



“Les territoires transfrontaliers :  
l'Europe au quotidien”



Mission  
Opérationnelle  
Transfrontalière

**RENCONTRES EUROPÉENNES**  
8/9 NOV. 2007

**Atelier 8**  
« Santé »

*Workshop 8*  
*“Health”*

**Workshop 8**  
„Gesundheit“

**PROJETS**  
*PROJECTS*  
**PROJEKTE**





# LA COOPERATION SANITAIRE FRANCO BELGE : OFBS-LUXLORSAN

## Partenaires du projet

---

ASSURANCE MALADIE FRANCAISE ET BELGE : CRAM NP, CRAM NE, CRAM AM, CPAM, MUTUALITES BELGES, INAMI et ARH  
ORS, OSH, Etablissements de soins, Ordres des médecins...

## Description du projet

---

Depuis le début des années 90, les organismes d'assurance maladie belges et français échangent et dialoguent sur la construction de projets de coopération sanitaire transfrontaliers dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients résidant dans l'espace frontalier. Grâce aux différents programmes européens Interreg, un partenariat structuré a pu se développer. Il s'est doté de deux observatoires transfrontaliers constitués en GEIE. Ceux-ci rassemblent un très grand nombre d'acteurs évoluant dans le champ sanitaire et médico-social, soucieux de créer des synergies transfrontalières.

Pour valider les projets de coopération, il était indispensable de créer un cadre juridique adapté. Un dispositif spécifique franco-belge a été instauré : l'accord cadre de coopération sanitaire transfrontalier (traité). Initié fin 2002, il vient de se concrétiser par une loi de ratification promulguée le 4/10/2007.

Désormais, il existe une base légale qui donne pouvoir aux autorités sanitaires régionales pour initier, conclure et valider des conventions mettant en œuvre des actions de coopération. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, les collaborations interhospitalières, qui ont vu le jour voici plus de dix ans et dont le nombre a cru d'années en années, s'inscriront progressivement dans la constitution de bassins de soins transfrontaliers caractérisés par des espaces de vie et culturel communs. Elles permettront, d'une part, de renforcer l'offre de soins et les plateaux techniques et, d'autre part, de faciliter administrativement et financièrement l'accès aux soins dans l'ensemble d'une zone territoriale définie. Concrètement, ces collaborations s'appuieront sur des « zones organisées d'accès aux soins » à l'instar du projet « transcards » initié en Thiérache début 2000. Elles concerneront l'agglomération du nord-est de Lille, le nord des Ardennes, le bassin de Longwy etc. Cette structuration de la coopération sanitaire en bassins sera dotée de filières de soins et s'appuiera sur la récente coopération transfrontalière en matière d'aide médicale urgente.

## Lien avec la note de cadrage

---

### - Difficultés rencontrées

Validation des conventions par les autorités nationales traversées par une vision centralisatrice de l'Etat prenant peu en compte la périphérie et a fortiori les espaces limitrophes.

### - Solutions apportées

Autoriser la décentralisation de la prise de décision et favoriser la négociation partenariale.

### - Recommandations

S'appuyer sur un dispositif accordant une autonomie suffisante aux acteurs locaux concernés pour innover, construire et gérer des projets de coopération transfrontaliers.

## Contact

---

Henri LEWALLE ANMC [henri.lewalle@mc.be](mailto:henri.lewalle@mc.be)

Katia HAQUIN CRAM NE [katia.haquin@cram-nordest.fr](mailto:katia.haquin@cram-nordest.fr)

Laurent LOURME CRAM NP [laurent.lourme@cram-nordpicardie.fr](mailto:laurent.lourme@cram-nordpicardie.fr)

## Lien Internet

---

[www.santetransfrontaliere.org](http://www.santetransfrontaliere.org); [www.ofbs.eu](http://www.ofbs.eu); [www.luxlorsan.eu](http://www.luxlorsan.eu)

## Programme Thiérache Santé

### Partenaires du projet

---

5 centres hospitaliers belge et français	
Centre de Santé des Fagnes	Chimay (B)
Centre hospitalier de Fourmies	(F)
Hôpital départemental de Felleries-Liessies	(F)
Centre hospitalier d'Hirson	(F)
Polyclinique de la Thiérache	Wignehies (F)

### Description du projet

---

#### **Bassin de population transfrontalier / Bassin de santé transfrontalier** **(175.000 habitants)**

Au cœur de l'Europe des 25, la Thiérache franco-belge est un bassin de santé éloigné des grands centres qui connaît un déficit en équipements médicaux & en lits hospitaliers.

Sur 20 kilomètres se touchent 5 entités administratives dépendant de 4 régions et de 2 pays (175.000 habitants) :

Région Nord - Pas de Calais	Département du Nord	65.000
Région Artois - Picardie	Département de l'Aisne	45.000
Région Champagne - Ardennes	Département des Ardennes	20.000
Région Wallonne	Province du Hainaut	
"	Province de Namur	45.000

#### **Objectif poursuivi par le projet Thiérache Santé**

Mise en place d'une politique de santé cohérente visant à assurer un meilleur accès aux soins via :

- ) la spécialisation des unités existantes dans des domaines complémentaires ;
- ) l'implantation d'équipements plus spécialisés ;
- ) le développement des collaborations médicales ;
- ) l'accès aux équipements spécialisés de part et d'autre de la frontière (possibilité de se soigner près de chez soi).

#### **Indicateurs d'impact (du 1<sup>er</sup> septembre 2002 au 31 décembre 2006)**

Echanges de patients (hospitalisations)	1.305
Echanges de patients (consultations et actes techniques)	12.582
Echanges et/ou contacts entre personnels	124
Echanges et/ou partages de médecins	75
Conventions signées entre établissements	6
Formations communes	28
Réunions entre directions	55
Contacts directs avec organismes assureurs	126

#### **Lien avec la note de cadrage**

---

##### *- Difficultés rencontrées*

Limites du Transcards : géographiques, soins secondaires, prestataires paramédicaux, ...

Lourdeur des « reste à charge » pour les patients français bénéficiant de soins en Belgique.

- *Solutions apportées*

Sensibilisation des instances décisionnelles, recherche de conventions.

- *Recommandations*

Poursuite des échanges.

## **Autres informations**

---

Un projet est introduit dans le cadre du Programme Interreg IV poursuivant les actions entamées sous Interreg II et III.

D'autres actions sont également initiées, en collaboration avec les hôpitaux de référence des 2 côtés de la frontière.

## **Contact**

---

Colette Stévaux, correspondant transfrontalier Centre de Santé des Fagnes

Boulevard Louise 18 à B-6460 Chimay

☎ 00-32.60.218.761

Fax 00-32.60.218.779

[c.stevaux@caramail.com](mailto:c.stevaux@caramail.com)

## **Lien Internet**

---

[www.csf.be](http://www.csf.be)

## **Co-operation and Working Together (CAWT) Cross Border Health and Social Care (Northern Ireland and Republic of Ireland)**

### **Project partners**

---

Health Service Executive Dublin North East, Republic of Ireland  
Health Service Executive West, Republic of Ireland  
Southern Health and Social Services Board, Northern Ireland  
Western Health and Social Services Board, Northern Ireland  
Southern Health and Social Care Trust, Northern Ireland  
Western Health and Social Care Trust, Northern Ireland  
Department of Health, Social Services and Personal Safety in Northern Ireland  
Department of Health and Children in the Republic of Ireland

### **Description of the project**

---

CAWT, the cross border health and social care partnership was established 1992 and comprises the border counties of the Health Service Executive in the Republic of Ireland and the Southern and Western Health and Social Services Boards and Trusts in Northern Ireland. CAWT's mission is to improve the health and social well being of the populations covered by the CAWT region, by working across boundaries and jurisdictions in a way which effectively engages the people, service planners and providers.

CAWT to date has provided strategic direction for cross border health and social care services. There are two separate but adjoining health systems on the island of Ireland and so it makes sense to share ideas and learning, to pool expertise and to identify areas which will have the critical volume to justify locally delivered health services. CAWT provides a forum for Health Service managers to come together on a range of common issues relevant to their service areas via cross border sub groups. In addition to their main roles and responsibilities within their respective organisations, each member commits time and expertise to cross border activity. These sub groups plan practical activities including research, needs assessment and pilot initiatives to improve cross border services. CAWT's sub groups have initiated and developed over forty cross border projects to date, many of which have been successful in attracting European funding via the European Union INTERREG IIIA and PEACE II programmes.

Following an independent evaluation of CAWT's cross border work to date, a Strategy and Business Plan for the 2007 – 2013 time period has been developed. CAWT is committed to securing European Union funding from the INTERREG IV programme in order to action its cross border work programme in five key areas: Acute Hospital Services; Mental Health; Disability; Primary, Continuing and Community Care; and Population Health. CAWT also undertakes work in cross border emergency planning.

### **CAWT Strategic Objectives 2007 - 2013**

The following eight strategic objectives have been identified for CAWT for the period 2007-2013:

- To improve the health and well-being of the population of the island of Ireland with a particular emphasis on the border;
- To continue to have a focus in assisting border areas in addressing their distance from the centre of Government including addressing obstacles to cross border mobility;
- To acknowledge that the next stage in the development of CAWT requires a change in the strategic emphasis in both geographic and service remit which includes a more integrated approach to health provision on the island of Ireland;

- To play a facilitating role in the provision of population based island health care and in particular contribute to the debate to achieve enhanced service provision and patient satisfaction;
- To exploit the opportunities of joint working or sharing of resources particularly through the following:
  - Engagement with the wider European community;
  - Engagement with other public sector, community or voluntary initiatives; and
  - Better engagement with the providers of care.
- To identify opportunities for co-operation in the planning and provision of services, particularly the sharing of best practice;
- To promote and facilitate better engagement with users and patients; and
- To seek to influence Government policy in respect of planning and provision of health and social care on a cross border basis and in particular promote cross border mobility issues.

### **European Links**

CAWT has actively facilitated the transfer of experiences and sharing of ideas with other European cross border regions and countries. For example, CAWT has promoted and participated in the 'Manahhealth' and Europhamili' programmes, a European management training course for health service professionals managed by the Institute of Public Health, Rennes, France in addition to supporting and participating in HOPE (Standing Committee of the Hospitals of the European Union) and contributing to various European research studies including the *Europe for Patient* project. CAWT has also supported the *Eurogio* project managed by the Institute of Public Health NRW (Iögd). CAWT was awarded the 'Sail of Papenburg' by the Association of European Border region (AEBR) in 2005.

### **Further information**

---

CAWT is viewed as an excellent model of cross border co-operation and has evolved from an informal, ad-hoc arrangement into a more formal structure which has managed to maintain its innovative approach and flexibility, whilst placing a stronger emphasis on quality assurance and measurable outputs. CAWT has enthusiastically shared its experiences with many other sectors seeking to develop cross border linkages both nationally and European wide.

The signing of the Belfast Agreement in April 1998 and the establishment of the North / South bodies generated much optimism for the future of cross border working in Ireland/Northern Ireland. CAWT projects have been targeted to impact on specific areas which have been shown to result from the inequalities in health experiences by the border population. By working together across the border, it has been possible to address common problems and to establish mechanisms for continued collaboration.

The successes of so many cross border projects has laid strong foundations with which to build and go forward. The enthusiasm and goodwill among all the partners and stakeholders on both sides of the border is very evident. CAWT has a proven, documented, independently evaluated track record of working across the two jurisdictions in the planning and delivery of services for the benefit of patients and clients. The continuation of this vital work is certainly in the interests of the communities on both sides of the border.

### **Contact**

---

Sadie Bergin, Communications and Corporate Governance Manager  
 Cooperation and Working Together (CAWT)  
 Riverview House - Abercorn Road  
 Londonderry - Northern Ireland BT48 6SB  
 T: 00 44 28 71272100 - F: 00 44 28 71272105  
 E: [sadie.bergin@westhealth.n-i.nhs.uk](mailto:sadie.bergin@westhealth.n-i.nhs.uk)

### **Website**

---

[www.cawt.com](http://www.cawt.com)

## Projet EUREGIO La santé dans les régions frontalières

### Description du projet

---

Le projet européen EUREGIO (pour « Évaluation des régions frontalières dans l'Union européenne ») s'est achevé en mars 2007 par la présentation de ses résultats lors d'une conférence à Düsseldorf. Ce projet a été financé par le premier programme communautaire en santé publique, de juin 2004 à mai 2007. Son rapport final a été rendu public en juin 2007.

EUREGIO avait pour objectif de dresser un panorama des activités sanitaires transfrontalières en Europe et d'identifier des modèles de bonne pratique. Il devait également permettre d'identifier les facteurs favorisant ou freinant de telles activités. Il projet reposait sur la collecte de données relatives aux expériences menées dans le cadre de nombreux projets et initiatives sanitaires transfrontaliers en Europe. Le projet a été mené par l'Institut de santé publique de Nord-Rhein Westphalien (LögD), en partenariat avec la Fédération européenne des hôpitaux (HOPE) et l'Association des Régions Frontalières Européennes.

Une enquête a été menée dans 67 régions européennes localisées dans 30 pays et dans 53 secrétariats INTERREG (du nom de l'instrument financier communautaire destiné aux coopération entre régions). D'après les résultats, des activités en matière de santé ont été recensées dans 37 régions européennes. 300 projets ont été identifiés, dont 100 sont présentés sur le site Internet d'EUREGIO.

L'une des suites qui pourrait être donnée à ce projet serait de créer un réseau, avec une base de données communes et une plate-forme Internet.

### Contact

---

European Hospital and Healthcare Federation  
Bd. A. Reyers 207-209 - B7 / BE-1030 Brussels  
Tel +32 2 742 13 20  
E-mail [sg@hope.be](mailto:sg@hope.be)

### Lien Internet

---

<http://www.hope.be>

# Atelier 8

« Santé »

« *Health* »

## Documents annexes

### *Additional Documents*

- ❖ Les besoins des populations des territoires transfrontaliers dans le domaine de la santé et des prestations de services sanitaires
- ❖ Considérations en matière de communauté de santé (sur la base de la coopération sanitaire dans la zone des Alpes du Sud)
- ❖ La communauté de santé transfrontalière en Catalogne
- ❖ The mobility of the health workers in Europe



---

## **Les besoins des populations des territoires transfrontaliers dans le domaine de la santé et des prestations de services sanitaires.**

---

Par Cristina Rodriguez et Xavier Conill

Projet Hospital de la Cerdanya, Hospital Comú Transfronterer de la Cerdanya i el Capcir

### ***Introduction et objectifs du document :***

La MOT organise les prochains 8 et 9 novembre 2007 à Lille un colloque sur les projets transfrontaliers. A cette fin un groupe de travail s'est constitué pour préparer le contenu de l'atelier "santé" qui a pour but de préciser "les demandes spécifiques de la population des territoires transfrontaliers dans le domaine de la santé et des prestations de services sanitaires".

Nous pensons que cet exercice de réflexion permettra d'évaluer si les actions qui se développent dans ce domaine par les différentes administrations compétentes apportent des réponses à cette thématique ou si au contraire de "grands instruments" se mettent en place sans en mesurer la relation directe avec les demandes des populations.

C'est pourtant la résolution des problèmes concrets et quotidiens des citoyens, connus grâce au travail de proximité qui est fait, que nous avancerons vraiment dans la construction d'une Europe plus sociale et que nous pourrons préparer le changement culturel que tous ces projets représentent.

Pour cela l'adhésion et participation concrète des citoyens aux projets est essentielle et doit aller au delà d'une information distillée par les élus. La conduite et développement de projets doivent s'appuyer sur une communication bidirectionnelle et la possibilité d'infléchir son développement, la réalisation d'enquêtes de satisfaction et d'opinion.

### ***Qu'attend la population ?***

De manière générale la population attend une prestation de services dans le domaine de la santé de proximité (réduction des distances, du temps d'attente et des délais de gestion administrative), de la qualité assurée par des professionnels compétents, disposant d'une technologie moderne, à des coûts maîtrisés et ajustés à la réalité.

Si nous sommes d'accord sur cette 1ère approche il convient tout de même préciser d'emblée que certains territoires transfrontaliers présentent des spécificités qui peuvent exiger des actions différenciées.

Nous analyserons donc les besoins des populations au travers des notions suivantes :

### **La proximité :**

Au delà de la notion de distance la proximité interpelle la notion de TEMPS (en relation avec par exemple les listes d'attentes ou l'attente devant un guichet...), LA SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE et dans le cas de certains espaces transfrontaliers LA LANGUE.



A noter que la maîtrise de la langue par les professionnels devient un atout essentiel pour accompagner l'utilisateur dans son passage dans un service de santé, de même la participation du médecin de ville de l'utilisateur dans les structures transfrontalières.

### **L'Équité (égalité de prise en charge) :**

Équité des dispositifs et au sein des établissements qui proposeront une prise en charge. Égalité de prise en charge pour l'ensemble des usagers de part et d'autre de la frontière qui utilisent les services.

Déclinaison :

1. L'offre de service doit être la même pour tous et l'accessibilité assurée.
2. Droits et devoirs similaires dans les établissements de santé et pour les prestations de services
3. Processus administratif équivalent.

### **La qualité :**

L'administration doit veiller à la qualité des prestations de services. Les systèmes de santé de part et d'autre de la frontière étant différents il faudra garantir/prendre le meilleur des 2 systèmes et tous les cas ne pas léser l'utilisateur par rapport à ce qui existe dans son pays.

### **Les professionnels :**

La population exige leur qualification et donc une accréditation en accord avec la réglementation existant dans leur pays. Au delà de la compétence ce sont les aptitudes et les attitudes qui ont une importance essentielle.

Aujourd'hui un professionnel compétent est un professionnel qui "pose les bonnes questions au bon moment et s'interroge constamment sur sa pratique professionnelle", c'est aussi un professionnel qui va vers l'autre (équipe professionnelle) et vers la personne soignée.

La population demande plus de temps passé auprès du patient.

Dans un projet transfrontalier l'usage des langues est très important, de même la connaissance des habitudes de vie et de consommation. Les traits identitaires et culturels doivent être connus et respectés.

Il faudra pour trouver et fidéliser les professionnels sur ces espaces transfrontaliers non seulement maîtriser les langues mais trouver le moyen de valoriser les différents itinéraires professionnels et bien au delà des incitatifs économiques; il s'agit de parler et innover en matière de valorisation des compétences, de formation continue et de mise en place de plans de carrières adaptés à ces situations et donc en relation avec le plan de carrière du pays d'origine. Mais ces thématiques relèveraient d'un autre débat.



---

### **La similitude administrative et simplification administrative :**

Elle doit résulter d'un équilibre entre les pratiques habituelles que connaît l'utilisateur dans son pays d'origine et les pratiques et processus en vigueur dans le pays qui réalise la prise en charge.

Mais le temps a ici une grande importance. Dans un 1er temps la situation administrative du pays d'origine doit être respectée mais ultérieurement les différences peuvent s'estomper au fur et à mesure que l'on justifie que pour un même service on peut identifier des coûts tangibles et non tangibles similaires.

Il est difficile d'imaginer par exemple qu'une partie de la population bénéficie du tiers payant et l'autre non donc que l'une n'avance rien et que l'autre avance un paiement en attendant un remboursement. Ce point serait s'ailleurs particulièrement délicat si nous devions faire face à une population en difficulté.

Puigcerdà, le 25 juin 2007

# Considérations en matière de communauté de santé (sur la base de la coopération sanitaire dans la zone des Alpes du Sud)

---

par Alessandro Balli, ASL1 Imperiese (Liguria)

## La communauté de santé transfrontalière: une réponse a des problèmes sanitaires concrets

La santé est importante pour les individus et la société. La protection contre les maladies et les infections compte parmi les attentes des citoyens: ils doivent pouvoir accéder à des services de santé fiables et de grande qualité.

L'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens européens est également importante pour l'Union européenne. La bonne santé de la population est indispensable à la réalisation des objectifs socioéconomiques stratégiques de prospérité, de solidarité et de sécurité. Pour ce qui est de la prospérité, la santé de la population est un facteur déterminant de la productivité et de la croissance, comme en témoigne l'agenda de Lisbonne.

D'autre part l'intégration de la santé dans toutes les politiques est le concept qui sous entend les travaux en matière de santé au niveau européen. La qualité de la vie dans un certain territoire est impossible à réaliser sans l'amélioration de la santé de la population.

Le thème de la santé s'avère particulièrement propice à l'émergence d'une conscience transfrontalière car il touche les frontaliers dans ce qu'ils ont de plus précieux.

En matière de santé les prérogatives des Etats sont encore particulièrement fortes, nous sommes là en présence d'une des dernières barrières étatiques et cela est donc porteur de profondes inégalités spatiales et sociales.

Toutefois les problématiques sanitaires, qui comportent une dimension transfrontalière ou internationale comme la prévention des épidémies ou la mobilité des patients et des professionnels de la santé, ne peuvent toutefois être résolues efficacement par une action individuelle des États membres et exigent une coopération au niveau communautaire.

D'autre côté au sein de certaines zones, les patients n'hésitent plus à franchir les frontières pour se faire prendre en charge hors de leur Etat de résidence. Le risque est, en effet, de transformer la santé en Europe, en un système a deux vitesses: d'un côté on aurait un nivellement vers le bas des couts et de la qualité des prestations au sein des services sanitaires nationaux et d'un autre coté le recours à des prestations médicales à l'étranger pour les patients plus affectés et mieux informés.

En même temps, pour sortir des contraintes territoriales, certains établissements de soins et acteurs de la santé publique (acteurs privés, associatifs, publics), recherchent la voie de l'organisation en réseau pour améliorer l'environnement médical des patients, pour accroître leur efficacité professionnelle et, en jouant la politique de la complémentarité, pour tenter de réduire l'intensité des inégalités territoriales.

Les différentiels territoriaux moteurs de cette mobilité relèvent à la fois de faits objectifs quantifiables (densité des équipements et des personnels, coûts et politiques de remboursement, qualité de l'accueil...) et de représentations subjectives que l'on peut appréhender à partir d'enquêtes: la coopération et le partenariat peuvent générer la formation d'espaces transfrontaliers de soins se superposant à deux territoires de santé.

### ➤ La communauté de santé transfrontalière: fondement

La **communauté de santé transfrontalière** peut aider à trouver une réponse au besoin de protéger et améliorer la santé dans les zones de frontière en supprimant les disparités spatiales et en garantissant des conditions simples, claires et paritaires pour l'accès et la prestation des services médicaux.

La **communauté de santé transfrontalière** doit construire l'offre de santé publique et l'organisation des services sur le territoire transfrontalier en intégrant l'ensemble des déterminants de la santé et en améliorant la prise en compte de la complexité et de l'intrication des liens entre la santé et l'environnement, en particulier:

- la distribution spatiale des ressources de santé pour développer la complémentarité de l'offre territoriale en matière de santé publique;
- la surveillance de la distribution spatiale de la maladie;
- La cartographie des populations intéressées, tout en privilégiant le principe de proximité pour mieux répondre aux besoins de la population;
- La détection des enjeux;
- la planification de l'action de santé publique pour assurer une bonne intégration des ressources sanitaires disponibles en développant la coopération transfrontalière en matière de programmation;
- la gestion des processus essentiels au développement de la qualité de vie;
- La gestion de l'alerte, le développement de tableaux de bord (indicateurs).

#### ➤ **La communauté de santé transfrontalière: aspect pratique.**

Pour bien fonder l'activité de la **communauté de santé transfrontalière** il faut constituer des comités de pilotage conjoints qui travaillent sur le territoire commun et, de manière réciproque, échanger des informations pour:

- assurer le pilotage et la coordination de la mise en œuvre de la communauté de santé transfrontalière;
- étudier la connaissance réciproque des systèmes locaux de santé publique, aussi bien dans leurs aspects organisationnels que dans la prise en compte des besoins du territoire, et étudier les flux «de voisinage» entre les territoires de la communauté;
- diagnostiquer les besoins communs et valider les intérêts opérationnels réciproques;
- préparer des avenants, protocoles et conventions dans les domaines de coopération;
- faire la promotion, auprès des territoires de proximité frontaliers, des activités de la communauté de santé transfrontalière;
- être l'outil technique pour la conception et la mise en œuvre de projets transfrontaliers primordiaux en mobilisant si nécessaire les financements publics liés aux programmes européens.

#### **L'information commune: le rôle décisif de Internet.**

Un aspect très important de la coopération de la communauté de santé est le partage de l'information.

La communication des éléments cliniques et le transfert des autres informations pertinentes sont indispensables à une organisation graduée. Ils garantissent la continuité de la prise en charge. Ceci nécessite le développement de la télé-médecine (en particulier de la télé-expertise, de la transmission d'images, du partage de protocoles de soins référencés, de l'accès aux bases de données scientifiques sélectionnées et du télé-enseignement) ainsi que le partage du dossier médical, de préférence informatique.

De même les informations sociales doivent suivre le patient dans son parcours de soins hospitalier : cela facilitera la sortie des patients âgés ou dépendants puis le suivi de leur prise en charge en court ou moyen séjour.

Les professionnels des différents territoires doivent être en liaison permanente notamment grâce aux outils de la télé-médecine. Le recours au plateau technique doit être organisé de manière à garantir proximité et qualité.

#### ➤ **La communauté de santé transfrontalière: les objectifs.**

L'objectif de la **communauté de santé transfrontalière** est de contribuer à une meilleure gestion et planification de l'offre de soins et de services et corrélativement à une meilleure adaptation de l'offre à la demande au sein de l'espace transfrontalier. Le but est de proposer plus de fluidité ou d'équité spatiale. Cette articulation entre territoire et réseaux peut être déclinée à différentes échelles et ne pas être exclusivement appliquée à celle des Etats.

Les objectifs qui concernent la **communauté de santé transfrontalière** sont nombreux:

- Imposer la rationalisation des ressources pour l'amélioration des soins offerts, avec des études sur la localisation des équipements et des personnels de santé;
- Favoriser les politiques de santé que portent les acteurs publics à l'échelle de leurs territoires de compétences;

Donner à la proximité transfrontalière une valeur ajoutée pour démontrer que les frontières sont dépassées dans leur conception très ambivalente d'ouverture/fermeture selon les besoins, les compétences ou les volontés individuelles.

En particulier il est possible distinguer, en concret:

#### *Des macro-objectifs*

- échanges de compétences, d'expertises, de protocoles et de bonnes pratiques;
- actions de formation initiale ou continue;
- mise à disposition de personnels;
- mise à disposition ou prêt de matériels.

*Des micro-objectifs* (sur la base des expériences passées) et pour répondre aux grands thèmes sanitaires comme les **menaces sanitaires** (bioterrorisme, grippe aviaire, Sida, etc), le **vieillessement** de la population, les **catastrophes** (liens avec l'environnement et la protection des risques naturels) et les **politiques sanitaires** (par exemple le récent rapport Vallancien qui impose au nom de la qualité des soins la fermeture «sans délai» de nombreux blocs opératoires d'hôpitaux publics français):

- Prise en charge des **personnes âgées** et plus généralement des **personnes isolées géographiquement** et leur maintien à domicile (notamment pour les nouvelles maladies comme l'Alzheimer);
- Organisation de la **médecine hospitalière en réseau** (la télé-médecine) avec une organisation complémentaire entre équipes médicales, pour donner une réponse de qualité aux patients avec des soins adaptés sans les mobiliser dans la structure d'origine;
- Organisation du **système des urgences** pour une intervention efficace en cas d'accidents;
- Accessibilité transfrontalière aux **maternités**: prendre en compte l'offre de chaque maternité en terme de capacité d'accueil, la demande potentielle en fonction des femmes en âge de procréer et la distance de parcours à travers une analyse de l'aire d'influence.

#### ➤ **La communauté de santé transfrontalière: les problèmes**

Les obstacles à la formation concrète d'une **communauté de santé transfrontalière** sont considérables:

- les différences entre les systèmes et les traditions de chaque pays en matière de soins de santé et notamment les différentes mécanismes de paiement de soins de santé pour établir les traitements couverts et les modalités de remboursement;
- le risque potentiel pour un territoire d'une fuite des patients vers un autre territoire, mettant en péril la capacité et le niveau de qualité de chacun des systèmes de santé. Il est important d'équilibrer le système de prise en charge à travers la coopération, afin d'éviter que les patients suivent les mêmes traitements à l'étranger où la différence de qualité résulte d'une compétition. ;
- l'incompatibilité des différentes données sanitaires entre les différentes organisations sanitaires nationales (absence des données comparables);
- l'absence des règles régissant la délivrance d'ordonnances, l'exécution des ordonnances et le remboursement des achats de médicaments par les patients, afin de faciliter davantage la mobilité des patients entre les territoires des États membres;
- la difficulté de mouvement des professionnels de la santé et du domaine social et le problème de la reconnaissance des qualifications professionnelles entre les États membres.

#### **Quelques repères bibliographiques:**

##### Contribution informelles

- «La santé in Europe: une approche stratégique», Commission européenne, DG Sanco;
- « Mobilité des patients, évolution des soins de santé»: Résolution du Parlement européen sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne, 2007;
- «Répartition de l'offre sanitaire dans l'espace frontalier des Alpes du Sud», Sandra Perez, Université de Nice, 2006;
- Frontières, politiques de santé et réseaux de soins, François Moullé, Université d'Artois, 2007;
- «Aménagement et gestion durable des territoires de santé», Patrick Mallea, CHU Nice, 2005;
- «SROS de troisième génération», Ministère français de la Santé, 2007

# La communauté de santé transfrontalière

---

Par X.Conill, C.Rodriguez,  
Hôpital transfrontalier de Cerdagne et Capcir

Au sein des forums de coopération transfrontalière se dessine un nouveau concept qui va au delà des alliances entre 2 régions qui partagent une frontière et ont des besoins similaires ou complémentaires. Autour de l'idée de construction de l'Europe des citoyens, basée sur l'offre de services communs, de qualité, en accord avec les besoins exprimés et sentis par la population, se structure progressivement un concept de communauté transfrontalière.

Dans une société marquée par la globalisation et où les frontières n'ont plus de sens, la santé et le bien être de la population sont des domaines où ce concept est particulièrement important et les services à la personne doivent être équiparables.

Le citoyen accepte mal que des frontières perdurent pour la prise en charge santé et les entités sanitaires ont du mal à accepter de ne pas pouvoir assurer des services à une population qui partage le même territoire ou du moins à ceux qui ne peuvent pas en assurer le paiement (caractère privé).

Les autorités de santé, dans un contexte de rigueur budgétaire et de problèmes de démographie professionnelle, souhaitent relever ensemble des défis et donc dépasser les barrières administratives qui perdurent.

## ***Définition de la communauté de santé transfrontalière***

Pour cela nous faisons référence au projet de création de l'hôpital transfrontalier de Cerdagne et donc au modèle stratégique et opérationnel des administrations qui sont impliquées dans sa gestion et aux attentes de la population.

La tentative de définition sera forcément influencée, entre autres par les composants idéologiques de conception d'une réalité territoriale – conception de centralité.

Tout d'abord le concept le communauté territoriale transfrontalière (sans parler de santé) se définit pour un territoire qui a une histoire, une culture et des traits identitaires communs que l'on veut respecter et maintenir. Un territoire qui dépend de 2 ou plusieurs états différents avec des normes et administrations différentes.

Les limites de ce territoire ne coïncident pas forcément avec les divisions administratives en vigueur répondant à d'autres impératifs ou nécessités temporelles.

La population de ce territoire doit s'identifier à ce territoire commun et doit avoir un minimum d'affinités avec la population du territoire dans sa globalité.

Nous pourrions considérer que les comarcas et cantons constituent des communautés territoriales; le terme transfrontalier permet de franchir un pas et trouver des solutions à des problématiques qui sans le transfrontalier se seraient aggravées.

Si l'idée de coopération et collaboration transfrontalière peut suffire à réaliser des objectifs d'efficacité et de qualité de services pour parler de communauté territoriale il faut un autre niveau d'exigence : celui de l'appartenance, de l'affinité et de la volonté de maintenir cela.

**La définition de la communauté territoriale passe donc par un territoire, une réalité socio-culturelle commune, une volonté de la maintenir et une vision spécifique à long terme**

L'introduction du terme santé dans l'essai de définition donne la possibilité de se centrer dans un aspect concret et prioritaire de cette communauté. Le droit à la santé et à l'accès aux services de soins et de santé est un des piliers de l'état de bien être et peut constituer un différentiel de la culture européenne par rapport à d'autres.

## ***L'expérience de communautés territoriales de santé en Catalogne : Les Gouvernements territoriaux de santé(GTS)***

La " Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya de l'any 1990" précise la répartition des compétences santé entre la Généralitat et les communes. La Généralitat a toutes les compétences générales de santé publique et de services de soins (planification, exécution, services, évaluation des résultats...); les communes ont des compétences locales de santé publique.

C'est en 2004 que la Généralitat (Departament de Salut i Departament d'acció social), met en place une nouvelle gouvernance de la santé avec la volonté de fixer des objectifs communs et clarifier les actions au niveau local en line avec les autres administrations concernées; en maintenant des critères généraux communs qui garantissent l'équité territoriale et des standards de qualité, en respectant les grandes lignes politiques et stratégiques pour l'ensemble de la Catalogne.

C'est ainsi que sont apparus les "Governs Territorials de Salut – Gouvernement territoriaux de santé", unités territoriales partageant objectifs communs de santé et de prestations de services. C'est la proximité (territoire) qui est privilégiée afin de mieux répondre aux besoins du citoyen, dans le respect de directives générales marquées par le Gouvernement et le Parlement.

Ce gouvernement territorial de santé se structure com un consortium inter-administratif. Organe de gouvernement qui définit des lignes directives, des objectifs à court, moyen et long terme et qui délègue des actions à des tiers (Service Catalan de la santé ou autres fournisseurs de services de santé).

3 organes : el Consell rector, el consell de participació (o de salut) i la Comissió d'entitats proveïdores (comissió d'establiments i empreses que presten efectivament els serveis).

### **Le conseil recteur : organe politique composé de la Généralitat et des administrations locales compétentes (mairies)**

Fonction : Définition des objectifs de santé et des priorités de prestations de service sur le territoire concerné, dans le respect de la politique générale et commune à toute la Catalogne.  
Composition : 50% -Generalitat et 50% - représentants des Mairies participant. Le Président, représentant de la Consellera sur le territoire fait partie des 50% de la Generalitat, il a vote de qualité.

### **Le conseil de santé ou de participation : organe de conseil, de participation du citoyen.**

Sa composition doit être représentative de la population du territoire et non pas du champ santé.

### **La commission des prestataires de services : institutions, établissements de santé et professionnels du territoire.**

Son grand objectif : la continuité dans la prise en charge du citoyen (critères de qualité, proximité, complémentarité des services...).

En résumé, le **consell rector** représente la démocratie représentative, moyennant les élus. Le **consell de salut** ou de participation représente la démocratie participative : société civile. La commission des prestataires de services représente le bras opérationnel.

Le GTS ne dispose pas de ressources propres et prend appui sur les ressources des différentes administrations référentes.

Nous ne disposons pas de recul suffisant pour évaluer à ce jour ce type de fonctionnement. La diversité territoriale est telle qu'il sera difficile pouvoir tirer des conclusions générales.

### ***La communauté de santé territoriale, transfrontalière:***

Nous rappelons que la mission première de la communauté de santé territoriale transfrontalière (CSTT) est celle d'apporter des solutions spécifiques aux besoins d'un territoire unique, transfrontalier, relevant d'un cadre de régulation différent.

Idées de base :

1. Directives générales des pays concernées pouvant être appliquées au territoire.
2. Capacité de décision proche du territoire; degrés d'autonomie important (priorités de santé).
3. Structures juridiquement stables afin de garantir une gouvernance commune (analyse des besoins, objectifs et coordination des actions).
4. Base de données de référence (besoins, actions, résultats et évaluation comparative - benchmarking).

### **Conditions pour mener à bien la mission :**

- a. Un observatoire de santé comme source unique d'information et de gestion de la communication.
- b. Un seul organe de gouvernement reconnu par les différentes parties.
- c. Un plan stratégique commun.
- d. Une planification commune des services (une offre qui répond à des besoins).
- e. Des outils de gestion et de communication
- f. Un système de communication avec le citoyen adapté

Conditions de réalisation :

- Volonté politique de décentralisation et de décision au niveau local.
- Le contrôle légitime des autorités de santé doit s'organiser de manière conjointe sur la base d'une méthodologie acceptée (critères de résultats...)
- Les autorités compétentes doivent comprendre l'importance du concept de territoire comme point de métissage social et culturel, comme point d'échange, comme pôle de construction d'une Europe citoyenne qui répond à des attentes et besoins.

### **Conclusions:**

1. Développer l'idée de CTST comme instrument de réponse agile aux besoins de santé d'un territoire bien défini.
2. Doter la communauté d'outils de gouvernement, planification et gestion suffisants en respectant l'autonomie d'action.
3. Définir un cadre général commun d'intervention respectant les différents niveaux (objectifs, actions, contrôle, évaluation)
4. Elaborer un plan de communication et d'évaluation avec la participation active des citoyens et des différents agents de santé.

# The mobility of the health workers in Europe

---

Dott. Luigi Cazzola, Dipartimento Prevenzione, ULSS 2 Feltre (Veneto-Italy)

Within the framework of the mobility of the workers in Europe, the current study focuses on the European mobility of health workers (medical and nurses) of the neighbouring Regions of the Veneto, Friuli VG, Carinthia and Slovenia.

The recent European regulation on the recognition of professional qualifications represents an important step for the European labour market. The training system of health professionals is based on the Directive 2005/36/EC that was adopted on 7th September 2005: it consolidated and renewed the European system for the mobility of professionals and the recognition of their qualifications across Europe. With this Directive, the European Commission proposed – after forty years from the first directive on this subject – a reform of the recognition system of professional qualifications in Europe in order to increase the flexibility of the labour market; to generate a greater liberalization of services; to facilitate the computerization of administrative systems.

The current study focuses on training systems for physicians and nurses of neighbouring Regions like Veneto, Friuli VG, Carinthia and Slovenia: educational standards, study subjects, hours of training were examined insofar as they corresponded to European standard requirements. It also shows a legal effort to adapt the curricula and to make them as homogenous as possible.

Nevertheless, there are some differences, above all regarding the nursing sector where the training approach is strongly characterized and influenced by the structure of the health system of reference, namely:

- The roles and responsibilities of nurses
- The functional hierarchies among them and among professionals
- The Hospital and territorial organization of the health system

The comparative analysis of different training cycles shows a variety of interesting approaches (for example the different importance and emphasis given to the theory compared to the practical training and their different time frames involved)

Some examples:

- The Italian and Austria training systems alternate theoretical lessons and practices within the same time frame; the Slovenian system schedules the training activity in the final period during the preparation of the final degree, This means that university school can be partially detached from clinical practice which take place later.
- The different weight given to practice and theoretical training. In Italy there is a prevalence of theory with reference to the nursing sciences. Austria and Slovenia place greater weight on health management, both at the theoretical and the practical level.
- the different weight given to the territorial activity is greatest in Austria and smaller in Italy.
- the weight given to theoretical and practice in the Austrian and Slovenian systems seems to be more directed at the training of nurses which is characterized by a clinical-hospital training.

Despite the attempt of unifying training systems, we are forced to figure out behind these differences.

First of all it has to be admitted that the actual training system allows health professionals to be active actors of European mobility and to see their training level recognized. For this study, however, it's not enough and we are persuaded to make the following reflections about the whole curricula system taking into consideration the following:

1) Today the organization of health systems differ greatly among MS not only as regards the ways in which health care is provided but also how roles and responsibilities are organized internally.

2) The importance of each profession within services; an understanding of their hierarchical position and their level of participation in the organizational decision making.

This differences create problems when health workers move to a different country where a different system exists. In order to tackle this problem it is important to elaborate a program of intervention based on:

- a comparison between the local management and the health training sector (University institutes and others). On the bases of legislation in force, this would lead to the definition of common standards of curricula that guarantee a real cross border mobility of health workers
- a study at the local level and between bordering regions:
  - o to integrate the knowledge of the workers on specific matters, for example the management
  - o to analyze health systems of different countries, with special emphasis placed on the perception of the citizens on the work of professionals and their satisfaction with the services provided by the health facilities,
  - o to improve the learning of foreign languages
  - o to strengthen both the institution and clinical collaboration

This study doesn't take into consideration other health professions (physician, paediatric nurses, midwives etc) because being specialized professions, their differences are much smaller.

Undoubtedly, the nursing system we analyzed is more complex than other health professions: an in-depth-examination and, at the same time, a simplified revision is required.

25/07/07