- PIERQUIN (L.), PALGE (F), et MARTIN (P). - Principe directeur et schéma de l'organisation de la réadaptation régionale. - Ann. Méd. Nancy, 1963, 5 p. 714-730
- POLITIQUE (La) de la SANTE. - Le Monde : dossiers et doc. N° 36, décembre 1976, p. 1-4.
- POLYCLINIQUE (La) de GENTILLY , NANCY. - Hospitalisation nouvelle, N° 31, Juin 1974, p. 28-34
- POSTIC (Marie-Noelle). - Humanisation ou privatisation ?;- Après-demain N° 183-184, l'hôpital, avril/mai 1976 , p. 37-42
- QUATRIEME (En) POSITION, LA LORRAINE REPRESENTE 6 % de la VALEUR AJOUTEE INDUSTRIELLE FRANCAISE
 Econ. Statist. N° 66, avril 1975, p. 2
- RADENAC (Henri). - Une oeuvre collective : prévenir lamaladie . - Le Monde dipl. mars 1975, p. 8
- REANIMATION EN PATHOLOGIE DU PREMIER AGE. - Bulletin de l'INSERM T. 25, N° 4, Juillet/août 1970. - (Colloque de l'INSERM des 22 et 23 mai 1970.).

- REPERTOIRE DES EQUIPEMENTS SOCIAUX ET SOCIO-CULTURELS DE MEURTHE & MOSELLE. - Bulletin N° 12, mai 1974, Caisse d'Allocations Familiales de Meurthe & Moselle. Unité de Recherche psycho-sociale.
- REVUE ECONOMIQUE. - Perspectives de développement de la Lorraine. Revue économique N° 17 026, p. 912-928.
- REVUE de l'EQUIPEMENT DU LOGEMENT ET DES TRANSPORTS, Décembre 1968 . - La Métropole Lorraine.
- REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES. - numéro spécial- 3ème trim. 1973. - L'hospitalisation publique en France. Ed. Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Population, Paris
- REPUBLICAIN (Le) LORRAIN - Journal Metz. - Octobre 1977 : campagne de lutte contre le cancer : demander votre dossier espoir. Un service de pointe au Centre hospitalier de Thionville. 15 octobre 1977 : campagne de lutte contre le cancer : vers la création d'un véritable centre anticancéreux à Metz, par J. M. A.
- REPUBLICAIN (Le) LORRAIN - Journal Metz. - Georges SIMONIN : Secours Urgent : agir plus vite et mieux pour sauver plus de vies humaines.
- REVUE (LA) HOSPITALIERE DE FRANCE . - N° 267, T. 1 janvier 1974 5èmes assises Nationales de l'hospitalisation publique N° 272, Juin, juillet 1974
- REVUE (LA) DU PRATICIEN :
- 15 novembre 1976 - T XXVI N° 52 : Le Budget de la Santé p. 3723
 - 15 décembre 1976 - T 26, N° 58 : le secteur privé face au problème de la maîtrise des couts hospitaliers publics p. 4193-4194
 - 15 octobre 1977 - T.27, N° 46 : Orientations actuelles de la politique de la Santé - p. 3086/3087
 - 25 décembre 1977 - T. 27 - N° 60 : densités médicales par départements (carte) p. 4188.
 - 15 mai 1977 - T. 27 - N° 28 - la fécondité en baisse, incidents cycliques ou crises de civilisation P. Longone - p. 1818
Hospitalisation publique - p. 1821
Economie médicale : chiffres repères de la Santé, p. 1826
 - 5 novembre 1977 - T. 27, N° 50 - p. 3425 - Communication de M. J. Traeger devant l'académie de médecine " envisageant les perspectives de développement del'hémodialyse et de la transplantation".
L'organisation des SAMU p. 3420
 - 5 octobre 1977 - T.27, N° 44 - démographie médicale : évolution du corps médical p. 2903
 - 15 septembre 1977 - T. 27, N° 40 - Réforme du régime de la Sécurité sociale, dans les mines p. 2569-2571 par B. Boubli et J. Guigne.

REVUE (La) DU PRATICIEN

- 5 décembre 1977 - T. 27, N° 56 -
 Hospitalisation publique : stabilisation du nombre de lits
 p. 3929
 Responsabilité de l'Hôpital p. 3929
 Vers le crépuscule du régime conventionnel B. Boubli
 et J. Guigne - p. 3926-3929
- 25 novembre 1977 - T. 27, N° 54 - démographie médicale
 la situation
- 25 septembre 1975 - T. 25, N° 42 - p. 3253-3257. le point sur
 la carte sanitaire, par M. C. Bachet, La neurochirurgie
 caméras à scintillation, cardiologie, la pneumophtisiologie,
 l'hémodialyse périodique.
- 15 avril 1976 - T. 27, N° 22 - Le secteur privé, source d'économie
 p. 1627-1628
- 5 mai 1976 - T. 26, N° 26 - Hospitalisation privée : la coordina-
 tion entre hospitalisation publique et privée p. 1884.
- 25 janvier 1978 - T. 28 - N° 6 -
 L'éducation sanitaire. C. Doerler, p. 468-469
 Mécontentement et unité syndicale p. 470-471
 Organisation des urgences
 Sociétés Civiles professionnelles, p. 471
 Transport des malades p. 471-472
- 5 juin 1978 - T. 28, N° 32 - Hospitalisation publique
 p. 2513 - équipement en lits.
- 25 septembre 1978 - T. 28, N° 42 - Hospitalisation publique
 effectifs du personnel. ex. Santé Sécurité Sociale Statis-
 tiques et commentaires, N° 6 - T. A 1977
 p. 3237.
- 25 janvier 1979, T. 29, N° 6 - Faut-il détruire l'hôpital psychia-
 trique ? - Agnès Lisoprawski - p. 563-565
- 15 avril 1979 - T. 29 - N° 22 - Une lettre d'information du
 directeur général de l'Assistance Publique, par
 M. G. Pallez - p. 1823-1826-1827
- 25 mars 1979 - T. 29, N° 18 - Le déséquilibre de la Sécurité
 Sociale. Le Déficit, B. Boubli & J. Guigne p. 1515-1518.

RIONDET (Jean). - Démographie médicale, la situation démographique en France
 Rev. Prat. du 25 novembre 1977, T. 27, N° 54 - P. 3766-3768
 Démographie médicale française. - Rev. prat. T. 28, N° 10,
 15 février 1978, p. 748.
 La Situation démographique de la France. - Rev. Prat. T. 28
 N° 36, Juillet 1978, P. 2812-2814.

REVUE PRATIQUE DE DROIT SOCIAL - Le bilan Social de l'année 1968. -
 ouvrage collectif rédigé sous la direction de Maurice COHEN.
 Ed. Revue pratique de droit social - la vie ouvrière - Paris 1969.

- RIGOLLET (Ch.), - MONOMAKHOFF (B), LA CONDAMINE (N. de) et coll.
Où vit-on le mieux en France ? -
Le Point, N° 294, 8 mai 1978, p. 91-103
Le Point, N° 295, 15 mai 1978, p. 86-105
- ROBIN (J.). - Densité médicale en 1973. - La Revue de Médecine, N° 43-44
16-23 décembre 1974, p. 2853-2855
Démographie Médicale 1974. La Revue de Médecine, N° 36,
27 octobre 1975, p. 2496-2499.
- ROBIN (J.) - L'avenir de hémodialyse. - Rubrique "Nouvelles professionnelles"
La Revue de médecine, N° 27, 8 juillet 1974, p. 1761.
- ROLLAND (L.). - L'opposition de la Sécurité Sociale aux Hôpitaux ayant une
clinique ouverte.
Tech. Hosp. N° 353 - février 1975, p. 55-60
- SANTE (La) de L'HOMME (Revue) - Le monde urbain et la santé.
N° 191, Mai-Juin 1974.
- SARRAUTE (Claude). - Le Constat de Madame Simone VEIL. -
Le Monde du 20 avril 1979, p. 27.
- SCHARER K, CHANTLER (C.), BRUNNER (F. P.), GURLAND (H. J.)
JACOB (C.), PARSONS (F. M.), SEYFFART (G.), WING (A. J.), 1976
Dialyse et transplantation rénale chez l'enfant en Europe, 1974 -
Acta Paediatrica Scandinavia, 65, 657.
- SEMAINE DES HOPITAUX - INFORMATIONS. - Paris, 4 janvier 1972
Lutte antivirale et thérapeutique anticancéreuse : des espoirs
encore. p. 2-4
- REPARTITION (La) du PERSONNEL MEDICAL DES HOPITAUX DE LA REGION
PARISIENNE - Sem. Hop, Inform.
Suppl. Sem. Hôp. du 26/12/1973 - 180 p.
T. 1 - suppl. sem. hop. du 16/12/1975
T 2 - suppl. sem. hop. du 23/12/1975
- SIMONIN (J. L.). - Note sur la démographie médicale - Congrès de la médecine
de groupe. La Baule - 1er juin 1978. -
Encyclopédie médico-chirurgicale - Instantanés médicaux
1979 - 50ème année, N° 1 - p. 45-46
Ed. Techniques - paris.
- SPIELREIN (Marc). - A propos de la capacité optimale des hôpitaux.
Relation entre capacité et coût de fonctionnement. -
La Vie Hospitalière à Paris, N° 5, sept/oct. 1971, p. 457-460.
- STEICHEN (J. C.) - Présentation technique de l'ensemble hospitalier universi-
taire de Nancy-Brabois. - techniques hospitalières médico-
sociales et sanitaires. N° 339 - décembre 1973, p. 76-80

- STEUDLER (François). - Structures hospitalières, pratique libérale et prévention. Une organisation mal adaptée aux objectifs poursuivis. - Le Monde dipl., mars 1975 - p. 9
- STRAUSS (P.), CLAVERIE (L.), LECOURT (A.), PICHAUT (L.) et MANDE (R.). - L'hospitalisation à domicile des enfants. L'expérience de l'Assistance Publique de Paris. - Annales de Pédiatrie 1972, 19/661.
- TAUPIN (Béatrice). - Tournant de la médecine libérale : s'adapter pour survivre. Le Figaro, second cahier du N° du 20/10/1977, p. 33.
- THEIL (Pierre). - Atlas de la France sanitaire, publié sous la direction de Pierre Theil, Nancy, Imprimerie Berger-Levrault, 1969-1970 La Médecine praticienne, N° 380, 1969 et N° 381, 1970. 2 fasc. 27 cm, cartes, ill.
- THEPOT (François). - L'hémodialyse périodique en France : les objectifs en passe d'être réalisés... mais ils sont déjà dépassés. - Propos du Pr Agr. Jean-Philippe Méry, assistant du Pr Richet à l'hôpital Tenon de Paris, membre de la commission nationale d'hémodialyse du Ministère de la Santé, secrétaire général de l'association pour l'utilisation du rein artificiel dans la région parisienne. - Le Quot. Med., Paris, 5 mai 1975.
- TOPPET (M.) et DACHY (A.). - L'hospitalisation pédiatrique à domicile en Belgique. - Archives Françaises de Pédiatrie, T. 34, N° 10 décembre 1977.
- TOULLALAN (M.). - Evolution des éléments de formation des prix de revient des services hospitaliers durant les 5 dernières années (1968-1972) juin 1974. - Rev. Hosp. France, N° 273, Août/septembre 1974 Paris, p. 1083-1115.
- TRAEGER (M. J.). - Communication devant l'académie de médecine, envisageant les perspectives de développement de l'hémodialyse et de la transplantation. - Rev. Prat. du 5/11/1977. T. 27, N° 50 p. 3425.
- TREAN (Claire). - De l'hôpital rural à l'hôpital local. - Concours Méd. 97, N° 36, 18.10.1975 - p. 5729-5733.
- TREMOLLIÈRES (M.). - Le service de l'hospitalisation à domicile de l'assistance publique à Paris. - Techniques hospitalières 1973 327, 57.
- TRIOMPHE (A.). - Economie médicale, Paris. - ed. Heures de France, 1975 216 p.

- VAILLE (Charles). - Application d'une politique de lutte contre les maladies mentales au niveau départemental.
Rev. fr. Aff. Soc. N° 3, juillet/septembre 1975 p. 3-23
Ed. Ministère du Travail, Ministère de la Santé (documentation française), Paris.
- WEEGER (Xavier). - Les soins : le poids croissant des dépenses.
Le Monde : dossiers et doc. : la Sécurité Sociale, N° 28,
février 1976, p. 3
- WISNER (Alain). - Conditions de travail et santé. -
Le Monde dipl. de mars 1975, p. 13
- ZITTOUN (Robert). - Luttés sociales pour une véritable médecine du travail. - Le Monde dipl. , mars 1975, p. 13.

RECAPITULATION DES PRINCIPAUX PERIODIQUES CONSULTES
avec abréviation (1) correspondante, utilisée dans la bibliographie

- Actualité Lorraine (Actual. Lorraine)
- Annales, Economies, Sociétés, Civilisation (Ann. Eco. Soc. Civ.)
- Annales Médicales de Nancy (Ann. méd. Nancy)
- Bulletin d'information du Ministère de la Santé Publique
(Bull. Inform. Minist. Santé publ.) - Paris
- Bulletin et Mémoires de la Société des Sciences Médicales de la Moselle
(Bull. Mém. Soc. Sci. Méd. Moselle)
- Bulletin mensuel des statistiques sociales (Ministère de la Santé Publique
et de la Sécurité Sociale) - (Bull. mens. Statist. Soc.)
- Bulletin des statistiques de Santé et de Sécurité Sociale)
(Bull. Statist. Santé, Sécur. Soc.)
- Bulletin trimestriel de l'Ecole Nationale de la Santé Publique
(Bull. trimest. Ecole natl. Santé Publ.) - Rennes
- Bulletin de l'I. N. S. E. R. M. (Bull. Inst. Natl. Santé. Rech. Méd.)
- Le Concours Médical (Concours Méd.) - Paris
- Les Cahiers Français (Cah. fr.)
- Chronique Sociale de France (Chron. soc. France)
- Derniers Chiffres - supplément aux dossiers de l'économie Lorraine
- Documentation française (Les revues de la Documentation Française)
- District Informations (District. Inf.) - Revue du district de l'agglomération
Nangéenne
- Documentation mensuelle sur la Sécurité Sociale - Paris (textes règle-
mentaires régime général) - (Doc. mens. Sécur. soc.)
- Documentation des institutions sociales (circulaires ministérielles)
(Doc. Inst. Soc.) - Paris

1) les abréviations utilisées sont celles de la Norme internationale ISO 833 :
documentation. Liste internationale d'abréviations de mots dans les
titres de périodiques.

- Documentation permanente sur la Sécurité Sociale (Doc. perm. Sécur. Soc.)
Editée par le Comité Central des Institutions Sociales - Paris
- Dossiers de l'économie Lorraine (Dossiers Econ. Lorraine)
- Economie et Statistique (Econ. Statist.)
- Gazette du Palais (Gaz. Palais).
- La Gazette des Hôpitaux (Gaz. Hôp.) - Paris
- Gestions hospitalières (Gest. hosp.) - Mantes la Jolie
- Gestion Hospitalière-Informations hospitalières (Gest. Inform. hosp.)
- Hospitalisation Nouvelle (Hosp. Nouv.)
- L'Hôpital à Paris - Paris
- Hospitalisation privée (Hospital. priv.)
- Hygiène et Confort des Collectivités
- Informations Sociales (Inform. Soc.) CNAF - Paris
- Journal des Médecins du Nord et de l'Est (J. Méd. Nord-Est)
- Jurisclasseur de Sécurité Sociale (Jurisclasseur Sécur. Soc.)
- Lorraine Magazine (Lorraine Mag.)
- Le Monde Diplomatique (Le Monde dipl.)
- Le Monde : Dossiers et documents (Monde : dossiers et doc.)
- MOSELLA, publiée par l'Institut de Géographie de Metz
- Nouvelle (La) Presse Médicale (N. P. M.)
- Quotidien (Le) du Médecin (Quot. Méd.)
- Recueil des textes officiels intéressant la Santé Publique et la Population
(Rec. des textes officiels intéressant la Santé Publique et la Population)
- Revue de la Sécurité Sociale (Rev. Sécur. Soc.) - 1957/58/63/65/66/67/68/69
Paris.
- Revue Consommation (consommation)
- Revue de droit social (Rev. Droit Soc.) - Paris

- Revue (La) Géographique de l'Est (Rev. Géo. Est) - Revue publiée par les universités de l'Est de la France avec le concours du C. N. R. S.
- Revue internationale de Sécurité Sociale (Rev. int. Sécur. Soc.), par l'association internationale de Sécurité Sociale - Genève
- Revue de Médecine (Rev. Méd.)
- Revue (La) de Médecine pratique (Rev. Méd. prat.)
- Revue (La) du Praticien (Rev. Prat.)
- Revue trimestrielle de Droit Sanitaire et Social (Rev. trimest. Droit sanit. soc.) - Paris
- Revue de Droit Social (Rev. Droit soc.)
- Revue Française des Affaires Sociales (Rev. fr. Aff. soc.)
- Revue hospitalière de France (Rev. Hosp. France) - Paris
- Revue (La) Population (Population)
- Semaine (La) médicale (Sem. méd.)
- Statistiques Sociales (Statist. Soc.) - Paris
- Techniques Hospitalières (Techn. hosp.) - Paris
- Union Sociale (Union soc.) - Revue d'information et de liaison des oeuvres et des organismes sanitaires et sociaux - Paris.
- Vie (La) Hospitalière à Paris
- Vivre à Metz.

R A P P O R T S C O N S U L T E S

- Rapport annuel d'activité 1975 - C.H. Metz (57) - 2 tomes non publiés
- Rapports annuels d'activité de S.A. Clinique Ste Lucie - Essey les Nancy (54)
années 1973/1974/1975/1976/1977 - Non publiés
- Rapport annuel 1974 - Centre Psychothérapique de la Meuse
Fains les Sources (55) - non publié
- Rapport annuel administratif et médical 1974 - C.H. Sp. de Lorquin (57)
non publié
- Rapports annuels de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
 - 1971 - L'Hospitalisation
 - 1972 - L'Assurance-maladie
 - 1973 - La Prévention
- Rapports annuels de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale
 - 1963 : influence de certains facteurs sur la consommation médicale
 - 1964 - 1965
- Rapports annuels de la Cour des Comptes - 1964- 1973
(Journaux officiels - Paris).
- Rapports de la commission des prestations sociales du VIe plan (2 tomes)
- Rapport de la commission santé du VIe plan (2 tomes) 1971 - 1975
La Documentation française - Paris.
- Rapport du Conseil d'Administration de la Clinique St Eloi -
Association Hospitalière du Secteur de Neuves-Maisons (54)-1976
non publié.
- Rapport général de la commission des prestations sociales pour le
Ve plan ou rapport Bordaz
- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales
1971 - L'Hospitalisation
- Rapport moral du C. H. Sp. départemental de Sarrebourg (57) - 1974 - non pub.
- Rapport moral & financier 1974 - C.H. Psychothérapique Nancy-Laxou (54)
non publié

- Rapport moral & financier C. H. R. Nancy (54)
1973/1974/1975/1977 - non publiés
- Rapport moral & financier - 1975 - C. H. Neufchateau (88) - non publié.
- Coût du service public en milieu hospitalier - Union hospitalière du
Sud-Ouest - Congrès de la Rochelle 1969 - Rapport : M. LAVERRIERE
- Equipement (L¹) hospitalier et l'organisation des hôpitaux -
Avis et rapport du Conseil Economique et Social
Rapporteur : M. de VERNEGOUL - 10/12 janvier 1967
- Fédération hospitalière de France -
Le livre blanc de l'hospitalisation publique en France - mai 1965
- Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale.
Rapport sur le fonctionnement et l'organisation du contrôle médical
La documentation Française - Paris -
"Notes et Etudes Documentaires" - N° 3088 du 9 mai 1964
- Prix médical et prix hotelier - Eléments pour une recherche
Revue Hospitalière de France - mai 1968 - N° 211
- Santé et Sécurité Sociale
Tableaux du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale
Editions 1970/1971/1972

TABLE des CARTES

TITRES DES CARTES	PAGES
- Evolution historique de la Lorraine	13 A
- Les Etablissements hospitaliers publics lorrains, selon leur classement et leur taille 1976-1977	20 A-B
- La création des établissements hospitaliers lorrains et leur statut juridique	25 bis
- Total des lits par département en 1976. Répartition de ces lits par statut juridique	52 bis
- Région Lorraine - Carte Sanitaire selon l'arrêté ministériel du 31. X. 1975	59 a
- Nombre total de lits par secteur sanitaire M. C. O. en 1976 Répartition en % entre public et privé (à but lucratif ou non lucratif)	69e
- Population des secteurs sanitaires lorrains (définis selon l'arrêté ministériel du 31. X. 1975)	69 I
- Nombre de lits de M. C. O. par secteur sanitaire en 1976	69 J
- Répartition des lits obstétrico-gynécologiques selon les secteurs sanitaires et par statut juridique	77 bis
- Répartition sectorielle des établissements ou services obstétrico-gynécologiques en Lorraine et proportion de ceux-ci ayant plus ou moins de 25 lits	82 ter
- Implantation des maternités ayant fermé depuis une quinzaine d'années en Lorraine	88 bis
- Répartition des lits de médecine selon les secteurs sanitaires et par statut juridique	116
- Répartition sectorielle des services lorrains de médecine générale et spécialisée selon leur taille - 1976-1977	123 bis
- Les lits actifs de Cardiologie médicale et de Pédiatrie en Lorraine (répartition sectorielle)	170
- Les spécialités médicales en Lorraine. Importance relative de la Cardiologie et de la Pédiatrie dans ces spécialités médicales en 1976-1977 (répartition sectorielle)	171 Bis

- L'Hémodialyse périodique en Lorraine : répartition géographique des différents postes d'hémodialyse en 1978	177 bis

- Implantations des dispensaires antituberculeux en Meurthe Moselle	
avant 1977	204 a
au 1er janvier 1977	204 b
au 1er juillet 1978	204 c

- La Pneumophtisiologie en Lorraine	209 bis

- La sectorisation psychiatrique pour adulte en Lorraine	279
- La sectorisation psychiatrique infanto-juvénile en Lorraine	280

- Les soins intensifs et la réanimation en Lorraine	288

- Zones d'attraction comparées des hôpitaux publics de Bar le Duc (55), Cirey/Vezouze (54), Neufchateau (88), St Avold (57), et St Mihiel (55)	319 bis
- Attraction du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy sur les Cantons Lorrains en 1977	335
- Répartition Géographique des Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires et des Centres Hospitaliers Régionaux non Universitaires de France	471

-:-:-:-

TABLES des GRAPHES et FIGURES

-:-:-:-

TITRES DES GRAPHES & FIGURES	PAGES
- Répartition des Etablissements hospitaliers lorrains selon leur localisation départementale, leur taille et leur statut juridique	41 ter
- Poids en médecine , chirurgie et gynécologie-obstétrique de chacun des secteurs par rapport au total des lits lorrains de M. C. O. en 1976	69 f
- Importance des différents secteurs en ce qui concerne leur nombre de lits M. C. O. évalué en pourcentage du total des lits de ces services en Lorraine	69 h
- Répartition graphique des établissements obstétrico-gynécologiques	
- publics	93 a
- privés à but lucratif	93 b
- privés à but non lucratif	93 c
selon leur nombre de lits	
- Fréquence des différents taux d'occupation des services ou établissements de gynécologie-obstétrique par statut juridique en Lorraine	99 bis
- Répartition graphique des services de médecine lorrains selon leur taille et leur statut juridique	120 bis

- Répartition des services lorrains de médecine générale et spécialisée selon leur taille (1976-1977)	123 ter

- Répartition graphique des services de médecine selon leur taille	
- publics	135
- privés à but lucratif	136
- privés à but non lucratif	137

- Répartition graphique des lits pédiatriques publics en Lorraine en 1976-1977	166 ter

- Schéma d'organisation de la carcinologie hospitalière	195

- Répartition graphique des établissements lorrains, selon la taille de leur service de chirurgie et leur statut juridique 301
- Les établissements hospitaliers lorrains, selon leur nombre de lits chirurgicaux et leur statut juridique, possédant ou ne possédant pas certains équipements 304 et 304 bis

TABLE DES TABLEAUX

-:-:-:-:-

TABLE DES TABLEAUX	PAGES
- Densité au Km ² des arrondissements et départements de Lorraine en 1975 et population sans doubles comptes 1975	9 A
- Répartition centésimale des catégories socio-professionnelles en France et en Lorraine en 1968	10
- Evolution en Lorraine des actifs par secteur entre 1968 et 1975	10
- Nombre d'établissements par statut juridique dans les différents départements lorrains	14 bis
- Création d'établissement (3 ff.)	25 ter
- Nombre de lits par statut juridique dans les différents départements	40 bis
- Répartition des établissements hospitaliers lorrains, selon leur taille, leur localisation départementale et leur statut juridique (2 ff.)	41 bis
- Classement des établissements hospitaliers, selon la taille de l'unité urbaine où ils sont situés (définition INSEE 1975)	45 bis
- Etablissements publics situés dans des unités urbaines de 10 000 à 24 999 habitants	45 bis
- Les lits d'hospitalisation et la population lorraine	48
- Rapport du nombre des établissements et lits en Moselle sur le nombre d'établissements et lits en Meurthe & Moselle	52
- Nombre d'établissements et nombre de lits en Meuse et dans les Vosges en 1976-1977	53
- Indices de besoins en lits M. C. O. pour les secteurs définis par l'arrêté ministériel du 30. X. 1973	57
- Carte sanitaire de la Lorraine. Sectorisation définie par arrêté ministériel du 31/X/1975. Application des indices fixés par l'arrêté ministériel à la population recensée en 1975	59 b

- Carte sanitaire de la Région Lorraine. Modifications apportées par la parution de nouveaux indices lits/population (15 avril 1977).	64 a 64 b
- Les indices de besoins en lits M. C. O., selon les arrêtés ministériels de 1973, 1975 et 1977	66
- Répartition des lits selon la population du secteur sanitaire	69 b
- Nombre total de lits par secteur sanitaire M. C. O. (et selon le statut juridique) (2ff.)	69 g
- Surplus de lits par secteur (par rapport aux arrêtés ministériels de 1975 et 1977)	71

- Taux de fécondité en France et en Lorraine de 1900 à 1969	72
- Maternité et gynécologie : nombre de lits	75 bis
- Répartition privé/public des lits obstétrico-gynécologiques dans les différents secteurs sanitaires	77
- Répartition sectorielle et par statut juridique des services obstétrico-gynécologiques	79
- Répartition des services obstétrico-gynécologiques selon leur taille et leur statut (juridique)	82
- Obstétrico-gynécologie : Nombre d'établissements, selon la taille de leur service d'obstétrico-gynécologie	82 bis
- Répartition des établissements obstétrico-gynécologiques ayant plus ou moins de 25 lits	83
- Les services obstétrico-gynécologiques de moins de 25 lits en Lorraine (en 1976)	85
- Liste des maternités ayant fermé depuis une quinzaine d'année (3 ff.)	87, 87 bis 87 ter
- Liste des Etablissements obstétrico-gynécologiques	
- publics	91
- privés à but lucratif	92
- privés à but non lucratif	93

- Durée moyenne de séjour et taux publics en 1971/1972/1973/1974 (enquête nationale)	97
- Récapitulation des données pour les établissements ou services obstétrico-gynécologiques	
- publics	103
- privés à but lucratif	104
- privés à but non lucratif	105

- Répartition sectorielle et juridique de lits de médecine et spécialités médicales en 1976-1977 - Comparaison avec les indices ministériels de 1975-1977	107 bis
- Excédents sectoriels de lits de Médecine et spécialités médicales par rapport aux arrêtés ministériels de 1975 et 1977	108
- Pourcentages comparés de lits de court et long séjour, dans le secteur public et le secteur privé	111 bis
- Répartition centésimale "privé-public" des lits médicaux en Lorraine	112
- Répartition "privé-public" des lits médicaux dans les différents secteurs sanitaires	115
- Répartition public/privé des établissements ayant des services de médecine et de spécialités médicales (par secteur sanitaire)	118
- Répartition des établissements hospitaliers ayant un service de médecine ou spécialités médicales selon leur statut juridique et la taille du service (1976-1977)	120
- Répartition sectorielle des services de médecine générale et spécialisée selon leur taille (1976-1977)	123
- Répartition juridique (en pourcentage) des lits de Médecine en France et en Lorraine (en 1973-1976)	127
- Fonctionnement du secteur public par catégorie d'établissement (Etude Nationale 1974)	128
- Caractéristiques lorraines des services de médecine, selon la catégorie d'établissement	129
- Caractéristiques lorraines des services de médecine - catégories regroupées	130

- Récapitulation des données pour les établissements (ou services) de médecine	
- publics	132
- privés à but lucratif	133
- privés à but non lucratif	134
- Spécialités Médicales - Nombre de lits (classement sectoriel et juridique)	140
- Lits de spécialités médicales et la population lorraine en 1976/1977	141
- Récapitulation des données pour les établissements (ou services) de spécialités médicales	
- publics	142
- privés à but lucratif	143
- privés à but non lucratif	144

- Cardiologie : nombre total de lits en Lorraine par secteur MCO	146 bis
- Récapitulation des données pour les établissements (ou services) publics de cardiologie	147 bis
- Les plus grands services de cardiologie	148

- Répartition sectorielle des lits de Pédiatrie en Lorraine	150
- Les lits pédiatriques et la population lorraine en 1975 (répartition sectorielle)	151
- Durées de séjour et taux d'occupation des services de pédiatrie du Secteur N° 3 - Metz-Thionville	154
- Nombre de lits - Durée de séjour et taux d'occupation des services de pédiatrie du secteur N° 4 - Boulay - Forbach - St Avoild - Sarreguemines	155
- Nombre de lits - durée de séjour et taux d'occupation des services de pédiatrie du secteur N° 5 : Bar le Duc - Commercy - St Mihiel	156
- Nombre de lits - durée de séjour et taux d'occupation des services de pédiatrie du secteur N° 6 - Nancy - Pont à Mousson - Toul	157
- Comparaison entre les projets de 1975 et de 1977, pour l'Hôpital d'enfants à Brabois (54)	160

- Nombre de lits - Durée de séjour et taux d'occupation des services de pédiatrie des secteurs	
N° 8 Lunéville	162
N° 9 Neufchateau-Vittel	162
N° 10 Epinal	163
N° 11 St Dié	163
N° 12 Remiremont/Gérardmer	164
- Mortalité périnatale en France et en Lorraine en 1972 et 1976	165
- Récapitulation des données pour les services de pédiatrie	166 bis 1 166 bis 2

- Etude quantitative de la Cardiologie et de la Pédiatrie parmi les spécialités médicales lorraines - 1976-1977 (2 ff).	169

- Les postes d'hémodialyse en Lorraine en 1978	175
- Récapitulation des données concernant les services d'hémodialyse en Lorraine en 1976	182

- L'équipement Lorrain de Carcinologie en 1978	186
- Taux comparatifs de mortalité par tumeurs malignes en France et en Lorraine (1968/1971/1974)	190
- Pourcentage représenté par les tumeurs malignes dans le total des décès en France et en Lorraine (1972-1975)	191

- Equipement lorrain en lits actifs en pneumophtisiologie en 1976/1977	
- secteur public	199
- secteur privé	200
(récapitulation des données)	

- Les Services psychiatriques hospitaliers en Lorraine (1976-1977) - récapitulation des données (2ff).	275

- Récapitulation des données pour les services de soins intensifs et de réanimation en 1976	
- Etablissements publics	289
- Etablissements privés à but lucratif	290
- Etablissements privés à but non lucratif	291

- Soins intensifs - Réanimation : nombre de lits par secteur et forme juridique	292

- Evolution des indices lits/population en chirurgie (1975/1977)	293
- Chirurgie et spécialités chirurgicales - Répartition sectorielle et juridique des lits en regard avec les arrêtés de 1975/ et 1977	294
- Répartition sectorielle des lits chirurgicaux lorrains	296
- Les lits chirurgicaux selon leur appartenance juridique	298
- Récapitulation des données pour les services de chirurgie et spécialités chirurgicales en 1976	
- Etablissements publics	311
- Etablissements privés à but lucratif	312
- Etablissements privés à but non lucratif	313

- Domicile des malades hospitalisés à l'Hôpital local de Cirey/Vezouze (54), en 1975	315
- Taux de fréquentation des différents cantons envoyant des malades à l'Hôpital de Cirey. Vezouze (54)	315 bis
- Zone d'attraction de l'Hôpital de St Mihiel (55)	317
de St Avold (H. Municipal) (57)	317
- Taux de fréquentation des différents cantons envoyant des malades à l'Hôpital St Mihiel (55)	317 bis
l'Hôpital municipal de St Avold (57)	317 bis
- Pourcentage par canton d'origine des malades du secteur actif (année 1975) du C. H. de Neufchateau (88)	318
- Taux de fréquentation des différents cantons envoyant des malades au Centre Hospitalier de Neufchateau (88) en 1975	318 bis
- Origines géographiques des entrées du secteur actif du Centre Hospitalier de Neufchateau (88) - en 1975	319
- Zone d'attraction du Centre Hospitalier de Bar le Duc (55)	320
- Taux de fréquentation des différents cantons envoyant des malades au Centre Hospitalier de Bar le Duc	320 bis

- Origines des malades hospitalisés au C. H. de Metz (étude par arrondissement)	321
- Zone d'attraction du C. H. U. de Nancy - départements les plus attirés	323
- Origine régionale des malades hospitalisés au C. H. U. de Nancy, en 1977	324
- Valeur de l'attraction du C. H. U. de Nancy, sur les régions voisines en 1977	326
- A ^T traction du C. H. U. de Nancy sur les départements des régions voisines en 1977	327
- Attraction lorraine départementale du C. H. U. de Nancy (en 1977)	328
- Comparaison entre l'attraction exercée par le C. H. U. de Nancy en Meuse, Haute Marne et Moselle en 1977	329
- Attraction du C. H. U. Nancéien en 1977, taux de fréquentation cantonaux	331
- en Meurthe & Moselle	332
- en Meuse	333
- en Moselle	334
- dans les Vosges	343
- Origine Géographique des malades du C. H. U. de Nancy en 1977 et selon les grands secteurs d'hospitalisation (statistiques détaillées)	348
- Les emplois hospitaliers lorrains par départements en 1975/76	349
- Importance relative des emplois hospitaliers en Lorraine (en 1975/1976 et en pourcentage)	356
- Les emplois hospitaliers dans le marché du travail en 1976	357
- en Meurthe & Moselle	358
- en Meuse	359
- en Moselle	360
- dans les 2 agglomérations lorraines bi-départe- mentales	363
- dans les Vosges	363 bis
- Les emplois du secteur hospitalier public en lorraine en 1975-1976 (selon leur localisation & leur spécificité)	364
- Les emplois du secteur hospitalier privé en Lorraine en 1976 (selon leur localisation et leur spécificité)	364 bis
- Budgets comparés de certains établissements-types hospitaliers lorrains (privés et publics) (4ff)	368/1 368 2

- Part des "frais de personnel" dans le Budget d'établissements publics lorrains types, selon leur nombre de lits	369
- Evolution de la masse salariale dans la section d'exploitation de certains établissements hospitaliers publics-types	371
- Part de la masse salariale dans les dépenses d'exploitation d'établissements hospitaliers privés-types	373
- Salaire moyen théorique (1978)	375
- Salaire moyen théorique par statut juridique (1978)	376
- Valeur comparative des budgets d'exploitation de certains hôpitaux -types lorrains et des communes d'implantation en 1977	378/1

-:-:-

TABLE DES ANNEXES

TITRE DES ANNEXES	PAGES
- Questionnaire-type utilisé pour notre enquête	397
- Arrêté ministériel du 31 octobre 1975 fixant la limite des secteurs sanitaires pour la région sanitaire de Lorraine	405
- Répertoire des Etablissements hospitaliers de Meurthe & Moselle Meuse, Moselle et Vosges en 1976-1977 (classement départemental - indication de leur nombre de lits total et de leur numéro de secteur)	411
- Loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière	427
- Décret N° 72-1068 fixant la liste des équipements matériels lourds mentionnés par l'Art. 46 de la Loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière	449
- Décret N° 72-1078 du 6 décembre 1972, relatif au classements des Etablissements publics et privés assurant le service public hospitalier	451
- Décret N° 74-431 du 14 mai 1974 abrogeant certaines dispositions du code de la santé publique et fixant les conditions de la Coopération du Service de Santé des Armées et du Service Public Hospitalier	457
- Arrêté du 15 avril 1977 du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, et fixant les indices de besoins en lits d'hospitalisation pour la Médecine, la Chirurgie, et la Gynécologie-Obstétrique	468
- Répartition géographique des centres hospitaliers régionaux et universitaires et des centres hospitaliers régionaux non universitaires de France (1978)	470
- Formulaire de Budgets-types des établissements hospitaliers publics (selon l'arrêté ministériel le plus récent)	475