

La coopération transfrontalière thématique

La santé

Coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale





Coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale*

Cette carte présente un état des lieux de la coopération sanitaire et médico-sociale transfrontalière quelque soit le degré d'avancement du projet de coopération (matérialisé par un filament rouge) et quelque soit la structure coopérante.

Au préalable, il convient de noter que toutes ces expériences de coopération sont motivées au départ par la recherche de complémentarités.

Un hôpital se trouve confronté à un manque de moyens, à un besoin de personnel ; en s'associant avec un établissement hospitalier situé de l'autre côté de la frontière qui présente lui même des carences dans d'autres domaines, des solutions peuvent être trouvées pour une meilleure réponse aux besoins de santé de la population et pour une optimisation de leurs moyens réciproques.

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

Les thèmes de coopération sont aussi variés que les démarches éclatées sans logique apparente tout au long des frontières.

Comme on le voit sur cette carte, la densité de cette coopération est importante sur les frontières du Nord et de l'Est (avec la Belgique et l'Allemagne) comme dans d'autres domaines de coopération : ces territoires de frontière-creuset (absence d'obstacle physique, densité urbaine importante et communauté culturelle) sont autant de bassins de vie transfrontaliers où la santé est un service parmi d'autres qu'aspirent à utiliser sans distinction de pays des patients frontaliers de plus en plus nombreux. Cette densité atteint son paroxysme sur la frontière franco-belge où les acteurs locaux du sanitaire (à toutes les échelles) ont fait preuve d'un dynamisme transfrontalier inégalé.

A l'inverse, les frontières du sud-ouest et du sud-est correspondent à des espaces de frontière-glacis, fréquemment matérialisée par un massif montagneux, rendant une communauté de vie plus difficile, influençant la nature même des actions de coopération (opérations de protection civile sur-représentées par la présence des

massifs). Les portions littorales de ces frontières (Côte d'Azur, Pays Basque), seules zones urbanisées, y concentrent l'essentiel de la coopération.

Ce clivage Nord-Est contre Sud est renforcé par les nombreuses similitudes administratives (financements) entre les systèmes de santé français, belge et allemand à l'inverse des systèmes espagnol et italien.

Sur cette carte, on constate le rôle majeur de l'initiative des acteurs de terrain, pionniers en matière de coopération transfrontalière (sur 66 initiatives portées à notre connaissance, 62 ont principalement pour porteurs de projets des structures hospitalières) en comparaison au rôle limité d'appui des pouvoirs publics malgré quelques exceptions (DRASS et ARH Nord-Pas-de-Calais, CRAM et ORS Nord-Picardie, DRASS Alsace et ARH Aquitaine...).

Il est intéressant de noter la relative autonomie dans laquelle s'est développée cette démarche par rapport aux acteurs traditionnels français de la coopération transfrontalière (SGAR, Collectivités locales de tous niveaux...).

Cette autonomie du réseau des acteurs de la santé se fonde en partie sur le système administratif hospitalier et médical français, qui fait l'objet d'une fonction publique particulière avec des instances de surveillance, validation et contrôle (en particulier les Agences Régionales d'Hospitalisation créées en 1996 échappant à la tutelle des préfets et directement sous contrôle du Ministère) parallèles aux niveaux de tutelle administratifs traditionnels.

Seuls les élus président en général les établissements hospitaliers publics mais sans être fréquemment les initiateurs en matière de planification et de stratégie de coopération sanitaire transfrontalière (plutôt les directeurs d'hôpitaux), cette initiative technique restant encore trop souvent l'apanage de l'échelon administratif hospitalier et soumis à son autorisation (ARH).

A cet égard, le rôle du politique peut être déterminant car il est susceptible d'intégrer le projet de coopération sanitaire dans le cadre d'une démarche de projet de territoire transfrontalier et de promouvoir une vision transfrontalière interdisciplinaire dont il peut se faire l'écho auprès des pouvoirs publics.

* Les informations pour l'élaboration des cartes sur la coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale ont été obtenues dans le cadre particulier d'une enquête menée par la M.O.T en 2000 en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France, la Délégation aux Affaires Européennes et Internationales du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le soutien logistique et technique actif du Centre Hospitalier de la Côte basque, auprès de toutes les DRASS, ARH concernées et Centres hospitaliers des départements frontaliers. Ces résultats ont servi de base à la publication d'un ouvrage réalisé en partenariat avec la Fédération Hospitalière de France, la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assurance Privés (FEHAP) et la Délégation aux Affaires Européennes et Internationales du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.