

les

cahiers

4

La coopération
transfrontalière
sanitaire

de la

m ot

Sommaire

- 3** EDITORIAL
- 4** LES FONDEMENTS ET LES FORMES DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE SANITAIRE
- 7** CARTE DES ACTIONS DE COOPÉRATION SANITAIRE FINANCÉES PAR INTERREG 3
- 8** OBSTACLES ET ENJEUX
- 10** LES OUTILS DE PLANIFICATION SANITAIRE FRANÇAIS ET LES INSTRUMENTS JURIDIQUES DE LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE
- 12** LA SANTÉ DANS LA CONSTRUCTION EUROPÉENNE
- 14** EXPERIENCES DE TERRAIN
 - LE PROJET SANTÉ EN THIÉRACHE
 - LE PROJET LUXLORSAN
 - LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE HOSPITALIÈRE EN PACA
 - PROJET D'HÔPITAL COMMUN TRANSFRONTALIER EN Cerdagne-CAPCIR
- 19** POUR EN SAVOIR PLUS
 - DERNIÈRES PARUTIONS ET ADRESSES DE SITES INTERNET DISPONIBLES SUR LE SITE DE LA MOT

Suite à l'ouvrage réalisé par la MOT en 2001 sur la coopération transfrontalière sanitaire et au séminaire de recherche-action sur ce même sujet en octobre 2002, ce cahier se propose d'actualiser et de remettre en perspective cette problématique complexe tout en restant extrêmement synthétique, conformément aux contraintes du format et à l'objectif pédagogique des « cahiers ». Pour des raisons techniques, il n'a pas été possible de reconduire l'enquête exhaustive menée préalablement à la rédaction de l'ouvrage de 2001. Les éléments d'exemples et la carte de synthèse figurant en page 7 se fondent donc uniquement sur l'inventaire des actions recensées dans le cadre du programme Interreg 3, volets a et b. Les anciennes cartes par frontière et thématiques restent toutefois disponibles sur notre site internet www.espaces-transfrontaliers.org.

Directeur de Publication : Jacques HOUBART
Rédaction : Olivier DENERT
Conception-réalisation : MarKomm
Décembre 2004
ISSN : 1763-3621



Ce cahier a été réalisé à l'aide du concours de la DAEI du Ministère de la Santé



Vers la santé transfrontalière



Avec ce quatrième cahier thématique consacré à la coopération transfrontalière dans le secteur de la santé, la Mission Opérationnelle Transfrontalière confirme un engagement constant dans un domaine complexe.

Les acteurs hospitaliers se félicitent de cette nouvelle initiative à la fois pédagogique et promotionnelle. Les activités transfrontalières sanitaires sont en effet encore trop méconnues.

L'importance des frontières et des régions frontalières est souvent perdue de vue lorsque l'Europe se fait l'écho de la mobilité des patients ou des professionnels de santé. La spécificité transfrontalière apparaît peu et les promesses de soutien à une mise en réseau restent vagues. Or, la coopération transfrontalière est avant tout issue de projets concrets animés par des professionnels de santé motivés, que les obstacles n'effraient pas et qui ont besoin d'être encouragés et aidés dans leurs initiatives.

Le partenariat entre la Fédération Hospitalière de France (FHF) et la Mission Opérationnelle Transfrontalière qui date de 1999, sert à cela. Il s'est d'abord concrétisé par la réalisation d'un rapport publié en décembre 2001 " L'état des lieux de la coopération transfrontalière sanitaire" et par l'organisation de séminaires. Il se poursuit par des échanges réguliers et une étroite collaboration avec différents acteurs pour valoriser l'existant, développer les expérimentations et lever les blocages administratifs.

Au niveau européen, la Fédération Européenne des Hôpitaux (HOPE) poursuit également son action d'influence auprès des instances, de développement d'outils au service du montage de projets européens. Il s'agit bien de faire reconnaître la spécificité des établissements frontaliers et leur vocation de laboratoires de la construction européenne pour offrir aux habitants des régions frontalières la meilleure qualité de soins au plus près de chez eux.

Cette coopération transfrontalière est aujourd'hui à un tournant : elle doit répondre à quatre enjeux majeurs : organiser la transparence, utiliser les compétences acquises, favoriser le partage d'expériences et s'intégrer dans les problématiques territoriales nationales et régionales plutôt que de rester une activité déconnectée ■

Gérard VINCENT

Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France,
Président de la Fédération Européenne des Hôpitaux (HOPE)

Les fondements et les formes de la coopération

Comme dans de nombreux domaines de la coopération transfrontalière, la coopération sanitaire est née des besoins des populations frontalières.

Des besoins de la population à une vraie démarche de projet

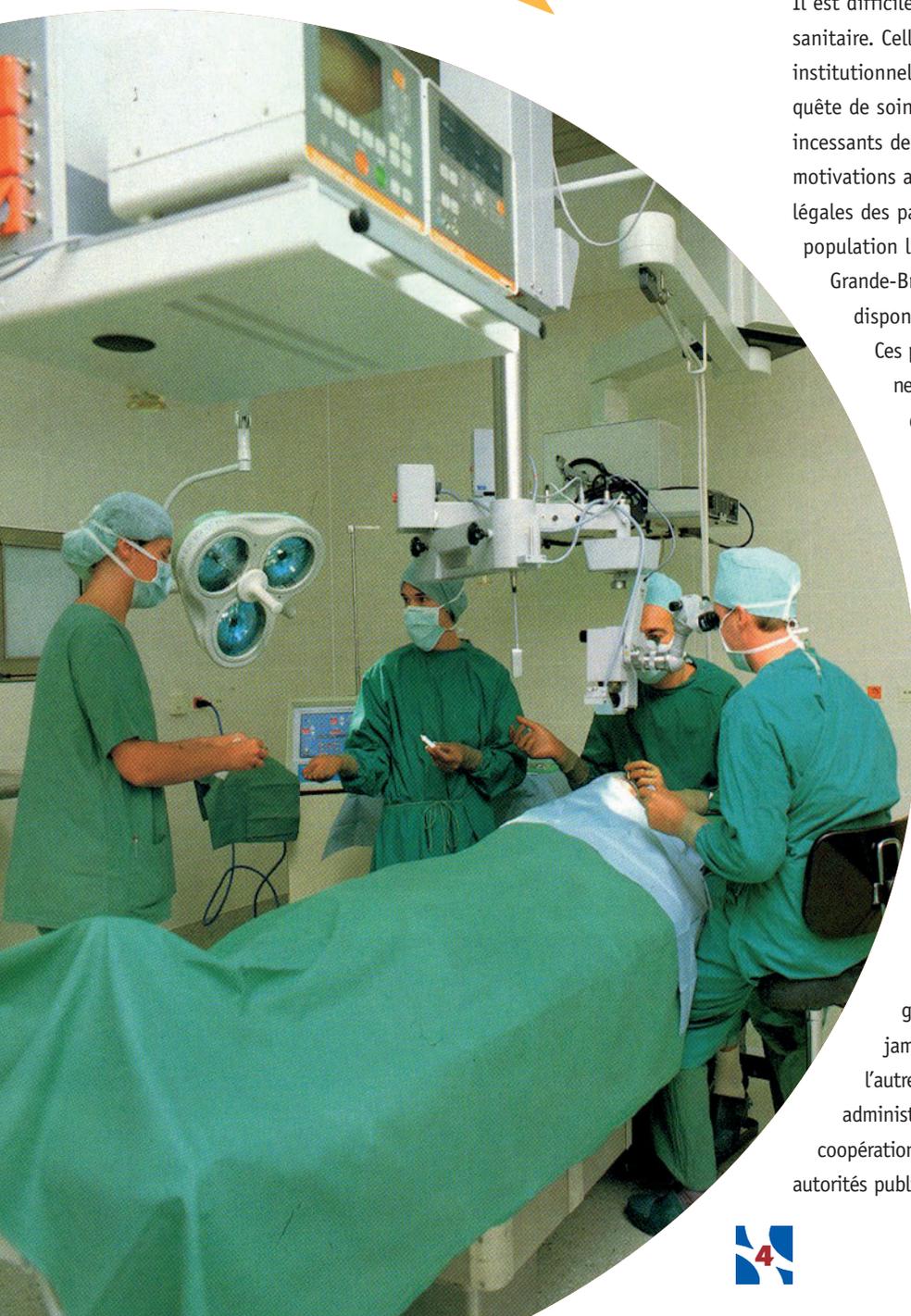
Les origines

Il est difficile de détecter l'origine de la coopération transfrontalière sanitaire. Celle-ci s'est d'abord développée hors de tout cadre institutionnel préalable, en réponse aux flux de patients frontaliers en quête de soins de plus ou moins grande proximité. Ces passages incessants de part et d'autre de la frontière reposaient sur des motivations aussi diverses que les caractéristiques médicales et légales des pays d'accueil et les problèmes rencontrés par la population locale : accouchement des Françaises en Belgique, IVG en Grande-Bretagne, consultation de spécialistes trop éloignés ou peu disponibles dans tel pays, utilisation d'équipements modernes... Ces pratiques multiples et l'émergence d'une mobilité professionnelle transfrontalière ont progressivement conduit à instaurer des règles et des accords, dans des domaines aussi variés que la couverture sociale des travailleurs frontaliers (au début des années 1970) ou la médecine d'urgence.

Une démarche contemporaine

La coopération transfrontalière sanitaire organisée et menée par des porteurs de projet est plus récente. Elle embrasse aujourd'hui un large éventail de secteurs sanitaires (médecine hospitalière et ambulatoire, secteur médico-social) et de thématiques (complémentarité des équipements et des soins programmés, couverture sociale transfrontalière, mobilité des praticiens, prévention, formation, recherche...).

Elle se développe dans des espaces frontaliers, véritables bassins de vie européens aux caractéristiques épidémiologiques très proches. Si la frontière qui les coupe en deux n'a jamais empêché la propagation des épidémies d'un pays à l'autre, elle n'en demeure pas moins un obstacle juridique et administratif pour les patients comme pour les acteurs actuels de la coopération (principalement les établissements de soins et les autorités publiques sanitaires).



on transfrontalière sanitaire

Au départ, les expériences contemporaines de coopération transfrontalière peuvent être fondées sur une recherche de complémentarité, surtout si les carences des établissements partenaires sont différentes et complémentaires : manque de moyens, manque de personnel, mutualisation d'un équipement lourd, mise en complémentarité de spécialités médicales nationales (ophtalmologie, odontologie...) et médico-sociales (enfants handicapés, personnes âgées...) particulièrement pertinente dans certaines zones frontalières. La plupart du temps, en bi ou trinômes de part et d'autre des frontières, ces coopérations aboutissent parfois à la mise en place de réseaux locaux d'acteurs transfrontaliers impliquant établissements et institutions organisatrices.

Une répartition géographique inégale

A l'instar des autres domaines de la coopération transfrontalière, la santé n'échappe pas à une dichotomie spatiale dans l'intensité des actions menées de part et d'autre des frontières françaises. On constate en effet que les établissements sanitaires situés à proximité des frontières belge, luxembourgeoise et allemande, principaux protagonistes de la coopération, sont beaucoup plus " coopératifs " que ceux localisés dans le sud de la France. On enregistre cependant une progression récente des actions de coopération sur la frontière franco-italienne.

Frontière creuset et frontière-glacis

D'une manière générale, l'intensité des relations transfrontalières est déterminée par la nature des territoires transfrontaliers.

- un premier groupe rassemble les espaces partagés par une frontière-creuset, zone de contact dans des secteurs de plaine littorale ou fluviale souvent urbanisés. Cette frontière associe des territoires au système de santé d'inspiration bismarckienne⁽¹⁾ qui partagent une communauté d'histoire, de culture, de langue, de destin et de vie quotidienne (flux multiples). Ce type de frontière concentre la majorité des actions de coopération transfrontalière.
- A l'inverse, les espaces des massifs jurassien, alpin et pyrénéen sont séparés par une frontière-glacis impliquant des systèmes de santé d'inspiration beverdigienne⁽¹⁾ et où les flux sont limités. La coopération sanitaire s'y concentre, sauf exceptions, sur l'urgence de montagne ou sur une mise en réseau à plus longue distance.

Une coopération aux multiples facettes

Les thématiques de collaboration privilégiées par les établissements de soins sont nombreuses. Nous opérons ici une classification forcément réductrice qui recoupe en fait une réalité foisonnante et com-

plexe. En effet, la plupart du temps, un projet traite de plusieurs thématiques, est porté par de nombreux partenaires et évolue au fur et à mesure de son avancement.

A l'instar des autres domaines de la coopération transfrontalière, la santé n'échappe pas à une dichotomie spatiale dans l'intensité des actions menées de part et d'autre des frontières françaises.

Echanges d'expériences

Sur les 43 projets financés aujourd'hui par Interreg IIIA, les échanges d'expériences sont la thématique la plus fréquente : les partenaires cherchent à se connaître et se comprendre, organisent des réunions et des groupes de travail afin de pouvoir mener à bien, ou poser les bases d'une action ultérieure.

Création de structure dédiée

Cette connaissance du fonctionnement et des besoins de l'autre peut aller jusqu'à la création d'une structure dédiée incarnant ce réseau local de travail. L'Observatoire Franco-Belge de la Santé (1999), constitué en GEIE, regroupe par exemple 17 partenaires bi-nationaux dont la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) et les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) concernés côté français ainsi que l'Institut national belge d'assurance maladie invalidité.

Cette structure travaille sur l'ensemble de la frontière franco-belge à une meilleure connaissance de la réalité sanitaire transfrontalière afin d'encourager une série de projets de mise en complémentarité des équipements et d'amélioration de l'accès aux soins pour les populations frontalières.

La formation

La formation est une thématique de plus en plus présente. Les actions de formation continue et professionnelle se caractérisent par des échanges de praticiens entre établissements partenaires et plus fréquemment par des stages communs. Ce type de coopération permet aux acteurs de mieux connaître les enjeux et les savoir-faire des partenaires frontaliers. On peut citer en exemple le projet " Mobilité et éducation pour les étudiants, formateurs et professionnels de santé " mené entre l'université catholique de Lille et des universités du Kent. La formation en langues est nettement moins répandue, alors que la dimension linguistique demeure un obstacle important en transfrontalier. ►

(1) Cf encadré page 13

La prise en charge des frontaliers reste un axe fort, surtout dans le domaine hospitalier avec, dans certains cas, l'aspect important de la mobilité des patients.

- La formation initiale dans une perspective transfrontalière reste pour sa part relativement rare. Cela est en partie dû aux différences d'organisation des cursus médicaux et d'administration hospitalière entre les pays. On constate quelques exceptions, comme la mise en place d'un diplôme transfrontalier d'assistant social sur la frontière franco-belge.

La prise en charge des frontaliers

La prise en charge des frontaliers reste un axe fort, surtout dans le domaine hospitalier avec, dans certains cas, la dimension importante de la mobilité des patients. On distingue les projets déjà opérationnels⁽¹⁾ et qui entament parfois leur 2ème génération d'utilisation des programmes Interreg⁽²⁾ de ceux, plus nombreux, qui sont au stade de l'étude de faisabilité⁽³⁾.

Toutes les actions de coopération en matière de soins programmés ne peuvent être recensées ici. Certaines ne font plus appel aux fonds Interreg mais continuent de fonctionner, notamment dans le domaine des urgences.

La prévention

La prévention, en particulier dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie, les risques cardiaques ou les pratiques sexuelles des jeunes, est au cœur de plusieurs projets impliquant les structures médico-sociales locales comme la plateforme " toxicomanie " entre Maubeuge, Lille, Mons et Charleroi.

La recherche

La recherche médicale, peu présente en transfrontalier, associe différents hôpitaux, souvent universitaires, dans des domaines de pointe (chirurgie du foie entre Nice et Turin ou entre Strasbourg, Liège et Luxembourg) mais sans qu'une logique de stricte proximité entre en jeu.

Les conventions de sécurité sociale

Les conventions de sécurité sociale, liées surtout aux flux de patients en hospitalier et à la complémentarité d'équipements médicaux, restent rares : le projet "Transcards" a par exemple développé des complémentarités de soins et une convention d'assurance maladie spécifique entre la Thiérache française et le Hainaut belge.

La création de structures juridiques

Enfin, la création de structures juridiques exclusivement consacrées à des problématiques sanitaires transfrontalières reste rare. On a recensé quatre GEIE, essentiellement franco-belges : l' "OFBS" "Luxlorsan" et "Transcards", Perpignan-Figueras autour d'un Petscan (tomographie d'émission de positons), tous groupements transfrontaliers associant de part et d'autre des institutions et des hôpitaux sur un même territoire et coordonnant des actions diversifiées de coopération (complémentarité des équipements et des services, production de connaissance, échanges de personnel...).

Un contraste de positionnement des acteurs qui s'amenuise

Si les structures hospitalières locales ont été les véritables pionniers de la coopération transfrontalière sanitaire, les pouvoirs publics interviennent de plus en plus en affirmant progressivement leur rôle de promoteurs et d'appui dans ce domaine.

Par la nature même des besoins des populations auxquels ils doivent faire face, les centres hospitaliers et les structures médico-sociales restent malgré tout en première ligne.

Des élus en retrait

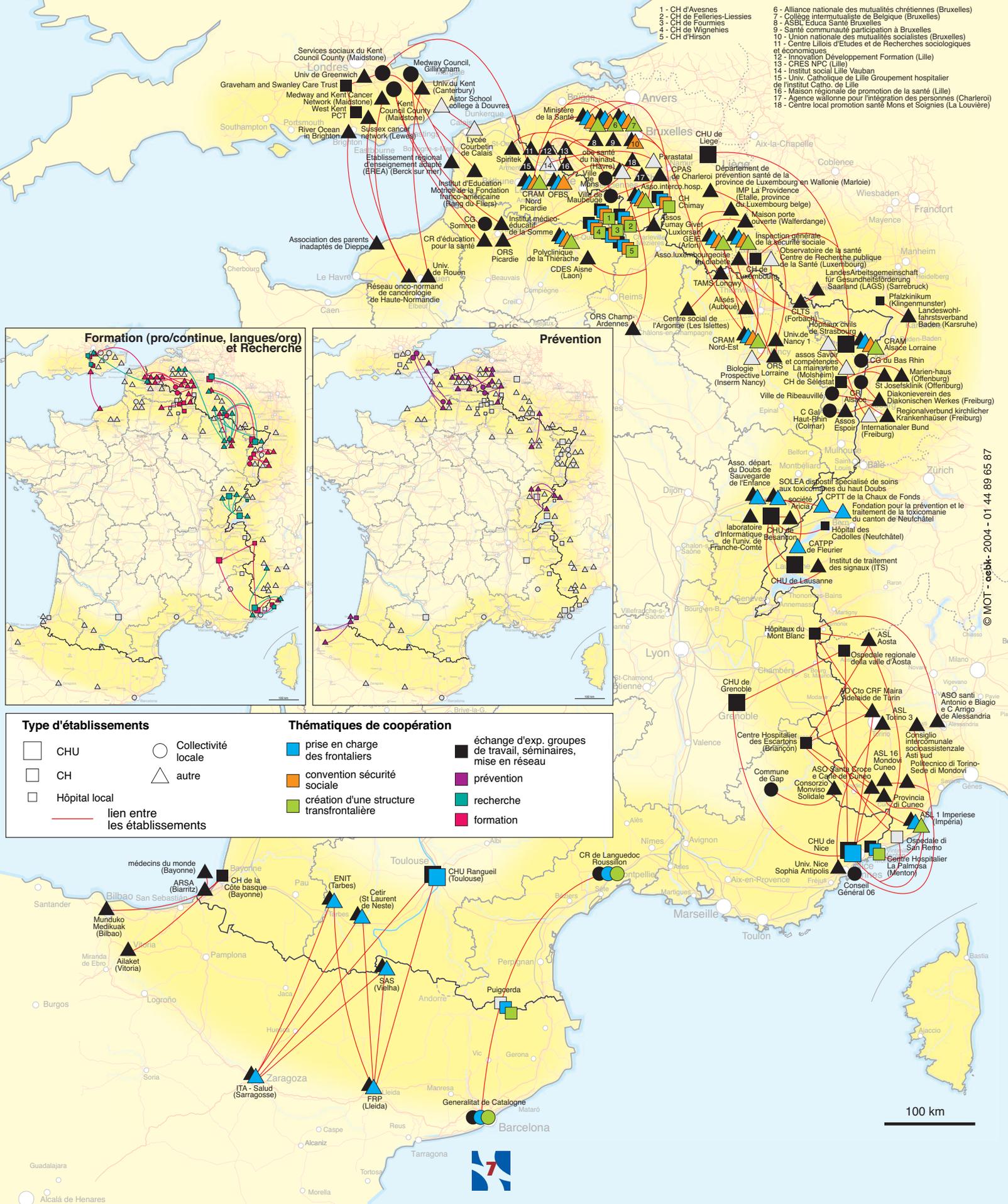
Les institutions (services sanitaires déconcentrés du ministère et de la CNAM) interviennent de plus en plus comme facilitateurs des projets et sont souvent co-signataires des conventions. Ils sont en revanche rarement initiateurs, à l'exception du cas de quelques structures comme la DRASS Nord-Pas-de-Calais, les CRAM Nord-Picardie, Nord-Est et Alsace, l'Urcam Alsace et surtout les ARH qui prennent progressivement en compte la dimension transfrontalière dans leur projet de SROS 3 (cf page 10). On déplore toutefois un soutien politique ténu de la part des collectivités locales et de leurs élus. Ceux-ci restent en effet souvent en retrait des questions sanitaires, soit par tradition, soit en l'absence de compétences sanitaires alors qu'ils pourraient justement promouvoir leur vision transfrontalière territoriale et interdisciplinaire ■

(1) exemple du Centre périnatal de proximité transfrontalière entre Menton et la province d'Impéria en Italie (cf page 17).

(2) exemple de collaboration-échange " dialyse-sida " entre les centres hospitaliers de Mouscron et Tourcoing.

(3) exemple d'une partie du projet Luxlorsan associant en neurosciences les CH de Longwy, Luxembourg-Ville et ceux de la province belge du sud Luxembourg (cf p 16) ou encore le projet de création d'hôpital transfrontalier franco-espagnol de Puigcerda (cf page 18).

Les projets de coopération sanitaire financés par Interreg III



Obstacles et enjeux

De nombreuses difficultés

Si la coopération transfrontalière sanitaire peut paraître relever du bon sens, en apportant un certain nombre de réponses à des besoins insuffisamment couverts et en favorisant le développement d'une meilleure complémentarité, elle n'est pas pour autant chose aisée.

La barrière culturelle et linguistique

Plus spécifiques aux questions de santé, les obstacles linguistiques et culturels sont bien réels. Si certains établissements commencent à initier des mises à niveau dans ce domaine à travers des cours de langues, la publication de glossaires traduits et des échanges de personnels (démarches au demeurant rares), la non compréhension du partenaire (praticien, autorité sanitaire et surtout patient), pose un problème récurrent qui freine de façon considérable les flux transfrontaliers et ampute le potentiel de développement de la coopération. La forte densité des coopérations franco-belges sur la frontière francophone illustre bien l'impact du problème linguistique. La difficile compréhension culturelle du fonctionnement des partenaires frontaliers et de leurs méthodes de travail, constitue également une barrière, renforcée par la faiblesse des structures de concertation.

Problèmes administratifs et réglementaires

La forte divergence des systèmes de santé en Europe (formation et champ de compétence des acteurs, fonctionnement, financement...) rend leur comparaison souvent difficile et toute tentative de parallélisme stérile entre des niveaux de décision et d'action différents. La méconnaissance réciproque, souvent profonde, de l'organisation existant de l'autre côté de la frontière entrave la conduite de projets pertinents.

Les problèmes d'ordre juridique et réglementaire sont souvent très épineux à régler, à commencer par la planification sanitaire, celle-ci

étant encore trop souvent conduite dans une perspective strictement nationale (duplication d'équipements comme d'activités dans les zones les plus urbanisées ou au contraire disparition progressive de l'offre hospitalière dans les bassins transfrontaliers faiblement peuplés) pour répondre aux besoins d'une population censée ne pas se déplacer hors des frontières. Des progrès importants mais ponctuels sont toutefois à enregistrer mais la force d'inertie des pouvoirs planificateurs demeure.

Les difficultés relatives à l'absence de coordination des systèmes de protection sociale se sont considérablement amoindries depuis les arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) (cf pages 11 et 12). Toutefois, la généralisation de zones de couverture sociale, transfrontalières intégrées (type Transcard), avec simplification administrative n'est pas pour demain. En témoignent notamment les délais de remboursement parfois très longs pour des établissements prenant en charge des patients du pays voisin, même dans le cadre d'une convention inter-hospitalière transfrontalière dûment signée. Des éléments aussi divers que la mise en place depuis 2003 de la tarification à la pathologie pour les hôpitaux, ou le développement de la carte européenne de santé viennent progressivement faciliter les mécanismes complexes du transfrontalier.

La difficile régulation des écarts de démographie médicale pose quant à elle de nombreuses questions, pas encore résolues : comment permettre à des médecins de s'installer dans les zones sous-dotées d'un pays frontalier (de la Sarre vers la Moselle par exemple, cf projet Interreg 3 entre le Centre Lorrain des Technologies de Santé à Forbach et le LandesArbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung de Sarrebruck) ? A l'inverse, comment limiter l'exode des infirmières formées en France vers des pays où elles sont mieux payées (notamment entre la Haute-Savoie et Genève) ?

Enfin, les porteurs de projet rencontrent de nombreux obstacles dans le montage de leurs actions : pour la mobilisation des fonds, l'utilisation du programme Interreg, permettant de co-financer leur projet, rebute encore bon nombre d'entre eux (cf page 10). Par ailleurs, la complexité dans l'utilisation d'une structure juridique commune comme support d'un projet (cf page 11) vient rajouter à leurs difficultés.

La mise en œuvre progressive de conventions bilatérales (en cours de signature avec la Belgique et en négociation avec l'Allemagne) devrait permettre de faciliter les coopérations en levant un certain nombre de ces obstacles.

Les enjeux d'une période transitoire

La coopération transfrontalière sanitaire, en plein essor depuis le début des années 1990 semble aujourd'hui marquer le pas dans de nombreuses régions, leurs promoteurs étant allés souvent au bout des possibilités offertes par le cadre juridique et administratif existant. Limitée par la faiblesse des moyens de financement adéquats disponibles et par un problème récurrent de sensibilisation des acteurs, elle doit réaliser un saut qualitatif. Malgré les avancées réelles, de nombreux efforts restent à faire pour passer d'une coopération ponctuelle et encore expérimentale à une démarche qui s'inscrit dans la durée.

Les principaux enjeux actuels sont de :

- Promouvoir une meilleure connaissance réciproque : identifier les acteurs et la compréhension du système de santé du partenaire et harmoniser les données est un prérequis à généraliser, notamment par la multiplication des observatoires de la santé (cf OFBS, LuxLorSan...). Ce travail de diagnostic quantitatif et qualitatif de l'offre et de la demande de soins pourrait être mené par une instance de concertation qui permettrait également d'intégrer les besoins et les équipements frontaliers déjà existants dans les démarches nationales de planification sanitaire.
 - Institutionnaliser un volet transfrontalier dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de 3ème génération (SROS 3).
 - Encourager la dimension européenne dans la formation initiale médicale et y faciliter les passerelles entre les cursus des pays de l'Union Européenne.
 - Développer la formation aux langues et la formation continue dans une dimension transfrontalière : stages, séjours d'immersion, échanges...pour harmoniser les pratiques médicales et partager les savoirs faire efficaces.
 - Poursuivre la mise en complémentarité des équipements lourds.
 - Réguler les problèmes de démographie médicale, notamment en encadrant et en encourageant la mobilité des professionnels de santé, pour pallier le manque de praticiens dans les zones rurales. Soumettre à condition le départ des professionnels formés dans un pays vers d'autres aux salaires plus élevés.
 - Favoriser dans certains cas la création de pôles d'excellence européens, par le rapprochement des investissements en équipement mais également des professionnels de haut niveau.
- Développer les zones de couverture sociale intégrée sur l'ensemble des frontières et poursuivre l'interopérabilité des systèmes d'assurance sociale.
 - Poursuivre la signature d'accords-cadres entre la France et ses pays frontaliers pour préciser et encadrer juridiquement la coopération. Clarifier le cadre et les structures juridiques disponibles pour développer la maîtrise d'ouvrage commune dans le domaine des soins.
 - Rapprocher les acteurs de santé des collectivités locales impliquées dans la coopération transfrontalière (qui savent maîtriser l'utilisation des fonds Interreg) afin de réintégrer la santé dans les projets de territoire transfrontalier, pilier thématique des bassins de vie transfrontaliers.
 - Poursuivre la sensibilisation des autorités sanitaires centrales et déconcentrées au transfrontalier
 - Poursuivre le travail de diffusion des bonnes pratiques (projets exemplaires, méthodologies éprouvées) et de mise en réseau des porteurs de projet transfrontaliers et des réseaux nationaux (Caisses d'assurance maladie, Ordres des pharmaciens et des médecins, FHF...) en s'appuyant notamment sur l'action de la Mission Opérationnelle Transfrontalière.
 - Accompagner sur le terrain les actions. Assister les porteurs de projet, notamment par la mise en place de chefs de projet, portés par une structure commune et un financement approprié.

Glossaire

- ANMC** : Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (Belgique)
- ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- CH (U)** : Centre Hospitalier (Universitaire)
- CJCE** : Cour de Justice des Communautés Européennes
- CMU** : Couverture Maladie Universelle
- CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CP/R/NAM** : Caisse Primaire/Régionale/Nationale d'assurance Maladie
- CPEP** : Contrat de Plan Etat Région
- DC SanCo** : Direction Générale Santé Consommateurs
- DD/RASS** : Direction Départementale/Régionale d'Assistance Sanitaire et Sociale
- FHF** : Fédération Hospitalière de France
- GEIE** : Groupement Européen d'Intérêt Economique
- GIE** : Groupement d'Intérêt Economique
- ORS** : Observatoire régional de la santé
- PETSCAN** : En français, TEP (Tomographie d'émission de positons) : méthode scintigraphique qui utilise un émetteur de positons pour détecter les tumeurs
- SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire



La prise en compte du sanitaire transfrontalier par les démarches de planification et les outils de financement

A la suite des arrêts de la CJCE, certains ont dénoncé le risque que comporterait la mise en place d'une libre circulation des patients pour le système hospitalier français dans le cadre des politiques de planification sanitaire (risque de sur ou sous capacité d'accueil, voire disparition de structures...). A l'avenir, une des solutions va de toute évidence consister pour l'Etat à favoriser la signature d'accords intégrant la coopération transfrontalière dans les démarches de planification.

Dans les contrats de plan Etat-régions (CPER)

Actuellement, la dimension transfrontalière sanitaire n'y est pas prise en compte. Le transfrontalier en tant que tel et la santé y occupent une meilleure place mais le croisement des deux thématiques est inexistant bien que le CPER dispose d'enveloppes conséquentes qui peuvent être utilisées comme contreparties nationales, nécessaires à une utilisation d'Interreg pour financer un projet de coopération transfrontalière.

Dans le schéma national des services collectifs sanitaires (SNSCS)

Le SNSCS a vocation à fixer, dans une perspective à 20 ans, les principales orientations en matière d'évolution des services collectifs sanitaires. Il ne s'impose pas à l'échelon régional et doit prendre en compte les méthodes et les instruments préexistants de régulation spécifique au domaine sanitaire : conférences de santé, programmes régionaux, cartes sanitaires et SROS. Il prend acte des coopérations existantes, reconnaît la nécessité d'envisager des " formes de coopération plus institutionnalisées à travers des conventions multipartites portées par les Etats membres parties aux projets " et engage le Ministère dans un accompagnement des différentes démarches, notamment le remboursement des patients frontaliers à travers la multiplication des conventions et l'intégration dans les programmes universitaires d'échanges d'étudiants en filière " santé ".

Au sein des politiques de planification du Ministère de la santé

Dans les régions frontalières, il est désormais anachronique de penser la planification sanitaire uniquement à l'intérieur des frontières nationales. Mais l'action résultant de ce constat n'est pas chose aisée. Les instances chargées de la planification sanitaire sont distinctes d'un pays à l'autre, les équipements et structures faisant l'objet de cette planification sont eux-mêmes différents. Il faut donc

se garder, au stade actuel, d'une vision idyllique : les systèmes de santé sont trop différents pour qu'une planification transfrontalière conjointe globale puisse être rapidement mise en place. Pour autant, l'objectif de satisfaction des besoins de santé de la population frontalière ne doit pas être perdu de vue, en particulier à l'échelon local.

Si la planification reste un acte de souveraineté, dont les outils et méthodes sont liés à une réalité nationale spécifique, rien n'empêche dès aujourd'hui de changer les méthodes de travail, en intégrant systématiquement la dimension transfrontalière aux réflexions françaises. Les SROS de 3ème génération, en cours d'élaboration ont commencé à prendre en compte cette dimension dans leurs travaux préparatoires, à l'instar des SROS Nord-Pas-de-Calais, Alsace ou PACA.

A l'échelon partenarial, on constate que les organisateurs des Conférences Régionales de Santé des régions frontalières n'hésitent plus à inviter leurs voisins, pour des échanges fructueux sur les problèmes de santé publique. Ce travail de réflexion commune doit contribuer demain à l'amélioration des outils de planification. Des lieux de parole et d'échange existent déjà à l'instar de l'OFBS et de LuxLorSan pour la frontière belge et luxembourgeoise ou de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur qui se saisissent régulièrement de sujets sanitaires, portés par les autorités déconcentrées. L'émergence à terme d'Agences Régionales de Santé, en phase d'expérimentation dans certaines régions, pourrait constituer un avantage logistique dans la conduite d'une politique transfrontalière mieux coordonnée à l'échelle régionale.

Le poids d'INTERREG 3.

Il est difficile d'établir une comparaison stricte de l'utilisation d'Interreg 3 avec le nombre de projets financés par sa génération précédente, Interreg 2, le recensement actuel ne portant pas sur la période de programmation entière qui s'achèvera en 2006. Toutefois, l'évolution semble relativement stable : 43 projets depuis 2000 dans des domaines très variés (cf carte page 7). Faute d'avoir mené en parallèle une enquête lourde sur l'ensemble des projets de santé transfrontaliers en cours, il est impossible de mesurer l'ampleur de ceux qui n'utilisent pas Interreg mais il semble que le programme est plus sollicité par les porteurs de projet que précédemment. Par ailleurs, il est intéressant de noter que l'objectif 3 relatif à la coopération territoriale dans la prochaine programmation 2007-2013 pourra financer les infrastructures sanitaires.

Cadres et outils juridiques utilisés dans la pratique de la coopération transfrontalière sanitaire aux frontières françaises

1. PROJET D'ACCORD CADRE FRANCO-BELGE SUR LA COOPÉRATION SUR LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE

Cet accord, en cours de finalisation fin 2004, s'appliquera exclusivement aux territoires des régions frontalières de la frontière franco-belge.

Il résulte de la volonté de l'Etat, suite aux arrêts de la CJCE (Cf. ci-après) de simplifier le système d'autorisation préalable dans les zones frontalières par le biais d'accords bilatéraux : " dans les zones frontalières, le système d'autorisation préalable apparaît mal adapté aux besoins locaux puisqu'il freine l'accès aux structures hospitalières situées au-delà de la frontière, alors que celles-ci peuvent être plus proches ou mieux équipées. Des accords de coopération sanitaire transfrontalière, conclus avec les autorités compétentes des Etats frontaliers et déclinés au niveau local, permettraient de lever ce système d'autorisation préalable. "

(Source : circulaire DSS/DACI n° 2003-286 du 16 juin 2003, NOR : SANS0330254C)

Le projet d'accord définit le cadre juridique de la coopération sanitaire transfrontalière, notamment le régime des conventions de coopération sanitaire entre structures sanitaires et les règles de prise en charge par chaque régime de sécurité sociale dans le cadre de ces conventions.

Les principes fixés dans cet accord devraient être précisés par des arrangements administratifs conclus après son entrée en vigueur.

2. OUTILS POUVANT ÊTRE UTILISÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ DANS LE CADRE DE LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE

DÉNOMINATION	DROIT APPLICABLE	OBJET	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS	EXEMPLES
2.1 Outil de coopération prévu par le code de la Santé Publique					
Convention hospitalière loi de 1991	Article L 6134-1 Code de la santé publique (1991)	Toutes actions de coopération internationale	Formule utilisable par tous les établissements publics de santé français dans leur coopération avec des personnes de droit public ou privé situées de l'autre côté de la frontière. Contenu de la convention librement défini par les signataires dans leurs champs d'intervention communs.	Outil de droit français utilisable sous réserve de sa reconnaissance par le droit régissant les établissements de santé étrangers partenaires. Dispositions mises en œuvre sous la responsabilité de chaque signataire.	Convention entre le CH de Menton " La Palmosa " et l'ASL n°1 Imperiese. Convention de complémentarité entre le CH de Tourcoing et la clinique de Mouscron.
2.2 Outil de coopération de facto					
Groupe européen d'intérêt économique (G.E.I.E)	Règlement européen n° 2137 (25/07/85) et législation nationale (depuis 1989 en France)	Défini par le règlement : "faciliter et développer l'activité économique de ses membres."	Autonomie juridique par rapport à ses membres. Facilité de constitution quand il n'y a pas de capital. En pratique, interprétation large de l'objet du groupement Adhésion de toute personne morale ou physique possible.	Objet et mission limités ; il ne peut exercer un pouvoir de contrôle sur ses membres Existence d'un risque financier. Exclusion de toute activité purement administrative. Exclusion de la frontière franco-suisse.	GEIE de la santé en Thiérache (1996) Hirson (F)-Chimay (B), GEIE Observatoire Franco-Belge de la Santé (1999), GEIE Luxlorsan (2002).

3. OUTILS DE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES ET DE LEURS GROUPEMENTS POUVANT ASSOCIER DES STRUCTURES SANITAIRES*

DÉNOMINATION	DROIT APPLICABLE	OBJET	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS	EXEMPLES
District Européen	Droit interne français : article L1115-4-1 CGCT (août 2004)	Toute action entrant dans le champ de compétence de ses membres	Possibilité d'associer dans cet établissement public local de droit français tout établissement public local ou national, dont les établissements publics de santé.	Participation de collectivités locales françaises et étrangères nécessaire Objet limité à des champs de compétences communs collectivités/établissements publics de santé.	Pas encore d'exemple de district européen associant des structures sanitaires.
Groupe local de coopération transfrontalière (GLCT)	Accord de Karlsruhe (1998) et futur accord franco-belge de coopération transfrontalière	Mission et service qui présentent un intérêt pour les membres.	Personne morale de droit public. Possibilité d'associer à côté des collectivités des établissements publics locaux auxquelles elles participent.	Participation de collectivités locales françaises et étrangères nécessaires Objet limité à des champs de compétences communs collectivités/structures sanitaires.	Des GLCT pourraient associer des structures sanitaires de type centres communaux d'action sociale.

* Le cas du GIP n'a pas été traité : le GIP de coopération transfrontalière et interrégionale ne peut accueillir que des collectivités territoriales appartenant à d'autres pays de l'Union Européenne et les autres formes de GIP, notamment dans le domaine de la santé, ne sont pas ouvertes à des structures sanitaires étrangères.

La santé dans la construction européenne

Un cadre juridique pour la mobilité des patients

Initier des actions de coopération sanitaire en transfrontalier, suppose que les patients qui franchissent la frontière pour bénéficier de prestations de santé puissent obtenir leur remboursement par leur régime de santé national. A ce titre, la Cour de Justice des Communautés Européennes a développé depuis les arrêts Kohll et Decker (28/04/98) une jurisprudence qui favorise l'accès aux soins dans un autre Etat de l'Union Européenne.

Si l'Union Européenne s'était jusqu'à cet arrêt limitée à édicter des règles de coordination des systèmes de santé (Cf. formulaires E111 et E112), cette jurisprudence applique aux prestations de santé les règles communautaires issues du principe de libre circulation des biens et des services. Sur cette base, les régimes nationaux d'autorisation préalable, pour bénéficier de soins ou obtenir des produits dans un autre Etat de l'Union Européenne, sont analysés comme des entraves à cette libre circulation, sauf restriction justifiée par des impératifs d'intérêt général : équilibre du système de sécurité sociale, organisation du service médical et hospitalier, niveau de protection de la santé (arrêts Smits et Peerbooms, 12/07/01).

Cette jurisprudence et les arrêts ultérieurs qu'elle a entraînés ont un impact sur la mise en œuvre en transfrontalier des régimes de couverture sociale. En effet, au-delà des régimes spécifiques existant pour les travailleurs frontaliers (accès aux soins dans le pays d'emploi) et des initiatives très localisées de coordination comme Transcards (Cf. page 15), les bassins de vie transfrontaliers sont les premiers concernés par cette jurisprudence qui ouvre un libre choix du lieu de soin aux patients.

La jurisprudence communautaire

Les deux premiers arrêts ont porté sur le remboursement de soins ambulatoires réalisés à l'étranger (Kohll et Decker, 28/04/98). La CJCE a jugé que l'exigence d'une autorisation préalable était contraire aux principes communautaires. Dans l'arrêt suivant, (Vanbraekel, 12/07/01) elle a jugé que le régime de sécurité sociale devait verser un remboursement complémentaire de ces prestations quand le tarif pratiqué à l'étranger était inférieur au tarif national. Les cures thermales sont également visées depuis l'arrêt Leichtle (18/03/04). Concernant les soins hospitaliers, la CJCE (arrêts Smits et Peerbooms) a reconnu la possibilité de maintenir une autorisation préalable à condition qu'elle soit encadrée par des critères justifiés, objectifs,

proportionnés, non discriminatoires et connus à l'avance. Elle prévoit également qu'elle soit accordée automatiquement dans certains cas, notamment pour un traitement éprouvé non disponible avec la même efficacité dans l'Etat concerné ou plus récemment pour des questions de délai (arrêt Inizan, 23/10/03).

La CJCE a confirmé cette différence d'approche entre soins ambulatoires et soins hospitaliers (Arrêts Müller-Fauré et Van Riet, 13/05/03) et a précisé que les retraités bénéficient de conditions d'accès aux soins plus favorables que les travailleurs (Arrêts IKA, 25/02/03). Il est important de noter que ces arrêts successifs n'ont pas bouleversé les équilibres des régimes de santé, notamment dans les zones frontalières.

Impact sur la coordination des régimes de santé en transfrontalier

Les Etats européens, s'ils conservent la liberté de définir les règles afférentes à leurs régimes de sécurité sociale, doivent désormais se conformer au droit communautaire. A l'échelle française, une circulaire a été publiée dans ce sens en juin 2003 (DSS-DACI 2003-286) et la signature d'accords bilatéraux est en cours (Belgique) ou envisagée (Allemagne, Espagne) pour permettre une coordination des systèmes de couverture sociale dans les zones transfrontalières (Cf page 11).

Actualité de la carte européenne d'assurance maladie

Issue des résolutions du Conseil européen de mars 2002 à Barcelone, la mise en place d'une carte européenne d'assurance maladie s'inscrit dans l'objectif global visant à supprimer les obstacles à la mobilité professionnelle et géographique au sein de l'Union Européenne.

Cette carte, individuelle et nominative, atteste des droits du titulaire à l'assurance maladie lors d'un séjour temporaire en Europe mais n'ouvre pas de nouveaux droits (circulaire DSS/DACI 2004-243). Elle a vocation à remplacer, à l'échéance du 1er janvier 2006, les différents formulaires papiers, le premier concerné étant le E111 (soins occasionnels à l'occasion de séjour de courte durée à l'étranger) et à accélérer les remboursements des soins reçus à l'étranger.

La Commission Européenne a formulé différentes propositions en février 2003 en vue de son introduction le 1er juin 2004 : d'abord réservée aux soins d'urgence, elle devrait être étendue aux soins programmés (E112) et dotée d'une puce électronique.

Diversité et convergences européennes

L'émergence de convergences fortes marque aujourd'hui les systèmes de santé en Europe. Des défis similaires pèsent sur les finances publiques et obligent à des réformes lourdes afin de maîtriser des dépenses dépassant la croissance économique. Y répondent des solutions proches qui visent à optimiser la rentabilité du secteur dans un contexte de concurrence accrue : régulation des prix, des ressources et du volume des services de soins ; fixation de limites aux dépenses ; enfin, transfert des dépenses vers le secteur privé. Parallèlement à ces trois politiques, les pays de l'Union s'orientent tous vers des mesures prenant en compte les niveaux de production et l'efficacité relative, en particulier dans le domaine hospitalier. L'amélioration de l'efficacité devient le leitmotiv des réformes qui ont ouvert la voie à l'introduction d'outils relevant de l'économie de marché dans le secteur sanitaire : dans les pays à secteur public sanitaire intégré, ces réformes se sont appuyées sur la séparation entre prestataires et financeurs, sur la décentralisation des décisions et l'introduction d'une plus grande compétition entre prestataires. La privatisation progresse, notamment dans certains pays (Grande-Bretagne, Allemagne, Autriche...).

La convergence entre états membres de l'UE est également encouragée par l'Union elle-même, même si les pays ont décidé que le niveau étatique ou régional restait le mieux adapté en matière sanitaire : la Communauté respecte la diversité des systèmes et le principe de subsidiarité, n'agissant que si les actions contribuant à un niveau élevé de protection de la santé humaine peuvent être mieux menées au niveau communautaire qu'au niveau des États membres.

Impact de l'intégration européenne sur les politiques de santé

La santé est malgré tout présente dans les objectifs politiques de la construction européenne depuis les grands actes fondateurs de la communauté (règlement 1408/71 relatif à la couverture sociale des travailleurs frontaliers, en cours de remplacement par le 883/2004 ou formulaires E110, 111, 112, 119 et 128). Depuis 1992, elle figure dans les traités européens (Maastricht article 125, 1992; Amsterdam

art. 152, 1997). La future Constitution européenne renforce de manière significative les compétences des États membres en matière de santé : pour la première fois, à la demande de la France, les États membres sont encouragés à coopérer entre eux, afin d'améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les zones frontalières. (art III-278). De manière plus générale, la santé fait l'objet d'incitations, notamment financières, en particulier pour la prévention, avec le programme de santé publique pour la lutte contre les grands fléaux (maladies transmissibles, cancer, tabagisme, alcoolisme et toxicomanie...), de réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux conditions professionnelles, sociales ou environnementales de vie, de sécurité alimentaire, d'éducation à la santé ... Par ailleurs, l'Union dispose d'un pouvoir d'harmonisation des politiques nationales en matière de produits sanguins et de substances d'origine humaine.

L'Europe intervient également en santé publique par le biais des politiques de libre circulation des personnes appliquée aux patients (cf jurisprudence de la CJCE, page 12), comme aux professionnels de santé, aux biens (politique du médicament, de matériel-vigilance) et services. Le concept d'un possible "marché unique des services de santé dans l'espace européen", découlant d'un projet de directive relative aux services dans le marché intérieur en janvier 2004 (directive dite "Bolkenstein") est pour sa part particulièrement controversé : s'il était adopté par le Parlement européen et les États membres, il ferait de la santé un service comme un autre devant être soumis à la concurrence, fondé de surcroît sur le principe du pays d'origine⁽¹⁾, ce que contestent globalement le monde médical ainsi que la très grande majorité des États membres.

La création en juin 2002 d'un "Processus de réflexion de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux" entre ministres européens de la santé a marqué une étape importante dans la réflexion sur l'accès aux soins et leur qualité, l'information des praticiens et des patients, la meilleure utilisation des ressources, l'existence de centres de référence hautement spécialisés et le partage de structures disponibles avec des patients sur liste d'attente dans d'autres pays... Premières actions pilotes dès 2005.

Bismarck - Beveridge

Les systèmes de protection sociale et de mode de financement en Europe sont très distincts : on les regroupe schématiquement dans deux catégories, même si la majorité d'entre eux, en pleine évolution, tendent à devenir de plus en plus mixtes.

Systèmes bismarckiens : ils relient le bénéfice de l'assurance maladie à l'appartenance à une catégorie professionnelle. Dans ce système d'assurance obligatoire, la tutelle sur l'offre de soins est assurée par des instances distinctes du ou des financeurs.

Systèmes beveridgiens : à l'opposé, ces systèmes nationaux assurent le financement des dépenses de santé par la fiscalisation. L'accès est universel et l'offre de soins demeure le monopole d'un service national de santé.

Le système français est particulièrement mixte puisqu'il a élargi à une base fiscale son mode de financement d'origine bismarckienne.

(1) L'article 16 de cette proposition de directive prévoit que les prestataires seraient soumis uniquement aux dispositions nationales de leur état d'origine.

Expériences de terrain

Le projet Thiérache santé

Projet-phare de la coopération transfrontalière sanitaire, célèbre grâce à Transcard, Thiérache santé est une véritable référence par l'ampleur des champs abordés et le degré d'intégration d'accès aux soins atteint sur un territoire transfrontalier. ■

La coopération transfrontalière hospitalière dans les Alpes maritimes

Les Hôpitaux des Alpes Maritimes sont particulièrement impliqués dans le domaine de la coopération transfrontalière. A eux deux, le CHU de Nice et celui de Menton sont engagés dans des actions pionnières sur des secteurs diversifiés. ■

Chaque projet de coopération transfrontalière en matière de santé revêt sa personnalité propre selon la situation géographique dans laquelle il s'inscrit, les objectifs qu'il poursuit, les acteurs qu'il regroupe et les actions qu'il met en œuvre. Les quatre projets choisis sont rapidement présentés ainsi que la vision stratégique qui a présidé à la conduite technique de la démarche. ■

Lux Lor San

Le projet Lux Lor San, entrepris entre le Luxembourg, la Lorraine et la Wallonie en 2002 est particulièrement ambitieux : avoir une connaissance fine du territoire sanitaire afin de répondre au plus près des besoins du terrain. ■

Le projet d'hôpital commun transfrontalier Cerdagne-Capcir

Ce projet, unique en son genre, a pour théâtre la partie catalane de la frontière franco-espagnole. Au stade pré-opérationnel, il serait le premier équipement sanitaire conçu dès le départ en transfrontalier. ■

Le projet Thiérache Santé

La coopération sanitaire entre la Thiérache (France, Aisne et Nord) et le Pays de Chimay s'est développée à partir du milieu des années 1990 autour d'un concept de réseau sanitaire intégré fondé sur la réalité d'un bassin de vie transfrontalier. La complémentarité en matière de soins, d'équipements médicaux, les échanges transfrontaliers de patients et de praticiens étaient autant d'objectifs qui, dix ans après, ont été atteints.

Ainsi, ce territoire est devenu une véritable zone franche d'accès aux soins transfrontaliers. Une structure juridique dédiée, (GEIE), a été créée en 1996 entre le CH d'Hirson, l'Assos. hosp. des sud Hainaut et Namurois et le CH. des Fagnes (CSF) de Chimay pour mieux répondre aux besoins de santé locaux et favoriser la complémentarité entre les deux établissements. Elle a veillé à la structuration de l'offre de soins à travers une politique concertée : de nombreuses actions, soutenues par Interreg, sont menées dans ce cadre, fondées sur la libre circulation des prestataires de soins et leur collaboration transfrontalière : échanges de radiologues, collaboration en pédiatrie, chirurgie vasculaire et gynécologie, prestation de sages femmes d'Hirson au CSF de Chimay...

En parallèle, " Transcard ", projet phare de la couverture transfrontalière des soins, a été lancé, reposant sur une convention d'extension de la couverture sociale sur ce territoire transfrontalier de 140 000 habitants. Coordonné en France par le GIE Sesam Vitale et en Belgique par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, il regroupe les ministères en charge de la santé, les organismes d'assurance maladie et les représentants de six établissements sanitaires (cf fiche d'identité).

L'objectif est de simplifier les procédures administratives d'accès aux soins générées par les flux transfrontaliers de patients, en utilisant la technologie des réseaux télématiques et des cartes SIS en Belgique et Vitale en France. Les patients ont donc la possibilité d'accéder sans autorisation préalable aux soins des établissements concernés.

Ils bénéficient ainsi de l'accélération des procédures administratives : dématérialisation des formulaires E111 et 112 et d'une offre de soins

élargie.

Deux bémols

toutefois : en France,

seul le régime général de l'assurance maladie

est partenaire, les assurés sociaux de la Mutualité Sociale Agricole, très présents dans cette zone rurale, ne peuvent pas bénéficier du système Transcard, d'où l'intérêt de l'y associer. D'autre part, espace socio-économiquement défavorisé, le nombre de personnes en Thiérache française relevant de la Couverture Maladie Universelle est important. Ces personnes bénéficient du tiers payant mais pas lorsqu'elles veulent se faire soigner en Belgique. Ces deux éléments freinent le développement des relations sanitaires transfrontalières.

Toutefois, face au succès général de l'opération, il est question d'étendre prochainement le concept aux Ardennes françaises et au versant Est de la métropole lilloise (Mouscron, Tourcoing, Roubaix, Wattrelos) avant une généralisation en franco-belge d'ici 2007.

Fiche d'identité

Nom du projet Thiérache Santé - Transcards

Frontière franco-belge

Zone géographique Thiérache (Aisne et Nord – France)
(Sud Hainaut – Belgique)

Thèmes abordés mise en réseau et complémentarité des équipements de part et d'autre, mobilité des patients et des praticiens, couverture sociale transfrontalière intégrée.

Partenaires du projet assos. interco. hosp. du sud Hainaut et du sud Namurois (Belgique), Hôpitaux d'Avesnes, Hirson, Fourmies, Felleries-Liessies, polyclinique de Wagnéhies côté français, CH de Chimay côté belge, GIE Sésame Vitale, Ministères français et belges de la santé, organismes d'assurances maladie.

Structure juridique Groupement Européen d'Intérêt économique (1996)

Personne ressource M. Mees, directeur du CH Brisset d'Hirson

Trois questions à M. MEES, DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER BRISSET D'HIRSON

Quelle est la spécificité transfrontalière de votre projet ?

C'est un projet qui a vocation à réaliser au-delà des coopérations, une véritable complémentarité des ressources de soins existants de part et d'autre de la frontière.

Il s'agit du fonctionnement d'un vrai réseau de soins qu'utilise également la médecine de ville.

Quels sont les points forts dans la méthodologie d'élaboration de votre projet ?

Paradoxalement, son point fort réside dans la disparition de la méthodologie car avec le temps, elle a été remplacée par une relation interpersonnelle très

fluide des acteurs médicaux de la zone. La méthodologie fut une étape maintenant dépassée.

Quels sont, à terme, les points d'approfondissement du projet ?

Une meilleure intégration du projet :

- recrutement pour un usage commun de médecins
- achat d'équipements bio médicaux en commun après autorisation le cas échéant des autorités de tutelle et avec un partenariat financier recherché auprès des collectivités territoriales régionales concernées.



Le projet Lux Lor San



Le projet LuxLorSan (LLS) est né en 2002 d'un constat : il est nécessaire de mieux connaître les moyens et les besoins sanitaires afin de mieux promouvoir une politique de santé régionale transfrontalière.

Piloté par les autorités sanitaires de 3 pays (cf fiche d'identité), co-financé par le programme Interreg 3a et structuré dans un GEIE, LLS vise à la mise en œuvre des complémentarités d'accès aux soins et des services et à créer des synergies entre les établissements et les équipes soignantes des trois territoires de la Grande Région : Grand Duché de Luxembourg - Province du Luxembourg (Wallonie) et Lorraine. Soucieux de répondre aux multiples besoins d'information et de connaissance sur les systèmes des voisins, cette structure a mis en œuvre une recherche-action basée sur l'étude exhaustive des caractéristiques sanitaires du territoire : rapport " Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Luxlorsan ".

Cet objectif de mise en service d'un centre de ressources se manifeste par ailleurs par un travail de veille juridique et réglementaire et la création d'un tableau de bord de la santé. La capitalisation des informations a fait également l'objet d'un site internet :

www.santetransfrontaliere.org qui a vocation à devenir un portail d'information du grand public et d'accès commun aux opérateurs des projets de santé transfrontalière. Enfin, l'organisation d'un colloque annuel à dimension eurorégionale vient compléter le dispositif.

Les actions dédiées à des publics cibles se concentrent sur la prévention et l'éducation des patients, une réflexion sur la mobilité et la prise en charge des personnes âgées et handicapées.

Enfin, le projet Luxlorsan s'attache à promouvoir des actions favorisant l'accès aux soins. Il a d'ores et déjà soutenu une coopération opérationnelle transfrontalière à travers la constitution d'une filière de soins en neurosciences entre l'association hospitalière du bassin de Longwy (AHBL), les cliniques du sud Luxembourg (Arlon en Belgique) et le CH de Luxembourg. Ce projet a fait l'objet en juin 2004 d'une convention cadre inter-hospitalière entre les partenaires belges et luxembourgeois dans le domaine de la neurochirurgie et des PET-CT, fondée sur la continuité de la prise en charge médicale dans des délais raisonnables et une proximité acceptable pour la population, le partage des compétences entre les institutions et une meilleure qualité du service rendu. Ce projet en phase de démarrage repose enfin sur la collaboration étroite et la mobilité des praticiens entre les différents établissements impliqués.

Fiche d'identité

Nom du projet Lux-Lor-San

Frontière : franco-belgo-luxembourgeoise

Zone géographique Lorraine (3 départements frontaliers), Wallonie (province du Luxembourg), Luxembourg

Thèmes abordés connaissance transfrontalière (site internet, colloque, observatoire), veille juridique, filière hospitalière commune en neurosciences.

Partenaires du projet Mutualité Chrétienne de la Province du Luxembourg et ANMC (Belgique, cf page 9), CRAM Nord-Est et Alsace Moselle (France), Inspection Générale de la Sécurité Sociale (Luxembourg), Centre d'Etudes des Populations, de Pauvreté et des Politiques Socio-Economiques (Luxembourg).

Structure juridique Groupement Européen d'Intérêt Economique, juillet 2002

Personnes ressources Henri Lewalle , ANMC.

Trois questions à M. Henri Lewalle, ANMC

Quelle est la spécificité transfrontalière de votre projet ?

- Sa dimension territoriale, en particulier la relation ambivalente avec le Luxembourg. Malgré sa forte attractivité économique (nombre croissant de travailleurs frontaliers qui peuvent être également des patients mais également des praticiens), faiblesse de l'offre de soins luxembourgeoise qui l'oblige à coopérer avec ses voisins pour des soins spécifiques.
- Sa transversalité : sanitaire hospitalier, ambulatoire mais également médico-social (notamment avec la Belgique sur le secteur des personnes âgées).

Quels sont les points forts dans la méthodologie d'élaboration de votre projet ?

On ne part pas de zéro. Connaissance préalable surtout en franco-belge, ce

qui facilite l'avancement du projet.

Quels sont, à terme, les points d'approfondissement du projet ?

- Après avoir traité du quantitatif, approfondir sur la qualité de la prise en charge dans tous les domaines. Cela permettrait de mieux définir les complémentarités : si une même prestation a une meilleure qualité pour un coût équivalent, on pourrait à terme se concentrer sur la plus intéressante en évitant les doublons, tout en gardant à l'esprit la notion de soins de proximité.
- Stimuler les inter-relations des praticiens sur le terrain, les mettre en réseau, créer autour d'eux un climat favorable propice à tous les partenariats

La coopération transfrontalière inter-hospitalière en Provence-Alpes-Côte d'Azur

La région PACA se caractérise par son positionnement le long de deux frontières : la première, relativement étanche avec le massif alpin qui la sépare de l'Italie, la deuxième parfaitement invisible puisqu'elle passe au milieu des rues la séparant de la Principauté de Monaco. Des coopérations transfrontalières, moins denses que sur les frontières du nord-est, se sont développées plus récemment, bénéficiant pour la plupart des fonds d'Interreg 3. Elles correspondent à une réalité contrastée en fonction des protagonistes engagés et des pays partenaires concernés.

A une échelle de stricte proximité, le CH de Menton a engagé un partenariat avec la Riviera italienne au début des années 2000, fondé sur la volonté de trouver les réponses adaptées aux besoins des populations d'un véritable bassin de vie transfrontalier. Plusieurs constats dont la fermeture d'un centre de soins côté italien à Vintimille et la non prise en charge à Menton des patients frontaliers italiens ont conduit l'établissement français à rechercher les complémentarités d'offre sanitaire et de prise en charge financière des soins et à signer en février 2002 une convention instituant la création d'une " Communauté de santé transfrontalière entre le CH de Menton " La Palmosa " et l'Agence sanitaire d'Imperia. Les objectifs de cette convention, qui a la caractéristique d'avoir été soutenue politiquement par les collectivités locales, sont ambitieux : améliorer le libre accès aux soins pour les citoyens frontaliers, développer la complémentarité par une programmation et une planification sanitaire transfrontalière.... Outre des actions à l'étude, ils ont d'ores et déjà débouché sur la mise en service en 2003 d'un centre périnatal de proximité transfrontalière à Menton, où les parturientes italiennes peuvent bénéficier de soins et de conseils par une équipe binationale.

Le CHU de Nice développe également des coopérations, très nombreuses en international mais également en interrégional et transfrontalier : si elles ne facilitent pas à proprement parler la mobilité des patients, elles

permettent d'améliorer la qualité des soins en rapprochant les acteurs des établissements de la Ligurie voisine, du Piémont et du Val d'Aoste. Un premier projet autour de la chirurgie vasculaire implique les CH d'Aoste et de Grenoble par l'intermédiaire de la télémédecine (nouveau matériel, création d'un serveur intranet, échanges de personnels infirmiers et médical). Une deuxième action concerne la médecine d'urgence (avec notamment Briançon, Aoste, Turin, Cuneo, San Remo) et permet l'échange sur les protocoles et la coordination de la prise en charge en zone frontalière. L'infectiologie fait l'objet d'une autre coopération avec San Remo, notamment sur la formation commune et les échanges sur les protocoles thérapeutiques VIH/VHC. Enfin, San Remo est encore un partenaire de choix pour les interventions chirurgicales en odontologie (lésions de la cavité orale) grâce au laser à CO² super pulsé. A noter également dans un autre registre la désignation du CH de Briançon comme partenaire sanitaire des JO de Turin en 2006 du fait de sa proximité et de ses capacités.

Ces coopérations ne doivent pas faire oublier la relation très spécifique de PACA avec Monaco. Il ne s'agit pas d'une coopération transfrontalière mais d'une cohabitation internationale, encadrée depuis 1952 par des conventions interétatiques successives et gérées localement (notamment obligation pour la CPAM de rembourser les patients des Alpes Maritimes soignés à Monaco, quelle que soit la disponibilité des équipements français). Récemment, cette relation est devenue plus concertée : règles de tiers payant, tarifs plafonds de référence dans les remboursements et tarification à l'activité dans 3 établissements de la principauté. Toutefois, les autorités monégasques ne souhaitent pas s'intégrer dans une planification hospitalière à l'échelon régional.

Trois questions à M. Christian Dutreil, DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION PACA

Quelle est la spécificité transfrontalière de la coopération sanitaire transfrontalière en PACA ?

Positionnement géographique sur 2 frontières : avec l'Italie, voisinage avec deux régions sanitaires contrastées (Ligurie et Piémont) avec lesquelles nous entretenons de bonnes relations équilibrées ; avec Monaco, collaboration dans le cadre d'accords passés d'Etat à Etat depuis 60 ans. Cependant, l'offre de soins monégasques ne fait partie de la carte sanitaire de PACA.

Quels sont les points forts dans la méthodologie d'élaboration des coopérations et leurs points d'approfondissement ?

Compte tenu de la variété des différents axes de coopération, nous avons décidé de réaliser un volet particulier sur les coopérations transfrontalières dans le SROS 3 pour approfondir notre analyse, donner de la cohérence et connecter l'ensemble des projets transfrontaliers. Nous intégrerons à la fois les logiques de territoires transfrontaliers, les flux de population, les équipements et bien entendu l'activité.



Situé aux confins des Pyrénées Orientales et de

la Catalogne espagnole, le plateau cerdan est faiblement peuplé (15000

habitants de chaque côté de la frontière) et particulièrement isolé : un réseau routier de montagne, parfois impraticable en hiver, le relie à Perpignan (100 km) et à Barcelone (140 km). La Cerdagne française, avec un dispositif d'urgences, des médecins libéraux et des établissements spécialisés dans le moyen séjour, ne dispose d'aucun service de chirurgie ni d'obstétrique, la première clinique chirurgicale se trouvant à Prades (1 heure de trajet) et les 3 maternités du département à Perpignan. Cet isolement est relatif, puisque l'hôpital espagnol de Puigcerdà est situé à la frontière et dispose de 30 lits de médecine, chirurgie, obstétrique, d'un service d'urgences et d'un plateau technique (radiologie, scanner laboratoire d'analyse médicale).

Après avoir été de fait, entre 1996 et 2002, l'hôpital d'accueil en matière d'urgences pour les patients français, sans que leurs frais n'aient été systématiquement pris en charge (55% d'impayés pendant cette période), l'hôpital de Puigcerdà a signé un accord en avril 2002, avec le CH de Perpignan et l'ARH Languedoc Roussillon, visant à se faire rembourser les frais déjà occasionnés depuis janvier 2001 et à amorcer une coopération (formation de professionnels et suivi des patients). Une seconde convention (avril 2003) entre cet hôpital et les organismes d'assurances maladies de Languedoc Roussillon, sur l'accord de tiers payant, a formalisé les engagements précédents et permet le remboursement des soins engagés par cet hôpital pour les assurés des régimes français pour les urgences et l'obstétrique régulées par le centre 15.

En 2003, une étude lancée sur l'initiative politique conjointe de la Généralité de Catalogne, du Conseil Régional Languedoc Roussillon, de l'ARH et du Servei Català de la Salut, cofinancée par Interreg 3, a

Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne et Capcir (HCT)

impliqué l'ensemble des acteurs locaux concernés aux différentes échelles. Elle a été réalisée autour de l'opportunité de création d'un nouvel hôpital, cette fois transfrontalier. La mise en place d'un plateau technique franco-espagnol, la création de 50 lits, la gestion des urgences, la formation continue des professionnels, l'implication des médecins libéraux français dans le projet, la complémentarité avec des centres de référence côté français sont autant de problématiques abordées, sans oublier le financement du projet et son support juridique.

Cette mission pré-opérationnelle doit encore passer par de nouvelles étapes de validation dans les semaines qui viennent. Objectif : la pose de la première pierre de cet établissement hospitalier intégré fin 2005, ce qui constituerait une véritable première européenne.

Fiche d'identité

Nom du projet Hôpital commun transfrontalier de Cerdagne-Capcir (HCT)

Frontière franco-espagnole

Zone géographique Puigcerdà au milieu du plateau cerdan (Catalogne-Espagne ; Pyrénées Orientales – France)

Thèmes abordés création d'un établissement de court séjour avec structuration juridique transfrontalière, mise en réseau des équipements et soins, mobilité des patients et des praticiens, couverture sociale transfrontalière.

Partenaires du projet ARH Languedoc Roussillon, CRAM et CPAM, Conseil régional LR, Conseil Général Pyrénées Orientales (France) /Fondation de l'hôpital de Puigcerdà, Consorci Hospitalari de Catalunya, Généralité de Catalogne (Espagne)

Structure juridique envisagée Consorcio (de droit espagnol)

Personnes ressources Christina Rodriguez Galan et Xavier Conill, chargés de l'étude de faisabilité du projet

Trois questions à Christina Rodriguez, CHARGÉE DE L'ÉTUDE DE FAISABILITÉ

Quelle est la spécificité de votre projet transfrontalier?

Il s'agit du premier hôpital qui va naître transfrontalier, avec un financement des deux pays, après une période de collaboration dans l'ancien Hôpital de Puigcerdà. La Cerdagne est une région divisée en deux par une frontière, fruit du traité des Pyrénées, mais socialement très proche et avec une langue commune, le catalan.

Quels sont les points forts dans la méthodologie d'élaboration de votre projet ?

C'est un projet résultant de l'accord et de la bonne entente des deux communautés jumelles, avec l'appui de l'UE (Interreg III), qui rapprochera les soins

de santé et la population, qui permettra la possibilité d'accès aux technologies de pointe avec l'aide de la télémédecine et une dynamisation sociale de la région.

Quelles sont les prochaines étapes d'approfondissement de votre projet ?

Actuellement, nous travaillons sur le statut social des futurs praticiens et la recherche des sources de financement. Un concours d'idées sur le plan architectural a été lancé à partir du projet général de la Mairie de Puigcerdà qui nous fournira les terrains à bâtir. Après, nous chercherons un système commun de paiement des actes médicaux du futur hôpital, à charge des institutions publiques des deux pays.

Bibliographie

Quelques titres :

Etat des lieux de la coopération transfrontalière sanitaire, Mission Opérationnelle Transfrontalière, Édition ENSP 2001

Coopération transfrontalière sanitaire, Actes du séminaire de Lille, 17 et 18 octobre 2002, Mission Opérationnelle Transfrontalière, Ecole Nationale de la Santé Publique, Fédération Hospitalière de France, 2003

Guide méthodologique d'aide à la mise en place de coopérations transfrontalières, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) Alsace, Janvier 2004

Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier "Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg", Groupement Européen d'Intérêt Economique LuxLorSan, Juin 2004

La santé dans la Vallée du Rhin supérieur : comparaisons transfrontalières – Gesundheit im Oberheintal : ein Vergleich über die Grenzen, Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur

"L'évolution de la prise en charge des soins de santé transfrontaliers en Europe : l'exemple des relations franco-suisse", Guylaine Riondal-Besson, in *Les Notes de l'Institut Thomas More*, n°3, 25 octobre 2004

Hospital co-operation in border regions in Europe, HOPE (Standing Committee of the hospitals of the European Union – June 2003) – 1er recensement des coopérations transfrontalières dans toute l'Europe

Free movement and cross-border cooperation in Europe: the role of hospitals & practical experiences in hospitals. Actes de la conférence de Luxembourg, Juin 2003

Quelques adresses de sites internet :

http://www.ch-cote-basque.fr/rerelations_transfrontalieres2.htm

Le site du centre hospitalier de la Côte basque consacre une rubrique à la coopération transfrontalière sanitaire franco-espagnole.

<http://www.conference-rhin-sup.org/sante/>

La rubrique "Santé" du site de la Conférence du Rhin Supérieur présente les actions et projets menés pas le groupe de travail "Santé". L'étude *"La santé dans la Vallée du Rhin supérieur : comparaisons transfrontalières"* est téléchargeable.

<http://transfrontalier.netlorconcept.com/luxlorsan/>

Le portail de l'observatoire transfrontalier de la santé permet notamment de télécharger l'étude : *"Offre de soins et mobilité à l'intérieur de l'espace transfrontalier Lorraine – Grand-Duché de Luxembourg – Province de Luxembourg"*.

<http://www.hainaut.be/sante/observatoiresante/>

Site de l'Observatoire transfrontalier de la Santé du Hainaut qui présente ses actions notamment transfrontalières.

<http://www.apmnews.com/>

Site d'actualités de l'Agence de Presse Médicale, spécialisée dans l'information médicale et sur le monde de la santé en France et à l'international.

<http://www.europa.eu.int/scadplus/leq/fr/s03000.htm>

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_fr.htm

Site portail de la Commission européenne sur le thème de la santé publique qui présente l'ensemble des dispositions, programmes d'actions et thématiques traités par l'Union européenne.

<http://www.fhf.fr>

Site de la Fédération Hospitalière de France qui aborde la coopération transfrontalière dans sa partie internationale

http://www.sesam-vitale.fr/transcards/tcd_accueil.htm

Site consacré au projet "Transcards".

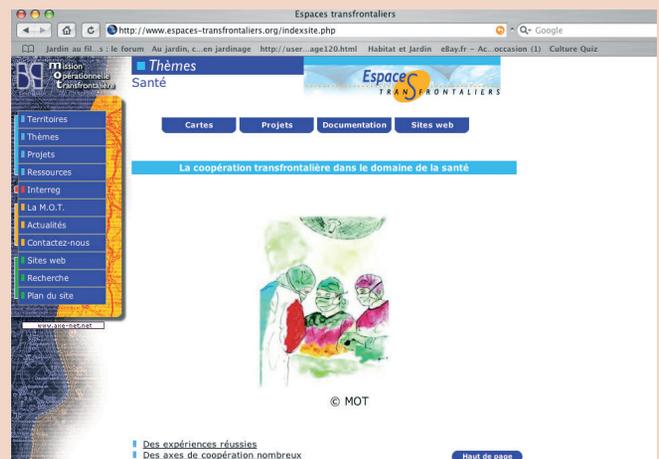
<http://www.sante.gouv.fr>

Ministère de la santé

La santé sur www.espaces-transfrontaliers.org

La partie "Thèmes" du site Internet de la MOT www.espaces-transfrontaliers.org vous propose une rubrique consacrée à la coopération transfrontalière sanitaire avec :

- un résumé de la problématique et des enjeux
- des cartes sur des thématiques précises et des zooms sur chaque frontière
- des fiches projets
- des documents et études téléchargeables
- des liens





Mission Opérationnelle Transfrontalière

38, rue des Bourdonnais

75001 Paris

Tél. : +33 (0)1 55 80 56 80

Fax : +33 (0)1 42 33 57 00

mot@mot.asso.fr

www.espaces-transfrontaliers.org

Contact : Olivier Denert

olivier.denert@mot.asso.fr

DATAR



CAISSE DES DÉPÔTS
ET CONSIGNATIONS



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère des
Affaires étrangères



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des solidarités,
de la santé et de la famille

