



mission
Opérationnelle
transfrontalière

ÉTAT DES LIEUX DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE SANITAIRE

2001

EDITIONS DE L'ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Ont contribué à la réalisation de cet ouvrage :

- Delphine BASSI, Centre Hospitalier de la Côte basque
- Olivier DENERT, Mission Opérationnelle Transfrontalière
- Pascal GAREL, Fédération Hospitalière de France
- Antoine ORTIZ, Délégation aux Affaires Européennes et Internationales,
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Les cartes (ont été réalisées par Olivier DENERT, avec le concours du cabinet AEBK.
Elle n'ont pas pu être mises en ligne pour des raisons techniques mais elles sont consultables dans la rubrique "fonds cartographique", thème "santé".

Cet ouvrage a été financé dans le cadre du Programme National d'Assistance Technique Interreg II a.

Table des matières

- Préface, 3
- Introduction, 5

I. LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

- A. Les fondements, 9
 - Complémentarité, 9
 - Construction européenne, 10
- B. Typologie des domaines de coopération transfrontalière sanitaire, 13
 - 1. Prévention, 13
 - 2. Soins, 15
 - a) Diagnostic, 16
 - Consultations, 16
 - Équipements de diagnostic, 16
 - c) Soins programmés, 18
 - Dialyse et sida, 18
 - Toxicomanie, 18
 - Lutte contre le cancer, 19
 - d) Couverture complète des soins, 19
 - e) Maintien à domicile : entre le social et le sanitaire, 19
 - 3. Enseignement et formation, 19
 - a) La formation initiale, 20
 - b) La formation continue, 20
 - c) La formation linguistique, 22
 - d) L'organisation de colloques sur le thème du sanitaire transfrontalier, 22
 - 4. Recherche, 25
- C. Les acteurs de la coopération transfrontalière, 28
 - 1. Diversité et convergences des systèmes de santé 28
 - a) Bismarck/Beveridge, 28
 - b) Centralisation/décentralisation, 28
 - c) Organisation interne, 29
 - 2. Le rôle majeur de l'initiative des acteurs de terrain, 30
 - 3. Le rôle d'appui limité des pouvoirs publics, 31
- D. Les outils juridiques et financiers, 33
 - 1. Les outils juridiques 33
 - a) La convention loi hospitalière de 1991, 33
 - b) Les conventions d'extension de la couverture sociale, 33
 - Le projet Transcards, 33
 - Le projet Netlink, 35
 - La convention de complémentarité transfrontalière Tourcoing-Mouscron, 35
 - c) Le GEIE, un instrument juridique transnational encore peu utilisé, 35
 - Le GEIE de la santé en Thiérache, 37
 - L'Observatoire franco-belge de la santé, 37
 - d) La coopération sanitaire dans le cadre de l'accord de Karlsruhe, 38

e) Les conventions internationales comme source de la coopération sanitaire transfrontalière, 38

2. Les instruments financiers 39

E. Les obstacles, 42

1. Les barrières culturelles et linguistiques, 42

2. Les problèmes administratifs et réglementaires, 43

a) Les problèmes liés aux niveaux de décision différents de part et d'autre des frontières, 43

b) Les barrières juridiques et réglementaires, 43

Le dispositif réglementaire de planification, 43

L'étanchéité de la protection sociale, 44

3. Les difficultés de montages opérationnels et financiers, 45

Notes de la partie I

II. APPROCHE DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE SANITAIRE PAR FRONTIÈRE

A. Frontière belge, 49

B. Frontières allemande et luxembourgeoise, 51

C. Frontière suisse, 53

D. Frontière italienne, 55

E. Frontière espagnole, 57

III. POURSUIVRE L'ACTION

A. Sensibiliser les acteurs de terrain aux enjeux, 63

B. Intégrer le sanitaire transfrontalier dans les démarches de planification 64

1. Les contrats de plan État-région, 64

2. Les schémas de services collectifs, 65

3. Les politiques de planification par le ministère de l'emploi et de la solidarité et ses services déconcentrés, 66

4. Interreg 3, 67

C. Donner un cadre juridique réglementaire à la coopération hospitalière transfrontalière, 70

D. Soutenir les établissements dans le montage opérationnel et transfrontalier de leurs projets, 72

E. Le citoyen et le juge européen à l'assaut de l'étanchéité des frontières, 73

Notes des parties II et III

Conclusion, 77

Bibliographie, 78

Préface

La santé et la qualité des services qui permettent de la maintenir sont au cœur des préoccupations de nos concitoyens. La possibilité pour tous d'avoir un accès à des soins de qualité près de chez lui constitue un droit. Ce principe prend une acuité particulière dans les bassins de vie transfrontaliers qui sont autant d'espaces-traits d'union et de laboratoires d'expérimentation « grandeur réelle » de la construction européenne.

Forte de ce constat, la Mission opérationnelle transfrontalière, en lien avec le centre hospitalier de la Côte basque et la Fédération hospitalière de France a mené une enquête auprès des établissements sanitaires français pour connaître leurs pratiques de la coopération transfrontalière.

Les résultats de ces questionnaires ont constitué le noyau du présent ouvrage, travail d'analyse et de réflexion, qui présente le panorama des actions de cette coopération. Il met en perspective les difficultés et les enjeux de développement auxquels sont confrontés dans les espaces frontaliers les professionnels de la santé comme les patients.

Cet ouvrage, totalement inédit tant par son contenu que par l'échelle choisie, contribuera, j'en suis sûr, à enrichir le débat sur la nécessaire convergence des systèmes nationaux de santé dans une perspective européenne.

Il doit par ailleurs aider à faire reconnaître le champ sanitaire comme terrain d'action à part entière de la coopération transfrontalière et rendre plus facile l'accès de ses acteurs aux programmes européens.

Enfin il favorisera, je l'espère, le renforcement du dialogue entre les porteurs de projets locaux et les autorités régionales, nationales et communautaires afin d'améliorer l'efficacité des soins au service des populations frontalières.

Pierre MAUROY

Président de la Mission Opérationnelle Transfrontalière

Introduction

Idee initiée début 1999 par M. Jean-Jacques Romatet, à l'époque directeur du centre hospitalier de la Côte basque et aujourd'hui directeur général du centre hospitalier universitaire de Nice, le premier questionnaire sur la coopération transfrontalière hospitalière a été élaboré avec la Mission opérationnelle transfrontalière (MOT), sous la direction de M. Jacques Houbart, avec le concours de la Fédération hospitalière de France (FHF), dirigée par M. Gérard Vincent.

Ce questionnaire fut ensuite repris au sein d'un groupe de travail composé du ministère de l'emploi et de la solidarité (DAEI), de la MOT, de la FHF et de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assurance privés (FEHAP). Un questionnaire exhaustif et ouvert a été envoyé aux 11 directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et aux 234 centres hospitaliers (FHF et FEHAP) des régions frontalières. 50 % des DRASS et 40 % des établissements destinataires ont répondu. Parmi ces retours, une cinquantaine a affirmé effectuer différentes actions de coopération sanitaire transfrontalière.

Parallèlement à l'enquête, la MOT a mené une investigation sur le poids et le contenu des projets de coopération transfrontalière et médico-sociale financés par le programme Interreg 2. Cette analyse a été réalisée en partie à partir de fichiers du bureau d'études évaluateur INGEROP.

Au vu des résultats des questionnaires et des autres informations obtenues, une première analyse descriptive a été effectuée au centre hospitalier de la Côte basque par Mlle Delphine Bassi et à la MOT par M. Olivier Denert. Elle a permis à l'ensemble des partenaires de préparer une première rencontre sur ce thème de la coopération transfrontalière réunissant les différents acteurs de santé concernés par ces actions. Un séminaire tenu à l'École nationale de la santé publique (ENSP) les 16 et 17 mai 2000, en partenariat avec le Centre des études européennes de Strasbourg, a donné l'occasion de resituer la thématique et de confronter ces résultats à une première analyse. Cette enquête et cette investigation sur Interreg ont été croisées et ont donné lieu à une classification des résultats en fonction de l'avancement des projets recensés, de la nature des structures coopérantes et enfin de l'objet des actions de coopération (dont les thématiques ont été réparties en 9 catégories).

Dans ce cadre, 16 cartes illustratives et analytiques ont été réalisées, dont 5 consacrées à un gros plan régional de la coopération transfrontalière sanitaire.

Ce travail bute néanmoins sur l'obstacle du décalage entre le moment du lancement de l'enquête et la date de publication de l'ouvrage, résultant de multiples contraintes. Toutefois, il a tenté de prendre en compte, autant que possible, les actions ponctuelles qui ont pu être mises en œuvre depuis début 2000.

Cette démarche permet de donner une vision exhaustive de l'état des lieux de la coopération transfrontalière à un moment précis et donne à voir, à une échelle inédite (régionale et nationale), une thématique traitée sur un mode systématique, dont les grandes caractéristiques n'ont pas fondamentalement changé depuis l'enquête.

Enfin, cet ouvrage, qui amorce une réflexion sur une problématique en plein développement et en phase de reconnaissance par les autorités sanitaires, doit constituer la base d'une mise en réseau de tous les acteurs impliqués par ce type de coopération.

Une seconde analyse et l'actualisation des données obtenues dans le premier questionnaire ont été menées conjointement par la MOT, le MES (DAEI) et la FHF. Elles permettent aujourd'hui la publication de cet ouvrage. Celui-ci, réalisé sous différents patronages, a pour ambition d'optimiser le résultat en croisant les connaissances, les données et les regards de réseaux d'acteurs aussi divers que complémentaires, et de se faire l'écho de leurs préoccupations et approches respectives.

1. Résultats de l'enquête

A. Les fondements

La multiplicité des fondements des actions de coopération sanitaire transfrontalière apparaît en première analyse. La très grande diversité des actions ne peut être imputée à un seul facteur. La curiosité naturelle, les relations historiques naissent de la proximité.

Complémentarité

Ces expériences peuvent être motivées au départ par la recherche de complémentarités. Un hôpital se trouve confronté à un manque de moyens, à un besoin en personnel. Son association avec un établissement hospitalier situé de l'autre côté de la frontière, qui présente lui-même des carences dans d'autres domaines, permet de trouver des solutions pour une meilleure réponse aux besoins de santé de la population et pour une optimisation des moyens des deux établissements.

En outre, la mise en complémentarité des spécialités nationales dans plusieurs domaines médicaux (ophtalmologie, odontologie) ou médico-sociaux (enfants handicapés, personnes âgées) est particulièrement pertinente dans les zones frontalières.

La recherche de complémentarités peut d'ailleurs être initiée par la mobilisation des patients et de leurs familles, agissant ainsi comme facteur déclenchant. Sur la frontière suisse, la réglementation applicable aux personnes travaillant en Suisse et résidant en France, régie par des conventions bilatérales spécifiques, est intervenue à la demande des acteurs locaux et nationaux de la protection sociale réclamant une unification et une simplification des règles 1. Une question au gouvernement 2 du député Christian Bourquin concernant la frontière espagnole montre bien les fondements de la sensibilité des élus aux questions transfrontalières : les élus agissent lorsque leurs concitoyens ne comprennent pas ne pas pouvoir accéder à des structures de soins situées à proximité, fût-ce de l'autre côté d'une frontière. Pour répondre aux besoins de santé des habitants des cantons de montagne de Cerdagne et Capcir — près de 18 000 habitants —, le député Christian Bourquin exprime le souhait d'une coopération transfrontalière avec l'hôpital de Puicerga, situé en Espagne, à un kilomètre de la frontière française. Pour les urgences et l'obstétrique, les patients ne peuvent en effet être pris en charge en France qu'à Perpignan, distant de plus de 100 kilomètres (plus d'une heure et demie de route). Il demande la définition d'un cadre législatif ou réglementaire pour négocier avec les autorités espagnoles et mettre en place une coopération sanitaire et transfrontalière.

Dans sa réponse officielle, M. Claude Bartolone, ministre délégué à la ville, estime qu'existent aujourd'hui les moyens et les opportunités, aussi bien juridiques que stratégiques, de créer des zones d'intervention pour une politique de complémentarité régionale de l'offre de soins, rejoignant ainsi le premier fondement cité.

La compétition, la défense des intérêts d'une institution et la perspective de recueillir des financements européens peuvent également être à l'origine de coopérations entre acteurs de soins. La simple motivation des professionnels au sein d'une institution peut enfin permettre

l'initiation d'une action pouvant contribuer à bâtir un réseau transfrontalier sans pour autant se situer dans une recherche de complémentarité.

Construction européenne

La construction européenne est en soi au fondement de nombreuses actions, même si, a contrario, la seule frontière non-communautaire, franco-suisse, connaît également des développements.

Cet aspect peut permettre une autre lecture, historique cette fois-ci, sachant que l'impact aux frontières de ces politiques européennes est accru, notamment avec l'ensemble des échanges transfrontaliers et plus particulièrement les migrations professionnelles transfrontalières.

L'Union européenne est avant tout économique, fondée sur les principes de la libre circulation des marchandises et des travailleurs. Elle a également investi le champ financier, avec la monnaie unique. Mais elle ne cesse d'approfondir ses compétences et d'aborder de nouveaux domaines d'activité. L'organisation des soins et le rôle de l'hôpital font de plus en plus partie, sinon de son domaine de compétences, tout au moins de son champ d'influence.

Cela ne signifie pas que les préoccupations sociales ou sanitaires aient été absentes durant les dernières décennies. Bien au contraire, les premières décisions sont contemporaines des grands actes fondateurs des Communautés : tel fut le cas de la couverture sociale des travailleurs frontaliers. Mais, jusqu'à l'adoption du traité de Maastricht, la santé n'était pas une composante à part entière de l'intégration européenne, le traitement des politiques sociales demeurant très partiel dans la Communauté.

Cette sphère est essentiellement guidée par les règles de souveraineté nationale, sur lesquelles se greffe le principe communautaire de subsidiarité : « La Communauté n'intervient dans des domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, telle la santé publique, que si et dans la mesure où, en raison de leurs dimensions ou de leurs effets, les objectifs de l'action envisagée peuvent être mieux réalisés au niveau communautaire³. » Sauf cas particulier, le niveau d'administration idoine d'une fonction reste le niveau le plus décentralisé. Les États membres ont ainsi décidé que le niveau étatique ou régional était le niveau de décision le mieux adapté en matière de santé. En conséquence, les actions communautaires en matière sociale ou sanitaire n'ont de légitimité que lorsqu'elles complètent et/ou renforcent celles qui sont conduites sur le plan national. Dès lors et jusqu'à ce jour, une bonne partie de la législation communautaire produite dans le domaine sanitaire n'a pas fondamentalement transformé le fonctionnement des systèmes de santé des pays européens, les traités n'ayant donné à l'Union que des compétences extrêmement ténues dans les systèmes de santé. De même, aucun État membre n'a souhaité se dessaisir de ses prérogatives dans le champ social. Les disparités des infrastructures de soins, les modèles variés de gestion, les différents modes de consommation des soins justifient sans doute la position des États et une attitude interventionniste prudente du législateur européen.

Le traité de Maastricht (1992), en son article 129, a structuré la démarche sociale et sanitaire de l'Union européenne, prévoyant que la Communauté devait apporter une « contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection en santé ». Toutefois, l'intervention communautaire restait limitée. Elle privilégiait la prévention des maladies, la lutte contre les grands fléaux telle la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé. Bien que modeste, cet article 129 aura néanmoins permis de poursuivre le développement progressif, ou la création, de programmes européens de santé publique, notamment la lutte conjointe contre le tabac, le cancer, le sida, la drogue, la surveillance des maladies transmissibles, la promotion de la santé.

Le traité d'Amsterdam (1997), en son article 152, a élargi les compétences de l'Union en matière de santé publique, en lui conférant dans certains domaines un véritable pouvoir de décision. Tel est le cas notamment en ce qui concerne la qualité et la sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et de ses dérivés. À défaut d'être considérée comme une politique communautaire, la santé publique devient un objectif transversal à part entière de la Communauté, élément complémentaire des autres politiques communes : agriculture, industrie, consommateurs. Il y a donc bien, d'année en année, un approfondissement de l'Europe de la santé, bien que l'article 152 exclue formellement toute harmonisation des législations nationales dans ce domaine. La pression des opinions publiques en matière de sécurité sanitaire des aliments conduit par exemple à envisager désormais des agences européennes en charge de la vigilance.

Formellement exclus du traité d'Amsterdam (le terme même d'hôpital n'y est pas inscrit), les hôpitaux d'Europe vivent néanmoins dans un environnement déjà fortement marqué par la législation communautaire. Les directives sur la libre circulation des professionnels de santé ont ouvert nos hôpitaux aux ressortissants communautaires pour certaines catégories d'emplois : médecin, infirmier(ère), pharmacien(ne). La libre circulation des professionnels de santé est aujourd'hui une réalité.

De même, l'application du principe de libre circulation des biens et services a bouleversé les procédures d'homologation des équipements médicaux, unifiant les principes de la matériovigilance, les conditions de collecte et de fractionnement des produits sanguins, les protocoles concernant les greffes et prélèvements d'organes ainsi que les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments. De multiples règles européennes concernant le traitement des déchets s'appliquent d'ores et déjà dans les établissements. Les procédures d'achats tendent à s'unifier... L'Europe, peu à peu, entre à l'hôpital.

Le rapport Marché unique et santé, élaboré par l'European Health Management Association (dont est membre la FHF) et financé dans le cadre du programme européen BIOMED, vient d'en montrer à la fois la force et les limites. Quelle a été l'influence du marché unique sur les services de santé ? La libre circulation des personnes, des biens et des capitaux a-t-elle changé la façon dont les États membres gèrent leur système de santé ? Pour les trois aspects majeurs que sont l'évolution du marché du travail des professionnels de santé, les marchés publics des biens et services et la libre circulation des patients, les conclusions montrent à la fois le caractère limité de l'adaptation des systèmes de santé au marché européen et de l'inverse. L'impact sur les services de santé est assez réduit, marginal mais demeure une spécificité transfrontalière.

L'exemple de la libre circulation est flagrant. Les enquêtes effectuées, car les données exhaustives ne sont pas disponibles, montrent des flux assez réduits, que ce soit pour les soins en urgence (formulaire E111) ou programmés (formulaire E112). La jurisprudence Kohll et Decker (1998) de la Cour de justice des communautés européennes est appliquée de façon diverse. Elle n'a eu de conséquences réelles en Europe que dans les pays où l'assurance est volontaire. Les sommes concernées sont également très faibles, 35 % des remboursements concernent des frais de moins de 100 euros. Le rapport est néanmoins très prudent sur des effets qui restent peu prévisibles, notamment dans les zones transfrontalières. Il ressort de ce document la relative dynamique des eurégios, et notamment celle de Meuse-Rhin qui a ainsi choisi la santé parmi ses secteurs d'activité prioritaires et où des pratiques contractuelles ont été mises en place. Cette mobilité complète ne concerne toutefois que 1 % de la population belge et néerlandaise et plutôt dans un seul sens. La principale raison du développement de ces flux provient des listes d'attente que connaissent les Pays-Bas mais non la Belgique. L'accessibilité géographique est le premier facteur, le second tient à ce que les gens aient déjà reçu des soins à l'étranger.

B. Typologie des domaines de coopération transfrontalière sanitaire

Les thèmes de collaboration privilégiés par les établissements sont nombreux. Si quatre thèmes de regroupement ont été choisis, ils recouvrent en fait une réalité aussi foisonnante que complexe, à la mesure de la diversité des actions relevées par type de frontière et d'établissement. Cette mise en catégories peut paraître artificielle mais a le mérite de clarifier un paysage très dense et de permettre des comparaisons entre sites.

1. Prévention

Cet aspect est probablement la plus ancienne des préoccupations aux frontières. Elle n'est bien entendu pas spécifiquement transfrontalière, mais plutôt nationale : la frontière est le point d'arrivée des épidémies, le lieu qu'il faut contrôler⁴. C'est une préoccupation que l'on retrouve avec la toxicomanie, le sida (les axes de communication), les risques nucléaires ou chimiques (les nuages contaminés) ou la santé animale (ESB, fièvre aphteuse) — autant d'occasions de redécouvrir les frontières.

Les résultats de l'enquête montrent cependant que le secteur de la prévention apparaît comme le parent pauvre de la coopération sanitaire transfrontalière. Sur les 66 projets référencés, 4 seulement concernent à proprement parler la prévention en santé publique. Ceux-ci ont été impulsés par l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) d'une part, par le centre hospitalier de la Côte basque en collaboration avec celui de San Sebastian et le système de santé basque, d'autre part.

Le champ de la prévention est ainsi l'une des missions principales de l'OFBS, qui entend « assurer le rôle d'interlocuteur privilégié des acteurs locaux actifs en ce domaine (rôle d'information, de conseil) et impulser des études relatives à des axes potentiels de complémentarités transfrontalières sur ce thème ». Un groupe de travail a réalisé une étude sur la promotion/prévention de la santé en matière de cancérologie et de pathologies cardiovasculaires. À terme, une meilleure adéquation entre les aspects préventifs et curatifs pourra se développer grâce au partenariat entre les observatoires de la santé et les organismes d'assurance maladie.

Sur le même mode, le centre hospitalier de la Côte basque a l'intention de créer un Observatoire de la santé du Pays basque. Cet observatoire sera chargé de prime abord de collecter les données sanitaires des sept provinces basques de part et d'autre de la frontière, ce qui facilitera le recensement des principales pathologies de la zone concernée. Une fois dressé cet état des lieux sanitaire, des politiques de santé publique communes seront mises en œuvre afin de prévenir certaines pathologies, fléaux de santé publique (toxicomanie, alcoolisme, sida, suicide...).

La deuxième action de coopération du centre hospitalier de la Côte basque en matière de prévention concilie une dimension de santé publique et une dimension culturelle. Les problèmes de santé publique rencontrés par les jeunes Français ne sont pas ignorés des jeunes Espagnols. Une pièce de théâtre, réalisée par des jeunes pour un public de jeunes, peut être un moyen d'aborder directement les faits de société, aussi bien en France qu'en Espagne. Cette pièce, intitulée Embrouille, est présentée par une troupe jeune, multilingue et itinérante, courant 2000-2001, de part et d'autre de la frontière, dans des lieux polyvalents et improvisés

(terrains de sports, gymnases, cours de collèges, de lycées...). Elle traite, sur le ton de la farce, du thème de la fête et plus particulièrement de ses conséquences mal maîtrisées. La prévention se manifeste toujours par le doute et les décalages instaurés chez les personnages et dans leur quartier de vie. Après la représentation, des discussions réunissant enseignants, médecins, infirmières scolaires, hospitaliers et jeunes traitent concrètement, sous forme d'ateliers, les problèmes de santé publique abordés dans la pièce.

Les projets du groupe santé de la Conférence du Rhin supérieur (créé en 1996 au sein de cet organisme lui-même fondé en 1975) témoignent d'une prise en compte de la prévention :

- cartographie transfrontalière de la mortalité et de la morbidité ;
- réseau d'alerte transfrontalière des infections alimentaires ;
- étude des systèmes de vaccination ;
- étude de l'organisation de la prise en charge des blessés ;
- campagne de sensibilisation et de prévention en matière de toxicomanie, tabac, alcool 5.

2. Soins

La réponse officielle 6 apportée à M. Christian Bourquin par M. Claude Bartolone, ministre délégué à la ville, définit une véritable typologie de la coopération entre établissements dans le domaine des soins. Estimant « qu'il existe aujourd'hui les moyens et les opportunités, aussi bien juridiques que stratégiques, de créer des zones d'intervention pour une politique de complémentarité régionale de l'offre de soins », le ministre distingue l'accueil des malades dans un contexte d'urgence et la complémentarité pouvant conduire à une répartition des patients en fonction des spécialités de chaque établissement.

Sur les 64 projets recensés auprès de 36 établissements sanitaires français, 32 ont pour objectif d'améliorer concrètement la prise en charge médicale de la population frontalière 7.

a. Urgence

Ces activités s'articulent autour de deux notions : celle de la médecine de catastrophe, dont l'origine est ancienne et pour partie seulement transfrontalière, et l'urgence classique. Il s'agit dans ce deuxième cas de renforcer l'efficacité opérationnelle, dans des situations où chaque minute compte. L'amélioration de la prise en charge des blessés passe par des échanges en matière de régulation des secours, de savoir-faire médicaux.

La collaboration entre l'hôpital local de Fumay et le SAMU du Centre de santé de Fagnes à Chimay (Belgique) doit permettre la prise en charge des accidents catastrophiques à effet limité impliquant plus de 5 victimes, ainsi qu'une coopération dans la prise en charge des urgences individuelles.

Les équipes SMUR de Dunkerque, Armentières, Lille, Roubaix, Tourcoing, Valenciennes, Maubeuge et des équipes équivalentes belges peuvent intervenir de l'autre côté de la frontière en cas d'indisponibilité des équipes SMUR nationales.

Les établissements frontaliers localisés dans des zones montagneuses (frontière suisse, frontière espagnole) sont particulièrement « coopérateurs » dans le domaine de l'urgence vitale. Tel est le cas du centre hospitalier de la région annécienne, associé à la région autonome du Val d'Aoste et au canton du Valais (Suisse), qui travaille à la mise en place d'un réseau d'alerte de secours en montagne et à l'interconnexion des centrales d'engagement des secours.

Un accord purement informel a été passé entre les hôpitaux du Mont Blanc, la CPAM locale et l'hôpital cantonal universitaire de Genève afin de faciliter la prise en charge administrative des patients polytraumatisés en cas d'urgence vitale. Ce projet fonctionnant depuis plusieurs

années a obtenu « de très bons résultats » selon M. Laurent, secrétaire général des hôpitaux du Mont Blanc.

Côté frontière franco-espagnole, les secours médicaux urgents font l'objet d'une collaboration entre les centres hospitaliers de Pau, d'Oloron et les services de protection civile de Navarre et d'Aragon.

On remarque également trois initiatives particulièrement intéressantes entre le centre hospitalier de la Côte basque et le complexe hospitalier de San Sebastian :

- une étude comparative relative à la prise en charge préhospitalière et hospitalière précoce des polytraumatisés de part et d'autre de la frontière qui a débouché sur la médicalisation des transports, côté basque-espagnol ;
- une réflexion sur l'organisation de chaque hôpital en cas de catastrophe et sur les services mutuels rendus par chaque hôpital à son voisin en cas de catastrophe ;
- puis une évaluation des systèmes de régulation des appels sur les numéros d'urgence 15 et 112 devant déboucher sur la mise en place d'un système de régulation le plus performant possible.

Sur la frontière allemande, en matière de financement et d'organisation des urgences, il est désormais possible pour les secours des deux pays d'intervenir réciproquement s'ils se trouvent à proximité immédiate d'un accident. Une convention a ainsi été signée entre le département de la Moselle et le Land de Rhénanie Palatinat, ainsi qu'entre les départements alsaciens et le Land de Bade-Wurtemberg. Néanmoins, des difficultés persistent dans cette organisation. Elles sont financières : les Allemands voudraient que leur hélicoptère soit appelé plus souvent sur le nord de l'Alsace (Wissembourg), qui est à six minutes de vol de Karlsruhe mais à vingt minutes de Strasbourg où se trouve celui de la protection civile. Or l'utilisation de cet hélicoptère de la protection civile est gratuite, à la différence de celui des Allemands. Les difficultés tiennent également à des conceptions différentes des urgences : existence d'un médecin régulateur en France, ce qui n'est pas le cas en Allemagne, d'où l'envoi de moyens disproportionnés ; médecin transporté directement sur les lieux d'accidents graves en France, infirmiers urgentistes en Allemagne. Il semble cependant que la prise en charge des blessés se fasse désormais davantage en fonction d'une logique médicale qu'en fonction du lieu de l'accident.

Toute la frontière avec l'Allemagne n'est pas couverte, à la suite du refus de la Sarre de passer une convention car elle dispose d'un hélicoptère médicalisé géré par l'ADAC, l'Automobile Club allemand qui facture ses interventions et veut maintenir cette règle dans le cadre de ses accords avec la Moselle.

b. Diagnostic

Consultations

Une expérience tout à fait intéressante de mobilité professionnelle a été mise en place entre le centre hospitalier du Pays d'Avesnes et le centre de santé de Fagnes de Chimay. En misant sur la complémentarité entre les deux établissements et afin d'assurer la pérennité de la présence médicale dans le service de radiologie du centre hospitalier d'Avesnes, le centre de Fagnes met à sa disposition ses médecins radiologues. Il s'agit d'offrir des soins de proximité à la population du bassin d'attraction du centre hospitalier d'Avesnes en privilégiant des délais d'attente très courts pour la réalisation des examens radiologiques, une intervention rapide et un délai de transmission satisfaisant.

Le scénario est identique pour le centre hospitalier Brisset d'Hirson qui accueille des cardiologues belges du centre de Fagnes.

Equipements de diagnostic

L'amélioration de la prise en charge médicale des frontaliers repose en outre sur l'utilisation conjointe des nouvelles technologies ou pratiques médicales. Il convient de retenir : les initiatives du CHU de Lille où ont été mises en place des téléconsultations avec le centre hospitalier de Tournai (Belgique) ; une téléconsultation en ophtalmologie dans la zone Flandre Occidentale-Nord-Pas-de-Calais par l'utilisation de la visioconférence et la création d'un service Internet ; enfin le développement transfrontalier de l'application Ciguë (serveur de toxicologie).

On note également dans ce domaine les initiatives du CHU de Nice en partenariat avec les provinces d'Imperia et de Savona et le centre de recherche sur le cancer de Gênes (Italie), où l'on assiste à la réalisation d'un réseau transfrontalier de télépathologie dans les domaines de la cancérologie, de l'anatomopathologie et de l'ophtalmologie, visant notamment à harmoniser les attitudes de prévention, de dépistage, de stratégie de diagnostic, de traitement et de suivi, ainsi qu'à améliorer la qualité des soins par la mise en place d'un programme d'assurance qualité, d'un système d'évaluation et d'accréditation des structures de soins.

Enfin, sur la frontière franco-espagnole, des initiatives entre le centre hospitalier de la Côte basque, l'hôpital de Navarra à Pamplona et le complexe hospitalier de San Sebastian mettent en commun l'organisation de la prise en charge des malades atteints d'accident vasculaire cérébral (prévention, examens d'urgence, stroke center 9, rééducation).

c. Soins programmés

Dialyse et sida

Pour surmonter les difficultés dues aux différences de prise en charge et de remboursement des frais médicaux entre la France et la Belgique, une convention de complémentarité transfrontalière a par ailleurs été signée entre les différents acteurs des systèmes de santé des deux pays (CRAM Nord-Picardie, CPAM de Tourcoing, centre hospitalier de Tourcoing, centre hospitalier Le Refuge de Mouscron [Belgique], Collège intermutualiste national de Belgique). Cette convention permet à des insuffisants rénaux chroniques résidant en France, affiliés à la CPAM de Tourcoing, de se faire soigner dans les services d'hémodialyse du centre hospitalier de Mouscron, et à des patients résidant en Belgique (arrondissements proches de Tournai) de suivre un traitement au sein du service des maladies infectieuses du centre hospitalier de Tourcoing. Cette solution, qui s'apparente à une simple opération de « troc », répond aux attentes des patients et réduit les coûts sociaux liés aux déplacements.

Le bilan est globalement positif, les patients apprécient la proximité des services et leur facilité d'accès. Ce type de pratiques illustre bien l'avantage de miser sur la complémentarité des infrastructures tout en permettant d'une certaine façon une économie d'échelle. Entre Mouscron et Tourcoing : de 1994 à 1999, 20 patients français ont été traités et 17 belges 10.

Ces deux établissements veulent poursuivre leurs échanges sur une autre pathologie : l'urologie. Un chirurgien urologue belge effectue déjà des consultations et des interventions, mais les responsables des deux institutions proposent la création d'un poste partagé d'urologue, lequel permettrait le transfert de patients français à Mouscron, qui dispose d'un lithotriteur. Dans cette perspective, les deux partenaires souhaiteraient mettre en place un projet permettant aux patients transfrontaliers d'utiliser la carte Vitale ou SIS pour la Belgique, dans les structures de soins des deux pays 11. Des conventions de ce type ont été conclues par d'autres établissements, mais leur mise en œuvre est pour l'instant bloquée.

Outre l'opération conjointe entre le centre hospitalier de Tourcoing et celui de Mouscron, l'hôpital local de Felleries-Liessies et la clinique des Sœurs noires d'Ypres (Belgique) se sont engagés dans un projet qui doit permettre aux patients français, insuffisants rénaux

chroniques, de se faire dialyser à Ypres et, inversement, aux patients belges d'être traités à l'hôpital de Felleries-Liessies.

Le projet Diamant alpin du centre hospitalier de la région annécienne prévoit la mise en réseau de plusieurs centres de dialyse rénale de Haute-Savoie, d'Isère, de la Vallée d'Aoste, du Piémont (Italie) au bénéfice de la qualité de vie des patients.

Toxicomanie

La prise en charge des toxicomanes est une autre pratique médicale suscitant un intérêt de la part des établissements français frontaliers.

Pour le centre spécialisé de soins aux toxicomanes de Besançon et la Fondation pour la prévention et le traitement de la toxicomanie de Neufchâtel (Suisse), il s'agit d'assurer une prise en charge globale, sanitaire et sociale, des toxicomanes résidant dans le Haut-Doubs, incluant la primo prescription de méthadone pendant trois mois par deux centres suisses et le suivi relais par un centre français.

Le centre hospitalier de Sarreguemines et le Centre de distribution de méthadone de Sarrebruck (Allemagne), près de la frontière franco-germano-luxembourgeoise, ont établi des liens pour assurer une meilleure prise en charge médicale (mais aussi sociale et juridique) de patients pharmacodépendants français en Sarre et de patients sarrois en France. Une enquête épidémiologique transfrontalière — Transrélis — est conduite parallèlement sur la population des toxicomanes pour obtenir une vision globale du problème et mettre en œuvre une prévention adaptée.

Lutte contre le cancer

Le projet du centre régional de lutte contre le cancer Lacassagne (CLCC) à Nice et du centre hospitalier de Cuneo (Italie) a pour objectif de créer un réseau de cancérologie afin de faire bénéficier les patients français concernés de consultations spécialisées, de prestations médico-techniques plus performantes (dosages pharmacocinétiques, curiethérapies à haut débit).

d. Couverture complète des soins

Le projet Transcards est un des projets phare dans ce domaine. Il a pour coordinateurs en France le GIE Sesam Vitale et en Belgique l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC). Le projet regroupe, de part et d'autre de la frontière, les ministères en charge de l'emploi, de la santé et de la sécurité sociale, les organismes d'assurance maladie, les représentants des professionnels de santé (centres hospitaliers d'Avesnes, de Fourmies, centre hospitalier Brisset d'Hirson, hôpital départemental de Felleries-Liessies, hôpital du Nouvion-en-Thiérache, hôpital de Vervins, polyclinique de la Thiérache à Wignehies côté français ; centre de santé de Fagnes à Chimay, côté belge).

Cet accord expérimental a pour objectif la simplification des procédures administratives pour l'accès aux soins transfrontaliers (mis à part les soins ambulatoires) des populations résidant dans la région de la Thiérache, en utilisant les technologies mises en place (cartes patients — Vitale —, lecteurs de cartes, bornes de mise à jour...). Les patients bénéficient ainsi de l'accélération des procédures administratives (dématérialisation des formulaires E111 et E112) 12 et d'une offre de soins élargie. Les professionnels de santé bénéficient quant à eux d'une communication facilitée. L'accord concerne aujourd'hui 300 assurés sociaux français et belges (réunion d'évaluation du 28 mai 2001) 13.

Dans la même optique, citons le projet Netlink dans le cadre du « 4e programme cadre de recherche et développement » de la Communauté européenne qui rassemble la France, l'Allemagne, l'Italie et le Québec. Ce projet, coordonné en France par la CNAMTS et le GIE

Sesam Vitale, a pour but de permettre l'interopérabilité des systèmes d'information du secteur santé-social afin d'aboutir à un consensus entre les pays sur les architectures des systèmes d'information utilisant les cartes à microprocesseur (cartes de professionnels de santé, cartes patients, dispositifs de lecture...). Des expérimentations ont été conduites sur différents sites pilotes (les CHU de Strasbourg, de Nice et le centre hospitalier de Briançon sont concernés) pour démontrer la viabilité des solutions retenues lors des phases initiales du projet.

e. Maintien à domicile : entre le social et le sanitaire

La coopération concerne également l'accueil des personnes âgées : on note une action de coopération entre le Syndicat interhospitalier de la Vésubie et la Maison de retraite d'Entracque (Italie) portant sur l'échange de résidents ; enfin une coopération entre l'hôpital local d'Aiguilles et l'hôpital de Torre Pellice (Italie) qui a pour objectif de rapprocher les méthodes de prise en charge à domicile des personnes âgées, de déterminer les formes d'aide et de soutien à apporter à l'entourage, de mieux comprendre la problématique des personnes âgées au travers de leurs fondamentaux culturels et sociaux.

3. Enseignement et formation

La formation constitue un autre secteur privilégié de la coopération sanitaire transfrontalière. Quatre types de formation se dégagent : la formation initiale (10 projets), la formation continue (15 projets), la formation en langues (4 projets), la formation dans le cadre de séminaires transfrontaliers (8 projets).

a. La formation initiale

Les motivations sont d'ordres différents : la démarche peut autant être linguistique qu'économique. Linguistique, lorsqu'il s'agit de favoriser l'apprentissage de la ou les langues du pays voisin par des échanges d'étudiants et de professionnels ; économique, parce qu'il s'agit dans certains cas d'attirer des étudiants ou des internes du pays voisin pour combler des déficits de personnels.

Le centre hospitalier universitaire de Nancy est particulièrement actif en ce domaine, bien que toutes ses actions ne soient pas spécifiquement transfrontalières mais parfois transnationales. Des échanges d'étudiants sont organisés depuis 1998 avec l'hôpital universitaire de Hombourg en Sarre (Allemagne).

Le CHU est par ailleurs associé aux facultés de médecine de Nancy et de Hombourg, au centre de recherche Henri-Mondor de Luxembourg, et avec les universités de Leipzig, de Rostock, de Halle. Dans le cadre du programme européen Erasmus-Socrates, des étudiants en médecine nancéens de 2e cycle partent en stage en Allemagne tandis que des étudiants luxembourgeois sont accueillis en 2e année de médecine à Nancy ; des terrains de stages sont offerts aux étudiants pour certains diplômes interuniversitaires à la faculté de Hombourg ; des thèses de recherche communes sont réalisées.

Afin de consolider cette coopération, les doyens des facultés respectives souhaitent fortement développer les échanges sous différentes formes : échanges d'internes, développement de thèses en cotutelle, développement d'enseignements de 3e cycle commun, création d'un diplôme de l'Université franco-allemande...

Des actions de coopération sont aussi engagées au bénéfice des étudiants en médecine. Des stages réguliers de médecins en formation dans les disciplines de chirurgie générale, viscérale, vasculaire, de gynécologie obstétrique, de médecine fœtale, de psychiatrie sont organisés à titre d'exemple, entre le CHU de Besançon et le CHU Vaudois de Lausanne (Suisse), afin de compléter leur formation initiale.

Confronté à un manque de personnels médicaux, le centre hospitalier de Sarrebourg (Moselle) a signé une convention avec les instances ordinales allemandes pour le recrutement d'étudiants en médecine allemands (en provenance de Stuttgart) devant effectuer leurs 18 mois de stage pratique ; le CH reçoit l'agrément et les paye en tant que faisant fonction d'interne.

Dans cette même perspective, l'école de masseurs-kinésithérapeutes de Strasbourg et celle du canton de l'Ortenau dans le Bade Wurtemberg travaillent en partenariat : au manque de terrains de stage en Allemagne répond le déficit de kinésithérapeutes dans les hôpitaux français. Des étudiants allemands en masso-kinésithérapie de l'école d'Ortenau (Allemagne) sont donc accueillis au CHU de Strasbourg 14.

Des échanges sont également organisés pour des étudiants infirmiers entre le CHU de Nice et le centre hospitalier d'Imperia (Italie). Les stages d'une durée de 2 semaines ont été organisés en octobre 1998 et mars 1999 dans des services de soins ciblés en regard d'objectifs pédagogiques. 36 heures d'enseignement théorique portaient sur la politique de santé du pays d'accueil, les structures et les moyens mis en place, le contenu et les modalités des études.

b. La formation continue

Des stages « transfrontaliers » sont planifiés dans le cadre de la formation continue, au profit du personnel médical et soignant. Dans ce cas, il s'agit plutôt d'échanges de compétences, de savoir-faire en vue de parvenir à une amélioration des pratiques et à une meilleure coordination.

Ainsi, le centre hospitalier du Lavelanet (centre de séjour géro-psycho-geriatrique) a mis en place, conjointement avec le Centre gériatrique Cabanellas (Espagne), une formation pour optimiser la prise en charge des patients et éviter la démotivation des équipes. Réalisés depuis août 1996, ces stages sur le terrain ont permis de comparer, de modifier et d'harmoniser les pratiques des soignants.

L'hôpital local d'Aiguilles et le centre hospitalier de Torre Pellice ont, quant à eux, signé une convention en 1997 favorisant les rapprochements professionnels (formation conjointe des personnels administratifs et de soins : langue, technique de soins, techniques relationnelles).

Dans le domaine de l'aide médicale urgente, le centre hospitalier intercommunal de Tarbes a mis en place en octobre 1997, en partenariat avec

l'université de Sarragosse, un stage sur les techniques de prise en charge médico-secouriste des accidents de descente sportive de canyon. Les techniques ont été homogénéisées pour une meilleure prise en charge des urgences en montagne.

Les centres hospitaliers de Pau et d'Oloron, côté français, et les gouvernements de Navarre et d'Aragon, côté espagnol, envisagent d'organiser des formations médicales et paramédicales conjointes dans ce domaine.

Sur la frontière franco-allemande, de nombreuses actions de coopération ont été engagées dans ce domaine :

- entre le CHU de Strasbourg et l'hôpital de Fribourg pour la transplantation sans échange d'organes ;
- diplôme d'université en téléchirurgie validé par la confédération des universités du Rhin supérieur ;

- Institut européen de recherche en réhabilitation cardiaque, réalisé dans le cadre Interreg avec le Benedikt Kreutz de Bad Krozingen, le centre hospitalier de Mulhouse, la clinique Saint-Joseph de Colmar et l'hôpital central de Bale : comparaison des méthodes de diagnostic et thérapeutiques françaises, allemandes et suisses appliqués à un groupe de patients ciblés souffrant de maladies cardiaques ;
- sociétés savantes : groupe de travail des oncologues du Rhin supérieur ; société de gynécologie et d'obstétrique du Rhin supérieur 15.

c. La formation linguistique

À côté des formations axées sur les soins, quatre centres hospitaliers ont mis l'accent sur l'apprentissage linguistique. L'ignorance de la langue du voisin constitue sans nul doute le principal obstacle à la circulation des patients et des professionnels de santé et est en grande partie responsable de l'échec de nombreuses initiatives transfrontalières.

Afin de donner aux médecins et aux soignants les moyens de mieux maîtriser les langues, nécessaires dans le travail quotidien mais aussi pour les publications et la participation aux congrès scientifiques, et permettre de resserrer les liens avec leurs voisins de San Sebastian, un centre d'apprentissage des langues axé sur la terminologie médicale a été créé début 2001 au sein même du centre hospitalier de la Côte basque. Le parcours de formation linguistique y est adapté aux rythmes de travail particulier des hospitaliers (horaires, disponibilité) et individualisé en fonction des besoins de chaque participant, de ses prérequis et de ses objectifs professionnels.

Les hôpitaux de Sélestat et d'Offenburg, dans le cadre d'une convention de coopération transfrontalière, ont quant à eux prévu un volet de formation en langues incluant des cours « débutants » et de perfectionnement. Ils ont réalisé un dictionnaire franco-allemand de terminologie hospitalière usuelle, employée dans les services hospitaliers.

Dans la même optique, le CHU de Nancy a mis en place en 1999 une formation à l'allemand hospitalier.

d. L'organisation de colloques sur le thème du sanitaire transfrontalier

Dans le prolongement des actions de formation proprement dite visant à adapter le personnel hospitalier à la problématique transfrontalière, certains établissements prévoient d'organiser et/ou de participer à des colloques, conférences, séminaires, de constituer des groupes de travail transfrontaliers en santé.

Le Pôle de L'Hôpital (centre technique transfrontalier spécialisé dans le domaine de la santé regroupant le syndicat interhospitalier Boulay Saint-Avold Forbach, les associations des hôpitaux sarrois et luxembourgeois), institué sur l'initiative du conseil régional de Lorraine, a ainsi organisé depuis 1997 des séminaires transfrontaliers dans les domaines de l'accréditation, de la sous-traitance hospitalière, de la gestion des déchets et de l'économie d'énergie en milieu hospitalier permettant d'assurer une meilleure connaissance réciproque.

Diverses publications ont été éditées par le Pôle de L'Hôpital :

- l'annuaire Sanitas (établissements de soins, centres de recherche, entreprises du secteur de la santé en région Sar-Lor-Lux 16) ;
- les actes des colloques mentionnés ci-dessus ;
- une lettre d'informations trimestrielle, Santé transfrontalière, diffusée à tous les acteurs de la santé en Sar-Lor-Lux ;
- enfin un guide pratique de la gestion des déchets d'activités de soins en Sar-Lor-Lux.

Dans le cadre du Collège européen de technologie 17, l'Association hospitalière du bassin de Longwy, le CHU de Nancy, la Haute école Robert-Schuman de Libramont (Belgique) et l'Entente des hôpitaux luxembourgeois ont quant à eux initié une coopération transfrontalière en vue de la création d'un séminaire de formation supérieure complémentaire de cadres de santé. Ce séminaire vise une meilleure connaissance des systèmes hospitaliers des différents pays en favorisant les échanges transfrontaliers entre professionnels de santé. Il doit permettre de générer une réflexion commune sur les différents modes de gestion hospitalière dans les établissements de la zone concernée.

Un colloque s'est tenu le 15 octobre 1998 sur « les organisations et politiques hospitalières » et une formation en mars 2000 sur « la communication interpersonnelle dans les établissements de soins ».

Du côté de la frontière franco-espagnole, on relève l'initiative du centre hospitalier des Pyrénées, un hôpital psychiatrique qui participe à des séminaires eurorégionaux organisés par une ONG européenne, Euro psychiatrie réhabilitation. En mars 1999, le séminaire intitulé « À la rencontre des personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes » avait pour but de développer des synergies entre les ressources des familles, des usagers, des services spécialisés, de susciter l'échange de bonnes pratiques et des synergies eurorégionales.

Dans les trois exemples précédemment cités, les porteurs de projets sont exclusivement des établissements de soins. Dès lors, l'implication forte de la DRASS d'Alsace en ce domaine mérite d'être soulignée. Dans le cadre de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur 18, la DRASS préside en effet un groupe de travail « santé » créé en 1997 à la demande du préfet de région, comprenant des représentants des administrations de santé et d'organismes d'assurance maladie des régions frontalières concernées.

Des réalisations ont été développées dans ce cadre :

- un dossier de synthèse des conditions actuelles de prise en charge des soins transfrontaliers dans les trois pays membres de la Conférence ;
- une cartographie de l'offre de soins existant dans l'espace du Rhin Supérieur ;
- une rencontre transfrontalière, organisée le 15 juin 1999, associant directeurs d'hôpitaux et partenaires institutionnels (information sur les dispositifs de planification hospitalière, d'allocation de ressources, présentation d'expériences concrètes, information sur les financements européens...);
- une présentation du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) à destination des partenaires allemands et suisses afin de travailler conjointement dans le domaine épidémiologique ;
- la mise en place d'une action concrète de coopération hospitalière transfrontalière dans le domaine de la prise en charge des grands brûlés ;
- l'instauration d'un système d'échanges d'informations réciproques (adresses et guides de bonnes pratiques) sur la survenue de maladies contagieuses ou de toxi-infections alimentaires collectives.

4. Recherche

Les activités de recherche montrent le caractère relatif et limité du transfrontalier : encore faut-il que des deux côtés de la frontière, des équipes soient chargées de recherche mais également que leurs thématiques soient proches, ce qui est rarement le cas.

Parmi les actions de coopération citées, certaines incluent un volet « scientifique ». C'est le cas du projet Diamant alpin du centre hospitalier de la région annécienne qui comprend un volet « échanges d'informations scientifiques » afin d'améliorer la qualité des soins et de diminuer le nombre des complications médicales.

À noter également l'enquête épidémiologique qui figure dans le projet Transrélis du centre hospitalier de Sarreguemines, le projet de lutte contre la toxicomanie du Centre spécialisé de soins aux toxicomanes SOLEA.

Le projet commun du Centre régional de lutte contre le cancer Lacassagne de Nice et du centre hospitalier de Cuneo développe cet aspect scientifique en matière de cancérologie (mise en place de protocoles médicaux communs, harmonisation des thesaurus, meilleure prise en charge diagnostique et thérapeutique grâce à la production de fluor-désoxyglucose sur cyclotron).

Le projet de création d'un réseau transfrontalier de télépathologie en cancérologie et ophtalmologie par le CHU de Nice a entre autres objectifs celui de développer l'épidémiologie des cancers et la recherche en oncologie.

Deux projets relèvent exclusivement du champ de la recherche médicale : celui développé par le centre hospitalier de Mulhouse, l'université de Fribourg (Allemagne) et l'Institut de recherche en hématologie et transfusion de Mulhouse afin de mettre au point un traitement curatif du myélome multiple, maladie cancéreuse touchant la moelle osseuse et les os ; les travaux effectués par l'unité Santé environnement rural de l'université de Franche-Comté et l'Institut de parasitologie de l'université de Berne (Suisse) dans le domaine de l'échinococose alvéolaire 19.

L'activité de recherche médicale du CHU de Strasbourg fait également l'objet de quelques actions de coopération avec les sociétés savantes de part et d'autre de la frontière, en particulier en matière de neurologie et de radiologie.

C. Les acteurs de la coopération hospitalière

1. Diversité et convergences des systèmes de santé

Il est nécessaire au préalable de rappeler les contextes dans lesquels se situent les acteurs de la coopération sanitaire : origine du financement des soins (imposition et/ou cotisation), centralisation ou décentralisation de ce financement, de l'organisation ou du fonctionnement des systèmes. Chaque système aura ses conséquences sur les marges de manœuvre des acteurs lorsqu'ils souhaiteront inscrire leur projet dans les faits. L'organisation interne, elle-même, n'est pas sans conséquence sur la réussite ou l'échec des projets.

La diversité européenne est patente, quelle que soit l'approche analytique retenue.

a. Bismarck/Beveridge

La diversité européenne tient tout d'abord à l'origine même des systèmes sociaux. L'analyse classique choisit habituellement comme critère de comparaison l'inspiration idéologique des systèmes de protection sociale, opposant ainsi les systèmes inspirés par Bismarck à ceux se référant à Beveridge.

Les systèmes dits d'assurance sociale, d'inspiration bismarckienne, relient le bénéfice de la protection 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. À l'opposé, les systèmes nationaux beveridgiens 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.

Il n'existe évidemment pas de système purement bismarckien ou strictement beveridgien. Il convient plutôt de parler de systèmes mixtes, cas dominant en Europe du Sud où des systèmes nationaux de santé sont présents dans des pays possédant des régimes d'assurance sociale et des mutuelles : Italie, Espagne. La France n'échappe pas à cette mixité, puisqu'elle a élargi à une base fiscale son mode de financement, d'origine bismarckienne.

Les systèmes bismarckiens ont également connu des évolutions les éloignant de leurs principes fondateurs. En Allemagne, les cotisations, pour une moitié demandée à l'employeur et pour l'autre à l'employé, ont été complétées par un recours à la fiscalité. La réforme de 1992 a introduit les notions nouvelles d'enveloppe globale et de mise en concurrence des caisses. Suivant en cela l'exemple des Pays-Bas, le système invite les personnes qui dépassent un certain plafond de ressources à s'assurer volontairement chez un assureur de leur choix, les autres disposant du tiers payant avec ticket modérateur. La Belgique confie la gestion à des mutuelles et non à des caisses de sécurité sociale.

Cette analyse, à partir des inspirations idéologiques, a pour intérêt de présenter les systèmes dans leurs principes fondateurs ; elle peut également permettre de trouver dans un deuxième temps des éléments de convergence dans la diversité. Mais elle est insuffisante si l'on souhaite comprendre pleinement les systèmes dans leur particularité.

b. Centralisation/décentralisation

À côté de la distinction schématique classique qui distingue les systèmes sociaux inspirés de Bismarck et ceux inspirés de Beveridge, il faut désormais également prendre en compte, dans l'analyse des systèmes de santé, l'articulation entre les différents niveaux territoriaux de responsabilité, le niveau de décentralisation. Or, le degré d'intervention des régions d'Europe en matière de santé est très variable.

Cette diversité est le reflet des différences d'organisation constitutionnelle et administrative des États membres. Elle résulte également d'habitudes culturelles mais aussi de la pratique administrative qui assouplit parfois les schémas institutionnels. De façon générale, le nombre d'États en Europe autorisant une intervention importante des régions dans le domaine de la santé est, depuis trente ans, en augmentation constante.

Pour les systèmes de santé peu ou pas régionalisés, il convient de rappeler succinctement la distinction entre la décentralisation, c'est-à-dire l'existence de territoires sous administration de pouvoirs locaux élus, et la déconcentration, prolongement local du pouvoir central. Dans certains pays centralisés, de taille réduite, ou lorsque les régions sont inexistantes, l'intervention régionale peut être exclue du fait de la centralisation des compétences sanitaires. L'intervention régionale peut aussi signifier une prise en charge par des pouvoirs déconcentrés, sans remise en cause de l'unité du système administratif. Le pouvoir de décision est dans ce cas confié à des agents et/ou à des organismes locaux soumis à l'autorité centrale, qui les nomme et qu'ils représentent. Cette forme de régionalisation est celle de la France, comme en témoigne la création en 1996 d'agences régionales de l'hospitalisation, qui sont en réalité des agences déconcentrées.

À l'inverse, les systèmes de santé fortement régionalisés sont implantés dans des États fédéraux, quasi fédéraux ou bien dans des États unitaires très décentralisés. Dans tous les États fédéraux, les entités locales ont une autonomie politique de statut constitutionnel, ce qui a une forte incidence sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de leur système de santé. Dans les États quasi fédéraux et les États unitaires décentralisés, on rencontre des cas de figure très variés, allant d'une grande décentralisation de la santé à une relative centralisation.

La consistance des compétences sanitaires régionales est en outre très variable. Elle peut être minimaliste (mise en œuvre de la législation sanitaire nationale et gestion d'une partie du système de santé) ou maximaliste (compétences décisionnelles de réglementation, planification sanitaire, compétences financières, en passant par la fourniture de soins).

L'intervention des régions d'Europe en matière de santé est parfois contestée, en raison de difficultés tenant à la conciliation entre gestion décentralisée et solidarité nationale. Cependant, si les États fédéraux connaissent des inégalités, comptabilisées par différents indicateurs de santé ou en termes de structures de santé, et notamment le nombre de lits, ils n'ont pas le monopole de ce phénomène. Les États centralisés abritent également de telles inégalités.

La permanence d'une régulation centrale du système est bien entendu nécessaire. Dans tout État d'ailleurs, le système de santé reste sous le contrôle d'une institution centrale, au moins en tant que maître d'œuvre de l'organisation générale du système, de sa définition et de ses conceptions et orientations.

Toutefois, la France est désormais entourée de pays fédérés (Allemagne, Suisse, Belgique) ou en passe de le devenir (Italie, Espagne), ce qui est important pour la coopération transfrontalière sanitaire.

c. Organisation interne

S'agissant plus particulièrement de l'hôpital, on pourra mesurer les différences systémiques importantes à partir de quelques éléments-clés.

Tout d'abord, les modalités d'accès à l'hôpital public restent profondément différentes d'un État membre à l'autre. En France ou en Belgique, le malade s'adressera indifféremment au médecin de ville de son choix ou à la consultation externe hospitalière. L'Allemagne ou l'Espagne disposent d'un système mixte, selon la nature des pathologies, les consultations externes hospitalières restant rares.

La structure hospitalière nationale est également fort diverse, notamment en termes de répartition public-privé. Le secteur privé lucratif représente désormais en France la majorité du secteur chirurgical, alors qu'en Italie sa place est rigoureusement marginale dans cette discipline, à tel point que les pouvoirs publics incitent le secteur privé lucratif à prendre des positions dans le secteur. En Espagne, c'est le secteur privé à but non lucratif qui « capte » plus de 50 % de l'activité chirurgicale. Dans chaque cas, et pour ne prendre que l'exemple de la chirurgie, le mode de financement des structures et des professionnels est foncièrement différent.

S'agissant du poids de la dépense hospitalière publique dans le total national des dépenses de santé, de telles différences dans l'organisation des systèmes provoquent des écarts budgétaires conséquents. Ainsi, le budget d'exploitation d'un établissement belge ne comprend ni les rémunérations des praticiens ni les actes techniques. Une comparaison exacte devient donc ardue, la Belgique ne consacrant stricto sensu que 30 % de sa dépense de santé à l'hôpital, la France 50 %.

En poursuivant l'analyse, on constatera également que les modèles d'organisation médicale, la gestion interne et les pouvoirs de décision dans l'hôpital sont très différents d'un État membre à l'autre. En France, l'hôpital est structuré médicalement autour du service, qui correspond à une discipline bien identifiée sous la responsabilité d'un médecin chef de service. Certains pays, telle la Belgique, organisent leurs établissements hospitaliers autour d'unités de soins banalisées, dans lesquelles médecins ou chirurgiens hospitalisent leurs patients. La rémunération du praticien est distincte de celle de l'établissement hospitalier.

S'agissant de la gestion interne des établissements publics, on constate là encore des différences significatives. La France se caractérise, entre autres, par l'existence d'un corps de directeurs d'hôpital, d'origine « administrativo-financière » tant en termes de sélection, de formation professionnelle que de déroulement de carrière. L'INSALUD a tendu ces dernières années à confier la gestion à un triumvirat directorial composé d'un administrateur, d'un médecin et d'un cadre infirmier. En revanche, en Allemagne, le pouvoir médical reste prédominant dans la décision, bien que l'on assiste à un positionnement de plus en plus fort des administratifs et des infirmiers.

Ces quelques éléments montrent toutes les difficultés que peuvent rencontrer les acteurs de la coopération transfrontalière.

2. Le rôle majeur de l'initiative des acteurs de terrain, pionniers en la matière

Dans cette phase de démarrage de la coopération sanitaire transfrontalière, la volonté individuelle, voire le militantisme, sont à l'origine des initiatives les plus dynamiques. C'est dans la plupart des cas grâce à des individus (et non des structures) que vont s'amorcer des coopérations de plus en plus riches. Le facteur humain explique en partie la grande diversité de l'implication des territoires dans la coopération transfrontalière.

Sur les 66 initiatives dont nous avons connaissance, 62 ont principalement pour porteurs de projet des structures hospitalières (30 centres hospitaliers, 3 hôpitaux locaux, 1 centre de traumatologie et d'orthopédie, 1 centre de lutte contre le cancer, 1 centre de soins aux toxicomanes).

Pour les structures très impliquées dans ce domaine, cette démarche fait partie intégrante de leur stratégie hospitalière. Chacun noue un partenariat avec un établissement étranger de nature et de taille équivalente. Cependant, pour la plupart des projets, ces établissements doivent trouver l'appui d'autres partenaires français et/ou étrangers compétents dans le domaine concerné. Ainsi, en matière de formation initiale, les actions engagées nécessitent la participation de facultés de médecine, d'instituts de formations en soins infirmiers, d'écoles de kinésithérapie... Pour les formations linguistiques, l'implication de professeurs spécialisés dans l'apprentissage de la terminologie hospitalière et médicale s'avère indispensable.

On note un autre type de partenariat, rare mais fort intéressant, celui qui se noue entre un centre hospitalier et un conseil de l'ordre des médecins. Le centre hospitalier de Sarrebourg, à proximité de la frontière allemande-luxembourgeoise, a tenté l'expérience en s'associant au conseil de l'ordre des médecins de Stuttgart et Sarrebruck : il accueille des étudiants allemands en médecine pendant leurs 18 mois de stages pratiques. Depuis 1990, 42 médecins allemands ont été accueillis dans les spécialités d'anesthésie, de chirurgie, de médecine et de gynécologie obstétrique, permettant par la même au centre hospitalier de Sarrebourg de pallier le manque d'internes dans ses services.

Si les établissements hospitaliers sont les protagonistes principaux de la coopération, on remarque toutefois que certains centres hospitaliers importants, notamment hospitalo-universitaires, situés dans les zones frontalières peu « coopératrices » ne sont pas particulièrement actifs, faute de

trouver des partenaires à leur mesure près de la frontière. Plus globalement, on constate que les établissements sanitaires situés à proximité des frontières belge, luxembourgeoise et allemande (systèmes de protection sociale d'inspiration bismarckienne) sont beaucoup plus réceptifs à cette démarche que ceux localisés dans le sud de la France (zones franco-italienne et surtout franco-espagnole, deux systèmes de protection sociale mixtes mais d'inspiration beveridgienne).

Outre l'existence de ces affinités entre établissements hospitaliers en fonction des systèmes de santé des voisins européens, la densité de la coopération transfrontalière sanitaire ne se distingue en rien des autres thèmes de coopération transfrontalière, qui font également l'objet de relations plus intenses sur les frontières du nord et de l'est que celle du sud-est et du sud-ouest 20.

D'une manière générale, on peut décrire deux grands types de territoires frontaliers qui détermineront l'intensité des relations transfrontalières.

Un premier ensemble pourrait rassembler les espaces partagés par une frontière-creuset, zone de contact qui associe les territoires se trouvant de part et d'autre dans une communauté de destin et de vie quotidienne. Ce type de frontière est parfois non matérialisé physiquement (frontière entre le Nord-Pas-de-Calais et la Belgique, entre la Lorraine, la Belgique, le Luxembourg et l'Allemagne, entre Genève et les pays de Gex et d'Annemasse). Dans certains

des exemples précités, cet effacement de la limite s'accompagne d'un continuum urbain qui rend plus invisible une quelconque différence entre ces espaces frontaliers contigus. La continuité urbaine est plus ou moins réelle selon que l'on se trouve dans une agglomération ou une conurbation transfrontalière.

Ces territoires bénéficient souvent d'une certaine communauté historique, linguistique et culturelle, rendant encore plus naturelle la prolongation actuelle de relations transfrontalières déjà anciennes. Dans le cas alsacien, le Rhin, frontière physique moyennement perméable, constitue paradoxalement le vecteur de polarisation d'une histoire et d'une culture commune (foyer rhénan). Les flancs du sillon rhénan sont associés dans une communauté culturelle (architecture, langue — francique et alémanique...).

L'évolution récente montre que ces types d'espaces poursuivent leur processus d'intégration : les échanges économiques et culturels, les flux matériels de personnes et de marchandises qui franchissent quotidiennement la frontière (pratiques professionnelles, commerciales, scolaires, sanitaires...), les difficultés vécues de façon bilatérale (crise de reconversion industrielle de part et d'autre de la frontière à Longwy, Creutzwald, Forbach...).

L'intégration transfrontalière de ces territoires se manifeste également par le sentiment qu'ont leurs habitants d'appartenir à une entité commune (la Sarre, la Flandre...) ou du moins à des espaces cousins et très étroitement liés. La perception culturelle qui peut être celle des habitants d'un espace frontalier donné est malheureusement peu connue et non encore quantifiée.

L'intensité des relations qui relient des espaces entre eux s'exprime à travers les flux quotidiens de travailleurs frontaliers. Ce type de lien illustre également la dépendance, essentiellement économique, qui peut exister entre deux territoires et l'impérieuse nécessité de continuer à vivre ensemble.

À l'inverse de ces espaces de frontière-creuset, la Franche-Comté, le reste de la région Rhône-Alpes, l'essentiel de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et de la région Aquitaine correspondent aux espaces de frontière-glacis. Fréquemment matérialisée par un massif montagneux (Jura, Alpes, Pyrénées, Ardennes...), la frontière se révèle très étanche, ne laissant que quelques corridors de passage pour des flux généralement plus internationaux que de proximité (le col du Perthus, les tunnels du Mont-Blanc et de Fréjus, etc.).

Ces frontières sont souvent les plus anciennes (Pyrénées, une grande partie des Alpes) et ont constitué de véritables barrières aux échanges culturels. On remarque d'ailleurs que les taux d'interpénétration linguistique au sein de ces espaces sont plutôt faibles (l'italien sur les marges frontalières des régions PACA et de Rhône-Alpes et, réciproquement, l'espagnol et le français de part et d'autres des Pyrénées, même dans des contextes relativement urbanisés et proches d'une frontière-creuset — Pays basque — ou de type intermédiaire — Riviera franco-italienne).

L'absence ou la rareté des agglomérations urbaines au sein de ces espaces essentiellement ruraux (moyenne et haute montagne) contribue à rendre les relations plus difficiles : pas de pôles économiques, d'emplois, de services... qui seraient en mesure de générer des flux de personnes et de marchandises de part et d'autre des frontières.

3. Le rôle d'appui limité des pouvoirs publics avec parfois quelques promoteurs

De façon générale, les pouvoirs publics (services sanitaires déconcentrés du ministère de l'emploi et de la solidarité — agences régionales de l'hospitalisation (ARH), DRASS, organismes de protection sociale...) interviennent dans cette dynamique en tant que « facilitateurs » des projets, trop rarement comme initiateurs. Cet appui vient en quelque sorte reconnaître l'intérêt et la qualité de l'initiative engagée.

On relève cependant trois exceptions dans la région Nord-Pas-de-Calais : l'engagement très fort de la DRASS Nord-Pas-de-Calais, de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) Nord-Picardie et du GIE Sesam Vitale.

La DRASS Nord-Pas-de-Calais participe au même titre que l'INAMI (Institut national belge d'assurance maladie invalidité), aux travaux de l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) en tant que membre associé. Une quarantaine d'institutions ont adhéré à l'OFBS. Pour la France, les organismes responsables de l'Assurance maladie (CPAM frontalières, CRAM Nord-Picardie, caisses de la Mutualité sociale agricole), l'ARH Nord-Pas-de-Calais, le CHU de Lille, les observatoires régionaux de la santé du Nord-Pas-de-Calais, de Picardie, du Hainaut, l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral du Nord-Pas-de-Calais. Pour la Belgique, plus de 20 partenaires mutualistes (unions nationales et mutualités régionales, l'Observatoire de la Santé du Hainaut).

La DRASS Nord-Pas-de-Calais « entend donner une place importante à la coopération transfrontalière tant dans le secteur sanitaire que social, en initiant des projets entre établissements hospitaliers français et belges mais aussi français et anglais dans le cadre du programme européen Interreg 3 ».

La CRAM Nord/Picardie a pour sa part rendu possible la concrétisation de la convention de complémentarité entre le centre hospitalier de Tourcoing et celui de Mouscron, facilitant la prise en charge de patients français à Mouscron et inversement. Elle est en outre un acteur de poids au sein de l'OFBS.

On remarque également dans cette région le dynamisme du GIE Sesam Vitale, associé entre autres à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et à l'ANMC (Alliance nationale des mutualités chrétiennes belges), dans le cadre du projet Transcards donnant la possibilité à un patient français de se faire soigner en Belgique et inversement (zone franco-belge de la Thiérache) mais aussi dans le cadre du projet Netlink, malgré les problèmes rencontrés.

Sur la frontière franco-allemande-luxembourgeoise, il convient enfin de noter « l'investissement » des directeurs de l'ARH et de la DRASS d'Alsace qui président le groupe de travail « Santé » dans le cadre de la Conférence du Rhin supérieur. Celle-ci souhaite développer, à l'instar de la DRASS Nord-Pas-de-Calais, « des actions concrètes de coopération transfrontalière, entre centres hospitaliers français et centres hospitaliers allemands et suisses dans l'intérêt des malades ».

Enfin, citons le cas de l'ARH Aquitaine qui a accepté d'introduire la coopération transfrontalière, notamment dans le domaine des urgences, dans son SROS 2 (schéma régional de l'organisation sanitaire de deuxième génération).

En dehors des institutions précitées, l'implication des services du ministère de la santé a été relativement modeste dans ce domaine. La coopération hospitalière transfrontalière est actuellement une démarche essentiellement impulsée par les acteurs de terrain, les prestataires de soins. L'appui marqué des pouvoirs publics et des élus s'avère pourtant indispensable, tant les obstacles à la coopération sont nombreux.

À cet égard, en matière de coopération transfrontalière, on ne répétera jamais assez le rôle déterminant du politique, de l'élu dans le soutien à des projets transfrontaliers ponctuels ou à l'amorce d'une véritable démarche de projet de territoire transfrontalier, aux relais qu'il a le pouvoir d'animer aux niveaux local et régional comme national (dépôt de loi auprès des organes parlementaires) et à la vision transfrontalière interdisciplinaire dont il peut se faire l'écho auprès des pouvoirs publics.

D. Les outils juridiques et financiers

1. Les outils juridiques

Comme dans de nombreux domaines qui font l'objet de relations de coopération transfrontalière, le sanitaire est confronté à la complexité des montages juridiques et des dispositions qui régissent les coopérations entre des organismes relevant de systèmes juridiques différents. Les actions de coopération transfrontalière recensées dans cette enquête ont majoritairement fait l'objet de conventions de coopération transfrontalière signées par les porteurs de projet. La formule juridique du GEIE (groupement européen d'intérêt économique) est quant à elle adoptée pour créer des structures ad hoc dotées de la personnalité juridique en matière de coopération transfrontalière.

a. La convention loi hospitalière de 1991, acte juridique souple, privilégié par les porteurs de projet

Les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération internationale et conclure des conventions à cet effet. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant la réforme hospitalière (article L. 6134-1 du Code de la santé publique) dispose ainsi que « dans le cadre des missions qui leur sont imparties et dans les conditions définies par voie réglementaire, les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats inter-hospitaliers et à des groupements d'intérêt public ou à des groupements d'intérêt économique ». Il est également précisé : « Pour ces actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux de l'État français. »

Si, à l'origine, cet acte souple, qui n'a pas fait l'objet de décret d'application, avait été imaginé pour les actions de coopération avec les pays en développement, il semble aujourd'hui privilégié par les porteurs de projets transfrontaliers. Le contenu de la convention étant librement négocié par les signataires dans les limites de leurs domaines de compétence respectifs, la dénomination de ces conventions varie au gré des établissements, selon la finalité des projets.

Il peut s'agir de :

- conventions-cadre de « coopération transfrontalière » (centre hospitalier Sélestat/centre hospitalier d'Offenburg, centre régional de lutte contre le cancer Lacassagne à Nice/centre hospitalier de Cunéo),
- conventions-cadre de « complémentarité » – centre hospitalier Tourcoing/clinique Le Refuge de Mouscron,
- conventions d'« échanges » (centre hospitalier d'Avesnes/centre de santé de Fagnes de Chimay),
- conventions de « collaboration scientifique » (CHU Besançon-université de Franche-Comté/CHU Vaudois de Lausanne-faculté de Lausanne),
- conventions de « jumelage » (AHBL/centre hospitalier d'Arlon, centre hospitalier de la Côte basque/centre hospitalier de San Sebastian).

b. Les conventions d'extension de la couverture sociale

Cette action novatrice et relativement technique est très intéressante pour l'amélioration des conditions sanitaires des habitants de part et d'autre d'une frontière, en permettant là encore une meilleure utilisation des équipements complémentaires et en contribuant à créer des pratiques de vie européennes.

Le projet Transcards

Ce projet, déjà présenté, qui a pour coordinateur en France le GIE Sesam Vitale et en Belgique l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), regroupe de part et d'autre de la frontière les ministères en charge de l'emploi, de la santé et de la sécurité sociale, les organismes d'assurance maladie, les représentants des professionnels de santé.

Cet accord expérimental a pour objectif la simplification des procédures administratives pour l'accès aux soins transfrontaliers (mis à part les soins ambulatoires) des populations résidant dans la région de la Thiérache, en utilisant les technologies mises en place (cartes patients — Vitale —, lecteurs de cartes, bornes de mise à jour...). Les organes d'assurance maladie peuvent jouir de la fiabilité des données, d'une meilleure maîtrise des flux financiers et de la réduction des frais administratifs.

En 1998 et 1999 s'est déroulée la phase d'étude fonctionnelle et technique qui a permis :

- la création d'un logiciel qui éditera un formulaire E112T, pièce justificative pour l'assuré ;
- l'adaptation des bornes de mises à jour Vitale afin qu'un assuré français puisse mettre à jour la zone Transcards quand il se trouvera au Centre de santé de Fagnes à Chimay en Belgique ;
- l'adaptation des centres de l'assurance maladie afin de reconnaître les formulaires E 112T.

La phase d'expérimentation de ce système a débuté le 17 mai 2000 pour prendre fin en octobre 2000. Une réunion d'évaluation du 28 mai 2001 a conclu à une réussite de l'interopérabilité en matière d'outils techniques et à la nécessité de nouveaux efforts de communication globale et professionnelle. Elle a constaté des différences de réglementation : tiers payant pour les assurés français (ALD et CMU), et préconisé l'extension de l'expérience aux régimes complémentaires. Elle a enfin proposé l'extension de la sensibilisation aux professionnels du champ médico-social impliqués 21.

Le projet Netlink

Dans la même optique, le projet Netlink entre la France, l'Allemagne, l'Italie et le Québec, coordonné en France par la CNAMTS et le GIE Sesam Vitale a pour but de permettre l'interopérabilité des systèmes d'information du secteur santé-social afin d'aboutir à un consensus entre les pays sur les architectures des systèmes d'information utilisant les cartes à microprocesseur (cartes de professionnels de santé, cartes patients, dispositifs de lecture...).

La convention de complémentarité transfrontalière Tourcoing-Mouscron

Pour surmonter les difficultés dues aux différences de prise en charge et de remboursements des frais médicaux existant entre la France et la Belgique, une convention de complémentarité transfrontalière a par ailleurs été signée entre les différents acteurs des systèmes de santé des deux pays (CRAM Nord-Picardie, CPAM de Tourcoing, centre hospitalier de Tourcoing, centre hospitalier Le Refuge de Mouscron [Belgique], Collège intermutualiste national de Belgique). Cette convention donne la possibilité à des insuffisants rénaux chroniques résidant en France, affiliés à la CPAM de Tourcoing, de se faire soigner dans les services d'hémodialyse du centre hospitalier de Mouscron et à des patients résidant en Belgique (arrondissements proches de Tournai) de suivre un traitement au sein du service des maladies infectieuses du centre hospitalier de Tourcoing.

c. Le GEIE, un instrument juridique transnational encore peu utilisé

La spécificité et la nouveauté du développement transfrontalier rendent souvent nécessaire la création de structures ad hoc autonomes. Dans le champ sanitaire, les partenaires qui ont eu pour objectif de créer de telles entités n'ont généralement pas opté pour la forme juridique de l'association²² mais pour celle du GEIE.

Premier instrument juridique communautaire de coopération transnationale créé par le règlement CEE n° 2137 du Conseil européen du 25 juillet 1985, cette structure ad hoc a pour objectif de favoriser le développement d'activités communes par des personnes morales de droit privé ou public situées dans des différents États de l'Union européenne. Cette structure de coopération économique est peu contraignante par rapport à une structure de droit public comme le groupement d'intérêt public. Elle a été choisie par des porteurs de projets situés de part et d'autre de la frontière comme structure de coopération transfrontalière par défaut dans des domaines aussi variés que la formation, le développement économique, la promotion touristique ou la création d'une agence de développement territorial.

Initialement prévu pour structurer des intérêts économiques communs à des structures appartenant à des États différents, portés par des acteurs privés et des acteurs publics chargés du développement économique, le GEIE a été fréquemment utilisé par le secteur public. Cet usage public du GEIE s'impose souvent quand les participants sont de nature différente ou par défaut, en l'absence d'autre structure européenne de coopération, le statut d'« association européenne » restant toujours à créer.

Le recours à la formule du GEIE présente plusieurs avantages pour les porteurs de projet :

- C'est un instrument transnational apte à réglementer la collaboration entre des partenaires de différents États membres de l'Union européenne.
- Il respecte l'autonomie économique et juridique des partenaires et l'équilibre entre ceux-ci : le groupement ne peut se substituer à ses membres dans l'exercice de leur activité ; un membre d'un GEIE ne peut posséder plusieurs voix ; les décisions les plus importantes doivent être prises à l'unanimité.
- Les règles de constitution et de fonctionnement de ces groupements sont d'une relative simplicité (conclusion d'un contrat écrit, contenu obligatoire limité au strict minimum, immatriculation au registre compétent de l'État du siège, publication légale, partenaires diversifiés : PME, grandes entreprises, secteur public...).
- Les modalités de financement sont souples : aucun capital de départ n'est nécessaire, toutes les formes d'apports sont possibles (espèces, nature, en industrie), cotisations, sources de financement externes possibles également.
- Il présente un caractère évolutif à savoir qu'il favorise la progression de la coopération par l'intégration de nouveaux membres, un renforcement de ses moyens...

Les seules restrictions à la constitution d'un GEIE sont relatives :

- au régime de responsabilité (les membres d'un GEIE répondent indéfiniment et solidairement des dettes de toute nature du groupement) ;
- à l'étendue des moyens d'action (il ne peut notamment exercer un pouvoir de direction ou de contrôle sur les activités de ses membres ou détenir des actions dans une entreprise membre).

En outre, l'activité du GEIE « doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci » (article 3 du règlement du 25 juillet 1985). Par conséquent, les collectivités publiques souhaitant participer à un GEIE doivent justifier d'une activité économique. Enfin, les contributions qu'elles versent doivent être compatibles avec la comptabilité publique.

Dans la pratique, le GEIE apparaît comme un instrument juridique particulièrement adapté à la coopération multilatérale en matière de santé comme le montrent les deux structures de ce type créées dans le sanitaire transfrontalier :

Le GEIE de la santé en Thiérache

Parallèlement au projet Transcards, un GEIE de la santé en Thiérache a été créé le 29 février 1996 entre le centre hospitalier Brisset d'Hirson (France) et l'Association intercommunale hospitalière du Sud-Hainaut et du Sud-Namurois et le centre de santé de Fagnes de Chimay (Belgique). Ce GEIE a été institué afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population et de favoriser la complémentarité entre les deux centres hospitaliers par une optimisation de leurs moyens réciproques.

Plusieurs pistes de coopération ont été dégagées :

- réflexions communes sur les urgences psychosociales, la pneumo-cancérologie, la médecine ambulatoire, l'urologie, la néphrologie, le pôle mère-enfant, la psychiatrie, la radiologie (chefferie commune) ;
- participation franco-belge aux gardes et permanences médicales ;
- intervention de cardiologues du centre de Fagnes au centre hospitalier Brisset ;
- étude (financière, juridique, logistique...) sur la faisabilité d'un service d'urgence commun ;
- collaboration technique et administrative : compatibilité des recueils de données administratives et médicales, mesure de l'efficacité des structures hospitalières.

D'autres collaborations tout à fait intéressantes sont en cours de montage :

- projet de création d'une clinique ouverte ;
- étude sur la réglementation en matière d'expérimentations en vue d'éventuelles collaborations ;
- travail avec une juriste détachée des services de l'administration de la santé belge (études sur les problèmes de responsabilité, sur le statut fiscal des médecins des deux côtés de la frontière...);
- rédaction d'un document visant à informer les institutions des actions de coopération hospitalière transfrontalière du GEIE.

L'Observatoire franco-belge de la santé

L'autre GEIE consacré au sanitaire est l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS). Créé le 23 juin 1999, cet observatoire a pour objet :

- d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations frontalières par une meilleure adéquation entre les besoins de santé des populations et les infrastructures disponibles de part et d'autre de la frontière ;
- de poursuivre une approche intégrée de la santé en développant des axes de coopération transfrontalière dans le domaine de la santé et de la prévention ;
- de réaliser des économies d'échelle.

Cet organisme assure le suivi permanent et centralisé des conventions, l'évaluation des nouveaux dossiers de coopération et la pérennité des contacts noués par les partenaires du projet.

Des thèmes de collaboration sont en cours de discussion :

- mise en place d'un groupe de travail sur les médicaments, sur les conséquences de l'arrêt Kohll et Decker ;
- actions de promotion/prévention de la santé en matière de cancérologie, de pathologies cardio-vasculaires ;
- étude dans le domaine de la psychiatrie ;
- réflexions, propositions afin de favoriser la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne.

d. La coopération sanitaire dans le cadre de l'accord de Karlsruhe

L'accord signé le 23 janvier 1996 à Karlsruhe entre les États allemands, français, luxembourgeois et suisse, qui crée notamment la formule juridique du groupement local de coopération transfrontalière, définit les modalités de coopération entre les collectivités territoriales situées dans les régions Alsace et Lorraine (commune, département, région) avec les collectivités territoriales étrangères limitrophes luxembourgeoises, allemandes et suisses. Ces dispositions s'appliquent également aux établissements publics locaux.

La circulaire interministérielle du 20 avril 2001 sur la coopération décentralisée (NOR INT B0100124C) classe les hôpitaux parmi ces établissements publics locaux : « L'autre originalité de l'accord de Karlsruhe est la possibilité d'associer à la coopération décentralisée transfrontalière menée par les collectivités territoriales des organismes publics locaux. Il s'agit pour la France des établissements publics locaux : centres communaux d'action sociale, collèges et lycées, hôpitaux, offices du tourisme, etc. »

Il s'agit bien d'une association d'hôpitaux à la coopération transfrontalière, les collectivités territoriales françaises devant expressément participer à cette coopération entre établissements publics : l'article 2 prévoit que les dispositions de l'accord de Karlsruhe s'appliquent « à la région Alsace et à la région Lorraine, aux communes, aux départements, et à leurs groupements compris sur le territoire desdites régions, ainsi qu'à leurs établissements publics dans la mesure où des collectivités territoriales participent à cette coopération transfrontalière ».

Seule la France a apporté cette condition à la participation des établissements publics locaux, dont les hôpitaux, à la coopération transfrontalière. A priori, la participation des collectivités territoriales luxembourgeoises, allemandes ou suisses n'est pas requise dans le cadre d'une coopération entre établissements publics locaux dans le domaine du sanitaire transfrontalier.

Toutefois, cette analyse résulte de la seule lecture des textes, ces dispositions n'ayant pas encore été mises en application par des établissements publics hospitaliers situés de part et d'autre de la frontière. Elles permettraient par conséquent aux hôpitaux, associés à des collectivités territoriales françaises, de passer des conventions de coopération transfrontalière avec des structures exerçant des compétences analogues de l'autre côté de la frontière, mais également de créer des groupements locaux de coopération transfrontalière (GLCT), organismes de droit public prenant la forme d'un syndicat mixte ouvert quand leur siège est localisé en France.

Il reste à souligner que les perspectives ouvertes par l'accord de Karlsruhe n'ont conduit à aucun texte spécifiquement hospitalier émanant notamment du ministère de tutelle, le ministère de l'emploi et de la solidarité. Il s'agit donc bien pour l'instant d'une « fenêtre » qui n'a obtenu aucune extension réglementaire.

e. Les conventions internationales comme source de la coopération sanitaire transfrontalière

La coopération sanitaire transfrontalière trouve également sa source dans des conventions internationales, créant éventuellement des structures de concertation interrégionale.

Dans le domaine des catastrophes et accidents graves, une convention a été signée le 3 février 1977 entre la France et l'Allemagne. Des accords d'assistance mutuelle ont ensuite été adoptés entre la préfecture du Bas-Rhin et les Regierungspräsidium de Karlsruhe (7 février 1985) et de Fribourg (21 février 1986) ; de même qu'une convention d'alerte entre préfecture du Bas-Rhin et les Regierungspräsidium de Karlsruhe (9 avril 1990) et de Fribourg (31 décembre 1991).

Sur la frontière française, allemande et suisse, une réunion du groupe santé de la Conférence du Rhin supérieur a été créée en 1996 au sein de cet organisme lui-même créé en 1975 23. Cette réunion du Palatinat, de l'Alsace, du pays de Bade et de deux cantons suisses, Bâle et Argovie, rejoints en 2001 par les cantons suisses du Jura et de Soleure, concernant près de 5 millions d'habitants au total, a notamment pour objectif d'encourager la coopération entre hôpitaux ou encore d'optimiser l'offre de soins 24.

2. Les instruments financiers

À ces nombreuses interrogations sur les possibilités juridiques de structuration de la coopération transfrontalière, viennent s'ajouter de nombreux questionnements sur le financement de ces actions, notamment par les collectivités territoriales ou par le programme d'initiative communautaire Interreg.

Les hôpitaux ne peuvent assumer seuls le coût souvent important de telles initiatives qui risquent de grever leur budget étroitement encadré et qui n'ont guère d'ouvertures de crédits dans ce domaine. À côté de leur propre participation financière, ils ont la possibilité de solliciter des aides de l'État et des collectivités territoriales. Mais il s'agit là de conditions exceptionnelles et il est rare que des hôpitaux soient financés par des collectivités territoriales. Ils peuvent surtout recourir aux crédits versés par l'Union européenne en raison de la dimension transfrontalière de leurs projets.

Avec le traité de Maastricht, l'Union européenne s'est en effet fixée comme objectif prioritaire la cohésion économique et sociale de son territoire. Des programmes d'initiative communautaire (PIC) financent des actions dans des domaines très précis. L'un d'eux, Interreg, concerne la coopération transfrontalière (volet A) dans des secteurs aussi divers que l'économie, l'emploi, la formation, l'environnement, le sanitaire... Dans le domaine de la santé, le programme Interreg se rattache à l'idée « qu'il faut des mesures visant à encourager la coopération, notamment le partage des ressources et des installations sur une base frontalière ainsi que des mesures spéciales visant à atténuer les problèmes posés par l'existence de différentes langues, différentes procédures administratives et différents systèmes juridiques de part et d'autre des frontières nationales 25 ».

L'aide communautaire allouée par l'intermédiaire des États membres peut atteindre d'une manière générale jusqu'à 50 % du coût du projet. Dans le cadre du programme Interreg 2, les demandes devaient être déposées avant le 31 décembre 1999. Le versement effectif des fonds étant quant à lui conditionné par l'acquittement des paiements correspondant à la réalisation du projet, et ce avant le 31 décembre 2001.

Si le projet présente une dimension transfrontalière réelle, l'aide financière européenne paraît relativement facile à obtenir, à condition toutefois que le dossier déposé soit bien argumenté tant sur les plans sanitaire, technique, budgétaire... Sur la période 1994-1999 (volet A du programme Interreg 2 d'un montant total de 2 600 millions d'euros), 19 initiatives de coopération sanitaire transfrontalière impulsées par des établissements hospitaliers français ayant bénéficié d'une subvention de l'Union européenne ont été recensées dans le cadre de l'enquête menée. Tel est le cas par exemple :

- du centre hospitalier d'Hirson pour la constitution du GEIE de la santé en Thiérache,
- du centre hospitalier de Sélestat pour la mise en place conjointement avec le centre hospitalier d'Offenburg d'actions de coopération en matière de formation initiale, de formation continue, de formation en langues,
- du centre hospitalier de la région annécienne pour la mise en place d'un réseau radio d'alerte du secours en montagne sur les territoires du canton du Valais, du Val d'Aoste et du département de Haute-Savoie,

- ou encore de celle du centre hospitalier de la Côte basque pour son projet associant à la fois une dimension culturelle et une dimension de prévention en santé publique, qui s'est vu alloué une somme de 530 000 FRF par les crédits Interreg 2, soit 50 % du coût total.

L'aide conséquente apportée par les fonds européens s'est avérée souvent déterminante (surtout pour les structures de taille modeste) puisqu'elle seule a permis de mettre en place et/ou de concrétiser les activités sanitaires projetées. Cet appui financier permet d'officialiser en quelque sorte au niveau européen les partenariats en reconnaissant le caractère innovant et réellement transfrontalier des projets.

À l'inverse, l'hôpital d'Aiguilles qui avait déposé une demande d'aide européenne pour financer la réhabilitation de l'aile ancienne de l'hôpital (dont 17 chambres sur les 42 étaient réservées aux patients italiens) n'a pas vu son dossier retenu par le comité de programmation qui examine et sélectionne les projets. Celui-ci a estimé que cette réhabilitation relevant des projets d'infrastructure ne présentait pas un aspect transfrontalier évident, susceptible de faire l'objet d'un financement Interreg 2.

Ces 19 exemples d'utilisation semblent relativement faibles au vu de la totalité des actions enregistrées, même si, après vérification sur le fichier central Interreg, il apparaît qu'un certain nombre de structures (50, en vert clair sur la carte), surtout médico-sociales, non recensées dans l'enquête, avaient également bénéficié des fonds Interreg en réalisant 24 actions financées par ce programme. (Elles sont passées à travers les mailles du filet, probablement car non hospitalière mais médico-sociales, universitaires...). Ce relativement faible succès d'Interreg, surtout auprès des structures hospitalières, est à imputer à un problème lourd de sensibilisation, par les autorités publiques, des porteurs de projets potentiels aux exigences de ce programme (règles à respecter, véritable parcours du combattant administratif pour voir enfin une opération financée, etc.).

Analysant ce programme, l'un des principaux animateurs de la coopération transfrontalière d'une eurégio non frontalière avec la France, Meuse-Rhin, M. Alain Coheur a identifié quelques-unes des plus-values d'Interreg 2 : le soutien au développement et à la complémentarité des coopérations ; la méthode de partenariat de la base vers le sommet ; des budgets non alloués aux États mais par frontière ; une visibilité sur le terrain par le citoyen. Il estime d'ailleurs qu'il est souhaitable et recommandé de construire une politique européenne de santé par des dynamiques d'actions intégrant les acteurs et tenant compte des réalités de terrain 26.

Pour la période 2000-2006, on peut tabler sur une amélioration du fonctionnement du programme Interreg 3, tous volets confondus, qui bénéficiera d'un financement plus substantiel s'élevant à 4 875 millions d'euros, soit pour la France près de 397 millions d'euros — 55 % de cette somme étant affectée à la coopération transfrontalière, soit environ 218,35 millions d'euros (volet A). Cette enveloppe conséquente devrait permettre à l'avenir à la coopération hospitalière transfrontalière de se développer, à condition du moins que les acteurs de terrain soient mieux informés de l'existence de telles sources de financement (ce qui ne semble pas être le cas d'après les résultats de l'enquête).

E. Les obstacles

Toutes les coopérations transfrontalières n'ont pas eu à affronter les mêmes obstacles. Dans sa réponse au député Christian Bourquin, Claude Bartolone, ministre délégué à la ville en définit quelques-uns : les contraintes de fonctionnement logistique de l'organisation sanitaire de chaque État ; la mobilité des personnels de santé ; les différences de qualité et de sécurité des soins ; les différences des modalités de prise en charge par les différents régimes de sécurité sociale 27.

Les obstacles peuvent également sortir du cadre strict de la santé. Le projet de carte épidémiologique bute par exemple sur les lois de protection des données personnelles beaucoup plus contraignantes en Allemagne qu'en France 28.

Les succès obtenus en matière de coopération hospitalière transfrontalière ne doivent pas masquer les nombreux blocages auxquels se sont heurtés et se heurtent les porteurs de projets. Aucun texte de portée générale ne vient réglementer au niveau européen la coopération transfrontalière. Au-delà des entraves physiques (mers, montagnes, secteur à faible densité de population...) qui rendent le contact plus difficile et coûteux, les hospitaliers frontaliers rencontrent trois types d'obstacles dans leurs démarches de coopération.

1. Les barrières culturelles et linguistiques

La maîtrise de la langue du voisin est un préalable indispensable pour qui souhaite s'engager fortement dans une dynamique transfrontalière. La méconnaissance de la langue est en effet un obstacle majeur qui explique pourquoi de nombreuses initiatives en restent souvent au stade des intentions ou ont du mal à se concrétiser et à perdurer.

Le long des frontières franco-allemande et franco-espagnole en particulier, le mur de la langue constitue un frein important à l'essor de la coopération 29. M. Heller, directeur du centre hospitalier de Sélestat (frontière franco-allemande), relève ainsi que « si les actions entreprises (formation initiale, formation continue, colloques) entre le centre hospitalier de Sélestat et le centre hospitalier d'Offenburg sont jugées intéressantes et enrichissantes par leurs bénéficiaires (c'est-à-dire les hospitaliers), tant sur le plan professionnel que personnel, il faut sans cesse surmonter l'obstacle de la langue, surtout lors des échanges professionnels. » Dès lors, la mise en place, sur ces territoires, de formations linguistiques adaptées au milieu hospitalier est une condition sine qua non de la mise en œuvre du travail de terrain. Le CHU de Nancy et les centres hospitaliers de Sélestat, de la Côte basque l'ont très bien compris puisque préalablement et/ou parallèlement aux initiatives visant à répondre directement aux besoins de santé des citoyens frontaliers, ils ont mis en place des formations linguistiques à connotation médicale, à destination du personnel hospitalier.

La richesse des projets hospitaliers transfrontaliers de la zone franco-belge s'explique en partie par le fait que, dans ce cas, l'obstacle de la langue (dans la partie wallonne en tout cas) ne se pose pas. Le partage de la langue est un atout qui favorise la concrétisation des projets, quels que soient les autres blocages rencontrés par ailleurs. Comme le souligne Mme Deneu, chargée des questions transfrontalières à la DRASS Nord-Pas-Calais, « la coopération hospitalière entre la France et la Belgique pose d'autant moins de problèmes qu'il n'y a pas la barrière de la langue ».

Bien que l'apprentissage de la langue et de la culture du voisin ne soit pas une chose aisée, car nécessitant du temps (réunions, visites sur le terrain...), il s'agit d'une étape préalable

indispensable pour que la coopération envisagée ait toutes les chances de s'inscrire dans la durée.

2. Les problèmes administratifs et réglementaires

a. Les problèmes liés aux niveaux de décision différents de part et d'autre des frontières

Les structures administratives de chaque pays de l'Union européenne (administrations de la santé, organismes d'assurance maladie...) sont fort différentes tant en termes de compétences, de zones géographiques d'influence... Il en résulte un manque général de parallélisme entre structures et donc partenaires, rendant ainsi le dialogue souvent stérile.

L'eurégio Meuse-Rhin a dressé le tableau des points critiques actuels de sa coopération sanitaire et des obstacles éventuels. Les patients estiment être considérés comme des objets par les prestataires de soins et comme des numéros par les assureurs. Ils sont parfois désemparés face aux règles et procédures des différents assureurs, du fait notamment des fortes variations entre les prestations des assurances et les participations personnelles. Les prestataires regrettent le manque d'information sur la structure de coopération transfrontalière. Les obstacles qu'ils ont identifiés sont le financement, les contraintes réglementaires de la consommation de soins, la bureaucratie, les différences culturelles, les différences des formes d'organisation, les différences qualitatives et les barrières linguistiques. D'autres obstacles, que l'on retrouvera aux frontières françaises, tiennent aux sources de financement : réglementation nationale des pays, disparité des compétences des instances régionales, autonomie limitée.

b. Les barrières juridiques et réglementaires

Le volontarisme des porteurs de projets de coopération hospitalière transfrontalière se trouve en outre entravé par de nombreux obstacles juridiques et réglementaires. La politique de santé relevant, au sein de l'Union européenne, de la compétence des États, les législations, les procédures administratives sont dès lors différentes d'un pays à l'autre. Cette diversité de statuts, de modes d'organisation freine fortement la recherche de complémentarités auxquelles aspire la plupart des hôpitaux frontaliers.

Le dispositif réglementaire de planification

Il n'a pas encore intégré la logique sanitaire transfrontalière.

En France, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), qui déterminent pour une durée de cinq ans la répartition géographique des installations et activités de soins afin d'assurer la satisfaction des besoins de la population, s'articulent mal (sauf exception) à la problématique transfrontalière.

La capacité en lits des hôpitaux n'étant prévue que pour répondre aux besoins nationaux, l'utilisation croissante des services médicaux et hospitaliers par les patients du pays voisin risque de créer des problèmes d'engorgement des infrastructures, compromettant ainsi les efforts entrepris en matière de régulation de l'offre de soins. A contrario, la concurrence jouant entre prestataires de soins de part et d'autre de la frontière, les structures hospitalières de petite taille qui répondent à des besoins locaux pourraient à terme disparaître.

Les coûts de la « non-agglomération transfrontalière », c'est-à-dire de la gestion séparée de services comme ceux de la santé mais également de l'eau, de l'assainissement, des déchets... peuvent être importants car ils conduisent systématiquement à la duplication d'équipements, à

la gestion séparée de services, et donc à des coûts d'investissement et de fonctionnement plus élevés que dans le cas d'une gestion intégrée. Cette remarque vaut surtout dans le cas de pôles urbains de taille suffisante (de chaque côté de la frontière) pour pouvoir conserver leur équipement sanitaire dans des contextes de restrictions budgétaires et de maillage d'équipements sanitaires.

Les zones moins urbanisées ou de taille dites insuffisantes n'ont même pas cette chance : les petites agglomérations transfrontalières ne sont pas prises administrativement en compte par les politiques nationales. Prise séparément, chaque partie nationale de ces agglomérations n'a pas un degré de population suffisant pour accéder à des avantages (contractualisations spéciales) et des crédits dont bénéficierait une agglomération non transfrontalière. Le poids de la population transfrontalière agglomérée et donc la place dans la hiérarchie urbaine de ces agglomérations sont délibérément ignorés. Il en est ainsi du maintien d'équipements sanitaires et hospitaliers qui peuvent être menacés de fermer simultanément de chaque côté de la frontière alors que le bassin commun de population de ces deux agglomérations dépasse largement les critères établis par chacun des pays.

On comprend dès lors pourquoi les autorités sanitaires sont majoritairement très prudentes pour soutenir de tels projets de coopération. Pour éviter de remettre en cause les politiques de planification sanitaire, il est indispensable, selon Mme Stadler-Betz de la DRASS d'Alsace, d'« inscrire clairement cette coopération dans le dispositif régional de planification ».

L'étanchéité de la protection sociale

La diversité des systèmes de protection sociale au sein de l'Union européenne n'est pas faite, de surcroît, pour faciliter l'accès aux soins transfrontaliers. En vertu du principe de la territorialité des prestations, chaque pays a son propre système d'assurance maladie. Le traitement dans un autre État membre reste perçu comme une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie car il sort des budgets globaux hospitaliers.

Actuellement, obtenir des soins de santé dans un autre État membre n'est envisagé par le droit communautaire que dans certaines situations particulières :

- soins d'urgence lors de séjours touristiques, professionnels ou d'étude (formulaire E 111) ;
- pour commencer ou poursuivre des soins dans un autre pays (formulaire E 112) avec délivrance d'une autorisation préalable par l'assurance maladie ;
- en cas de résidence hors du pays d'affiliation : travailleurs frontaliers, chômeurs, titulaires de pensions et membres de la famille (formulaire E 106).

Les modes de gestion, les modalités de remboursement, les modes de calcul des coûts des équipements sanitaires diffèrent, entraînant des écarts considérables dans leur évaluation.

Ce contexte réglementaire complexe explique les blocages ou retards pris dans le démarrage de certains projets hospitaliers transfrontaliers. Par exemple, dans la zone frontalière franco-belge, M. Jahan, directeur du centre hospitalier de Tourcoing, note que « la compensation des frais engagés par l'assurance maladie française et les mutuelles belges pour la prise en charge des patients de l'autre pays est compliquée et les délais de remboursements peuvent durer deux ans. La facture d'un Français soigné en Belgique va en effet transiter de la caisse belge à la caisse française dont il dépend et qui assurera le remboursement par l'intermédiaire de deux organismes nationaux belge et français ».

La mise en œuvre de la convention entre la clinique des Sœurs Noires d'Ypres (Belgique) et l'hôpital de Felleries-Liessies, prévoyant pour les patients français souffrant d'insuffisance rénale chronique la possibilité de se faire dialyser à Ypres et pour les patients belges souffrant de la même pathologie de se faire traiter à l'hôpital de Felleries, a été retardée car, selon Mme Deneu de la DRASS Nord-Pas-de-Calais, « la direction de la sécurité sociale n'avait pas

encore donné son accord sur la déconcentration de la décision d'autorisation de l'accès aux soins à l'étranger. »

De la même manière, le centre hospitalier de Wissembourg et l'hôpital de Bad Bergzabern, qui avaient entamé des démarches auprès des organismes de sécurité sociale français et allemand pour faciliter l'ouverture des services hospitaliers aux ressortissants de l'autre pays, « n'ont obtenu aucun résultat », selon M. Thomann, directeur du centre hospitalier de Wissembourg.

Les difficultés s'accroissent lorsque les flux de patients sont inégalement répartis entre États frontaliers, comme c'est le cas dans la zone franco-genevoise : « Les patients français sont pris en charge à l'hôpital cantonal universitaire de Genève avec des surcoûts importants pour la sécurité sociale française ; ceci d'autant plus que les prix des prestations de soins sont très élevés », relève Mme Milliat-Charpentier de la DRASS Rhône-Alpes 30.

Dans la même optique, sur la zone franco-italienne, Mme Voiron-Canicio, professeur de géographie, directrice d'un laboratoire de recherches au CNRS-université de Nice Sophia Antipolis, relève que « les flux de patients sont inégaux et de nature différente ; le coût marginal étant faible, les caisses d'assurance maladie sont réticentes à soutenir de tels projets. »

Les caisses redoutent en fait que ces migrations de patients d'un pays à l'autre ne viennent remettre en cause les politiques de maîtrise des dépenses de santé, par les coûts sociaux supplémentaires qu'elles pourraient engendrer.

3. Les difficultés de montages opérationnels et financiers

Les sommes versées par l'Union européenne dans le cadre du programme Interreg représentent une source de financement déterminante pour la coopération transfrontalière ; cette aide pouvant atteindre jusqu'à 50 % du coût du projet. On constate cependant que ce programme est sous-exploité par les acteurs du champ sanitaire, ce qui signifie que l'essentiel du financement des projets ne passe pas par ce créneau.

L'enquête vient confirmer, comme le colloque « Dynamiques transfrontalières et projet de territoire 31 » l'a montré, que l'information, la communication sur l'existence, le contenu des crédits Interreg et plus globalement sur toutes les sources de financements susceptibles d'être mobilisées par les hôpitaux (fonds de la région, d'institutions privées...) font défaut. Dès lors, les préfetures en charge de la gestion administrative et financière d'Interreg 2 et bientôt des collectivités territoriales pour Interreg 3 (conseils régionaux dans certains cas, collectivités étrangères dans d'autres, préfetures quand il n'y a aucun candidat) ont un grand effort de communication à produire sur les objectifs et les détails pratiques d'utilisation de ce programme à destination des acteurs du champ sanitaire.

Pour les établissements qui ont eu connaissance du programme Interreg 2 et déposé une demande de financement, l'obtention des crédits européens a souvent relevé du « parcours du combattant ». La procédure administrative à suivre est apparue en effet, relativement complexe et très longue. Elle s'est articulée autour de trois phases :

1. Le porteur du projet devait transmettre son dossier précisément argumenté à la préfeture de région ou de département, pour instruction. Celle-ci veillait à la mise en conformité administrative, technique (selon la nature du projet, elle nécessitait également l'avis d'autres services de l'État : agence régionale de l'hospitalisation, direction régionale des affaires culturelles, direction départementale de l'équipement...) et financière du dossier, elle jouait un rôle d'interface entre les porteurs de projet et les organismes financeurs. En outre, les délais d'instruction n'étaient pas uniformes sur l'ensemble des zones frontalières.

À noter que les fonds destinés au développement transfrontalier étaient gérés au niveau national. Ceci signifie que les porteurs d'un projet transfrontalier devaient adresser les demandes de co-financement auprès des autorités nationales situées de part et d'autre de la frontière, selon leur procédure et leur calendrier propres.

2. Le dossier était ensuite examiné par un groupe technique de suivi (ou comité de programmation) en charge d'apprécier l'éligibilité et l'intérêt transfrontalier du projet.

À ce stade, on a constaté que les critères d'éligibilité et de sélection, relativement imprécis (nombre, définitions, classement), donnaient lieu à des interprétations divergentes au niveau des différents partenaires et des responsables techniques et politiques d'Interreg. Ces divergences ne faisaient qu'accentuer la complexité et la lenteur de la procédure ; elles présentaient également le risque de voir sélectionner des projets à la suite d'éventuelles pressions politiques.

Étaient appréciés notamment :

- le caractère transfrontalier du projet,
- ses effets mesurables/quantifiables,
- sa pérennité (appui d'autres partenaires),
- son adéquation avec les axes et mesures de programme Interreg,
- sa cohérence avec les autres programmes européens,
- la validité de son plan de financement (dans chaque cas, les dépenses avancées devaient être justifiées par devis détaillés ; les cofinanceurs devaient fournir des lettres d'engagement).

3. Une fois le projet sélectionné par le comité de programmation, il était examiné par le comité de suivi (incluant des responsables des autorités publiques des États signataires et des représentants de la Commission) qui allait s'assurer de la recevabilité et de l'éligibilité des projets et décider de l'octroi ou non des fonds 32.

Les délais entre le dépôt du dossier et la décision du comité de suivi variaient là encore selon les programmes opérationnels établis pour chaque zone frontalière.

Par exemple sur la frontière franco-espagnole, il pouvait se passer jusqu'à 2 ans entre le dépôt du dossier et la décision du comité.

L'octroi de l'aide par les services de l'État ne signifiait pas son versement immédiat. Les délais de mise à disposition des fonds étaient également très longs en raison notamment des contrôles de la Commission et de la lenteur des canaux nationaux. En tout état de cause, cette mise à disposition des fonds Interreg n'intervenait que lorsque le porteur de projet avait mis en œuvre l'opération et fourni l'ensemble des justificatifs des frais engagés, soit plusieurs mois après la décision d'octroi.

Ces délais, retardant le lancement des initiatives, représentaient un coût que les porteurs de projets ne pouvaient pas tous assumer. La procédure d'obtention des fonds était d'autant plus pesante qu'ils n'étaient accordés que pour un an. Si le projet se déployait sur plusieurs années, son « initiateur » devait renouveler annuellement sa candidature.

Soulignons enfin que l'hôpital qui s'engageait à faire appel au financement Interreg ne bénéficiait d'aucune aide, d'aucun soutien de la part de structures opérationnelles capables de porter le projet, ce qui a eu pour effet de limiter le nombre de ces projets et parallèlement la consommation des crédits Interreg.

Le déficit d'informations, la complexité, la lenteur de son fonctionnement technique et financier, le manque de soutien apporté aux acteurs ont relativement limité l'impact du programme Interreg 2, du moins en matière de coopération sanitaire transfrontalière. Pour amplifier la dynamique transfrontalière dans le champ de la santé, il est donc fortement souhaitable de mieux faire connaître Interreg 3 et de simplifier son mode de fonctionnement.

Notes partie I

1. Voir « La FNIM planche sur les transfrontaliers », Espace social européen, 22 juin-5 juillet 2001, p. 9.
2. Assemblée nationale. Débats parlementaires, JORF, 1^{re} séance du 29 mai 2001, p. 3495.
3. COM (2000) 285, final – Communication de la commission sur la stratégie de la Communauté européenne en matière de santé.
4. Michel Bélanger, Droit international de la santé par les textes, Berger-Levrault, 1989.
5. Voir « La coopération hospitalière transfrontalière : circulation et échanges », Revue des sciences sociales de la France de l'Est, 1997, n° 24, p. 178-184.
6. Assemblée nationale, 1^{re} séance du 29 mai 2001, p. 3495.
7. N.B. 20 des 36 projets relèvent simultanément de plusieurs thématiques (exemples : prise en charge médicale, convention de sécurité sociale, formation continue...).
8. « Moselle : polémique sur l'intervention des hélicoptères sanitaires allemands », Le Quotidien du médecin, 12 mars 2001, p. 6.
9. Unité d'urgence neurovasculaire.
10. Alain Coheur, « La dynamique des eurégios : des perspectives innovantes pour une convergence européenne régionale des systèmes de santé », Hospital, vol. 3, 2/2001, p. 20-23.
11. Florence Quille, « Les échanges de malades s'intensifient entre la France et la Belgique », Le Quotidien du médecin, 10 octobre 2001, p. 7.
12. Cf. page 44.
13. « Premier bilan positif de Transcards », Espace social européen, 22 juin-5 juillet 2001, p. 9.
14. « La coopération hospitalière transfrontalière : circulation et échanges », Revue des sciences sociales de la France de l'Est, 1997, n° 24, p. 178-184.
15. « La coopération hospitalière transfrontalière : circulation et échanges », loc. cit.
16. Sar-Lor-Lux est une « eurorégion » faisant l'objet de plusieurs structures de concertation transfrontalière et transnationale (exécutifs régionaux, états ou banques...) sur un territoire englobant la Lorraine, la Sarre et le Luxembourg.
17. Pôle de compétence, tête de réseau de partenaires de trois pays (Luxembourg, Allemagne, Belgique) pour la formation et la recherche dans les domaines technique, économique, pédagogique, environnemental et social.
18. Cette conférence, créée par une convention intergouvernementale le 22 octobre 1975, a pour objectif de promouvoir une coopération concrète entre la France, l'Allemagne et la Suisse dans des domaines divers : transports, culture, aménagement du territoire, tourisme, santé et protection sociale.
19. Affection sévère due au développement de ténias dans les viscères.
20. L'analyse géographique plus détaillée fait l'objet de la deuxième partie de l'ouvrage.
21. « Premier bilan positif de Transcards », Espace social européen, 22 juin-5 juillet 2001, p. 9.
22. Un établissement fait exception, le Pôle de L'Hôpital (§ I-B-3-d.), centre technique transfrontalier spécialisé dans le domaine de la santé, qui bénéficie du statut associatif.
23. « Alsace, Bade et Suisse : comment s'organise la coopération sanitaire transfrontalière », Le Quotidien du médecin, 9 octobre 2000, p. 7.
24. « La coopération hospitalière transfrontalière : circulation et échanges », Revue des sciences sociales de la France de l'Est, 1997, n° 24, p. 178-184.
25. JORF, 1^{er} juillet 1994, communication Interreg 2.
26. Eurégio Meuse-Rhin, « Amélioration de la coopération et de l'accessibilité transfrontalières en matière de soins de santé », Priorités eurégionales en préparation au PIC 2000-2006 de l'eurégio Meuse-Rhin, septembre 2000.

27. Assemblée nationale – 1re séance du 29 mai 2001, p. 3495.
28. « Alsace, Bade et Suisse : comment s'organise la coopération sanitaire transfrontalière », Le Quotidien du médecin, 9 octobre 2000, p. 7.
29. ... Du moins pour la majorité des établissements. Pour les structures (certaines DRASS, certains CHU) qui disposent de services spécialement chargés des questions internationales et transfrontalières, ce problème ne se pose pas car le personnel est censé parler plusieurs langues.
30. Se greffent de surcroît dans ce cas des problèmes d'ordre douanier, la Suisse ne faisant pas partie de l'Union européenne.
31. Colloque organisé par la Mission opérationnelle transfrontalière à Biarritz du 8 au 10 décembre 1999.
32. L'instruction et la sélection des dossiers de candidatures et l'autorisation pour le versement des fonds sont généralement dévolus aux préfetures de région (SGAR : secrétariat général aux affaires régionales).

2. Approche de la coopération transfrontalière sanitaire par frontière

A. Frontière belge

La frontière franco-belge est celle où la coopération sanitaire et médico-sociale est la plus dense et la plus approfondie. Outre les nombreux flux de personnes âgées en provenance de France à destination des maisons de retraite belges (nombreuses et mieux adaptées), d'élèves handicapés français dans des établissements belges spécialisés et de toxicomanes en traitement, non indiqués ici car ne faisant pas l'objet d'une coopération entre deux établissements frontaliers, on recense de très nombreuses actions de coopération de part et d'autre de cette frontière.

On note également la proportion limitée d'actions strictement sanitaires cofinancées par Interreg 2, ces fonds ayant dans leur majorité été davantage sollicités par les structures médico-sociales localisées sur la carte Interreg (cf. p. 40). L'essentiel des actions se concentre au sein de la métropole lilloise et entre la Thiérache du Nord et de l'Aisne et le Pays de Chimay (Belgique). Les actions les plus nombreuses concernent la prise en charge médicale des frontaliers. Ces démarches (en rouge sur la carte), qui concernent en premier lieu les centres hospitaliers, sont souvent associées à des extensions de convention de sécurité sociale (en jaune) dans le cadre de projets de complémentarité des systèmes de santé entre les deux pays.

Une des actions les plus avancées dans ce domaine concerne la convention établie en 1994 entre le centre hospitalier de Tourcoing et la clinique Le Refuge de Mouscron (Belgique). Elle consiste en un échange de bons procédés : l'établissement belge accueille les patients insuffisants rénaux chroniques ressortissant de l'espace économique européen (EEE) et résidant en France, l'autre reçoit les patients de l'EEE résidant en Belgique atteints du sida. Cette action comporte un volet « convention de sécurité sociale » qui a permis une mise au point concernant le remboursement de certains médicaments, des actes médicaux, des honoraires de surveillance, des forfaits de médication... Les modalités du ticket modérateur sont prises en charge soit par la clinique du Refuge ou en négociation avec les représentants de la CPAM de Tourcoing et la CRAM.

Citons également le projet de téléconsultation en ophtalmologie Flandres-ophtalmo entre le CHU de Lille (dont le transfrontalier est une des priorités) et la clinique Saint-Marteen de Courtrai où un réseau transfrontalier de téléophtalmologie est mis en œuvre afin de favoriser les échanges entre ophtalmologues de part et d'autre de la frontière. L'utilisation de la visioconférence permet les échanges en temps réel en matière d'avis consultatifs et la diffusion en multisite de réunions médicales programmées.

La prise en charge médicale s'est également développée en matière de traitement des urgences : coopération entre l'hôpital local de Fumay (Ardennes) et le SAMU du centre des Fagnes à Chimay ou bien entre les équipes SMUR de Dunkerque, Armentières, Lille, Roubaix, Tourcoing, Valenciennes, Maubeuge et leurs homologues belges, prévoyant pour chaque équipe d'intervenir de l'autre côté de la frontière en cas d'indisponibilité nationale.

L'amélioration de cette prise en charge des frontaliers repose en partie sur l'utilisation conjointe de nouvelles technologies avec de nouvelles pratiques médicales : elles interviennent notamment dans le cadre du développement transfrontalier de l'application CIGUE (service de toxicologie), dans les téléconsultations entre le centre hospitalier de Tournai et celui de Lille ou enfin dans la téléconsultation en ophtalmologie déjà évoquée.

Outre l'opération associant la clinique du Refuge à Mouscron et le centre hospitalier de Tourcoing, la frontière franco-belge est le cadre d'une opération d'extension de couverture sociale novatrice : le projet Transcards entre la Thiérache et le pays de Chimay (Belgique) regroupe les ministères de l'emploi et de la santé des deux pays, les organismes d'assurance maladie concernés, différents centres hospitaliers. Il a vocation à simplifier les procédures administratives et l'accès aux soins transfrontaliers des populations locales en utilisant les techniques existantes (carte Vitale, lecteurs de cartes, bornes de mise à jour) permettant l'amélioration et l'accélération des remboursements et une offre de soins élargie.

Enfin, citons la présence de deux structures de coopération transfrontalière consacrées à la santé sous la forme de deux GEIE : celui de la santé en Thiérache (Aisne) entre l'hôpital d'Hirson et le centre de santé de Fagnes à Chimay afin de favoriser la complémentarité entre les deux établissements par une optimisation de leurs moyens (gardes transfrontalières, échanges de cardiologues, urgences spécifiques...). L'autre GEIE consacré à la santé transfrontalière est l'Observatoire de la santé franco-belge (rassemblant 17 partenaires dont les CRAM Nord-Picardie, l'ARH Nord, la CPAM, les ORS Nord-Picardie et la DRASS Nord-Pas-de-Calais), qui développe d'une part des actions de prévention (cancérologie et maladies cardiovasculaires) et travaille d'autre part sur l'amélioration de l'accès aux soins des populations frontalières (complémentarité des équipements et connaissance des besoins). Si elle n'apparaît pas en tant que telle sur la carte, la DRASS Nord-Pas-de-Calais est très investie dans la coopération transfrontalière sanitaire, notamment par sa connaissance des dossiers et son implication dans certains projets (membre associé de l'Observatoire franco-belge de la santé).

B. Frontières allemande et luxembourgeoise

La coopération transfrontalière sanitaire entre la France et le Luxembourg ou l'Allemagne est particulièrement dense et diffuse tout au long de la frontière, les territoires y étant très urbanisés. Les actions de coopération sont de nature très variée. À l'instar de son utilisation sur la frontière franco-belge, le programme Interreg 2 a peu profité aux structures hospitalières et surtout financé des actions de coopération médico-sociale (toxicomanie notamment) ne figurant pas sur cette carte (cf. carte Interreg).

Si la prise en charge médicale des frontaliers ne constitue pas la majorité de l'ensemble des actions entreprises, elle est néanmoins représentée par plusieurs démarches impliquant de nombreux centres de soins. Citons la coopération très aboutie qui unit le centre de traumatologie et d'orthopédie d'Illkirch-Graffenstaden à des organismes d'assurance maladie du Bade-Wurtemberg pour la prise en charge de patients, ou le centre hospitalier de Wissembourg qui avait été provisoirement autorisé à réaliser des IRM auprès d'une société privée de médecins allemands à Bad Bergzabern. On note également la prise en charge de patients pharmaco-dépendants français en Sarre (et réciproquement) entre le CHS de Sarreguemines et le CH de Sarrebruck ou enfin la collaboration du CHU de Nancy avec les hôpitaux de Luxembourg, Trèves, Hombourg... pour la création d'un réseau régional d'imagerie médicale en neuroradiologie.

Une partie de ces actions a fait l'objet d'opération d'extension des conventions de sécurité sociale (Illkirch, Sarreguemines).

À la différence de la frontière franco-belge, la coopération sanitaire sur les frontières allemande et luxembourgeoise se caractérise par l'abondance des actions consacrées à la formation transfrontalière, qu'elle soit initiale, continue, linguistique ou qu'elle se réalise dans le cadre de groupes de travail ou de colloques.

Le centre hospitalier de Sélestat a réalisé de nombreuses actions dans ce domaine avec la clinique Saint-Joseph d'Offenburg : organisation commune de cours de langues et de stages de formation continue pour les agents des deux hôpitaux, stages pratiques pour les étudiants des instituts de formation en soins infirmiers et écoles d'aides-soignantes des deux structures, mise en place d'un lexique franco-allemand de terminologie hospitalière, organisation de sessions d'information et de formation sur des thèmes sanitaires définis en commun...

C'est également le cas du CHU de Strasbourg qui accueille des étudiants allemands en kinésithérapie, du CHU de Nancy qui a développé avec le CHU de Hombourg (Sarre) de nombreux contacts dans le cadre de stages, de visites et de formation linguistique croisée. Le CHU nancéien a également

utilisé le programme Erasmus-Socrates pour envoyer des étudiants en stage en Allemagne, accueillir des étudiants luxembourgeois et encourager des thèses de recherche commune. Enfin, on note l'expérience originale du centre hospitalier de Sarrebourg avec l'ordre des médecins de Stuttgart et de Sarrebruck pour accueillir des internes allemands en spécialisation.

L'organisation de colloques transfrontaliers a été le fait, outre le centre hospitalier de Sélestat, du syndicat interhospitalier Boulay-Forbach-Saint-Avold (Pôle de L'Hôpital) avec des hôpitaux luxembourgeois, allemands et belges dans les domaines de l'accréditation, de la sous-traitance, de la gestion des déchets et de la recherche médicale. L'association hospitalière du Bassin de Longwy (AMBL) a quant à elle mis en place une formation transfrontalière permettant de générer une réflexion commune sur différents modes de gestion hospitalière de la zone concernée et réalisé un colloque sur l'organisation des politiques hospitalières en France et en Belgique.

On note dans ce domaine le dynamisme particulier de la DRASS d'Alsace qui, outre sa bonne connaissance des dossiers transfrontaliers, préside le groupe de travail Santé dans le cadre de la Conférence du Rhin supérieur où elle a mis en place un dossier de synthèse des conditions actuelles de prise en charge des soins transfrontaliers dans la zone concernée, une cartographie de cette offre de soins en médecine très spécialisée et une rencontre transfrontalière associant les directeurs d'hôpitaux de la région du Rhin supérieur.

La recherche médicale clôt ce panorama de la coopération transfrontalière franco-allemande et luxembourgeoise : le centre hospitalier de Mulhouse a développé des recherches avec l'université de Fribourg en hématologie pour la mise au point d'un traitement curatif du myélome multiple ; le centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines a lancé une enquête épidémiologique transfrontalière sur la population des toxicomanes en Sarre, Rhénanie-Palatinat, Moselle et Luxembourg (Transrélis).

C. Frontière suisse

La coopération sanitaire transfrontalière franco-suisse se caractérise par une forte concentration des actions sur un faible nombre de partenaires, tous situés dans les quelques pôles urbains des territoires frontaliers (principalement Besançon et Annecy du côté français et les chefs lieux de cantons : Berne, Neuchâtel, Lausanne, Genève et Sion du côté helvétique). On remarque également la proportion très élevée des projets qui ont été financés dans le cadre d'Interreg 2.

La caractéristique géographique de la frontière franco-suisse (hauts plateaux du Jura et chaîne des Alpes) donne à la coopération transfrontalière sanitaire une dimension urgentiste marquée dans les actions de prise en charge des patients frontaliers. Tel est le cas de la mise en place d'un réseau de radio d'alerte du secours en montagne coordonné par le service départemental de secours et d'incendie du département de la Haute-Savoie sur les territoires du canton du Valais, de la Savoie, de la Haute-Savoie et du Val d'Aoste, avec interconnexion des centrales d'engagement des secours. Tel est également le cas des hôpitaux du Mont Blanc (Sallanches et Chamonix) qui ont signé une convention de sécurité sociale avec l'hôpital du canton de Genève pour faciliter la prise en charge des patients en cas d'urgence vitale. On retrouve enfin cette même dimension dans le projet de sécurité héliportée impliquant des échanges de savoir-faire médicaux au sein de l'Arc Jurassien entre le CHU de Besançon et le service de santé publique du canton de Vaud.

On note par ailleurs l'existence de deux grands projets à enjeux multiples engagés par le centre spécialisé de soins aux toxicomanes (SOLEA) de Besançon et le CHU de la région d'Annemasse. Dans le premier cas, il s'agit d'une action de lutte contre la toxicomanie avec prise en charge de toxicomanes en lien avec le centre hospitalier de la Providence et la Fondation pour la prévention et le traitement de la toxicomanie à Neuchâtel, incluant un volet traitement, des conventions sécurité sociale et la formation des équipes.

L'autre projet à implication multiple, intitulé Diamant alpin, est mené par le centre hospitalier de la région annécienne. Il repose sur la mise en réseau de plusieurs acteurs de dialyse rénale de la Haute-Savoie, du canton de Vaud, du Val d'Aoste et du Piémont. L'objectif est d'échanger des informations scientifiques pour améliorer la qualité des soins, étudier une comparaison des coûts entre les différents centres, favoriser la qualité de vie et la mobilité des patients et de leur famille et établir un programme commun de stages en faveur du personnel médical et paramédical afin qu'il développe ses connaissances transfrontalières.

D. Frontière italienne

La coopération transfrontalière sanitaire sur la frontière franco-italienne se caractérise par des projets qui impliquent non seulement de grands pôles urbains (peu nombreux) mais également quelques hôpitaux locaux de zones alpines faiblement peuplées. L'essentiel de cette coopération est malgré tout réalisé entre la Côte d'Azur et la Riviera du Ponente.

À l'instar de la coopération sanitaire franco-suisse, la plupart des projets de coopération transfrontalière sanitaire ont émergé au programme Interreg 2.

On notera qu'à l'époque de l'enquête, la majeure partie des actions recensées n'était pas achevée mais plutôt dans une phase de mise en place.

Outre le CH d'Annecy dont les actions trinationales ont été détaillées sur la carte Frontière franco-suisse, Nice est le principal foyer français à entretenir des projets de coopération transfrontalière sanitaire avec l'Italie.

Le CHU de Nice s'est lancé dans la réalisation d'un réseau transfrontalier de télépathologie en cancérologie, anatomo-pathologie et ophtalmologie. Ce projet, qui comporte un volet « prise en charge de patients frontaliers » et un aspect « recherche », a pour objectif l'harmonisation des attitudes de prévention, de dépistage, de stratégie de diagnostic, de traitement et de soins, l'élaboration d'un dossier médical commun partagé par le secteur médical, l'amélioration de la qualité des soins par la mise en place d'un programme d'assurance qualité. Le projet vise également le développement de l'épidémiologie des cancers et la progression de la recherche en oncologie. Les partenaires italiens sont les provinces d'Impéria et de Savone et le centre de recherche contre le cancer de Gênes.

La cancérologie fait également l'objet d'une coopération entre le centre niçois de lutte contre le cancer Antoine-Lacassagne et le centre hospitalier de Cuneo. Celle-ci se traduit par l'instauration de consultations spécialisées, la mise à disposition de personnel médical, des échanges de prestations, des protocoles médicaux communs et une co-organisation de séminaires scientifiques européens.

Toujours sur le pôle niçois, on note l'opération (achevée) de coopération transfrontalière sanitaire en matière de formation initiale entre le CHU de Nice et le centre hospitalier d'Impéria : des échanges d'étudiants infirmiers ont lieu sous forme de stages croisés portant sur la politique de santé du pays d'accueil.

La coopération transfrontalière sanitaire se développe également en milieu alpin où l'accueil des personnes âgées semble être le dénominateur commun. Une convention de partenariat a été mise en place entre l'hôpital d'Aiguilles et le centre hospitalier de Torre Pellice afin de développer une meilleure prise en charge des personnes âgées : formation linguistique conjointe des personnels administratifs et soignants, techniques de soins, rapprochement des méthodes de prise en charge à domicile des personnes âgées...

Une action dans le même domaine de la gériatrie est menée entre le syndicat interhospitalier de la Vésubie et la maison de retraite d'Entracque (Italie) pour permettre des échanges de résidents et d'agents de service entre les deux structures.

Le centre hospitalier La Palmosa de Menton a engagé des actions de coopération transfrontalière avec l'Azienda Sanitaria Locale n° 1 Imperiese. Les actions de coopération prendront la forme d'une convention qui est à l'étude et qui s'intitulera « Une communauté de santé transfrontalière. » Les axes de coopération vont se situer à deux niveaux. Le premier concernera des échanges d'expertises, d'expériences, de protocoles, de procédures et des mises à disposition de personnels et de matériels. Le deuxième étudiera la possibilité de permettre aux résidents des zones frontalières de Bordighera, Vintimille, Menton et Roquebrune Cap Martin d'avoir un accès réciproque aux soins, notamment dans les secteurs suivants : dialyse, imagerie médicale, périnatalité, gériatrie, soins de premiers secours. Ces

actions de coopération s'inscrivent dans un domaine plus large de projets transfrontaliers élaborés notamment par les maires de Vintimille et de Menton. En ce qui concerne le projet de création d'une « communauté de santé transfrontalière », M. Jean-Claude Guibal, député maire de Menton et président du conseil d'administration du centre hospitalier de Menton, s'est engagé personnellement dans cette démarche. Le conseil d'administration du centre hospitalier de Menton a délibéré sur ce thème en juin 2001, précisant que cette démarche s'inscrivait dans le cadre d'un « hôpital aux frontières élargies » et dont le prochain projet d'établissement devrait s'intituler « Un hôpital transfrontalier. »

E. Frontière espagnole

La coopération transfrontalière sanitaire entre la France et l'Espagne se caractérise par la grande variété des thèmes d'actions. Celles-ci sont toutefois essentiellement situées sur le littoral basque, seul à constituer un bassin de vie transfrontalier et qui, de surcroît, demeure presque le seul à avoir utilisé les fonds Interreg 2. Les autres actions sont disséminées entre quatre pôles de part et d'autre de la chaîne pyrénéenne, à l'exclusion de la partie méditerranéenne (du moins du côté français).

L'axe essentiel de cette coopération sanitaire franco-espagnole passe par le centre hospitalier de la Côte basque à Biarritz et le complexe hospitalier de San Sebastian, où le nombre et la densité des actions de coopération est remarquable.

L'observation et la connaissance mutuelle sont les thématiques qui ont remporté le plus de succès entre les deux établissements basques : étude comparative concernant la qualité de prise en charge préhospitalière et hospitalière précoce des polytraumatisés dans le secteur sanitaire 7 et en province de Guipuzkoa, réalisation d'un travail consacré à l'organisation de chaque hôpital en cas de catastrophe et aux services mutuels rendus par l'hôpital à son voisin, travail d'évaluation du système de régulation des appels sur les numéros d'urgence, étude comparative sur la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral.

Avec le complexe hospitalier de San Sebastian, le centre hospitalier de la Côte basque réfléchit à la création d'un centre d'apprentissage des langues au sein de chacun des deux établissements, permettant un parcours de formation linguistique individualisé et adapté aux rythmes de travail particulier des médecins et du personnel soignant (horaires, disponibilité). Le lien entre le centre hospitalier de la Côte basque et le complexe hospitalier de San Sebastian est définitivement reconnu depuis 1998 par un jumelage qui se traduit par des échanges de personnel, une communication systématique d'information sur les manifestations de formation ou d'intérêt scientifique intervenant dans la Communauté autonome d'Euskadi ou en Aquitaine... L'organisation annuelle de colloques permettant d'assurer une meilleure connaissance transfrontalière atteste enfin de ce lien permanent entre les deux établissements.

À une échelle plus régionale, on relève le projet de création d'un observatoire de la santé du Pays basque, à l'image des ORS français et à l'instar de celui existant sur la frontière franco-belge, qui serait chargé de collecter sous la forme d'un tableau de bord les données sanitaires produites dans les deux pays.

La connaissance mutuelle est également le sujet de préoccupation du centre hospitalier des Pyrénées à Pau, qui a participé à des séminaires euro-régionaux organisés par une ONG européenne sur les thèmes de la prise en charge des personnes atteintes de maladies invalidantes, de la place de la culture et du sport dans la vie des handicapés... On note toutefois que cette action n'est pas à proprement parler transfrontalière (pas de démarche de

bassin de vie contrairement à plusieurs opérations sur la frontière alpine) mais implique des régions espagnoles éloignées. Une démarche entreprise par le centre hospitalier de Pau avec implication plus locale consiste en la coordination de l'aide médicale urgente, à la régulation des secours (tunnel du Somport) avec un volet formation avec les services de protection civile de Navarre et d'Aragon. La coopération transfrontalière en matière de secours médicaux urgents en montagne est également traitée par le centre hospitalier d'Oloron en lien avec celui de Pau et les services de la protection civile de Navarre.

Enfin, cette thématique fait également l'objet d'actions de coopération entre le centre hospitalier intercommunal de Tarbes - Vic-en-Bigorre et l'université de Saragosse : formation continue sur les techniques de prise en charge médico-secouriste des accidents de descente sportive de canyon, formation commune inter-universitaire de 3^e cycle de médecine d'urgence en montagne et projet de réseau radiophonique d'alerte accessible à tous les participants de sports de montagne sur les deux versants de la chaîne pyrénéenne.

On relève enfin deux actions isolées et ponctuelles : celle du centre hospitalier de Saint-Gaudens en matière d'assistance pour les accidentés du travail, permettant aux adhérents de la MUPA (mutuelle d'accidentés du travail et maladies professionnelles de la sécurité sociale de Lleida en Espagne) d'être admis au centre hospitalier de Saint-Gaudens ; enfin, celle du centre hospitalier de Lavelanet impliqué dans une action de formation transnationale de soignants dans le cadre de centres de jour gériatriques pour déments avec le centre gériatrique de Cabanellas en Catalogne.

3. Poursuivre l'action

Avant d'aborder les conditions à mettre en place pour favoriser la coopération transfrontalière, encore faut-il être d'accord sur l'utilité de celle-ci. Quels sont les raisons pour lesquelles il faudrait développer le transfrontalier ? En termes de santé des populations ? De politique de santé ? En termes politiques, comme laboratoire de la construction européenne ?

À ces différents niveaux, quels sont les avantages de la coopération transfrontalière ? D'autres frontières, en dehors de celles de la France, se sont interrogées sur ces différents points.

Dans l'euro-région Meuse-Rhin, la commission eurégionale spéciale Soins de santé transfrontaliers a présenté dans son avis relatif à un système transfrontalier de soins de santé quelques-unes des bonnes raisons de coopérer. Soit en mettant l'accent sur le patient :

- libre choix des soins de santé pour les frontaliers et leurs familles : élargissement des possibilités pour les frontaliers d'avoir recours à des infrastructures de soins à proximité ;
- atlas eurégional des soins de santé et banque de données : catalogue des soins de santé dans la région ;
- soins aux personnes âgées : réalisation d'un guichet central et d'un projet type de maison de repos et de soins ;
- meilleure organisation des associations de patients : améliorer leur fonctionnement.

Soit en insistant sur l'efficacité des politiques :

- lutte contre la drogue : lutter contre le tourisme lié à la drogue ; meilleure coordination de l'accueil et du suivi des toxicomanes ;
- prévention et protection de la santé : campagnes coordonnées sur certaines pathologies ;
- coopération dans le domaine des soins curatifs spécialisés : optimiser les soins offerts ;
- réseau de recherche et de diagnostic : mettre en place un réseau multidisciplinaire pour favoriser la communication ;
- système de biovigilance : plate-forme de coopération ;
- soins à domicile : favoriser la coopération entre les structures ;
- santé mentale : favoriser l'information sur les pratiques, favoriser la coopération ;
- applications technologiques dans le domaine des soins à domicile, des soins aux handicapés et personnes âgées ;
- transport transfrontalier par ambulance : faire l'inventaire des besoins de transports pour simplifier les procédures et améliorer les transports ;
- formation : de manière à pouvoir faire face aux variations de l'offre et de la demande sur le marché de l'emploi ³³.

Dans tous les cas, il est souhaitable et recommandé de construire une politique européenne de santé par des dynamiques d'actions intégrant les acteurs et tenant compte des réalités de terrain.

Sur une autre frontière, celle entre l'Irlande et le Royaume-Uni, les bénéfices attendus sont :

- le partage des connaissances, qui aide à améliorer la qualité des services ;
- le recentrage des ressources, qui réduit la duplication, ce qui permet d'employer les fonds à d'autres réalisations ;
- moins de barrières bureaucratiques et physiques, ce qui aide à étendre l'accessibilité et à réduire les inégalités ;

- l'amélioration de la santé pour tous 34.

Pour permettre à la coopération transfrontalière sanitaire de se développer dans les meilleures conditions entre la France et ses voisins, cinq conditions doivent être respectées.

A. Sensibiliser les acteurs de terrain aux enjeux

La première condition de succès consiste à montrer aux acteurs de terrain (aussi bien les porteurs de projets que les pouvoirs publics, les élus) que le sanitaire transfrontalier constitue une source d'enrichissement, de bénéfices, d'économies en dépit des obstacles à surmonter et ne doit pas être considéré comme un luxe, un passe-temps secondaire à éliminer en période de restriction financière. En effet, dans un contexte de rationalisation de l'offre médicale, il s'agit à la fois d'essayer d'améliorer les soins et d'obtenir des économies d'échelle. Les projets transfrontaliers répondent par définition à ces deux objectifs. Les plus aboutis sont ceux qui s'inscrivent dans une volonté commune de complémentarité interhospitalière et d'optimisation des coûts.

Pour obtenir des projets constructifs et pérennes, l'accord passé doit être « gagnant/gagnant » et non « gagnant/perdant », sous peine d'entraîner des déséquilibres rapidement stérilisants (mise en péril de certaines spécialités, de certaines structures...). Des établissements de dimensions, de zones géographiques, d'influences différentes ne sont pas faits pour faciliter la coopération.

Il s'avère indispensable que les établissements potentiellement intéressés par cette démarche soient :

- mieux informés sur les équipements, les structures administratives, les services sanitaires et sociaux disponibles de l'autre côté de la frontière pour s'engager en connaissance de cause en développant des projets viables au bénéfice des patients ;
- à l'écoute des attentes des populations frontalières pour répondre le mieux possible à leurs besoins de santé.

Dans cette optique, les pouvoirs publics et les élus peuvent être davantage mobilisés par les acteurs de terrain en jouant un rôle de coordinateur, de levier : réunions des parties concernées de part et d'autre de la frontière afin de procéder à un état des lieux sanitaire (types de soins, spécialités, services offerts, accès géographique, économies d'échelle...), échanges d'informations sur les problématiques régionales actuelles dans les domaines hospitalier et médico-social. Des rapprochements entre les acteurs de santé et les acteurs de la coopération transfrontalière se justifient d'autant plus que ces derniers disposent souvent de compétences très avancées dans l'utilisation des programmes de financements européens. On assiste hélas pour l'instant à une étanchéité entre ces deux réseaux d'acteurs (« développement local et coopération transfrontalière » d'une part et « santé » d'autre part) contre lequel il convient de lutter.

Des pistes de coopération s'avèrent particulièrement incontournables dans l'avenir :

- les complémentarités de voisinage dans certaines spécialités de pointe (cardiopathie, greffes, télémédecine) en matière de recherche médicale ;
- la prévention en santé publique : elle intéresse des acteurs très diversifiés et est susceptible de mobiliser des crédits conséquents, notamment au niveau européen ;
- les accords locaux de prise en charge assurantielle ;
- le volet formation : échanges interuniversitaires d'étudiants en médecine, en soins infirmiers, stages hospitaliers... ;

- les projets visant à favoriser la mobilité des personnels soignants (recrutements au sein de l'Union européenne) ;
- les complémentarités dans le domaine médico-social : maisons de retraite, scolarisation des enfants handicapés...

À ce propos, citons l'expérience tout à fait novatrice, mais qui s'est étendue depuis, du centre hospitalier de Rethel. Devant le manque d'anesthésistes sur le marché du travail français, l'idée a germé au sein de la direction de recruter des praticiens hospitaliers allemands, l'Allemagne disposant d'une démographie médicale excédentaire. Depuis 1998, des anesthésistes ayant fait l'ensemble de leur cursus en Allemagne exercent au centre hospitalier de Rethel, leur intégration au sein de la communauté médicale n'ayant posé aucun problème. Cette expérience a été présentée à l'ARH de Champagne-Ardenne qui a fait sienne cette solution.

Cependant, la volonté des porteurs de projets ne suffit pas pour mener à bien des actions, si intéressantes soient-elles en termes de complémentarité. L'État a un rôle essentiel à jouer pour lever les obstacles inhérents à cette dynamique. En particulier, il apparaît indispensable qu'il adopte ou soutienne l'adoption de dispositions favorisant les solutions de coopérations bi- ou trilatérales.

B. Intégrer le sanitaire transfrontalier dans les démarches de planification

À la suite des affaires Kroll et Decker, certains ont dénoncé le risque que comporterait la mise en place d'une libre circulation des patients pour le système hospitalier dans le cadre des politiques de planification sanitaire (risque de sur- ou sous-capacité d'accueil, voire disparitions de structures...). La solution la plus adaptée va de toute évidence consister à l'avenir, pour l'État, à favoriser la signature d'accords intégrant la coopération transfrontalière dans les démarches de planification.

Cette intégration dans les démarches de planification comporte un volet national et européen. Elle revêt une importance au niveau tant politique que financier.

1. Les contrats de plan État-région

Actuellement, la dimension transfrontalière sanitaire n'est pas appréhendée par les contrats de plan État-région (CPER). Le sanitaire y occupe une meilleure place mais le croisement des deux thématiques reste inexistant. Les contrats de plan État-région sont néanmoins des instruments à ne pas négliger, car disposant d'enveloppes conséquentes qui peuvent être utilisées comme contreparties nationales nécessaires à une utilisation d'Interreg pour financer un projet de coopération transfrontalière.

La prise en compte de la thématique transfrontalière étant variable d'un CPER à l'autre, on peut distinguer approximativement trois catégories de CPER correspondant aux différents degrés de détail dans le traitement du transfrontalier :

- les régions Alsace, Lorraine et Nord-Pas-de-Calais constituent la première catégorie, celle où la thématique transfrontalière est traitée de façon très consistante, à la fois sur un mode thématique et territorial, et où des thèmes et des projets précis sont identifiés avec les financements correspondants ;

- les régions PACA, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées rentrent dans la deuxième catégorie, la problématique transfrontalière est citée de façon très laconique mais demeure présente ;
- enfin, les régions Haute-Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Languedoc-Roussillon et Aquitaine passent complètement sous silence la question transfrontalière, et d'ailleurs la coopération européenne en général, constituant ainsi la dernière catégorie.

Dans les deux dernières catégories, une des possibilités les plus plausibles pour envisager le financement d'une action sanitaire transfrontalière sur des fonds CPER réside dans les enveloppes consacrées au volet territorial (25 % de l'ensemble du CPER) décliné en contrats d'agglomérations et contrats de pays, dont le nombre est à relier aux caractéristiques géographiques de la région concernée. L'intégration d'une action de coopération transfrontalière sanitaire dans un contrat de pays ou d'agglomération est possible mais conditionnée par l'articulation complète de cette action au projet de territoire global en question, ce qui n'a pas vraiment été le cas jusqu'à présent des actions de coopération transfrontalière sanitaire.

Le CPER Alsace, dans la première catégorie, décline la coopération transfrontalière sur un mode transversal dans plusieurs domaines d'activités qui ne concernent pas la santé. Le transfrontalier fait toutefois l'objet d'un chapitre entier visant à renforcer les différents organismes de réflexion et de formation à la coopération transfrontalière, ainsi que les instances facilitant le quotidien transfrontalier des habitants (Infobest, EuroInfoConsommateur, Eurès). Au niveau territorial, la problématique transfrontalière n'est pas spécifiquement abordée sauf dans le cas des réseaux de villes, en particulier à travers les liens avec l'agglomération trinationale de Bâle.

C'est donc dans ces deux dernières parties que peut être envisagée la demande d'une subvention pour cofinancer un projet de coopération transfrontalière sanitaire répondant, bien entendu, aux critères des chapitres précités (organismes de formation ou d'information transfrontalière, volet territorial du contrat de plan à condition que l'action sanitaire vienne, comme on le suggère, s'articuler au projet de territoire en question).

La Lorraine, quant à elle, décline également le transfrontalier à travers plusieurs secteurs d'activités mais qui ne correspondent pas à la santé. Le transfrontalier fait également l'objet d'un chapitre à part entière où la structuration des agglomérations transfrontalières est clairement affirmée comme objectif. Enfin, les sites transfrontaliers (dans le volet territorial) y sont nommément cités, qu'ils soient urbains ou ruraux.

C'est donc dans ces deux parties que l'on peut envisager de trouver des financements susceptibles d'intervenir dans le montage d'une action sanitaire transfrontalière en répondant aux mêmes conditions que celles présentées précédemment.

Enfin, le CPER Nord-Pas-de-Calais dispose d'un volet santé très étoffé mais qui ne fait pas référence à la coopération transfrontalière. Son volet médico-social fait quant à lui état de flux de patients (essentiellement des handicapés) en direction de la Belgique, fondés sur l'inadaptation et/ou l'insuffisance de certaines infrastructures en région Nord-Pas-de-Calais. Ce constat implique une mise à niveau des moyens régionaux mais ne fait absolument pas allusion à une coopération transfrontalière possible et organisée dans ce domaine pour remédier à cet état de fait. Le CPER Nord-Pas-de-Calais dispose par ailleurs d'un volet transfrontalier de 20 millions de francs (contribution État), dont une partie est dévolue au domaine de la vie quotidienne et en particulier à la santé. C'est donc dans cette partie et comme pour les autres CPER dans le volet territorial que peuvent être intégrées des demandes de cofinancements de projets sanitaires transfrontaliers.

2. Les schémas de services collectifs

Le schéma national des services collectifs sanitaires a vocation à fixer, dans une perspective à vingt ans, les principales orientations en matière d'évolution des services collectifs sanitaires. Il a pour but d'assurer l'égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité et vise, à l'instar des autres schémas de services collectifs, à corriger les inégalités intra- et interrégionales en matière d'offre. Ce document promeut la continuité et la qualité des prises en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions d'accès aux soins et des exigences de sécurité et d'efficacité.

Il est toutefois le seul schéma qui, selon la loi, ne s'impose pas à l'échelon régional (schémas régionaux d'aménagement du territoire) mais doit prendre en compte les méthodes et les instruments préexistants de régulation spécifique au domaine sanitaire : conférences nationales et régionales de santé, programmes régionaux de santé, cartes sanitaires et schémas nationaux ou régionaux d'organisation sanitaire issus des dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique, qui ont été jusqu'à présent les instruments privilégiés de la déclinaison territoriale des politiques de santé. Ce schéma, plus encore que les autres, n'a qu'une valeur d'acculturation et d'orientation.

Le schéma possède une éminente vocation territoriale : il ne s'attache pas aux problématiques du type « maîtrise des dépenses publiques » mais rappelle la vocation de « la région comme territoire d'une action stratégique de l'État ».

Dans l'un des cinq choix stratégiques, un axe consacré à l'inscription des politiques de santé dans les territoires s'attache à l'organisation des soins aux marges des territoires administratifs. Un court chapitre y est consacré spécifiquement à la coopération transfrontalière sanitaire. Celui-ci prend acte des coopérations qui existent entre les territoires frontaliers français et leurs voisins dans le domaine sanitaire, en rappelant les deux critères à l'origine de cette coopération : « la proximité géographique dans un contexte d'urgence » et « la constatation d'une complémentarité entre établissements de santé permettant de répondre aux besoins non urgents de la population tout en permettant aux patients un maintien à proximité ou un retour rapide dans leur lieu de vie ».

Le schéma, qui prend acte de la multitude des initiatives individuelles des établissements, reconnaît la nécessité d'envisager des « formes de coopération plus institutionnalisées à travers des conventions multipartites portées par les États membres parties aux projets ». Il rappelle que « le ministère de l'emploi et de la solidarité est engagé dans la rédaction de projets de texte permettant d'unifier les pratiques locales de la coopération sanitaire et comprenant les conditions de remboursement par les régimes de sécurité sociale des malades concernés ». Il prend également acte des flux de professionnels de la santé au sein de l'Union européenne et du lien transfrontalier nécessaire entre universités de part et d'autre des frontières pour développer les échanges d'étudiants.

Ce schéma des services collectifs ne donne pas plus de détails sur ses préconisations en matière d'évolution législative favorable au développement de la coopération transfrontalière sanitaire. Toutefois, il reconnaît la réalité existante et engage le ministère dans un accompagnement des différentes démarches : remboursement des patients frontaliers à travers la multiplication des conventions, réflexion à l'échelle nationale à partir des pratiques locales de coopération transfrontalière sanitaire et intégration dans les programmes universitaires des échanges d'étudiants en filière « santé ».

3. Les politiques de planification par le ministère de l'emploi et de la solidarité et ses services déconcentrés (ARH, DRASS, DDASS...)

Dans les régions frontalières, il est désormais anachronique, voire contre-productif de penser la planification sanitaire (ses méthodes, ses outils, ses résultats) à l'intérieur des frontières nationales. La répartition des installations et activités de soins devrait être conçue en termes de régions transfrontalières. La satisfaction des besoins de santé de la population frontalière pourrait ainsi être améliorée : mise en œuvre de services communs, plans transfrontaliers d'urgence, planification plus rationnelle des équipements, meilleure viabilité de certains projets importants...

Mais la mise en œuvre de cette idée simple 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. Certains équipements lourds qui font l'objet d'une planification en France (installation soumise à autorisation administrative) n'ont pas ce statut en Allemagne. Les pouvoirs des administrations publiques pour encadrer les établissements de soins privés sont radicalement différents. Il faut donc se garder, au stade actuel, d'une vision idyllique : les systèmes de santé sont trop différents pour qu'une planification conjointe puisse être aisément mise en place.

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 nos méthodes de travail, en intégrant systématiquement la dimension transfrontalière à nos propres réflexions. Nous avons constaté que les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) établis ces dernières années ont commencé à prendre en compte cette dimension. Ainsi, dans le cadre du SROS Aquitaine pour la période 1999-2004, il est prévu que « les structures du pôle de Bayonne mèneront une étude avec les structures hospitalières du Pays Basque espagnol voisin, afin de mesurer les avantages, pour les patients, d'une coopération transfrontalière dans la prise en charge des urgences ». Une démarche identique a été conduite par les ARH du Nord et d'Alsace.

Cette coopération porte essentiellement sur des études conjointes, des échanges d'information entre acteurs des deux côtés de la frontière, de manière à éclairer les décisions des planificateurs. Le lecteur constatera qu'il ne s'agit donc pas d'une planification conjointe (juridiquement et techniquement inappropriée) mais plutôt d'une réflexion conjointe préalable à la décision du planificateur.

Tout indique que la démarche est prometteuse. Ainsi, nous avons constaté que les organisateurs des conférences régionales de santé des régions frontalières n'hésitent plus à inviter leurs voisins pour des échanges fructueux sur tel ou tel grave problème de santé publique. C'est le cas dans le Nord où nos amis belges ont participé à la conférence régionale de santé, dont le thème principal était la lutte contre l'alcoolisme.

Les contraintes financières que connaissent les systèmes de santé en Europe, la volonté des populations et des élus de garantir des soins de proximité et de qualité doivent nous conduire impérativement à développer un système cohérent de services et d'équipements de santé au niveau transfrontalier. D'où ce travail d'échanges d'informations, de réflexions communes qui doivent demain contribuer à l'amélioration des outils de planification. Des lieux de parole et d'échange existent déjà : l'OFBS pour la région Nord, la conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur se saisissent régulièrement de sujets sanitaires, portés par les autorités déconcentrées. Ces démarches doivent être développées.

4. Interreg 3

À l'instar des deux programmes Interreg précédents, le programme Interreg 3 (2000-2006) représente une manne financière non négligeable pour les établissements frontaliers intéressés par la coopération transfrontalière, puisque la dotation est en hausse par rapport à la période 1994-1999 : 4 875 millions d'euros au lieu de 2 600 millions d'euros pour Interreg 2 à l'échelle européenne. Ces fonds constituent une véritable opportunité pour poursuivre le développement des actions de coopération transfrontalière.

Le programme Interreg est divisé en trois volets : le volet A, 218 millions d'euros, le volet B, 154 millions d'euros et le volet C, 24 millions d'euros, ce qui porte à 397 millions d'euros le montant total destiné à la France (sans la contrepartie nationale qu'elle doit apporter). En matière de coopération transfrontalière, les établissements sanitaires sont surtout concernés par le volet A (coopération entre collectivités territoriales contiguës) visant « un développement des pôles économiques et sociaux transfrontaliers à partir de stratégies économiques de développement territorial durable », selon les termes de la Commission européenne.

La France est concernée par dix espaces de coopération Interreg 3A. Pour être financés (à hauteur de 50 %, la moitié restante devant être abondée par des financements nationaux comme ceux des CPER déjà évoqués), les échanges engagés doivent avoir pour objectif :

- l'amélioration de l'accès de la population à l'offre sanitaire et sociale transfrontalière ;
- l'atténuation des problèmes posés par l'existence de différents systèmes juridiques, réglementaires et administratifs, notamment dans le domaine de la protection sociale ;
- la création et/ou l'utilisation conjointe des ressources et des installations en vue de contribuer à l'emploi et à l'amélioration de la « compétitivité ». Les projets de construction et d'infrastructures ne pourront être financés que si les installations sanitaires envisagées sont l'aboutissement d'initiatives ayant bénéficié préalablement de crédits Interreg 2.

Ne sont éligibles que les opérations en commun et mises en œuvre soit dans deux ou trois états membres, soit dans un seul état membre à condition qu'un impact significatif puisse être démontré pour la partie frontalière concernée de l'État voisin.

Face aux incohérences mises à jour sous la programmation Interreg 2, la Commission européenne a instauré un cadre administratif plus contraignant mais aussi plus sécurisant pour les porteurs de projets. En imposant des structures uniques de gestion, de paiement, de secrétariat, elle espère que les projets financés seront véritablement transfrontaliers.

L'autorité de gestion devra être assurée par une collectivité locale en lieu et place des préfetures de région. Son rôle est d'être l'interlocuteur et le correspondant de la Commission, le coordonnateur des chefs de file nationaux. Elle a la pleine responsabilité de la synthèse et de la coordination de la gestion pour Interreg. Cette fonction ne dédouane pas ses partenaires sur le programme, de part et d'autre de la frontière, de leur propre responsabilité.

L'autorité de paiement est responsable quant à elle de la mise en œuvre du compte commun et engage les dépenses au vu des décisions prises conjointement avec l'ensemble des partenaires. Elle pourrait confier la gestion de tout ou partie du programme à un organisme intermédiaire.

Le secrétariat technique conjoint est au service de l'ensemble des partenaires et des porteurs de projets dans chaque espace de coopération. Il comporte une cellule de coordination localisée dans un lieu unique, si possible auprès de l'autorité de gestion, pour assurer la coordination, l'information et la communication du programme.

Enfin, le chef de file ou correspondant national veille à toute la chaîne procédurière pour la bonne mise en œuvre des fonds au nom de son pays.

En ce qui concerne la gestion d'Interreg 3 en France, une décision du gouvernement de septembre 2000 transfère cette compétence aux collectivités territoriales qui le souhaitent. En l'absence de candidature des collectivités, les préfetures de région continueront à assurer cette fonction, étant entendu que la responsabilité de l'autorité de gestion est décidée conjointement avec les autres pays et autorités régionales de l'espace concerné. Enfin, dans un certain nombre de cas et suite à un souhait exprimé par la Caisse des dépôts et consignations « afin d'apporter son concours aux autorités régionales pour la bonne exécution des programmes, notamment en matière financière », celle-ci a été retenue dans certains cas comme autorité de paiement.

Sur le plan du cheminement administratif, les porteurs de projets devant se situer dans un même espace de programmation devront déposer leur dossier à l'autorité de gestion. Chaque projet sera étudié puis retenu par un comité de programmation. Un comité de suivi se chargera d'approuver le complément de programmation et les modifications ultérieures. Le comité de suivi établira également les critères de sélection des projets sur leur caractère transfrontalier ou transnational, il assurera le suivi et l'évaluation.

Pour tout fonds communautaire sollicité, le porteur de projets devra s'assurer qu'il dispose d'une contrepartie financière ou en nature nationale au moins équivalente.

Enfin, tout comme pour les programmes, les partenaires des projets doivent désigner un chef de file et avoir un compte bancaire unique pour recevoir les fonds Interreg.

C. Donner un cadre juridique réglementaire à la coopération hospitalière transfrontalière

Les établissements sanitaires, en tant qu'établissements publics, ou les services déconcentrés de l'État en charge des compétences sanitaires et sociales, notamment à l'échelle du département ou de la région, ne disposent pas aujourd'hui des outils juridiques dont disposent les collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions de coopération transfrontalière.

La loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République a tracé le cadre général de ces actions. Elle a d'ailleurs été complétée sur ce point par la loi d'orientation du 25 juin 1999 sur l'aménagement et le développement durable du territoire (LOADDT, dite loi Voynet). Ces dispositions sont désormais intégrées dans le Code général des collectivités territoriales, et notamment en son livre I, chapitre 2. La circulaire commune des ministères de l'intérieur et des affaires étrangères, en date du 20 avril 2001, rappelait encore très récemment les règles applicables en matière de coopération décentralisée des collectivités territoriales et de leurs groupements.

De même, des outils internationaux solides sont d'ores et déjà en place et facilitent cette coopération transfrontalière des collectivités territoriales. Nous rappellerons les principaux :

- le traité franco-espagnol de Bayonne (10 mars 1995) : les collectivités territoriales peuvent créer et gérer des services publics dans des domaines d'intérêt commun ;
- l'accord de Karlsruhe (23 janvier 1996) : outre des dispositions comparables, il crée également un organisme de coopération à destination des collectivités territoriales, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière (le groupement local de coopération transfrontalière) auquel peuvent être associés (en théorie) des hôpitaux (cf. I/D-1-d).

Rien de tel dans le secteur des établissements de santé. Tout au plus faut-il noter que l'article L. 6134-1 du Code de la santé publique prévoit que « les établissements publics de santé peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. [...] Pour les actions de coopération internationale, les établissements publics de santé peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'État français. »

Cette disposition permet par conséquent à des établissements publics de santé de passer des conventions de coopération, pratique déjà largement mise en œuvre aux frontières françaises. Toutefois, une telle disposition ne permet pas, à l'échelle d'un territoire transfrontalier, de mettre en place une structure autonome à même de gérer une offre de service de santé à vocation transfrontalière. Ce dispositif, en l'absence de structures communes, permet seulement aux établissements publics de santé de procéder à des échanges techniques de part et d'autre de la frontière sans leur offrir la possibilité de dépasser les cadres de leurs systèmes de santé.

Les établissements hospitaliers ont également recours à une structure de coopération par défaut, le GEIE, dont l'utilisation reste marginale.

À ce jour, aucun décret d'application n'a été pris, permettant non seulement de stimuler mais également de cadrer la coopération internationale des hôpitaux. Celle-ci est néanmoins très diversifiée : coopération de nature scientifique et technique, coopération de solidarité internationale, coopération transfrontalière. Chacune répond à des besoins spécifiques, les modalités d'exécution technique sont différentes et les modalités de financement ne sauraient être les mêmes. Or, le vide juridique est réel pour ceux qui se lancent dans l'aventure. Ce travail réglementaire reste à faire.

En effet, pour améliorer la réponse globale du système de santé aux besoins exprimés par la population, la coopération sanitaire transfrontalière apparaît comme une voie à ne pas négliger. La mise en place d'actions de complémentarité au-delà du territoire national constitue une véritable opportunité et mobilise depuis plusieurs années les différents partenaires locaux français (centres hospitaliers, agences régionales de l'hospitalisation, unions régionales des caisses de sécurité sociale). Des accords ont certes été conclus, sur la base de critères tels que la proximité géographique dans un contexte d'urgence (l'hôpital le plus proche étant de l'autre côté de la frontière), ou encore de la constatation d'une complémentarité entre établissements de santé permettant de répondre aux besoins non urgents de la population (équipements déficitaires constatés dans certaines zones frontalières françaises, réseaux de soins transfrontaliers pour certaines pathologies), ceci tout en permettant aux patients un maintien à proximité ou un retour rapide dans leur lieu de vie, donc une nette amélioration de la qualité des prises en charge sanitaire.

Ces expériences, qui sont particulièrement nombreuses dans les zones frontalières avec la Belgique et l'Allemagne, apparaissent d'ores et déjà comme une réussite, démontrant au quotidien qu'il est parfaitement possible d'envisager des actions de coopération sanitaire transfrontalières. Cependant, cette coopération continue à rencontrer certaines difficultés d'ordre juridique.

Elles tiennent d'une part aux conditions spécifiques d'organisation sanitaire de chaque État (compétences plus ou moins décentralisées, législations et réglementations particulières en matière d'accès aux soins, différences dans la planification des équipements, spécificités des statuts régissant la mobilité des personnels de santé). Elles tiennent d'autre part aux modalités différentes d'autorisation et de prise en charge, par les régimes de sécurité sociale, des prestations servies à l'étranger à leurs assurés sociaux.

La coopération hospitalière transfrontalière a désormais besoin d'un cadre juridique solide, permettant d'unifier l'ensemble des pratiques locales, de stimuler de nouvelles extensions des activités dans l'intérêt des populations frontalières. Il apparaît indispensable que des conventions bilatérales, d'État à État, soient conclues avec chacun de nos voisins, conventions prévoyant des modalités nouvelles d'organisation des soins dans les zones frontalières et donc des modalités nouvelles de prise en charge. Ces conventions sont le préalable à la conclusion ultérieure de véritables accords transfrontaliers, voire à un niveau inférieur d'arrangements administratifs entre établissements publics de santé.

L'accord transfrontalier, s'appuyant sur une convention bilatérale entre États souverains, devrait porter sur deux points :

- l'organisation de l'offre de soins en zone frontalière (par exemple, définition des soins et services, règles relatives aux personnels soignants, conditions d'intervention ou de transfert des malades) ;
- les conditions de prise en charge des soins reçus par le régime de sécurité sociale extérieur.

À un niveau plus décentralisé, on peut imaginer les partenaires créant et gérant ensemble un service d'intérêt commun à leurs populations, sorte de GIP transfrontalier autorisé par la convention bilatérale.

Doter la coopération transfrontalière d'un cadre juridique adéquat est indispensable. Il s'agit de créer dans le secteur sanitaire des outils déjà en place dans la coopération entre collectivités locales. Seul ce cadre juridique adéquat peut permettre d'assurer la légitimité des actions et donc d'appuyer leur développement. Pour les élus représentant des populations, pour les gestionnaires hospitaliers, ce cadre juridique nouveau sera un outil de responsabilisation et de progrès. Faciliter désormais la mise en place de ces outils juridiques constitue pour les pouvoirs publics une ardente obligation.

D. Soutenir les établissements dans le montage opérationnel et transfrontalier de leurs projets

Le troisième cycle de programmation d'Interreg qui bénéficie de crédits en hausse va constituer un facteur favorisant la concrétisation des projets sanitaires transfrontaliers. À condition toutefois que les établissements concernés soient bien conseillés et assistés, non seulement dans leurs demandes de financement mais également dans le montage opérationnel transfrontalier de leurs projets.

Une structure telle que la Mission opérationnelle transfrontalière (MOT) pourrait venir en aide aux établissements frontaliers sanitaires en proposant son expertise globale sur le champ du développement transfrontalier. Créée en 1997 sur l'initiative de la DATAR avec le concours du groupe Caisse des dépôts et du ministère de l'équipement, cette association (regroupant des collectivités territoriales, des opérateurs économiques et sociaux et des institutions) est à l'interface du niveau local et central (différents ministères sont membres de son comité de pilotage). En résumé, elle a pour objet :

- d'assister les équipes opérationnelles transfrontalières ;
- de mettre en réseau les expériences et les porteurs de projets dans une optique de fertilisation croisée (périodique, colloques, dispositif de formation aux pratiques transfrontalières, mise en place de dossiers et de groupes de travail thématiques, transversaux, constituant la base d'un centre de ressources dans le domaine transfrontalier, à la disposition des acteurs de terrain comme des institutionnels et des administrations centrales) ;
- d'aider à la définition d'une stratégie d'ensemble du développement des espaces transfrontaliers, notamment par le biais d'études et de cartes ;
- de faire remonter les projets du terrain en amont des contrats de plans État/région et du programme Interreg 3.

Pour faciliter et accélérer la mise en œuvre de l'initiative Interreg (simplification des démarches, diminution des coûts de gestion du programme, réduction des délais d'instruction, meilleure circulation de l'information, cohérence des décisions...), la MOT, en tant que promoteur d'idées et de lobbying, a proposé aux instances européennes³⁵ diverses mesures pragmatiques dont :

- la définition d'une nouvelle échelle de programmation plus opérationnelle afin d'éviter certaines pesanteurs et incohérences ³⁶ ;
- une mise en œuvre véritablement transfrontalière d'Interreg passant par :
 - un dossier de candidature unique,
 - une instruction commune des dossiers,
 - un calendrier commun,
 - la mise en place d'une caisse commune chargée de gérer les fonds pour chaque zone opérationnelle,
 - l'implication des collectivités dans la gestion du programme...

La MOT pourrait appuyer les projets de coopération transfrontalière sanitaire tout en mettant en réseau ces initiateurs confrontés à une communauté d'objectifs et de difficultés. Elle leur permettrait de se rapprocher des réseaux traditionnels des acteurs du développement local (collectivités entre autres) et de la coopération transfrontalière afin d'intégrer au mieux ces projets sanitaires dans un projet global de territoire transfrontalier.

Enfin, elle pourrait, à travers les formations qu'elle organise, être un partenaire utile tant par sa vision globale et interdisciplinaire des enjeux de la coopération transfrontalière que pour

une meilleure compréhension de l'utilisation des fonds Interreg 3 par les partenaires sanitaires.

E. Le citoyen et le juge européen à l'assaut de l'étanchéité des frontières

Nous avons vu que les dispositions nationales en matière de couverture sociale, s'appuyant sur le règlement européen 1408/71, ne permettent pas à l'heure actuelle aux malades qui le souhaitent de se faire soigner dans un pays voisin, hormis des situations limitativement énumérées et ayant donné lieu à accord préalable : travailleur frontalier, tourisme et situation d'urgence, etc. L'application de cette règle rend très difficile tout effort de complémentarité entre établissements hospitaliers transfrontaliers, mais elle ne l'interdit pas : certains établissements ont fait preuve d'imagination et de pragmatisme en signant, à l'instar du centre hospitalier de Tourcoing, du centre hospitalier de Mouscron et des caisses d'assurance maladie respectives, une convention de complémentarité. Cependant, il ne s'agit dans ce cas que de simples opérations de « troc » d'une activité contre une autre, limitées géographiquement et ne concernant qu'un nombre restreint de patients.

En fait, c'est surtout le citoyen, par le biais du juge européen, qui aura récemment permis d'ouvrir une brèche notable dans ce système très étanche que constitue une organisation de prise en charge des soins. Le 28 avril 1998, la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) rend son verdict dans une affaire opposant deux ressortissants luxembourgeois à leur caisse de sécurité sociale. Il s'agit des arrêts Kohll et Decker, premier coup de tonnerre dans le ciel serein de l'étanchéité des systèmes de protection sociale.

M. Kohll demandait le remboursement d'un traitement d'orthodontie réalisé sur sa fille en Allemagne, sur prescription d'un médecin luxembourgeois. M. Decker demandait quant à lui le remboursement des frais liés à l'achat de lunettes en Belgique, sur prescription d'un ophtalmologiste luxembourgeois. Tous deux s'étaient vu opposer un refus de remboursement de la caisse d'assurance maladie luxembourgeoise au motif que l'achat de tout produit médical à l'étranger ou que toute prestation de soins fournie à l'étranger devait au préalable être autorisée par la caisse d'affiliation (article 22 du règlement CE 1408/71).

Saisie par les deux intéressés, la CJCE a donné partiellement raison aux plaignants, estimant que la condition de l'autorisation préalable (formulaire E112) pour le remboursement des lunettes et des soins dentaires obtenus à l'étranger n'était pas conforme aux principes communautaires de la libre circulation des marchandises et de la libre prestation des services (articles 59 et 60 du traité CE). Selon la Cour, une entrave aux principes du marché intérieur ne pourrait être justifiée qu'en cas de risques de rupture de l'équilibre financier du régime de sécurité sociale ou pour des motifs de santé publique visant à maintenir « un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous les affiliés ».

« Le juge européen a ainsi brisé le monopole de la Sécurité sociale 37 » en instaurant pour la première fois le principe de la liberté de circulation des biens et des prestations de services de santé au sein de l'Union. Comme le souligne Willy Palm au nom de l'Association internationale de la mutualité (AIM) 38, ces arrêts créent « un double système de couverture sociale des soins délivrés en dehors de l'État de résidence » :

- d'une part, les procédures prévues par l'article 22 du règlement CE 1408/71 de coordination en matière de sécurité sociale 39 permettent, sous certaines conditions (soins d'urgence, autorisation préalable), un accès aux soins médicaux en intégrant le bénéficiaire

dans le système de sécurité sociale de l'État où est fournie la prestation et en lui offrant la même couverture qu'à un assuré résidant dans cet État ;

- d'autre part, l'arrêt Kroll et Decker reconnaît aux assurés sociaux le droit d'obtenir le remboursement, par leur caisse nationale d'assurance maladie, des frais engagés en dehors de l'État de résidence, sans passer par le système d'autorisation préalable, sur la base du principe du libre choix du patient en matière de fourniture de soins et de matériels médicaux.

Cette distorsion pose effectivement un problème majeur. Mais, curieusement, l'impact « Kroll et Decker » est resté limité. Aucune mesure précise n'a été prise par aucun État membre de l'Union pour répondre à cette nouvelle donnée. Le fait que les plaignants venaient d'un « petit » pays, le fait qu'il « ne » s'agissait « que » de fournitures secondaires (lunettes, prothèse dentaire) a sans doute contribué à minimiser la portée pratique de ces deux arrêts. Les États n'ont pas entamé des réformes de leur législation en conséquence, estimant sans doute la portée des arrêts très limitée. Et pourtant...

Le 12 juillet 2001, la Cour de justice des communautés européennes a rendu deux arrêts qui portent sur le régime de protection sociale du citoyen européen : Smits-Perbooms et Vanbrackel. Ces arrêts portent sur le remboursement de prestations hospitalières, les intéressés ayant de leur pleine volonté reçu des soins dans un autre pays et en sollicitant le remboursement.

Nous nous pencherons plus particulièrement sur l'arrêt Smits-Perbooms, qui était particulièrement attendu car constituant une « suite » possible de l'arrêt Kroll-Decker, dans la mesure où il portait sur des prestations hospitalières. L'arrêt de la Cour présente trois axes forts :

- les actes médicaux hospitaliers sont des prestations de services, même s'ils donnent lieu à remboursement par des régimes de sécurité sociale ou s'ils sont effectués à titre gratuit pour des patients ;

- l'exigence consistant à soumettre à une autorisation préalable la prise en charge par un système de sécurité sociale de soins hospitaliers dispensés dans un autre État membre apparaît certes comme un obstacle à la libre prestation de service, mais le droit communautaire ne s'oppose pas en principe à cette autorisation préalable. Elle est objectivement justifiée par des raisons impérieuses d'intérêt général telles que la planification et les règles d'accessibilité à des soins de qualité, les impératifs de la maîtrise des coûts financiers, techniques et humains de tout système hospitalier ;

- le régime de l'autorisation préalable, donc fondé en droit communautaire, doit néanmoins satisfaire à l'exigence de proportionnalité. L'autorisation préalable doit satisfaire à deux principes :

- le traitement des pathologies doit être « usuel », celui approuvé et validé par les standards scientifiques internationaux ;

- le traitement nécessaire au patient ne doit pas être disponible à l'intérieur de l'État membre avec le même niveau d'efficacité.

Ainsi donc, le juge reconnaît qu'il est normal pour un pays de soumettre l'hospitalisation à l'extérieur à une autorisation préalable. Mais il ajoute que celle-ci doit être donnée si le traitement qu'attend le patient n'est pas disponible dans son État d'affiliation aux mêmes conditions de qualité et d'efficacité.

Il est encore bien trop tôt pour mesurer l'impact de cet arrêt. Mais d'ores et déjà, notons que les premières réactions ont été marquées d'inquiétude : compte tenu de certaines carences actuelles du système public hospitalier dans certains pays, des citoyens vont pouvoir demander l'autorisation préalable pour une hospitalisation à l'extérieur, arguant par exemple de files d'attente trop longues dans leur pays, avec à la clé une autre question sous-jacente : ce même citoyen pourra-t-il demander une autorisation pour être hospitalisé dans le

secteur privé d'un autre État membre ? Certains déroulent dès lors un scénario-catastrophe, où des milliers de patients traversent les frontières, exerçant leur libre choix et faisant courir à leur système de prise en charge des coûts financiers énormes. Nous estimons que ces craintes sont d'une manière générale peu fondées : les citoyens souhaitant une hospitalisation dans un autre État de l'Union sont peu nombreux. L'aspiration à des soins de proximité est profonde.

En revanche, il apparaît désormais indispensable d'intégrer ces différentes décisions de la Cour de justice. Il appartient notamment aux pouvoirs publics de réfléchir à la mise en place de dispositifs permettant d'accéder à des soins plus proches, donc plus rapides et plus sûrs. D'où la nécessité de renforcer notamment la coopération hospitalière transfrontalière. C'est pourquoi la conclusion de conventions bilatérales avec nos voisins et la négociation d'accords transfrontaliers dans le domaine hospitalier deviennent de plus en plus urgentes. Non seulement ces accords correspondent à un besoin sanitaire, mais de plus ils sont désormais fondés par la décision de la Cour. Demain, le juge ne comprendrait pas que l'on refuse à un patient une prise en charge pour aller dans un État limitrophe si les soins sont de qualité, plus proches, donc plus rapides.

Il appartient aux pouvoirs publics de s'engager résolument dans cette démarche, tout en ayant conscience des difficultés techniques et juridiques de cet exercice, qui s'avère néanmoins désormais indispensable. En effet, chacun doit prendre ses responsabilités. L'Europe de demain doit être gouvernée, non par les juges, mais par les représentants des populations. Ne laissons pas exclusivement les arrêts de justice bâtir le socle de l'Europe de la santé. Il appartient donc aux pouvoirs publics, aux élus locaux, aux administrations, dès aujourd'hui, de participer à la création de cet espace sanitaire européen qui doit constituer, pour les populations frontalières, une réalité au quotidien.

Notes des parties II et III

33. Eurégio Meuse-Rhin, « Amélioration de la coopération et de l'accessibilité transfrontalières en matière de soins de santé », Priorités eurégionales en préparation au PIC 200-2006 de l'eurégio Meuse-Rhin, septembre 2000.

34. « Un exemple irlandais », Hospital, vol. 3, 2/2001, p. 24-25.

35. À noter que la Commission a prévu la création d'un Observatoire de la coopération transfrontalière, chargé entre autres de coordonner, de favoriser au niveau communautaire les échanges d'expériences et de bonnes pratiques initiés dans le cadre d'Interreg 3.

36. À titre d'exemple, citons le cas de la métropole lilloise, divisée en deux programmes : les projets réalisés sur ce territoire doivent être déposés auprès des secrétariats des deux programmes et auprès des deux autorités nationales à l'intérieur de ces programmes.

37. Cf. l'article de Pascale Garrel, Le Figaro, 15 mai 2000.

38. Cf. Infos de l'AIM, n° 8, mars 2000.

39. Cet article prévoit que les États membres peuvent subordonner à une autorisation le droit de recevoir à l'étranger des prestations médicales ou des prestations en espèces liées à l'état de santé du malade. En particulier, il dispose que « le travailleur salarié ou non salarié qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État compétent pour avoir droit aux prestations et

– dont l'état vient à nécessiter immédiatement des prestations au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre État membre (a), ou

– qui est autorisé par l'institution compétente à se rendre sur le territoire d'un autre État membre pour y recevoir des soins appropriés à son état (b),

a droit :

– aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié ;

– aux prestations en espèces servies par l'institution compétente selon les dispositions de la législation qu'elle applique. »

« L'autorisation requise (b) ne peut être refusée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'État membre de résidence. »

Conclusion

Depuis plusieurs années, les établissements de soins et les professionnels de santé se sont résolument engagés dans des actions de coopération transfrontalière. Ces expériences passionnantes contribuent à la construction de nouvelles dynamiques territoriales et à la consolidation de réseaux de soins transfrontaliers. Le développement de ces initiatives, dont certaines, particulièrement exemplaires, ont été présentées ci-dessus, doit à l'évidence être encouragé et soutenu.

Ceux qui, sur le terrain, ont initié ces coopérations savent bien que nous avons tous besoin les uns des autres. L'Europe de la santé, plus que jamais, doit intégrer cette solidarité. Bien sûr, la mise en œuvre de cette coopération n'est pas simple : les acteurs doivent tenir compte des contraintes liées à la spécificité de l'organisation de chaque système national de santé, à la mobilité des personnels de santé, aux modalités différentes de prise en charge des soins d'un État à l'autre par les régimes nationaux de protection sociale. Raison de plus pour progresser rapidement.

Pour appuyer le développement de ces actions de coopération, une responsabilité nouvelle incombe sans aucun doute aux pouvoirs publics. Il appartient à ceux-ci, en liaison avec les élus sur le terrain et en concertation avec les professionnels de santé, de travailler plus concrètement aux conditions de l'amélioration de la coopération sanitaire transfrontalière qui a déjà été mise en place. Les échanges d'expériences, les acquis désormais obtenus, l'examen lucide des difficultés de mise en œuvre doivent aider à élaborer des propositions techniques et réglementaires utiles au développement de cette coopération.

Dans *Espaces transfrontaliers* de septembre 2001, M. Bernard Kouchner écrivait : « J'adresse d'ores et déjà mes encouragements les plus vifs à celles et ceux qui construisent au quotidien et sur le terrain, pour le bien mutuel des citoyens des États membres, l'Europe de la santé. » Cet engagement, nous le partageons et c'est à ce titre que cet ouvrage vous est présenté.

En décrivant l'existant, en analysant les difficultés, en faisant quelques propositions pour l'avenir, nous n'avons poursuivi qu'un seul objectif : l'amélioration des actions de coopération transfrontalière, socle de l'Europe de demain.

Bibliographie

- « La coopération hospitalière transfrontalière : circulation et échanges », Revue des sciences sociales de la France de l'Est, 1997, n° 24, p. 178-184.
- « Dynamiques transfrontalières et projets de territoire », Colloque Mission opérationnelle transfrontalière, Biarritz, 8, 9 et 10 octobre 1999.
- Claude Filser, « Dossier régional : l'Alsace », IASS-La Revue, 1999, p. 17-42.
- Commission eurégionale spéciale Soins de santé transfrontaliers, Avis relatif à un système transfrontalier de soins de santé dans l'eurégio Meuse-Rhin.
- Eurégio Meuse-Rhin, « Amélioration de la coopération et de l'accessibilité transfrontalières en matière de soins de santé », Priorités eurégionales en préparation au PIC 2001-2006 de l'eurégio Meuse-Rhin, septembre 2000.
- « Alsace, Bade et Suisse : comment s'organise la coopération sanitaire transfrontalière », Le Quotidien du médecin, 9 octobre 2000, p. 7.
- « Moselle : polémique sur l'intervention des hélicoptères sanitaires allemands », Le Quotidien du médecin, 12 mars 2001, p. 6.
- Assemblée nationale, Débats parlementaires, Journal officiel de la République française, 1re séance du 29 mai 2001, p. 3495.
- « Premier bilan positif de Transcards », Espace social européen, 22 juin-5 juillet 2001, p. 9.
- « La FNIM planche sur les transfrontaliers », Espace social européen, 22 juin-5 juillet 2001, p. 9.
- « Un exemple irlandais », Hospital, vol. 3, 2/2001, p. 24-25.
- Alain Coheur, « La dynamique des eurégios : des perspectives innovantes pour une convergence européenne régionale des systèmes de santé », Hospital, vol. 3, 2/2001, p. 20-23.
- Florence Quille, « Les échanges de malades s'intensifient entre la France et la Belgique », Le Quotidien du médecin, 10 octobre 2001, p. 7.
- Florence Autret, « Vers un marché européen de la santé », Le Monde Initiatives, décembre 2001, p. 22.