



# “Les territoires transfrontaliers : l'Europe au quotidien”



RENCONTRES EUROPÉENNES  
8/9 NOV. 2007

## Atelier 8

### « La santé »

- ❖ **Président**  
Martín GUILLERMO RAMIREZ, Secrétaire général, Association des Régions Frontalières Européennes - ARFE
- ❖ **Présentation de la note de cadrage**  
Pascal GAREL, Directeur général, Fédération Européenne des Hôpitaux (HOPE)
- ❖ **Projet 1 : la coopération sanitaire transfrontalière franco-espagnole**  
Xavier CONILL, Chef du secrétariat - secrétaire du CA Fondation Hôpital transfrontalier de Cerdagne (ES/FR)- Service catalan de la santé (ES)
- ❖ **Projet 2 : la coopération sanitaire transfrontalière franco-belge**  
Henri LEWALLE, Chargé de mission affaires européennes et coopération transfrontalière, ANMC - Alliance nationale des mutualités chrétiennes (BE)
- ❖ **Projet 3 : la coopération sanitaire transfrontalière Italie/Autriche/Slovénie**  
Luigi BERTINATO, Région Veneto, responsable du service des relations socio-sanitaires internationales (IT)
- ❖ **Présentation des recommandations**  
Stéphane JARLEGAND, Secrétaire général - Directeur des affaires internationales, Centre hospitalier Universitaire de Nice (FR)
- ❖ **Discussion avec la salle**  
Animation par Jean-Jacques ROMATET, Directeur, Centre hospitalier Universitaire de Toulouse (FR)
- ❖ **Rapporteur**  
Stéphane JARLEGAND, Secrétaire général, Directeur des affaires internationales, Centre hospitalier universitaire de Nice (FR)





## Introduction

---

La coopération sanitaire transfrontalière (actions de coopération entre acteurs de santé de deux ou plusieurs pays à proximité de leurs frontières) connaît aujourd'hui de nouveaux développements. Cette coopération connaît de multiples formes, dont la mobilité des patients ne donne qu'une image partielle. Du fait de la construction des systèmes de santé dans un relatif isolement, ces actions ont rencontré des obstacles auxquels certaines réponses ont pu être apportées. L'évolution communautaire elle-même n'est pas sans ambiguïté. La naissance du concept de **communauté de santé transfrontalière**, plus large que celui de coopération sanitaire transfrontalière, permet de proposer un nouveau modèle sans toutefois méconnaître les obstacles existants.

## Les enjeux

---

### ❖ Le développement de la coopération transfrontalière dans le secteur de la santé

Historiquement, les Etats ont toujours été attentifs aux frontières, notamment pour tenter d'y endiguer les épidémies. D'autres facteurs ont été à l'origine du développement plus récent de la coopération transfrontalière sanitaire.

Pour les professionnels de santé, le développement des modes de réponse aux catastrophes et autres **urgences** fait apparaître plus que jamais la nécessité de travailler ensemble sans tenir compte des frontières. Le développement des flux transfrontaliers en général, et notamment l'existence de travailleurs frontaliers, transforme également la perception des patients. La prise de conscience de la proximité de structures de soins, à laquelle s'ajoutent des attentes nouvelles des populations, motivent les échanges. L'existence d'équipements innovants, la perception d'une meilleure qualité ou la plus grande rapidité pour obtenir des soins de l'autre côté de la frontière, sont autant de facteurs de développement des échanges. Il faut également y ajouter le renforcement général de l'idée européenne et bien entendu des financements communautaires mis à la disposition des acteurs.

Peu à peu, des acteurs de santé se sont mobilisés. **Les professionnels et les institutions se sont organisés en réseau** autour d'une frontière pour travailler ensemble. Echanges de bonnes pratiques, formations communes, activités de prévention, organisation de flux de patients sont autant d'actions qui permettent au final d'améliorer l'environnement médical des patients de part et d'autre de la frontière et parfois de réduire les inégalités entre les territoires.

La collaboration des acteurs de santé en zone transfrontalière s'est heurtée rapidement à des **obstacles** liés au fait que les systèmes de santé se sont construits dans un relatif isolement (avec quelques exceptions communautaires telles que la reconnaissance mutuelle des diplômes). Des instruments permettant la coopération transfrontalière sont donc apparus nécessaires.

### ❖ L'adaptation de la réglementation à la coopération transfrontalière

Certains Etats membres ont récemment adapté leurs outils de planification des services de santé à la coopération transfrontalière. La France par exemple a intégré la dimension transfrontalière pour la première fois lors de l'élaboration de ses schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS III) en 2006. Certains contrats de projets Etat-régions prennent également en compte la dimension transfrontalière.

Des **accords** sont également conclus entre les Etats, les régions, les financeurs et les acteurs de soins. En ce qui concerne la mobilité des patients ou des professionnels, il peut s'agir du remboursement des soins ou de l'autorisation d'exercer.

Des **instruments bilatéraux** sont également adoptés au niveau national. Ceux-ci ont pour objectif de faciliter une coopération transfrontalière préexistante ou de la développer. Ainsi, deux accords-cadres ont été conclus par la France l'un avec la Belgique et l'autre avec l'Allemagne. Néanmoins, de tels accords ne permettent pas de lever tous les obstacles au développement de la coopération transfrontalière. Outre qu'ils peuvent être utilisés comme facteurs de recentralisation, leur mise en application nécessite un certain délai et ne règle pas toutes les difficultés rencontrées localement.

Un troisième accord-cadre devrait être signé prochainement par la France, avec l'Espagne. Cet instrument facilitera la réalisation d'un projet de coopération spécifique et inédit, la création de l'hôpital transfrontalier de Cerdagne.

### ❖ **L'influence relative mais croissante de la construction européenne sur les systèmes de santé**

Comme les autres composantes de la protection sociale, les soins de santé ne font pas partie des domaines pour lesquels les Etats membres ont choisi la voie de l'harmonisation. Quelques compétences communautaires sont toutefois apparues explicitement à partir des traités de Maastricht puis d'Amsterdam. Elles restent limitées aux substances d'origine humaine, sang et dérivés sanguins et organes. **Le principe de subsidiarité donne donc aux Etats membres la responsabilité de l'organisation et du financement de leurs systèmes de santé.**

Pourtant, bien avant ces traités le secteur de santé a été influencé par la construction du marché intérieur. Cette influence s'est faite de façon indirecte, c'est-à-dire sur des fondements autres que sanitaires. Le développement du marché intérieur en matière de biens a conditionné par exemple l'adoption de directives concernant le médicament et les dispositifs médicaux. Les services de santé, en tant qu'employeurs, acheteurs de biens et de services et prestataires de services ont donc subi une influence.

La jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes a d'une certaine manière accéléré ce processus en définissant les soins médicaux (arrêts Kohll et Decker de 1998) et les soins hospitaliers (arrêts Smits et Peerbooms de 2001) comme des services et en leur appliquant le principe de libre circulation. Ce dernier prime sur l'autorisation préalable nécessaire à recevoir des soins à l'étranger, au moins en ce qui concerne les soins non-hospitaliers. Remettant ainsi en cause la coordination des politiques de protection sociale mises en place avec le Règlement 1408 de 1971, la Cour européenne de justice a créé une incertitude juridique.

Fort de cette jurisprudence, la Commission a proposé dans un premier temps d'intégrer les services de santé et la jurisprudence de la Cour en matière de mobilité des patients dans la **Directive Services de 2004** (dite Bolkenstein). L'exclusion des services de santé à la demande quasi unanime des Etats membres, du Parlement européen et de la société civile, a conduit la Commission européenne, après une consultation de septembre 2006 à janvier 2007, à proposer une initiative santé qui devrait se traduire par une proposition de directive fin 2007. L'enjeu pour la coopération transfrontalière sera de voir quelle place lui sera donnée par rapport aux principes du marché.

### ❖ **Le concept naissant de communauté de santé transfrontalière**

Un nouveau concept apparaît aujourd'hui, celui de communauté de santé transfrontalière, qui va bien au-delà de la coopération menée par des acteurs de deux

régions frontalières pour satisfaire des besoins communs. **Une communauté transfrontalière se caractérise par une histoire et une culture partagées, ainsi que par la volonté de renforcer le sentiment d'appartenance par des actions concrètes, globales et durables.** La santé peut constituer l'un des piliers de cette communauté transfrontalière. Rapprocher les services de santé situés de part et d'autre de la frontière permet en effet de diminuer les disparités géographiques en garantissant un accès et une prestation de soins simples et équitables. La gestion et la planification de l'offre de soins au niveau local s'en trouvent modifiées.

Ceci implique d'adapter l'offre de soins et l'organisation locale du système de santé pour tenir compte de l'ensemble des acteurs présents localement et des besoins de toute la population du bassin de vie transfrontalier. Il est pour cela nécessaire de constituer des comités de pilotage locaux, qui assureront le pilotage et la coordination de la mise en œuvre de la communauté transfrontalière de santé

**Créer une communauté de santé transfrontalière permet donc de rationaliser les services de santé, d'adapter les politiques sanitaires aux réalités locales, de favoriser l'échange de compétences et d'expertises, de répondre aux besoins spécifiques de la population. Cette démarche doit permettre également la réintégration du champ sanitaire dans le projet de territoire transfrontalier.**

#### ❖ **Les problèmes soulevés par la création des communautés transfrontalières de santé**

Plusieurs obstacles freinent néanmoins l'apparition des communautés transfrontalières de santé ou même le développement de la coopération. Les premiers sont d'ordre **législatif et réglementaire** et ne sont que partiellement réglés, ou pas du tout, par les instruments existants. Ainsi, l'organisation des systèmes de santé diffère d'un pays à l'autre, comme le prix et les règles de remboursement ainsi que la sélection des soins et médicaments pris en charge. Ces différents éléments qui tiennent à des choix différents de protection sociale rendent complexe le rapprochement de deux territoires de santé.

Les autres obstacles sont liés à la **mobilité accrue des patients et des professionnels de santé**. Un flux important de patients peut déséquilibrer la capacité d'accueil des services de santé et nuire à la qualité des soins. A l'opposé, la migration des professionnels de santé peut entraîner une pénurie dans certaines régions et donc une diminution de l'accès aux soins. Les professionnels de santé étrangers peuvent ne pas satisfaire les attentes des patients, leur formation, notamment dans le cas des infirmières, étant différente selon les pays. La pratique de la langue peut également poser problème.

Ainsi, alors que l'un des objectifs de la coopération et des communautés transfrontalières est d'assurer une égalité d'accès aux soins, ces flux de patients et de professionnels peuvent provoquer une inégalité d'accès aux soins.

Un autre obstacle est la **mise en concurrence entre prestataires de santé**. La mise en place de mécanismes de financement des hôpitaux à l'activité, peut obliger ces derniers à attirer plus de patients, y compris ceux soignés jusqu'à présent de l'autre côté de la frontière.

Malgré ces obstacles, il est néanmoins possible de trouver des solutions pour le développement de la coopération et la création de communautés de santé transfrontalières. Plusieurs recommandations peuvent être adressées, tant aux institutions communautaires qu'aux autorités compétentes dans les Etats membres et aux acteurs de la coopération.

## **Proposition de recommandations**

---

### **❖ Amélioration des cadres et des outils**

*A l'attention des institutions communautaires:*

1. Continuer de financer par les fonds communautaires (Objectif 3 de coopération territoriale européenne) des projets de coopération transfrontalière
2. Transmettre plus d'informations claires sur les programmes de financement, les procédures de réponse aux appels d'offre et les sélections des projets ; mettre des experts à disposition pour aider à répondre aux appels d'offre
3. Veiller à limiter l'insécurité juridique ressentie par les citoyens en ne laissant pas seulement la jurisprudence définir les droits de citoyens

*A l'attention des autorités sanitaires compétentes au sein des Etats- membres :*

4. Adopter une base légale pour la coopération transfrontalière (accords entre prestataires de soins et organismes d'assurance maladie ; accords bilatéraux ; autorisations pour mettre en place des projets pilotes)
5. Participer au développement d'outils d'évaluation et à l'évaluation des initiatives transfrontalières
6. Poursuivre le décloisonnement du remboursement des soins entre les payeurs dans les zones transfrontalières par des accords cadres et locaux
7. Favoriser la mise en place de centres d'excellence

*A l'attention des acteurs de la coopération transfrontalière :*

8. Formaliser la coopération par un accord entre toutes les parties prenantes
9. Intégrer les projets de coopération transfrontalière dans les projets d'établissement

### **❖ Assistance au montage de projet et à la gouvernance**

*A l'attention des institutions communautaires:*

10. Développer une procédure d'évaluation des projets de coopération transfrontalière dont pourraient se servir les acteurs (lignes directrices, conseils méthodologiques, indicateurs)

*A l'attention des acteurs de la coopération transfrontalière :*

11. S'assurer de la pertinence et de la bonne réalisation des projets en procédant à une analyse préalable des besoins réels, de la valeur ajoutée transfrontalière du projet, des ressources humaines, matérielles et financières disponibles, en veillant à la bonne implication de tous les partenaires (notamment les responsables politiques locaux) politiques dans toutes les phases du projet, en tenant compte des autres projets (passés et présents) de coopération transfrontalière, en définissant ou en adaptant des outils d'évaluation avant le lancement du projet
12. Renforcer le rôle des Euregios et des structures transfrontalières similaires
13. Expérimenter les nouveaux outils tels que les GECT

## ❖ Information, échange de bonnes pratiques, mise en réseau

*A tous niveaux :*

14. Promouvoir l'échange d'expériences et d'informations ; soutenir la coopération transfrontalière en développant des bases de données et des réseaux facilitant l'identification de partenaires ; promouvoir les exemples de bonnes pratiques en créant des réseaux entre acteurs
15. Organiser des conférences sur la santé et le transfrontalier ; créer un centre d'informations sur les activités sanitaires transfrontalières ; promouvoir les projets de coopération transfrontalière

*A l'attention des acteurs de la coopération transfrontalière :*

16. Favoriser l'échange avec les partenaires engagés sur d'autres thématiques de coopération transfrontalière
17. Développer les formations en langues pour parler celle des partenaires
18. Communiquer davantage avec la population sur les réalisations européennes

**L'ensemble de ces recommandations doit contribuer à faire émerger de véritables communautés de santé transfrontalières, intégrées aux projets de territoires transfrontaliers.**