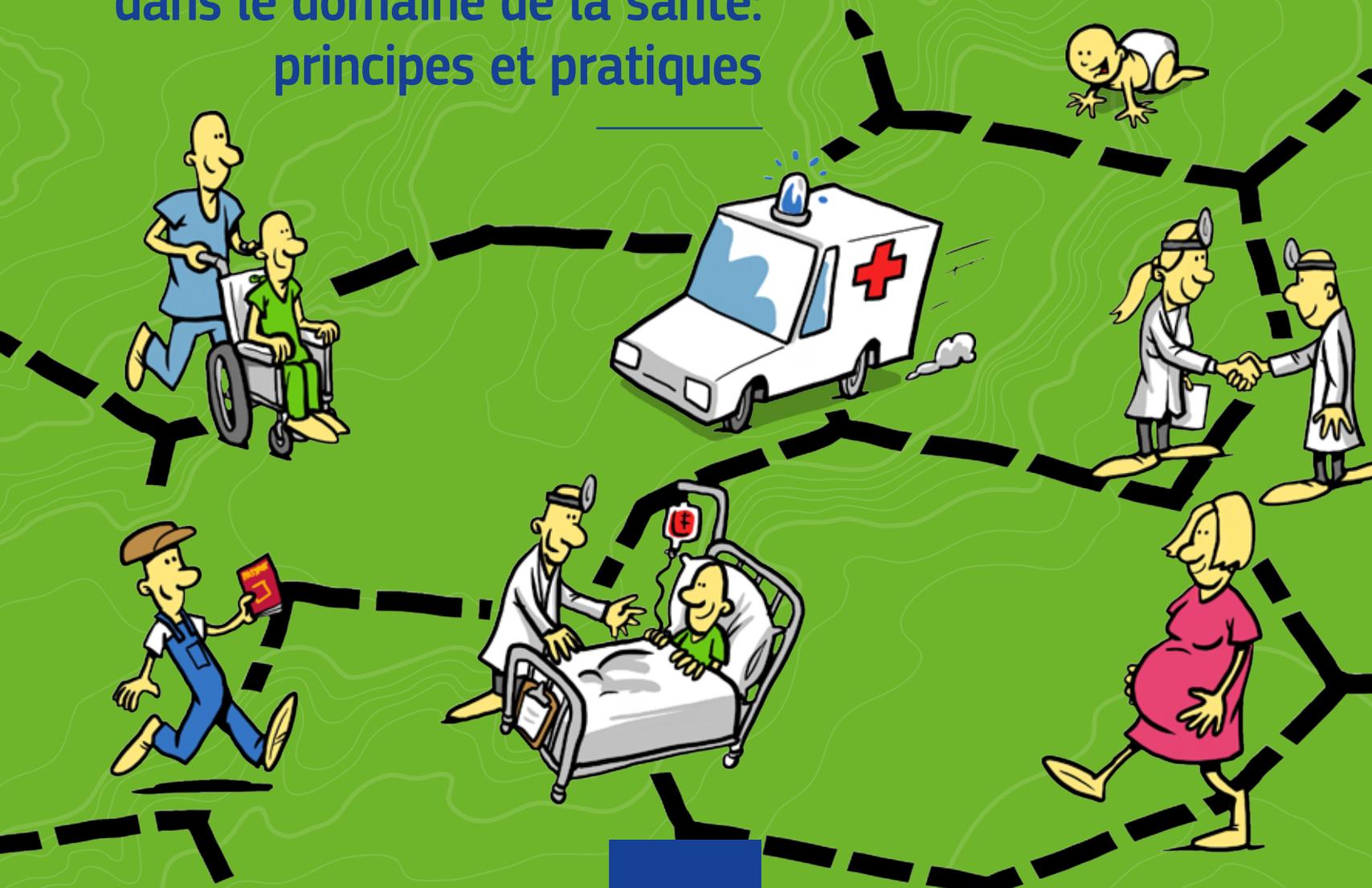


La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé: principes et pratiques



La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé: principes et pratiques

La rédaction de la présente publication a été finalisée en mai 2017 et a été coordonnée par la direction générale de la politique régionale et urbaine de la Commission européenne, unité 'Interreg, Coopération transfrontalière, Frontières intérieures'

Contact: REGIO-D2-CROSS-BORDER-COOPERATION@ec.europa.eu

De plus amples informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations données ci-après. Le contenu de la présente publication ne reflète pas nécessairement la position ou l'opinion de la Commission européenne. La responsabilité exclusive des points de vue, interprétations ou conclusions contenus dans ce document incombe aux auteurs.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2017

© Union européenne, 2017

Réutilisation autorisée, moyennant mention de la source

La politique de réutilisation des documents de la Commission européenne est régie par la décision 2011/833/UE (JO L 330 du 14.12.2011, p. 39).

Toute utilisation ou reproduction de photos ou d'autres documents dont l'Union européenne n'est pas titulaire des droits d'auteur est interdite sans l'autorisation des titulaires des droits d'auteur.

Print	ISBN 978-92-79-70880-0	doi:10.2776/69124	KN-01-17-780-FR-C
PDF	ISBN 978-92-79-70879-4	doi:10.2776/085756	KN-01-17-780-FR-N

© Drawnalism: couverture, pages 12, 17, 18, 20, 22, 27, 30, 31, 33, 34, 35, 41, 45, 49, 54, 58, 62, 67, 74, 76, 77, 82, 84 et 89

© MOT: pages 8, 40, 44, 48, 52, 56, 61, 65 et 78

© Commission européenne: pages 4, 5, 68, 73 et 93

© iStock de Getty Images: pages 11, 38, 42, 46, 57, 80, 85 et 90

Printed in Belgium



LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ: PRINCIPES ET PRATIQUES

Étude réalisée par Eric Delecrosse, Fabienne Leloup et Henri Lewalle

Table des matières

AVANT-PROPOS	4
GLOSSAIRE	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1 – LA POLITIQUE DE L’UNION EUROPÉENNE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE	15
1. Avant le Traité de Lisbonne (2007)	16
2. Du traité de Lisbonne à aujourd’hui : des avancées significatives	18
3. Les enjeux actuels et les perspectives	22
CHAPITRE 2 – L’ACCÈS AUX SOINS TRANSFRONTALIERS DANS L’UNION EUROPÉENNE	25
1. Les prémices de la libre circulation des travailleurs	26
2. La définition de droits sociaux spécifiques pour les travailleurs migrants	26
3. L’élaboration d’une sécurité sociale européenne pour les travailleurs	27
4. La libre prestation de services et la mobilité des patients	31
5. Les diverses formes d’accès aux soins à l’étranger	33
6. En synthèse	35

CHAPITRE 3 – SEPT EXPÉRIENCES EN MATIÈRE DE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE	37
1. TRISAN: un outil pour structurer et coordonner la santé transfrontalière dans le Rhin supérieur (France-Allemagne-Suisse)	39
2. INTERSYC: soigner et protéger ensemble les enfants (Grèce, Bulgarie)	43
3. PRIORITÉ AUX PATIENTS, AUX CLIENTS ET AUX FAMILLES: un partenariat santé transfrontalier (Irlande, Royaume-Uni)	47
4. TELEMEDECINE EUROREGION POMERANIE: faire circuler les données plutôt que les patients (Allemagne, Pologne)	51
5. Le projet franco-allemand de partenariat interhospitalier en cardiologie (France, Allemagne)	55
6. Le projet IZOM: des soins de santé sur mesure au sein de l'Euregio Meuse-Rhin (Belgique, Allemagne, Pays-Bas)	60
7. L'hôpital transfrontalier de Cerdagne: un hôpital, deux États (France-Espagne)	64
CHAPITRE 4 - LA COOPÉRATION FRANCO-BELGE	71
1. Interreg, moteur de la démarche de coopération	72
2. La coopération sanitaire	72
3. La coopération en matière d'aide médicale urgente (AMU)	82
4. La coopération dans le secteur médico-social	83
CONCLUSION GÉNÉRALE	87
REMERCIEMENTS	92
L'ÉQUIPE DE COORDINATION ET DE RÉDACTION	93
POUR EN SAVOIR PLUS	94
Bibliographie	94
Sites internet	95

Avant-propos



Corina Crețu
Commissaire européenne
en charge de la politique
régionale

La santé nous concerne tous. Que nous soyons professionnels de santé ou patients, nous sommes tous des citoyens et des contribuables et nous attendons d'un système de soins de santé – c'est-à-dire un service public – qu'il soit de bonne qualité, abordable et accessible.

La santé n'a pas de frontières. Cela signifie qu'un patient doit avoir le droit de se rendre à l'hôpital le plus proche, même si ce dernier est situé dans un pays autre que son pays de résidence.

Il existe des solutions innovantes et durables dans toute l'Europe pour garantir l'accès à des soins de santé de haute qualité dans les régions frontalières. Je suis fière d'annoncer que, depuis plus de 25 ans, l'instrument Interreg offre de véritables possibilités aux régions frontalières qui prévoient d'investir ensemble dans la santé et les soins à long terme.

La coopération sanitaire transfrontalière vise à faciliter la mobilité des patients et des professionnels de santé résidant et travaillant dans ces régions, à améliorer l'accès aux soins locaux ainsi qu'à développer des établissements et des services communs. Compte tenu de l'isolement de certaines régions, ce type de coopération est souvent nécessaire.

Je suis satisfaite de cette étude, non seulement parce qu'elle présente un aperçu du développement de la législation européenne existante qui contribue à une coopération sanitaire transfrontalière, mais également parce qu'elle nous propose des informations pertinentes sur les obstacles et les facteurs de réussite de la coopération dans différents contextes géographiques.

Elle contient plusieurs exemples de formes de coopération soutenues par l'instrument Interreg, allant de la création d'un hôpital franco-espagnol en montagne permettant aux ambulances de traverser la frontière, à la possibilité offerte aux patients polonais de consulter un médecin allemand sans même devoir voyager.

L'étude se concentre particulièrement sur l'étroite coopération à la frontière franco-belge qui pourrait bien servir de modèle aux autres régions. Grâce à l'accord-cadre de 2005 sur la coopération sanitaire transfrontalière entre la Belgique et la France, sept zones d'accès organisées pour les soins de santé transfrontaliers ont été créées. Les patients dans ces zones de santé peuvent être soignés des deux côtés de la frontière sans aucune barrière administrative ni financière. Depuis 2008, les services médicaux d'urgence des deux côtés de la frontière travaillent également ensemble.

Pour finir, j'aimerais féliciter toutes les personnes impliquées dans la coopération sanitaire transfrontalière. En dépit des nombreux obstacles à surmonter, souvent de nature administrative ou juridique, je suis ravie que vous restiez convaincus des bienfaits d'une collaboration pour chacun d'entre nous. Si les régions transfrontalières agissent de concert plutôt que séparément, ce sera tout simplement moins onéreux. La coopération génère des solutions innovantes, qui à leur tour sont vectrices d'opportunités et de croissance dans les régions frontalières.



Vytenis Andriukaitis
Commissaire européen en
charge de la santé et de la
sécurité alimentaire

Je me réjouis de cette étude qui nous propose un bon aperçu de la coopération transfrontalière dans le secteur des initiatives de soins de santé. Elle met en avant le développement de la politique de santé européenne au travers des différents traités européens. Cette étude présente également plusieurs bons exemples de coopération

transfrontalière fructueuse entre les pays et régions, qui illustrent les bienfaits de la collaboration sanitaire entre les pays de l'UE. Parmi de nombreux projets transfrontaliers, elle souligne plus particulièrement la collaboration mutuellement bénéfique dans la région frontalière entre la Belgique et la France.

Adoptée en 2011, la directive relative aux soins transfrontaliers fut une avancée majeure de la politique de santé européenne, rapprochant l'UE des besoins des citoyens. Elle garantit aux patients un droit d'accès à des soins de santé sûrs et de haute qualité entre les pays de l'UE, ainsi que le droit d'être remboursé de ces soins de santé. En outre, cette directive fournit un cadre solide pour la coopération volontaire et nous pouvons aujourd'hui constater la valeur ajoutée qu'elle a manifestement pu apporter dans les domaines des services de santé en ligne (eSanté), de l'évaluation des technologies de la santé et aux Réseaux européens de référence.

Ces derniers sont un excellent exemple de coopération transfrontalière innovante. En mars de cette année, la Commission a inauguré dans 25 pays membres de l'UE ainsi qu'en Norvège 24 réseaux thématiques incluant plus de 900 unités de soins de santé spécialisées réparties dans plus de 300 hôpitaux. Ces réseaux aideront des personnes atteintes de maladies rares ou complexes à consulter des spécialistes et à accéder à des diagnostics et traitements médicaux dans toute l'Europe. Cette coopération dispose également d'un formidable potentiel pour, par exemple, stimuler la recherche médicale et concevoir de nouveaux modèles de soins et d'outils eSanté, ce qui devrait encourager tous les acteurs à poursuivre son développement.

Cette étude présente également plusieurs bons exemples de coopération transfrontalière fructueuse entre les pays ou régions qui illustrent les bienfaits de la collaboration sanitaire entre les pays de l'UE. En avril dernier, j'ai eu le plaisir de visiter un hôpital dans une région frontalière franco-belge et de découvrir en pratique cet excellent modèle de coopération entre deux pays. Cela m'a clairement démontré qu'avec un peu de bonne volonté et des personnes talentueuses et dévouées, il était possible d'améliorer la vie des Européens. J'ai l'espoir que ces exemples inspireront et encourageront d'autres pays à suivre cette voie.

Inspirons-nous et suivons les conseils de cette étude qui, pour sa part, contribue à exploiter pleinement le potentiel de la directive relative aux soins transfrontaliers. Nous devons continuer à développer nos solutions de coopération entre les frontières dans l'intérêt de tous les citoyens de l'UE!

Glossaire

ARH: Agence régionale d'hospitalisation (France)

ARS: Agence régionale de santé (France)

AUE: Acte unique européen

CEAM: Carte européenne d'assurance maladie

CECA: Communauté européenne du charbon et de l'acier

CEE: Communauté économique européenne

CH: Centre hospitalier

CHAFEA: Consumers, Health and Food Executive Agency

CJUE: Cour de justice de l'Union européenne

CLEISS: Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

CPAM: Caisse primaire d'assurance maladie (France)

DG SANCO: Direction générale de la santé et des consommateurs (qui deviendra la Direction générale santé et sécurité alimentaire)

DG SANTE: Direction générale santé et sécurité alimentaire

ESPON: European Spatial Planning Observation Network

GECT: Groupement européen de coopération territoriale

GT: Groupe de travail

IML: intervalle médical libre

INAMI: Institut national d'assurance maladie invalidité (Belgique)

IRM: Imagerie par résonance magnétique

MOC: Méthode Ouverte de Coordination

OMS: Organisation mondiale de la Santé

ONG: Organisation non gouvernementale

RSP: Recommandations Spécifiques par Pays

SED: Structured Electronic Documents

SMUR: Service mobile d'urgence et de réanimation (France et Belgique)

TFUE: Traité de fonctionnement de l'Union européenne

UE: Union européenne

ZOAST: Zone organisée d'accès aux soins de santé transfrontaliers

Introduction

Interreg: catalyseur de la coopération

La coopération territoriale européenne (CTE) s'exprime aujourd'hui dans l'UE sous le vocable d'Interreg. Elle a célébré, en 2015, ses vingt-cinq ans. Partie intégrante de la politique de cohésion depuis 1990, elle permet de résoudre les problèmes qui caractérisent les espaces frontaliers, de promouvoir la coopération entre les régions européennes et de développer le potentiel des territoires européens.

Cette initiative est unique à la fois en termes de longévité, un quart de siècle, mais aussi et surtout en ce qui concerne le processus d'émergence des dynamiques. Chaque programme Interreg est doté d'un budget pour mettre en œuvre une stratégie de coopération qui tient compte des forces et des faiblesses de chaque espace transfrontalier. Et ce sont des porteurs de projets locaux qui sont — sur base volontaire — à l'origine des mises en œuvre concrètes.

Dès leur conception, les programmes Interreg ont constitué des soutiens de poids à la coopération. En impulsant une dynamique de coopération transfrontalière, ces différents programmes ont permis et permettent aujourd'hui encore à des institutions, des organismes, des acteurs divers de part et d'autre d'une frontière de se rencontrer et de développer des actions et des projets communs enrichis de leurs expériences propres.

Par ces soutiens, ils transforment la frontière initialement perçue comme un obstacle en une opportunité de coopération dans différents domaines. Rappelons que, pour la période 2014-2020, Interreg V dispose d'un budget de 10,1 milliards d'euros investis dans plus de 100 programmes de coopération entre les régions et leurs opérateurs territoriaux, sociaux et économiques.

La coopération transfrontalière en santé

À l'occasion du 25^e anniversaire d'Interreg, les domaines médicaux et sanitaires ont été identifiés comme particulièrement représentatifs de la construction européenne. La coopération transfrontalière en santé résulte des effets positifs du processus d'unification européenne à travers

les législations facilitant la mobilité des travailleurs et la libre circulation des personnes, la création du marché intérieur, le développement de projets régionaux de coopération en matière d'accès aux soins ainsi que les synergies entre les systèmes de soins implantés sur chaque versant frontalier.

La coopération transfrontalière en santé facilite d'une part le passage de la frontière, c'est-à-dire concrètement favoriser la mobilité des patients et des professionnels de la santé. D'autre part, elle développe un accès à une offre «à la frontière» de soins de qualité, par l'utilisation d'équipements communs, de services partagés et de facilités disponibles dans l'espace transfrontalier. Au cours du temps, le champ de la coopération médico-sanitaire transfrontalière a vu se déployer nombre d'initiatives et ce, notamment grâce au financement Interreg.

C'est de ce constat qu'a émergé l'idée de cette publication. Face à l'exemplarité de la coopération franco-belge en matière médico-sanitaire et à l'existence de diverses autres expériences originales à travers l'UE, les auteurs ont souhaité rendre compte de la coopération transfrontalière en matière de santé. Cette coopération inclut un vaste ensemble d'actions et de régulations. Elle concerne au premier chef le patient, mais également la coordination et le soutien des professionnels de la santé, des institutions et des décideurs concernés. Elle touche aussi, de facto, les systèmes de santé concernés.

En parallèle au déploiement de cette coopération transfrontalière, l'Europe, depuis les premières étapes de son intégration, a aussi vu son rôle évoluer en matière médico-sanitaire. L'allongement de l'espérance de vie, le progrès des diagnostics et des prestations, soutenu par les innovations technologiques et autres développements d'équipements, créent des besoins nouveaux, une demande croissante de soins et des attentes en matière de sécurité sanitaire. Les crises sanitaires, comme celle du sang contaminé ou de la vache folle, rendent plus aigües encore ces exigences.

Ainsi, peu à peu, la santé publique est devenue un domaine de compétence partagé entre l'UE et ses États membres. La protection et l'amélioration de la santé restent du ressort des États. Néanmoins, les États sont

invités à coopérer pour améliorer la qualité de vie des populations frontalières, conformément au Traité de Lisbonne (art 168) et à la directive 2011/24 sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers.

Le rôle de l'Union européenne en matière de santé publique

L'analyse du contexte européen en matière de santé publique s'avère donc une étape préalable et nécessaire à la compréhension de la coopération transfrontalière européenne en matière médico-sanitaire.

Comme le détaille le premier chapitre, avant l'Acte unique européen (1986), le domaine de la santé n'était abordé au niveau communautaire, que de façon indirecte voire exceptionnelle. C'est le Traité de Maastricht (1992) qui a créé la base juridique des compétences santé de l'UE. Cette base a été étendue par le Traité d'Amsterdam qui autorise l'adoption de décisions contraignantes et la création en 1999 de la Direction générale de la santé et des consommateurs (DG SANCO, aujourd'hui DG SANTE). Cette DG symbolise l'implication communautaire dans ce secteur.

L'article 168 du Traité de Lisbonne (entré en vigueur en 2009) définit l'ambition de l'UE, en matière de santé, en étroite collaboration avec les États membres. Son objectif global vise à assurer un niveau élevé de protection de la santé dans toutes ses politiques et ses actions ; cet article inclut aussi le développement des coopérations en matière de santé dans les régions frontalières et élargit le champ de compétences en incluant les produits pharmaceutiques et les dispositifs à usage médical.

Le deuxième chapitre traite de l'accès aux soins transfrontaliers dans l'Union européenne. Il met en lumière l'émergence d'un dispositif de droit social qui reste inégalé mondialement, depuis les premières heures de la Communauté économique du charbon et de l'acier (CECA) puis du Marché commun. Ce dispositif a permis aux travailleurs d'abord, aux citoyens européens ensuite, de bénéficier de la libre circulation au sein de l'UE, tout en conservant leur droit aux prestations sociales.

Il s'agit des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale qui autorisent les patients-assurés sociaux, moyennant le respect de l'autorisation médicale préalable, à recevoir des soins hospi-

taliers dans un autre État membre à charge de leur système de sécurité sociale. À ce dispositif est venu s'adjoindre la directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers, depuis 2013, qui autorise une mobilité relative des patients.

Aujourd'hui, l'ouverture des frontières permet à tout citoyen européen de jouir d'un des droits fondamentaux de l'UE, celui de circuler librement, en ce compris pour être soigné ou pour soigner tout en conservant les avantages sociaux auxquels ils ont droit.

Les projets de coopération transfrontalière en matière médico-sanitaire

Le troisième chapitre met en exergue divers projets de coopération transfrontalière dans l'Union européenne. Les projets choisis illustrent la diversité des situations transfrontalières, entre zones urbaines et rurales, le Nord, le Sud, l'Ouest ou l'Est de l'UE, projets récents, transformés ou ancrés dans des partenariats ou des expériences de plusieurs décennies.

Tous ces projets démontrent comment l'intelligence humaine, associée à l'ouverture des frontières et à l'émergence d'un intérêt commun, propose des solutions concluantes voire innovantes malgré des contextes — notamment administratifs ou juridiques — souvent contraignants. Ces exemples démontrent aussi comment cette coopération transforme la frontière, de contrainte en opportunité, améliorant l'accès aux soins et ainsi la santé des populations.

Les cas exposés soulignent le soutien décisif des programmes Interreg, mais ils exposent aussi la créativité et la proactivité des opérateurs eux-mêmes. Les coopérations proposées ne permettent que d'amorcer un travail de long terme, qui mènera à la fois à la visibilité, mais surtout à la capitalisation et donc, à la dissémination des bonnes pratiques.

Ce chapitre a été élaboré à partir d'entretiens menés auprès d'opérateurs des projets, dont les résultats ont été récoltés par téléphone ou par voie écrite, mais aussi à partir d'une recherche documentaire nourrie entre autres par les fiches-projets disponibles sur InfoRegio (le site web de la Direction générale de la politique régionale et urbaine), les sites des partenaires, les travaux scientifiques en la matière ou la presse.



L'expérience franco-belge: la référence de la coopération sanitaire transfrontalière

Le quatrième et dernier chapitre de cet ouvrage propose une analyse approfondie des diverses avancées engrangées au cours de plus des vingt-cinq années de coopération transfrontalière en matière de santé dans l'espace frontalier franco-belge.

L'expérience sur cette frontière franco-belge rend compte des dynamiques soutenues par les différentes périodes de programmation Interreg. En remontant aux premières formes de coopérations inter-hospitalières, ce chapitre détaille, tout d'abord, le projet Transcards qui autorise les assurés sociaux à utiliser leur carte de sécurité sociale pour être admis dans un hôpital de l'autre côté de la frontière. Il s'intéresse ensuite à l'accord-cadre de coopération sanitaire franco-belge qui définit les objectifs de la coopération en matière sanitaire.

Finalement, il aborde l'émergence de sept territoires de santé transfrontaliers (ZOAST), véritables dispositifs de régulation de territoires de santé qui sont devenus des références en matière de coopération sanitaire dans l'Union européenne.

Ce chapitre explique aussi le développement de la coopération franco-belge en matière d'aide médicale urgente ainsi que la coopération dans le secteur médico-social centré sur l'accueil des personnes handicapées. Ces divers dispositifs mis en place ont permis, chemin faisant, d'institutionnaliser la coopération. Les réalisations et les acquis sont clairement à porter au crédit des programmes Interreg et de ses objectifs de cohésion et d'intégration européenne.

La coopération au profit de la complémentarité, de la mobilité et du développement

Au fil de cette publication apparaît l'importance, dans les espaces transfrontaliers, d'un secteur: la santé et spécifiquement la santé publique qui renvoie à l'action des autorités en la matière. Appréhendée à partir des besoins des populations, elle constitue un défi pour les autorités européennes et nationales du fait de la libre circulation et des échanges, défi renforcé du fait des contraintes budgétaires de l'UE et des États membres.

Comme l'illustrent ces chapitres, la coopération transfrontalière en santé s'impose au vu de la périphérisation de certaines populations et de leurs territoires. Cette coopération permet de mettre en place des dispositifs spécifiques, innovants et adaptés. Elle offre aux citoyens des conditions médico-sanitaires dignes et, dans un certain nombre de cas, initie localement des évolutions appelées à se généraliser à l'échelle européenne.

En santé comme dans d'autres secteurs, ce sont bien les problématiques locales qui amènent à penser «autrement» pour rechercher une solution et créer l'opportunité de la coopération transfrontalière. Cette opportunité peut, ensuite, permettre la résolution d'autres problèmes, transformer les pratiques voire les structures; elle peut aussi — si le contexte y contribue — entraîner la diffusion de bonnes pratiques à d'autres frontières ou la coopération dans d'autres domaines.

Visant avant tout le citoyen dans sa vie quotidienne, la coopération transfrontalière en santé améliore l'accès aux soins de proximité pour les citoyens, mais contribue également à la complémentarité des soins dispensés de part et d'autre d'une frontière. Elle permet la mutualisation de l'offre de soins à l'échelle transfrontalière et facilite le passage de la frontière pour les patients et les professionnels.

Le résident frontalier, patient ou médecin, devient ainsi le symbole du passage de la frontière, porteur de paix, de coopération et de développement.



CHAPITRE 1

LA POLITIQUE DE L'UNION EUROPÉENNE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE

La **santé publique** est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme étant :

la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité (OMS, 1952, Série de rapports techniques, n° 55, p. 6).

La santé publique, pour ses aspects définis par le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, constitue un domaine de compétence partagé entre l'Union européenne (UE) et ses États membres : la protection et l'amélioration de la santé restent du ressort des États et l'UE complète les orientations nationales dans le cadre de sa politique.

Comme le synthétise Willy Palm (2014)¹, l'histoire de la politique européenne en matière de santé publique a évolué d'une intervention indirecte, quasi exceptionnelle, avant l'Acte unique européen (AUE) en 1986 à une forme de politique de santé aujourd'hui davantage communautaire.

Ce chapitre retrace les grandes étapes de l'évolution de cette action en matière de santé publique, depuis le Traité de Rome. Il aborde ensuite des aspects plus contemporains, tels que l'article 168 du Traité de

Lisbonne qui favorise la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé, la directive sur le droit des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, le lien entre la santé publique et le cycle dit du «Semestre européen» et la Méthode Ouverte de Coordination (MOC) appliquée à ce secteur.

1. Avant le Traité de Lisbonne (2007)

1.1. La santé, un soutien au marché unique

Initialement, la santé n'est pas une matière spécifique des traités fondateurs européens. Du Traité de Rome à l'Acte unique européen (AUE), la santé n'intervient que de manière indirecte, notamment lorsque la libre circulation risque d'être limitée.

En 1986, l'AUE adopte une législation destinée à protéger la santé et la sécurité des travailleurs dans un marché unique intégré. À cette époque, la santé est essentiellement considérée comme un appui auxiliaire au marché unique, et notamment à la libre circulation des travailleurs.

1.2. Vers une politique de santé communautaire

Au cours de la période allant de 1986 à 1997, une politique de santé communautaire est graduellement introduite. On observe, ainsi, le lancement de programmes ayant comme objectif de faire face à de grands défis sanitaires, comme la lutte contre le cancer ou la pandémie du VIH/SIDA.

Dans les années 1990, de multiples crises sanitaires, comme celle de la vache folle, apparaissent en Europe. Pour les combattre, le besoin d'une politique de santé plus coordonnée au niveau communautaire émerge. Il est rencontré par l'inscription, en 1992, dans le Traité de Maastricht, d'un article spécifique qui définit la compétence communautaire en matière de santé publique.

Ainsi, l'article 129 du Traité de Maastricht crée une base légale destinée à un renforcement de l'action des États membres dans ce domaine : il y est établi que la Commission contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les

¹ Willy Palm est conseiller senior et chargé de communication à l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé.



États, y compris avec des pays tiers et des organisations internationales et, si nécessaire, en appuyant leur action. L'article précise par ailleurs que la Commission européenne agit en matière de prévention des maladies et des grands fléaux, en favorisant la recherche et l'information, en définissant le champ et la portée de cette nouvelle compétence. Ces précisions vont de pair avec la confirmation des principes de subsidiarité et de compétence exclusive des États membres quant aux services de santé.

En même temps, la dimension sociale de la santé s'accroît avec le renforcement de l'intégration européenne. Ainsi, dès 1992, les décisions européennes en ce domaine évoluent tout en conservant les préférences et spécificités nationales. Dès 1993, des programmes européens de santé publique sont établis autour de 8 domaines : la promotion de la santé, la veille sanitaire, l'Europe contre le cancer, la drogue, le sida et les maladies transmissibles, la prévention des blessures, les maladies liées à la pollution et les maladies rares. Ces programmes ont été mis en œuvre jusqu'en 2002.

Le Traité d'Amsterdam, signé en octobre 1997, va permettre une extension de la base juridique des activités de l'UE et l'adoption de décisions contraignantes : tout ceci vise à répondre à la recherche d'équilibre entre les régions en matière de santé publique.

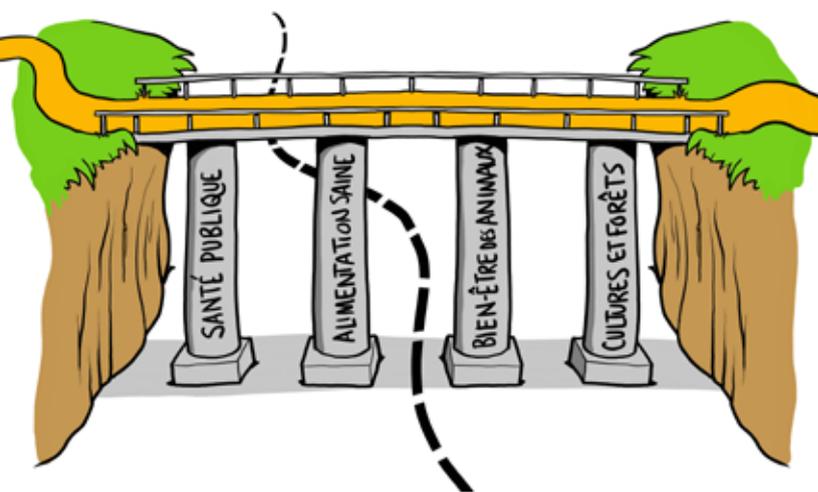
L'article 6 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) de 1997, reprend explicitement la protection et l'amélioration de la santé humaine comme domaine de compétence partagée entre les États membres et l'UE. Sur cette matière entre autres, le texte précise que *l'Union dispose d'une compétence pour mener des actions pour appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres.*

L'UE agit donc en complément aux politiques nationales, notamment pour lutter contre les grands fléaux ou la surveillance des menaces transfrontières. L'UE encourage la coordination des actions des États membres et peut prendre des initiatives.

1.3. Une politique porteuse de valeurs et des principes sociaux

En 1998, avant même l'entrée en vigueur en mai 1999 du Traité d'Amsterdam, la Commission européenne lance un large débat destiné à discuter de l'orientation de la future politique communautaire en matière de santé publique. Il s'agit de faire face aux grandes évolutions qui se profilent et, notamment des pressions croissantes sur les systèmes de santé. En effet, des tensions apparaissent entre, d'une part, l'augmentation des dépenses de santé, liée à la croissance de la technicité, au vieillissement de la population et à une demande renforcée de soins de qualité, et, d'autre part, la réduction des dépenses publiques des États. À ces pressions, s'ajoutent les évolutions découlant de l'élargissement de l'UE et des nouvelles dispositions du Traité.

Un des grands défis qui se manifeste pendant cette période est l'application accrue des principes du marché intérieur dans le domaine de la santé. Comme cela sera détaillé par la suite, les arrêts Kohll et Decker de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) en 1998 confirment, pour partie, la nature économique des services de santé ainsi que le besoin de développer un contrepoids à la logique marchande.



En 1999, la Direction générale (DG) de la santé et des consommateurs est créée au sein de la Commission européenne. L'action de cette DG, aujourd'hui, dénommée Direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire ou DG SANTE, se fonde sur quatre piliers : protéger et améliorer la santé publique ; garantir une alimentation sûre et saine en Europe ; protéger la santé et le bien-être des animaux et protéger la santé des cultures et des forêts.

La stratégie de Lisbonne, lancée en 2000, vise, entre autres, à mieux équilibrer les aspirations économiques de l'UE avec le modèle social européen. Dès lors, de nouvelles pistes communautaires sont développées pour moderniser les systèmes de protection sociale.

La Charte sociale des droits fondamentaux, proclamée en décembre 2000, expose les droits fondamentaux, au cœur du projet européen, qui doivent être respectés par l'Union et ses membres. Cet instrument juridique contraignant institue, en son article 35, le droit aux soins de santé c'est-à-dire l'accès à la prévention et aux soins curatifs et ainsi qu'à un haut niveau de protection de la santé.

Avec la proposition de la directive «Services» de janvier 2004, le débat est lancé sur la libéralisation du secteur des services, y compris le secteur de la santé. Cette directive entend établir un véritable marché intra-européen des services et garantir, pour les secteurs retenus, à la fois un libre accès des prestataires de services et leur libre exercice en Europe. Après deux années de réflexions et de controverses, les services de santé sont finalement exclus du champ d'application de cette directive.

À cette époque, il s'agit aussi pour l'UE de s'inscrire dans la perspective de l'élargissement aux pays d'Europe centrale et orientale. Dans ces pays, les systèmes de santé font face à d'importantes disparités entre les États membres mais aussi à l'intérieur-même des États, entre autres en matière d'état de santé, d'accès aux soins et de performances. C'est dans le contexte de cet élargissement historique mais aussi en lien avec la mondialisation croissante que la coopération entre la Commission et des organisations internationales telles que l'OMS est renforcée.

En 2006, les ministres de la santé des États membres élaborent une déclaration commune dans laquelle figurent les valeurs d'universalité, d'accessibilité, d'équité et de solidarité ainsi que les principes de qualité, sécurité, implication du patient, confidentialité et réparation. Ils en appellent au respect de ces valeurs et de ces principes communs lors de l'élaboration de propositions concernant les services de santé. Sans être contraignants, ces valeurs et ces principes sont appelés à forger les orientations des systèmes de santé des États membres et à encourager les institutions européennes à les promouvoir dans la mise en œuvre des politiques communautaires.

2. Du traité de Lisbonne à aujourd'hui : des avancées significatives

2.1. Favoriser la santé publique avec l'article 168

La santé, domaine au départ traité indirectement ou exceptionnellement par le biais d'une grande diversité de dispositifs, est peu à peu intégrée à la politique communautaire. En parallèle, la Commission européenne tend à développer une approche plus horizontale et intégrée pour affronter les nouveaux défis auxquels le champ de la santé est confronté.

C'est avec le Traité de Lisbonne, et plus précisément son article 168 (titre XIV), que cette approche concernant directement la santé publique se concrétise sous sa forme actuelle.

Ce texte débute par la définition d'un objectif global : celui *d'assurer un niveau élevé de protection de la santé dans toutes les politiques et actions de l'Union*. Il détaille ensuite les compétences et modes d'intervention dans différents domaines et réaffirme la primauté des États membres dans la définition de la politique de santé, l'organisation et le financement des services de santé et des soins médicaux. Par ailleurs,

TFUE (Journal officiel de l'Union européenne du 26 octobre 2012)

TITRE XIV

SANTÉ PUBLIQUE

Article 168

(ex-article 152 TCE)

1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

L'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. **Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières.**

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination, notamment des initiatives en vue d'établir des orientations et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques. Le Parlement européen est pleinement informé.

3. L'Union et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Par dérogation à l'article 2, paragraphe 5, et à l'article 6, point a), et conformément à l'article 4, paragraphe 2, point k), le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribuent à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant, afin de faire face aux enjeux communs de sécurité:

- a) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes;
- b) des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique;
- c) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical.

5. Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, peuvent également adopter des mesures d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, et notamment à lutter contre les grands fléaux transfrontières, des mesures concernant la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci, ainsi que des mesures ayant directement pour objectif la protection de la santé publique en ce qui concerne le tabac et l'abus d'alcool, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.

6. Le Conseil, sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article.

7. L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées. Les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales.

cet article 168 inclut un nouvel aspect : le développement des coopérations en matière de santé dans les régions frontalières. Enfin, le champ de compétences est élargi en incluant, désormais, les produits pharmaceutiques et les dispositifs à usage médical (art 168 4c).

D'autres articles de ce Traité portent également sur la santé, notamment l'article 169 qui concerne la protection des consommateurs et l'article 191 sur l'environnement au travail.

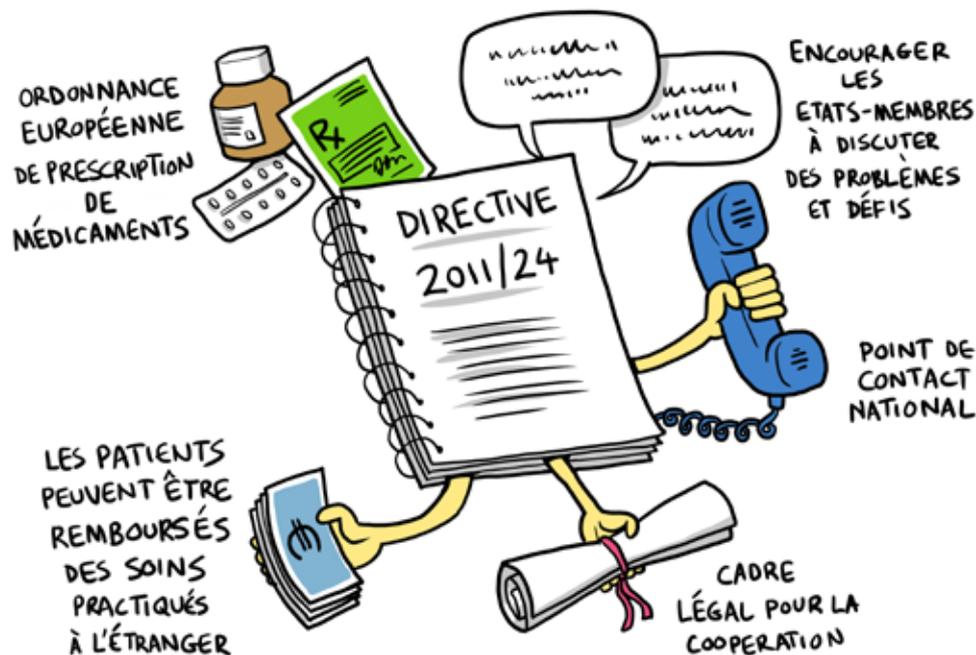
2.2. Un cadre juridique pour organiser le droit des patients en soins de santé transfrontaliers

La directive sur le droit des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, adoptée en 2011, constitue une étape importante en matière de politique de santé dans l'UE. Cette directive résout la question du remboursement des soins obtenus en dehors de l'État d'affiliation, question soulevée par la jurisprudence de la CJUE. En même temps, ce

nouvel instrument législatif crée une base légale pour développer une politique de coordination communautaire en matière de soins de santé, tout en respectant les responsabilités des États membres conformément à l'article 168, §7 du Traité.

Cette directive offre ainsi un cadre juridique pour organiser une coopération structurée entre États membres dans divers dossiers, comme l'évaluation des technologies de la santé, la création de réseaux de références ou l'e-Santé.

Ces évolutions amènent les États membres à discuter plus ouvertement sur le plan communautaire des problèmes et défis posés par les politiques de santé et la gestion de leurs systèmes de soins. Ainsi, sont désormais abordés collectivement les problèmes de pénurie de professionnels de soins (cette pénurie est parfois créée par le droit à la libre circulation), l'établissement d'un dispositif pour évaluer et assurer la qualité des soins ou la création d'une approche intégrée dans la prévention, le traitement et le suivi de maladies comme le cancer.



2.3. Les instruments principaux de la Commission européenne appliqués à la santé

Les programmes pluriannuels de santé publique

A partir de 2003, des programmes d'action pluriannuels sont adoptés: le programme de santé publique de l'Union européenne pour la période 2003-2008 et ensuite le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé et de la protection des consommateurs pour la période 2007-2013. Ceux-ci organisent et financent des actions conjointes et des projets divers dans le domaine de la santé.

Dans le prolongement de ces programmes d'actions pluriannuels, en 2007, la Commission européenne traduit toutes les actions entreprises dans le domaine de la santé dans une stratégie intégrée, intitulée «Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013». Trois objectifs globaux y sont envisagés:

- favoriser la santé dans une Europe vieillissante en promouvant la santé des citoyens tout au long de leur vie;
- protéger les citoyens contre les menaces pour la santé (y compris les maladies transmissibles et le bioterrorisme) et assurer la sécurité des malades;
- agir en faveur de systèmes de santé dynamiques et des nouvelles technologies.

Le troisième programme pluriannuel de santé de l'UE porte sur la période 2014-2020. Décliné en plans de travail annuels, il s'agit du principal instrument de la Commission européenne pour réaliser la stratégie de l'Union en matière de santé.

Ce programme est géré par l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé et l'alimentation (*Consumers, Health And Food Executive Agency*, CHAFEA). Cette agence, qui a succédé à l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs, a débuté ses travaux en 2014. Elle assume les missions que lui délègue la DG SANTE ; elle gère entre autres le programme santé de l'UE.

Le programme pluriannuel «La santé en faveur de la croissance» 2014-2020 poursuit quatre objectifs majeurs, à savoir:

1. agir en faveur de la santé, prévenir les maladies et œuvrer à la création de conditions favorables à des modes de vie sains, en tenant compte du principe de l'intégration des questions de santé dans toutes les politiques;
2. protéger les citoyens de l'Union des menaces transfrontières graves pour la santé;
3. contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables;
4. faciliter l'accès des citoyens de l'Union à des soins de santé plus sûrs et de meilleure qualité.

Le Semestre européen et les Recommandations Spécifiques par Pays

Depuis la crise économique et financière de 2008, les systèmes de santé, comme élément des politiques socio-économiques des États, font l'objet d'un suivi plus approfondi au niveau communautaire. En effet, ces systèmes ont des implications importantes sur les budgets des États membres.

Dans le cadre du cycle dit du «Semestre européen»², les systèmes de santé ont progressivement fait l'objet de Recommandations Spécifiques par Pays (RSP). Même si les RSP visent principalement le plan budgétaire des États membres, elles entendent aussi encourager ces derniers à adopter des réformes afin d'atteindre à la fois l'accès aux soins, l'équilibre budgétaire et un plus haut degré de performance de leur système de santé.

² Mécanisme mis en place à partir de 2010 et qui vise à coordonner les politiques économiques et budgétaires des États membres.



La Méthode Ouverte de Coordination (MOC)

En complément à ces recommandations, l'UE met en place une collecte de données approfondie. Celle-ci doit permettre d'établir des comparaisons des systèmes de santé et amener la Commission européenne à émettre des avis et des recommandations aux États membres. Un cadre d'évaluation conjointe (ou Joint Assessment Framework) a, en outre, été développé dans le contexte de la Méthode Ouverte de Coordination (MOC). Il est principalement centré sur les aspects d'accès, de qualité, d'équité ou d'efficacité des soins de santé.

Malgré les limites de compétences dans le domaine de la santé, la MOC, introduite en 2004 comme nouvel instrument politique, permet d'établir de façon opérationnelle, des objectifs politiques communs associés à des indicateurs et à un processus d'évaluation.

3. Les enjeux actuels et les perspectives

Aujourd'hui, force est de constater que des disparités dans l'offre de santé subsistent entre et au sein des États membres, même si les systèmes

de santé des pays de l'UE tendent à converger; en effet, ils s'avèrent de plus en plus interdépendants, notamment à la suite de l'amélioration des conditions de mobilité tant des patients que des professionnels de santé.

C'est dans le cadre de cette évolution que la Commission a adopté, le 4 avril 2014, un agenda communautaire spécifique pour inciter les États membres à développer des systèmes de santé accessibles, efficaces et capables de s'adapter aux nouveaux défis sociétaux. Cet agenda vise, avec d'autres initiatives, à améliorer la santé des patients et à réduire les inégalités, notamment en matière de qualité des soins de santé selon les régions.

L'aperçu chronologique qui vient d'être retracé peut suggérer que la politique communautaire en matière de santé s'est développée de manière plutôt fragmentée et essentiellement en réponse à des crises sanitaires. La réalité est pourtant bien plus nuancée. Le contenu de l'article 168 du Traité de Lisbonne reflète incontestablement les évolutions liées aux crises sanitaires, comme celle du sang contaminé dans les années 1990. Mais, à la suite de cette crise, une réelle compétence et un dispositif communautaires en matière de standards se sont mis en place. Ces normes s'avèrent notamment contraignantes lorsqu'il s'agit de garantir la sécurité des produits sanguins ainsi que des tissus, cellules et organes humains.

Il en ressort également que le processus d'intégration européenne a eu une influence réelle mais indirecte, formulée notamment à travers les politiques de libre circulation des personnes, des biens et des services; il a donc agi comme un facteur inclusif de la santé au sein des politiques communautaires.

Comme l'illustre le schéma (Palm, 2014), les systèmes de santé sont à la croisée des systèmes social, économique et budgétaire.

Comme illustré, l'approche communautaire dans le domaine de la santé repose sur trois ensembles. La santé est vue comme un élément essentiel pour la croissance et la cohésion sociale des populations des États membres. Elle est aussi un secteur économique important car elle est notamment créatrice de nombreux emplois, directs et indirects. Enfin, la santé constitue un poste budgétaire critique, spécifiquement dans le contexte des dispositifs de stabilité économique et monétaire de l'UE.

La santé publique, comme la définit l'article 168, s'avère donc un domaine transversal à de nombreuses politiques communautaires.

La tension est forte entre, d'une part, les enjeux sociaux déterminés par les États membres et, d'autre part, les contraintes économiques et budgétaires fixées au plan européen. Cependant, une prise de conscience généralisée et croissante est observée quant à l'importance politique et sociétale du secteur de la santé.

La stratégie Europe 2020, qui poursuit un objectif de croissance intelligente, durable et inclusive, considère ainsi la santé comme une des conditions indispensables pour réaliser ces objectifs.

Alors que la crise financière et économique a provoqué une contraction des dépenses publiques, le besoin de développer une politique européenne plus cohérente dans le domaine de la santé et des systèmes de soins s'intensifie. Les difficultés financières des États membres les amènent à coopérer davantage, à transférer des informations, à échanger des bonnes pratiques.

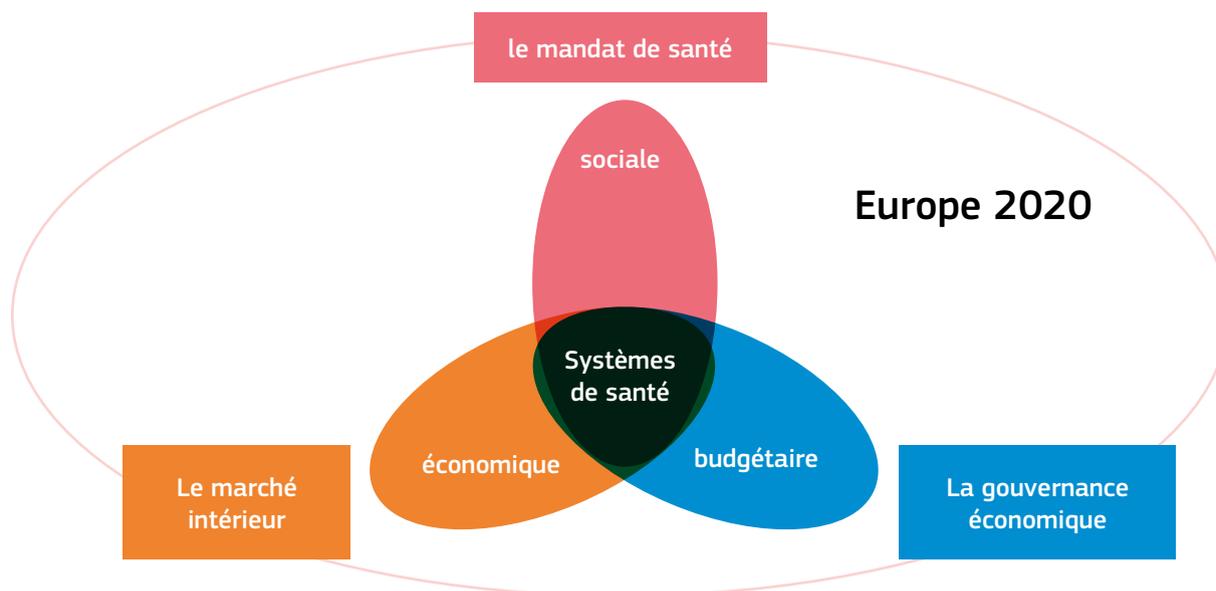
Face à ces défis et pour atteindre ses objectifs, la Commission dispose d'un large éventail d'instruments et d'institutions; citons, en plus

des organismes détaillés dans ce chapitre, l'existence de l'Autorité européenne de sécurité des aliments, de l'Agence européenne des médicaments ou encore le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Certes, l'intégration européenne en matière de santé publique reste plutôt timide par rapport à d'autres secteurs car la santé semble demeurer un domaine que les gouvernements nationaux tendent à vouloir gérer plutôt de manière autonome.

Face aux enjeux mondiaux, aux attentes et aux besoins des populations, à la libre circulation des personnes et des biens et aux dynamiques transfrontalières, l'UE est amenée à apporter des réponses précises à certains défis posés en termes de santé publique. Plus globalement, elle se doit de contribuer au rapprochement des idées, des cadres réglementaires et des ressources en vue d'une santé publique européenne digne et harmonisée.

Schéma 1 : Les systèmes de santé à la croisée des systèmes social, économique et budgétaire (Palm, 2014)



CHAPITRE 2

L'ACCÈS AUX SOINS TRANSFRONTALIERS DANS L'UNION EUROPÉENNE

L'accès aux soins dans l'UE est une compétence qui relève exclusivement des États membres. Néanmoins, pour faciliter la mobilité des travailleurs et, plus largement, des citoyens, une politique de coordination des systèmes de sécurité sociale a été initiée dès les premières heures de l'intégration européenne. Celle-ci a ouvert la voie à l'accès aux soins dans l'UE sous diverses formes. Il est donc utile de retracer les origines de ce dispositif qui a ouvert le droit aux soins dans un autre État membre tout en étant pris en charge par son propre système de sécurité sociale.

Quatre périodes se dégagent: la première concerne les accords de la Communauté économique de charbon et de l'acier (CECA) ; la deuxième la mise en œuvre du Traité de Rome; la troisième l'adoption des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale et enfin la quatrième porte sur l'application de la libre prestation de services dans le domaine de la santé.

1. Les prémices de la libre circulation des travailleurs

L'accès aux soins transfrontaliers émerge avec la première forme d'intégration européenne concrétisée par les accords de la Communauté économique du charbon et de l'acier (CECA) en 1952. À l'origine, l'accès aux soins à l'étranger a pour objectif de faciliter et d'accompagner la mobilité des travailleurs migrants.

La genèse du droit européen en matière de protection sociale est intimement liée à celle de la construction européenne dont sa première forme remonte au Traité de Paris signé le 18 avril 1951. Ce traité a une portée essentiellement économique: il vise à créer un marché du charbon et de l'acier entre six pays (la République Fédérale d'Allemagne, la France, l'Italie, les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg).

Dans son article 2, le Traité de Paris se fixe pour but de contribuer au développement de l'emploi et au relèvement du niveau de vie dans les États signataires. Cette finalité sociale est confirmée dans l'article 3 qui vise à améliorer les conditions de vie et de travail de la main d'œuvre en vue de permettre l'égalisation dans le progrès au sein des secteurs économiques concernés par le Traité.

Ce traité affirme, de cette manière, l'interdépendance du social et de l'économique. Il hisse, au rang de principe, l'automatisme du progrès social dans un

marché engendrant l'expansion économique. Cette conception de la Haute Autorité de la CECA a engendré une politique sociale s'étendant, principalement, au domaine du logement et de la formation professionnelle.

La politique sociale de la CECA s'inscrit dans une politique plus large, celle de l'emploi. En effet, réaliser le grand marché du charbon et de l'acier ne peut se faire sans main d'œuvre. Cette main-d'œuvre doit être capable de s'adapter aux mutations économiques et se déplacer à l'intérieur de ce nouvel espace économique pour répondre à l'offre d'emploi des secteurs économiques concernés par le traité.

Le Traité de Paris n'envisage pas la mise en place d'une politique sociale supranationale en matière de sécurité sociale. De son côté, la Haute Autorité ne va pas chercher à harmoniser mais plutôt à coordonner les réglementations nationales pour lever les obstacles à la libre circulation des personnes à l'intérieur du marché CECA.

Cet objectif est repris dans le texte du traité qui impose aux États membres d'interdire toute discrimination en matière de rémunération et de conditions de travail entre les nationaux et les migrants et de rechercher tout arrangement qui s'avérerait nécessaire pour que les dispositions relatives à la sécurité sociale ne fassent pas obstacle aux mouvements de la main d'œuvre. C'est sur base de ces dispositions que la CECA prend l'initiative d'entamer des travaux visant à coordonner les réglementations nationales.

2. La définition de droits sociaux spécifiques pour les travailleurs migrants

L'article 2 du Traité de Rome (1957) qui crée la Communauté économique européenne (CEE) énonce que la Communauté a pour mission par l'établissement d'un marché commun et par le rapprochement progressif des politiques économiques des États membres de promouvoir un développement harmonieux des activités économiques dans l'ensemble de la Communauté, une expansion continue et équilibrée, une stabilité accrue, un relèvement accéléré du niveau de vie et des relations plus étroites entre les États qu'elle réunit.

Les dispositions sociales du Traité de Rome sont reprises dans les articles 48 à 51 traitant de la libre circulation des travailleurs et les articles 117 à 128 de la politique sociale, dont la création du Fonds Social Européen.

Pour favoriser la libre circulation des travailleurs, l'article 51 confère au Conseil des ministres un pouvoir de décision: «le Conseil, *statuant à l'unanimité sur proposition de la Commission*, adopte dans le domaine de la sécurité sociale les mesures nécessaires pour l'établissement de la circulation des travailleurs, *en instituant notamment un système permettant d'assurer aux travailleurs migrants et à leurs ayant-droits*:

- *la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations ainsi que pour le calcul de celle-ci de toute période prise en considération par les différentes législations nationales;*
- *le paiement des prestations aux personnes résidant sur les territoires des États membres.»*

Ces dispositions formulées dans la Convention européenne de sécurité sociale des travailleurs migrants, signée le 9 décembre 1957, seront reprises dans les premiers règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale.

3. L'élaboration d'une sécurité sociale européenne pour les travailleurs

La législation européenne sur la sécurité sociale constitue le fondement indispensable à l'exercice du droit à la libre circulation des personnes en général et à celle des travailleurs, en particulier.

Le droit européen en matière de sécurité sociale ne prévoit pas l'harmonisation des systèmes de sécurité sociale des différents États membres. Il a, par contre, pour fonction de les coordonner sans altérer les compétences des États membres en ce domaine. Chaque État membre reste, par conséquent, libre de déterminer, par exemple, qui doit être assuré au titre de sa propre législation, quelles prestations seront octroyées et sous quelles conditions.



3.1. Les premiers règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale

Le premier règlement de coordination, adopté par le Conseil des ministres le 25 septembre 1958 et son règlement d'application constituent le premier instrument de coordination des législations nationales en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants.

Ces règlements européens de coordination prévoient des règles et des principes qui facilitent l'exercice du droit à la libre circulation. Ils contribuent à garantir l'égalité de traitement entre, d'une part, le citoyen qui exerce son droit de circuler librement dans l'UE et, d'autre part, celui qui réside et travaille dans le même État membre.

Des principes importants y sont énoncés :

1. l'égalité de traitement entre les ressortissants nationaux et non nationaux, permet à une personne résidant sur le territoire d'un État membre d'être soumise aux mêmes obligations et bénéficier des mêmes avantages que les ressortissants nationaux de cet État membre, sans aucune discrimination (directe ou indirecte) fondée sur la nationalité;
2. la totalisation des périodes d'assurance, d'emploi, d'activité non salariée ou de résidence accomplies sous la législation d'un État membre afin que ces périodes soient prises en considération, dans la mesure nécessaire, pour l'acquisition, par exemple, d'un droit à des prestations au titre de la législation d'un autre État membre;
3. l'« exportabilité » des prestations afin que celles-ci puissent être exportées et reçues en espèces dans tout autre État membre;
4. la détermination de l'État membre dont la législation en matière de sécurité sociale est d'application; en principe, un seul régime de sécurité sociale est applicable à la fois, de sorte qu'une personne puisse bénéficier d'une couverture de sécurité sociale appropriée sans être soumise simultanément à la législation de deux États membres ou plus. Il en résulte également que cette personne ne peut en aucun cas s'acquitter d'une double cotisation ou, à l'inverse, être exonérée de toute cotisation.

Ces principes permettent aux personnes assurées de se déplacer aisément d'un État membre à l'autre au sein de l'UE. Ainsi, pour les travailleurs, le principe d'égalité de traitement et de non-discrimination permet non seulement d'interdire les discriminations directes fondées sur la nationalité, mais aussi les discriminations indirectes qui sont susceptibles de léser tout particulièrement les ressortissants d'autres États membres.

3.2. L'extension de la sécurité sociale européenne grâce aux règlements de coordination 1408/71 et 574/72

Jugés fort complexes, les premiers règlements de 1958 vont faire l'objet d'un contentieux important, avant d'être remplacés par deux textes au début des années 70 : le règlement 1408/71 et son règlement d'application 574/72. Le règlement 1408/71 est relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la l'UE.

Ces règlements sont promulgués au moment de l'adhésion du Danemark, de l'Irlande et du Royaume-Uni dont les systèmes de santé sont de type beveridgien, alors qu'à l'époque les six pays membres fondateurs sont dotés de systèmes d'accès aux soins de type bismarkien.

Pour définir la notion de titulaire de droits et de bénéficiaire de prestations, la cohabitation au sein de l'UE de ces deux modèles de systèmes de santé nécessitait d'élargir la notion d'assuré social qui prévalait jusqu'alors (modèle bismarkien) à celui de résident (modèle beveridgien) dans le règlement de coordination afin d'intégrer les nouveaux pays adhérents tout en respectant leur système de sécurité sociale basé sur le lieu de résidence et non de l'assurance.

Les nouveaux règlements affirment l'égalité de traitement entre ressortissants nationaux et étrangers. Ils ont pour effet, entre autres, de déterritorialiser la législation appliquée par le principe de la totalisation des périodes d'assurance tant pour l'ouverture du droit à la prestation que pour sa conservation. Ils permettent de transplanter la législation appliquée aux résidents sur le territoire d'un autre État membre où résident les ayants-droit du travailleur migrant. Ces règlements permettent aux travailleurs de maintenir leurs droits acquis sur les territoires d'autres États membres. Ils imposent à l'État membre débiteur de prestations en espèces de prolonger son système administratif au-delà de son territoire afin de verser la prestation due au travailleur résidant à l'étranger.

LES SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE

Les systèmes de protection sociale (organisation, fonctionnement, financement) reposent sur deux modèles structurants : le système bismarckien et le système beveridgien.

Le système bismarckien ou assurantiel

Ce modèle s'inspire des «lois sociales» du chancelier allemand Otto von Bismarck (1815-1898). Les raisons qui ont prévalu à leur adoption résident dans le souci de juguler les mouvements sociaux en améliorant les conditions de vie des ouvriers. Il établit les principes de la protection maladie obligatoire qui ont été inspirés par les techniques de l'assurance.

Dans ce modèle, la protection est de type catégoriel, principalement en rapport avec l'activité professionnelle, contributive au départ de «cotisations sociales» et gérée par les partenaires sociaux (représentants des travailleurs et des employeurs).

Le système beveridgien

Ce modèle se fonde sur le rapport de l'économiste William Beveridge (1879-1963) rédigé en 1942, à la demande du gouvernement britannique afin d'élaborer un système national de santé au sortir de la seconde guerre mondiale. Il repose sur les principes suivants : l'universalité de la protection sociale : c'est-à-dire la couverture des risques sociaux pour toute la population; l'uniformité des prestations fondée sur les besoins des individus; le financement basé sur l'impôt et l'unité de gestion étatique.

Dans le domaine des prestations de maladie et de maternité, ces règlements facilitent l'ouverture du droit et la délivrance des prestations à l'extérieur du territoire débiteur.

Ce cadre réglementaire s'applique à tous les travailleurs salariés ou non-salariés, aux étudiants qui sont ou ont été soumis à la législation

d'un ou de plusieurs États membres et qui sont des ressortissants de l'un des États membres ou des apatrides ou des réfugiés résidant sur le territoire d'un des États membres ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants. Les fonctionnaires et les travailleurs indépendants ne sont pas concernés par ces dispositions réglementaires. Enfin, les régimes complémentaires de sécurité sociale sont exclus du champ d'application de ces instruments de coordination.

3.3. Le nouveau millénaire et la modernisation de la sécurité sociale européenne

A diverses reprises, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a été amenée à interpréter les dispositions des règlements de coordination dans le sens de la liberté fondamentale de circulation des travailleurs, du libre établissement ainsi que, à partir de l'Acte unique européen, de la libre circulation des personnes.

Les arrêts rendus par la CJUE et les demandes de modifications des règlements introduites par les États membres ont généré l'adoption de nombreux amendements qui, au fil du temps, ont grandement complexifié les textes, rendant leur usage difficile.

Dans un souci d'efficacité, la Commission européenne a déposé, en décembre 1998, une proposition visant à simplifier et à moderniser la réglementation de coordination. Cette proposition avait aussi pour objectif d'améliorer les droits des assurés : inclure les personnes non actives ainsi que les prestations de préretraite, faciliter l'accès transfrontalier aux soins de santé pour les travailleurs frontaliers retraités, élargir le champ d'application du volet chômage au régime d'assurance des non-salariés et étendre les droits des titulaires de pension, de rente et des orphelins au regard des prestations familiales.

Le travail de modernisation des règlements 1408/71 et 574/72 s'est achevé en 2009 par l'adoption des règlements 883/2004 et 987/2009 entrés en vigueur le 1er mai 2010. Ces nouveaux textes intègrent partiellement la jurisprudence de la CJUE constituée principalement des arrêts rendus à partir de 1998.

Outre ces importantes modifications, le règlement 883/2004 implique des changements d'organisation dans le chef des organismes de sécurité sociale des différents États membres.

Le règlement 883/2004 a spécifiquement pour but de permettre aux personnes assurées d'exercer plus facilement les libertés que le Traité leur accorde. Il institue un certain nombre d'évolutions :

- dans le champ personnel, le nouveau règlement vise tous les ressortissants de l'UE, les réfugiés et apatrides résidant dans un Etat membre qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres, ainsi que les membres de leur famille et leurs survivants. (donc qu'ils soient salariés, non-salariés, étudiants, fonctionnaires nationaux, retraités ou même non-actifs);
- en termes de simplification, la distinction parfois compliquée entre salariés et non-salariés est abandonnée et la règle qui s'applique désormais est celle de «la totalisation des périodes»;
- l'égalité de traitement: le nouveau règlement n'exige plus qu'une personne réside dans un État membre pour invoquer les dispositions du règlement comme le principe de l'égalité de traitement, mais il couvre les personnes auxquelles le règlement s'applique;
- l'assimilation des prestations, revenus, faits ou des événements: par exemple les faits ou les événements se produisant dans un État membre doivent être pris en considération par un autre État membre comme s'ils avaient eu lieu sur son propre territoire, au cas où des effets juridiques sont attribués à la survenance de ces faits ou événements;
- la simplification des règles déterminant la législation applicable: tous les travailleurs sont assurés dans l'État membre où ils travaillent, quel que soit leur État de résidence; en général ceux qui n'y sont pas ou plus économiquement actifs sont assurés dans l'État de résidence;
- les membres de la famille d'un travailleur frontalier ont également en général pendant leur séjour droit aux soins dans l'État où le travailleur frontalier exerce son activité;
- l'accès aux soins dans un autre État membre doit être autorisé, si les soins dont il s'agit figurent parmi les traitements prévues dans l'Etat membre de résidence, et si le traitement exigé ne peut pas être dispensé dans un délai médicalement acceptable, compte tenu de l'état actuel de santé de la personne et de l'évolution probable de la maladie;
- le principe de bonne administration exige une coopération accrue et une aide mutuelle entre les organismes de sécurité sociale des États membres qui sont obligés de répondre dans un délai raisonnable avec information nécessaire pour faire valoir les droits des travailleurs migrants.

Désormais, les organismes de sécurité sociale sont amenés à dialoguer et le nouveau règlement introduit une obligation formelle de coopérer. Ils doivent communiquer toutes les informations nécessaires à la gestion des dossiers via un «point d'accès» informatique commun.

Ainsi, l'échange de données qui s'effectuait jusqu'alors sous forme de «dossiers papier» accompagnés de formulaires de liaisons européens est progressivement informatisé au moyen du système d'échange électronique d'informations sur la sécurité sociale (EESSI). Ce système aidera les organismes de sécurité sociale à échanger des informations plus rapidement et en toute sécurité. Des documents électroniques structurés (Structured Electronic Documents ou SED) sont conçus afin de rendre la communication des données plus facile et plus efficace. La plate-forme électronique EESSI est en cours de développement par la Commission en étroite coopération avec les États membres.

Par ailleurs, une dizaine de documents portables ont été élaborés, telle la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) qui permet au titulaire de bénéficier des soins nécessaires médicalement au cours du séjour dans un autre État membre, compte tenu de la nature du traitement et la durée prévue du séjour..



Aujourd'hui, la réglementation européenne en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale s'applique dans tous les États membres de l'UE, ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse.

Le 13 décembre 2016, la Commission a proposé une nouvelle révision de la réglementation. La proposition visera de rendre les règles actuelles plus justes, plus claires et plus équitables. Il s'agit d'une proposition qui facilite la mobilité des travailleurs et protège leurs droits, tout en renforçant les outils nécessaires pour lutter contre les risques d'abus ou de fraude. La proposition vise aussi à instaurer des règles plus précises de coordination pour les soins de longue durée qui s'inspirent de la logique prévalant pour les prestations de maladie. Jusqu'alors, les règles actuelles restent en place.

4. La libre prestation de services et la mobilité des patients

4.1. L'application du principe de la libre prestation de services par la CJUE

L'intervention de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) dans le domaine de l'accès aux soins rompt la pensée unique en la matière qui émanait des accords CECA et des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Les questions les plus incisives sur le libre accès aux soins à l'étranger et son remboursement sont contenues dans quelques arrêts célèbres qui constituent aujourd'hui la jurisprudence de la CJUE. Celle-ci crée une situation davantage favorable aux patients et ouvre la perspective d'une mobilité des patients libéralisée dans l'UE en confirmant l'application du principe de la libre prestation de services dans le champ de la santé.

Les premiers arrêts dans les affaires *Decker et Kohll*³ de 1995 traitent de deux luxembourgeois qui s'étaient vu refuser le remboursement de soins non hospitaliers délivrés à l'étranger. La CJUE considère dans l'arrêt *Decker et Kohll* que l'autorisation médicale préalable indispensable à l'octroi du remboursement des soins délivrés dans un autre État membre constitue une entrave au principe de la libre prestation de services qui



s'applique au domaine de la santé. En conséquence, le patient a droit au moins au remboursement des soins sur base du barème en vigueur dans son État d'affiliation, et en l'occurrence dans ces affaires au remboursement des prestations de soins dentaires fournies par un orthodontiste en Allemagne et au remboursement de l'achat d'une paire de lunettes prescrite en Belgique.

En 2001, la CJUE confirme cette jurisprudence dans les arrêts *Smits et Peerbooms*⁴, mais comme il s'agit de soins hospitaliers, elle considère que pour des raisons impérieuses tenant à l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et au maintien d'un service hospitalier accessible à tous, l'autorisation médicale préalable se justifie pour obtenir le remboursement des soins à l'étranger.

Toujours en 2001, la CJUE déclare, dans l'arrêt *Vanbraeckel*⁵, qu'un assuré social qui se fait hospitaliser dans un autre État membre que son État d'affiliation a droit au remboursement des frais engagés si l'autorisation est accordée postérieurement à cette hospitalisation. Elle considère que le remboursement doit être au moins identique à celui qui aurait été accordé, si l'assuré avait été hospitalisé dans son État membre d'affilia-

³ Arrêts *Decker et Kohll*, 28 avril 1998, affaires C-120/95 et C-158/96.

⁴ Arrêt *Geraerts-Smits et Peerbooms*, 12 juillet 2001, affaire C-157/99.

⁵ Arrêt *Vanbraeckel*, 12 juillet 2001, affaire C-396/98.

tion. Ainsi, la CJUE accorde un complément de remboursement au patient correspondant à la différence entre le remboursement des soins dans le pays où ils ont été dispensés et le montant du remboursement octroyé dans le pays d'affiliation s'il est plus élevé.

En 2003, dans les arrêts *Müller-Fauré et Van Riet*⁶, la CJUE opère une nette distinction entre la procédure applicable pour les soins non-hospitaliers et les soins hospitaliers (séjour d'au moins une nuit). La CJUE considère que la réglementation d'un État membre exigeant une autorisation préalable en cas de soins non-hospitaliers délivrés dans un autre État membre est contraire au principe de la libre prestation de service. En revanche, concernant les soins hospitaliers, la CJUE estime qu'une autorisation préalable reste justifiée si celle-ci est proportionnée et non-arbitraire.

L'arrêt *Watts*⁷, rendu en 2006, concerne une patiente britannique qui s'est fait poser une prothèse de hanche en France. L'État britannique refuse de lui rembourser les frais de l'intervention au motif qu'un traitement adapté pouvait être dispensé au Royaume-Uni dans un délai opportun. Pour la CJUE, le service de santé britannique doit établir que le délai d'attente pour être soigné n'excède pas le délai médicalement acceptable compte tenu de l'état de santé et des besoins cliniques de l'intéressé. Or comme ce n'est pas le cas, le Royaume-Uni est condamné à rembourser les soins dispensés en France à Madame Watts.

Enfin l'arrêt *Elchinov*⁸ de 2010, a trait à un patient bulgare, souffrant d'une forme rare de cancer de l'œil. L'intéressé demande à son organisme de sécurité sociale d'obtenir le remboursement d'un traitement de pointe proposé à Berlin (thérapie aux protons), car cette technique est indisponible en Bulgarie où seule l'énucléation est envisageable et donc remboursée. Pour la CJUE, le remboursement ne peut être refusé si la liste des traitements non remboursés ne spécifie pas la méthode de traitement employée. En conséquence, si les États membres établissent avec précision la liste des traitements remboursables, il devient difficile pour les patients d'obtenir le remboursement d'un traitement à l'étranger, si celui-ci diffère de ceux identifiés dans le pays d'affiliation.

De ces arrêts, il ressort que la CJUE considère que l'autorisation médicale préalable nécessaire au remboursement des soins délivrés à l'étranger, dans le cadre de l'application des règlements européens de sécurité sociale, constitue un obstacle à l'application de la libre prestation de services.

Seules des raisons impérieuses d'intérêt général, objectives et proportionnées peuvent justifier une entrave à ce principe. Pour la CJUE, c'est le cas des soins hospitaliers (séjour d'une nuit minimum) mais non des soins non hospitaliers. Pour obtenir le remboursement de ces derniers, sur base de la libre prestation de services, la CJUE a créé une nouvelle procédure de remboursement, indépendante de celle définie par les règlements 883/2004 et 987/2009. Cette procédure établit le remboursement des soins non hospitaliers à l'étranger, sans autorisation médicale préalable, sur base du tarif du pays d'affiliation. Le patient doit, en pratique, faire l'avance intégrale des frais des soins et est ensuite remboursé par son organisme d'assurance maladie dans son pays d'affiliation sur base des tarifs de ce pays. Ce système peut avantager certains patients mais aussi en désavantager d'autres suivant le niveau de remboursement des prestations dans le pays d'affiliation.

La jurisprudence de la CJUE n'introduit qu'une mobilité partielle des patients au sein de l'UE puisqu'elle crée une distinction entre, d'une part, les soins non hospitaliers (soins externes et ambulatoires) qui ouvrent le droit au remboursement en référence à la libre prestation de services et, d'autre part, les soins hospitaliers qui restent, quant à eux, soumis à la procédure des règlements de coordination 883/2004 et 987/2009 et qui requièrent donc une autorisation médicale préalable.

4.2. La directive 2011/24 portant sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

La directive 2011/24 portant sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, première et seule directive santé à ce jour, comprend un volet santé publique et un volet accès aux soins. Cette directive s'intègre dans les dispositifs européens qui visent à améliorer le fonctionnement du marché intérieur et la libre circulation des services, tel que prévu dans le traité. Elle répond à l'objectif de l'UE d'atteindre, en matière de santé, un niveau de protection élevé.

⁶ Arrêt Müller-Fauré et Van Riet, 13 mai 2003, affaire C-385/99.

⁷ Arrêt Watts, 16 mai 2006, affaire C-372/04.

⁸ Arrêt Elchinov, 5 octobre 2010, affaire C-173/09.

Si la santé relève de la compétence de chaque État membre en matière de financement et d'organisation des systèmes de santé, l'Union européenne peut contraindre les États membres à appliquer de manière identique la jurisprudence européenne comme celle définie par la CJUE dans le cadre de l'accès aux soins à l'étranger.

La directive 2011/24 énonce la compétence des États à définir les prestataires, les critères de qualité et de sécurité des prestations, les bénéficiaires et le panier de soins remboursable. Elle crée une ordonnance européenne de prescription des médicaments et impose aux États membres de développer un point de contact national pour informer les patients sur les conditions d'accès aux soins à l'étranger et les systèmes de santé.

Mais, l'apport principal de la directive porte sur l'application de la jurisprudence de la CJUE en matière de remboursement des soins programmés dispensés dans un autre État membre.

Depuis sa transposition dans les législations de chaque État membre, le 25 octobre 2013, les patients peuvent obtenir le remboursement des soins programmés non hospitaliers (externes et ambulatoires) dispensés à l'étranger sans autorisation préalable sur base du tarif du pays d'affiliation après avoir fait l'avance des frais.

Pour les soins hospitaliers de plus d'une nuit et les prestations spécifiques (équipements lourds), l'autorisation médicale préalable reste obligatoire dans la plupart des États membres et le remboursement s'effectue sur base du tarif du pays d'affiliation.

Désormais, deux voies sont ouvertes au remboursement des soins à l'étranger externes et ambulatoires. Pour les soins hospitaliers et les prestations spécifiques (équipements lourds) qui nécessitent une autorisation préalable, la procédure des règlements européens de coordination 883/2004 et 987/2009 fournit des meilleures conditions de remboursement.

5. Les diverses formes d'accès aux soins à l'étranger

Les dispositifs européens en matière d'accès aux soins à l'étranger autorisent trois formes d'accès aux soins à l'étranger : le travail frontalier, le séjour temporaire et les soins programmés.

5.1. Les travailleurs résidant dans un autre État membre que le pays d'affiliation

Cette disposition concerne principalement les travailleurs frontaliers, c'est-à-dire les travailleurs, salariés ou non, qui exercent leur activité professionnelle sur le territoire d'un État membre et résident dans un autre État membre, pays dans lequel ils retournent chaque jour ou au moins une fois par semaine (art. 1f du règlement 883/04).

Ces assurés bénéficient des prestations servies dans leur pays de résidence. L'attestation de droit, le formulaire S1 (ex E 106), couvre le titulaire et ses personnes à charge.

Ce statut permet au travailleur concerné de bénéficier de la prise en charge des soins délivrés sur le territoire du pays de travail. L'accès aux droits dans ce pays d'affiliation cesse dès que le titulaire n'a plus la qualité de travailleur frontalier.



Les membres de la famille d'un travailleur frontalier n'ont pas librement accès aux soins dans le pays de travail. Ils peuvent, cependant, être remboursés pour les soins :

- nécessaires, reçus pendant un séjour temporaire (la carte européenne d'assurance maladie CEAM);
- programmés ou intentionnels avec une autorisation médicale préalable (formulaire S2 ou ex E112);
- dispensés dans le cadre de conventions entre États, notamment entre la France et la Belgique.

Les personnes à charge résidant dans un autre État membre que le travailleur bénéficient des prestations dans leur État de résidence. L'attestation de droit est le formulaire S1 ou ex E 109.

5.2. La prise en charge des soins délivrés pendant un séjour temporaire dans un autre État membre

Le séjour temporaire se caractérise par un déplacement en dehors du pays d'affiliation, par exemple les vacances, des études, une formation professionnelle, ou la recherche d'emploi.

En cas de séjour temporaire dans un autre État membre, les assurés ont droit au remboursement des soins nécessaires compte tenu de la nature des soins et de la durée probable du séjour.

L'attestation de droit est la carte européenne d'assurance maladie (CEAM), délivrée dans le pays compétent par l'organisme de sécurité sociale dont dépend l'assuré social-patient.

Les soins nécessaires sont remboursés par l'institution du lieu de séjour sur base de la CEAM, selon les dispositions de la législation et les tarifs du pays de soins. Ces soins sont ensuite pris en charge par le pays compétent sur base du formulaire E 125 émis par l'institution du pays de séjour.

Lorsque l'assuré n'a pas pu faire les démarches dans le pays de séjour, il peut, à son retour, demander le remboursement à son organisme d'assurance maladie.



5.3. Les soins programmés

Les personnes couvertes par les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale qui se déplacent volontairement dans un autre État membre de l'UE pour y recevoir des soins doivent préalablement obtenir une autorisation de leur institution d'assurance maladie compétente et la présenter à l'institution du lieu de séjour (ex E112 devenu S2 en 2010).

Le formulaire S2 ou ex E112 atteste du droit d'accès aux soins dans l'État d'affiliation et l'acceptation de l'institution compétente de couvrir les frais afférents au traitement médical spécifié.

Les États membres ont la possibilité de moduler leur politique d'autorisation de soins à l'étranger. Cependant, l'article 20 §2 du règlement européen (883/04) précise que l'autorisation ne peut être refusée lorsque deux conditions cumulatives sont remplies: le traitement doit être couvert par le système de protection sociale et le traitement ne peut être dispensé dans le pays de résidence dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé du patient et de l'évolution probable de sa maladie.

La jurisprudence européenne a établi que, pour en juger, l'assurance maladie doit prendre en compte *le degré de la douleur ou la nature du handicap du patient, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle.*

Les soins sont remboursés par l'institution du lieu de séjour sur base du formulaire S2 ou ex E 112, selon les dispositions de la législa-



tion et les tarifs du pays de soins. Ces soins sont ensuite pris en charge par le pays compétent sur base de la créance émise par l'institution du pays de séjour.

Un arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes⁹ a, par ailleurs, précisé que les frais médicaux d'une personne munie d'une CEAM ou d'un formulaire S2 ou ex E112, qui, pour des raisons d'urgence médicale, doit être hospitalisée dans un État tiers, doivent être pris en charge par l'institution de sécurité sociale de l'État membre du séjour, selon ses propres règles, pour le compte de l'institution de l'État membre d'affiliation. Ainsi, lorsqu'un État membre a autorisé un de ses nationaux à se soigner dans un autre État, il lui transfère automatiquement son pouvoir décisionnel.

6. En synthèse

L'UE, dans sa logique d'intégration, entamée à la signature des accords de la CECA, a aboli les frontières entre les États par la mise en œuvre des principes de libre circulation des biens, des services, des personnes et des capitaux. Néanmoins, l'accès aux soins est resté un domaine relevant de la compétence de chaque État membre. Il n'empêche, fort heureusement, qu'une coordination entre le niveau supranational et les États membres a été mise en place dès les premières heures de l'intégration européenne.

La mobilité des travailleurs puis celle des citoyens européens plus généralement ont amené les États membres et l'UE à créer des dispositifs qui, progressivement, ont fait naître une relative «mobilité des patients». Cette mobilité est davantage effective dans les régions frontalières.

Dans les deux chapitres suivants, divers exemples concrets seront mentionnés. Ceux-ci proposent des dispositifs innovants visant au développement de l'accès aux soins dans les espaces frontaliers, dont la coopération franco-belge qui constitue un modèle structuré et institutionnalisé (voir chapitre 4).

Ces coopérations, soutenues par les programmes Interreg, contribuent à améliorer l'état de santé des populations frontalières et l'accès à des soins de qualité de proximité.

⁹ Arrêt Keller C-145/03 – 12 avril 2005.

CHAPITRE 3

SEPT EXPÉRIENCES EN MATIÈRE DE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE



Ce troisième chapitre propose le récit de sept projets de coopération transfrontalière à travers l'Union européenne. Commençant par TRISAN, une collaboration transfrontalière en matière de soins dans le Rhin supérieur et finissant par l'hôpital de Cerdagne situé dans la zone de haute montagne entre la France et l'Espagne, ce chapitre détaille les projets de protection et de soins infantiles (INTERSYC), l'aide aux patients, clients et familles à la frontière irlandaise, le développement de la télémédecine dans l'Eurorégion Poméranie, le partenariat interhospitalier dans l'Eurodistrict SaarMoselle et le projet IZOM «soins de santé sur mesure» à la frontière belgo-germano-néerlandaise.

Chaque projet est particulier: il se construit sur son histoire et mobilise ses opérateurs publics ou privés propres. Il se met en place plus ou moins rapidement, voire il est freiné. Néanmoins, chacun illustre le même souci de partenariat et de mutualisation, la même expérience humaine et la même recherche collective d'intérêt général.

Les projets choisis illustrent la diversité des contextes transfrontaliers rencontrés: zone urbaine ou région montagneuse isolée, territoires du Sud ou du Nord de l'Europe, coopération récente ou couvrant plusieurs programmes Interreg. Ils mettent également en évidence des initiatives récemment élaborées ou, au contraire, ancrées dans des partenariats ou des expériences de plusieurs décennies.

L'étude des cas a été élaborée à partir d'une recherche documentaire, nourrie par les fiches-projets disponibles sur le site web InfoRegio de la Direction générale de la politique régionale et urbaine, les sites des partenaires, la presse mais aussi, à partir d'enquêtes menées auprès d'opérateurs des projets, enquêtes récoltées par téléphone ou par voie écrite.

Même si nous ne l'aborderons pas ici, la coopération transnationale (Interreg B) et interrégionale (Interreg C) inclut également des appuis en matière médico-sanitaire, comme l'illustre le cas de l'opérationnalisation et du développement des réseaux de télémédecine, entre autres, dans les régions éloignées de la mer Egée et à Chypre.

1. TRISAN

Un outil pour structurer et coordonner la santé transfrontalière dans le Rhin supérieur (France-Allemagne-Suisse)

1.1. Un environnement hyper-transfrontalier

Le projet de centre de compétences tri-national TRISAN a pour objectif de répertorier et surtout de coordonner et d'amplifier les effets de plusieurs décennies de coopération en matière de santé dans le Rhin supérieur. Ses compétences sont spécifiquement destinées aux administrations et aux prestataires de soins, de part et d'autre des frontières, afin de structurer et de développer au mieux des partenariats et des projets.

La région du Rhin supérieur couvre le Pays de Bade et le Palatinat du Sud (Allemagne), l'Alsace (France) et la Suisse du Nord-Ouest: c'est un espace densément peuplé, qui est structuré autour de plusieurs centres urbains et connaît d'importants flux de travailleurs transfrontaliers. En 2010 a été créée la «Région métropolitaine tri-nationale» afin de doter la zone d'un cadre de collaboration transfrontalière renforcée; elle coordonne l'action des principaux partenaires du Rhin supérieur (Conseil Rhénan du Rhin Supérieur, Réseau des Villes, Eurodistricts).

Globalement, la zone présente une offre de soins complète de part et d'autre des frontières. La santé est spécifiquement incluse dans les diverses institutions transfrontalières: citons ainsi la Conférence du Rhin supérieur dotée d'un groupe de travail (GT) «politiques de santé» — à l'origine du projet TRISAN —, le Conseil Rhénan, qui inclut diverses commissions où les questions de santé peuvent être abordées ou encore les INFOBESTs. Les INFOBESTs sont des bureaux d'accueil destinés à informer et conseiller en matière transfrontalière sur l'Allemagne, la France et la Suisse. Ces institutions publiques et généralistes sont au nombre de quatre et sont réparties sur l'ensemble du Rhin Supérieur.

C'est l'Euro-Institut, situé à Kehl (Allemagne) qui porte le projet TRISAN. Cet organisme franco-allemand de formation, de conseil et d'accompagnement dans le domaine de la coopération transfrontalière a été créé en 1993. Aujourd'hui groupement local de coopération transfrontalière,

OBJET: Création d'un centre de compétences tri-national afin de coordonner et développer la coopération transfrontalière en matière de santé.

DATES CLEF: Depuis 1991, multiples coopérations en matière de santé. 2015: le groupe de travail «politiques de santé» élabore le projet d'un centre transfrontalier. Décembre 2016: inauguration du centre TRISAN.

FRONTIÈRE: Le Rhin supérieur, entre la France, l'Allemagne et la Suisse.

PROGRAMME EUROPÉEN (CO-FINANCEMENT): Interreg VA – France-Allemagne-Suisse 2014-2020: montant total de 801 916 EUR, cofinancement par le FEDER de 367 750 EUR.

SITE INTERNET: <http://www.trisan.org/>

il joue un rôle important dans la région en tant qu'organisme binational et biculturel (France et Allemagne) de formation et de conseil en coopération transfrontalière. Son objectif est de stimuler la connaissance réciproque des acteurs de part et d'autre de la frontière, d'encourager la coopération et d'accompagner le développement de projets transfrontaliers.

1.2. Une coopération transfrontalière multiple

Depuis Interreg I (1990-1993), diverses initiatives ont marqué la coopération transfrontalière dans le Rhin supérieur. Plus précisément, dans le domaine de la santé, plusieurs projets de coopération sanitaire d'envergure ont été lancés et quatre conventions de coopération signées. Parmi les projets développés, citons notamment le projet pilote GRÜZ (*grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz*) qui concerne une coopération transfrontalière entre l'Allemagne et la Suisse dans la région frontalière de Bâle-Ville, Bâle-Campagne (Suisse) et du Landkreis de Lörrach en Allemagne. Ce projet entend mettre sur pied une zone transfrontalière d'accès aux soins de santé, à l'exemple des zones créées à la frontière franco-belge (cf. chapitre 4).



Rhénanie-Palatinat

ALLEMAGNE

Grand Est

FRANCE

Conférence
Franco-Germano-Suisse
du Rhin supérieur

Strasbourg • Kehl*

TRISAN

Bade-Wurtemberg

Freiburg im
Breisgau

Mulhouse

Bâle

SUISSE

Imot © Mission Opérationnelle Transfrontalière

* Siège de l'Euro-Institut, structure de portage du projet TRISAN



Des initiatives concernent également l'aide médicale urgente. Ainsi, depuis 2002, s'opère une collaboration étroite entre l'équipe du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) de Wissembourg en France et les membres de la Deutsches Rotes Kreuz (équivalent de la Croix Rouge) de Bad Bergzabern en Allemagne.

Afin de pallier la carence en professionnels de santé en cas d'urgences pré-hospitalières survenant de nuit, une équipe mixte intervient, peu importe le pays d'où provient l'appel. Par ailleurs, lorsque le centre d'appel active l'équipe SMUR pour intervenir en Allemagne, le système d'alarme allemand est automatiquement enclenché. Sur les 862 sorties réalisées par le SMUR de Wissembourg en 2013, 126 s'étaient déroulées sur le territoire allemand, ce qui représentait environ 15 % de l'activité du SMUR.

1.3. Un centre pour renforcer la coordination

L'idée du projet TRISAN part de l'expérience de l'Euro-Institut et des divers partenaires confrontés à la difficulté de mener à bien des projets sanitaires transfrontaliers. Non seulement ces projets renvoient à des règles ou des protocoles très différents selon le versant, mais ceux-ci dépendent d'échelons administratifs multiples.

En 2015, à partir des diverses expériences accumulées dans le Rhin supérieur, les partenaires institutionnels, au travers du GT «politiques de santé», réfléchissent à la mise en place, en collaboration avec l'Euro-Institut, d'un centre pour développer la coopération sanitaire transfrontalière. S'étalant sur une période de 18 mois, la phase de préparation et de développement du projet a permis de trouver les partenaires adéquats, ainsi que les sources de financement en vue d'assurer le lancement effectif du projet.

Le projet TRISAN a vu le jour en juin 2016. Il instaure un centre de compétences tri-national dont les objectifs sont multiples : mise en réseau des acteurs dans le domaine de la santé, accompagnement dans la conception de projets, amélioration et diffusion des expériences en matière de connaissances transfrontalières médico-sanitaires.

Le projet est porté par l'Euro-Institut, pour le côté français, l'Agence régionale de santé (ARS) Grand-Est, pour le côté allemand, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium für Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, pour le côté suisse, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique. Le centre est inauguré le 19 décembre 2016.

1.4. Une coopération ancienne n'empêche pas les obstacles

Bien que les partenaires se connaissent et collaborent depuis de nombreuses années, la mise en place de TRISAN, comme c'est le cas pour tout projet transfrontalier en matière médico-sanitaire, n'a pas été chose aisée.

Il apparaît, en effet, que les systèmes de santé diffèrent grandement d'un versant à l'autre et, par conséquent, que les parties prenantes doivent fournir un important travail d'identification ou de négociation de dénominateurs communs. Ce n'est que sur cette base solide que les opérateurs peuvent, ensuite, planifier la mise en œuvre du projet. La diversité tant linguistique que culturelle, couplée aux différences en termes de contexte et de méthodes de travail, complexifie également le processus.

La construction et le pilotage de projets transfrontaliers demandent certaines aptitudes, par exemple, l'ouverture vers l'autre et une réelle volonté d'apprentissage du système voisin. Il s'avère impératif de faire preuve d'une grande flexibilité et d'une capacité d'innovation. Ces qualités ne visent pas à gommer les différences existant entre plusieurs systèmes, mais plutôt à les dépasser via leur intégration au raisonnement et aux modes d'action au sein de ces territoires.

Dans le domaine de la recherche, la plus-value engendrée par la coopération sanitaire semble plus facilement identifiable. En effet, d'une part, elle permet la mise en synergie des forces de chacune des équipes, et, d'autre part, elle développe la capacité de fournir un travail collectif. Cette collaboration de type scientifique constitue un réel terrain d'expérimentation.

1.5. Quelques facteurs clef pour asseoir la coopération

Pour la réussite de semblables dynamiques, il s'avère essentiel d'envisager le projet sanitaire comme un projet multisectoriel, qui, par consé-



quent, nécessite des solutions au carrefour de différents secteurs (médical, administratif, politique, assurantiel, communicationnel, managérial, juridique, etc.). Il convient dès le départ de fixer des objectifs communs et de développer de façon continue un processus de concertation. Il s'agit également de s'assurer que le projet bénéficie d'un soutien politique, financier et administratif suffisant et pérenne.

La communication, aussi bien externe qu'interne, est un élément important. Ainsi, on relève, parmi les principaux obstacles à la santé transfrontalière de proximité, le manque de transparence quant aux droits que possèdent les patients ainsi que les possibilités existant (ou non) de remboursement. Le manque de visibilité transfrontalière de l'offre de soins s'avère un frein majeur à résoudre en amont, c'est-à-dire en diffusant au maximum l'information quant aux projets en cours et, surtout, quant à leurs résultats.

Enfin, deux autres facteurs s'avèrent incontournables: la motivation et le sens collectif. La réussite repose souvent sur quelques personnes clés possédant une motivation sans faille, parfois d'ordre personnel. C'est à la fois la force et la faiblesse de la coopération sanitaire puisque certaines de ces personnes peuvent être amenées à être mutées. En outre, il est essentiel que le projet développe un sentiment collectif d'appartenance en vue d'aboutir à une réelle notion de communauté et ce, en s'appuyant sur des pistes de coopération gagnant-gagnant pour toutes les parties impliquées, y compris les patients.

UN TÉMOIN PRIVILÉGIÉ: ANNE DUSSAP

Anne Dussap, cheffe du projet TRISAN, rejoint l'Euro-Institut en 2007 où elle est responsable de formations, elle a accompagné les conférences organisées par le GT «politiques de santé» et de multiples projets connexes.

«L'idée du projet part du constat que la mise en œuvre de projets sanitaires est extrêmement complexe, d'une part parce qu'elle requiert la mise en cohérence de dispositifs, de fonctionnements, de réglementations régies à des échelons administratifs et politiques divers selon les pays, d'autre part, parce qu'elle couvre des champs sectoriels différents...). Les divergences entre les systèmes constituent une difficulté non négligeable dans la réalisation des projets, mais en deçà des différences réelles, il existe aussi de nombreuses idées reçues sur les différences et des clichés qui forment un réel obstacle à la coopération et qui encouragent à la méfiance, la peur de la coopération et au repli sur soi».

2. INTERSYC

Soigner et protéger ensemble les enfants (Grèce, Bulgarie)

2.1. Les déficits de la frontière gréco-bulgare

La frontière gréco-bulgare traverse une région au relief accidenté, éloignée des centres urbains. Cet éloignement entraîne des déficits importants de part et d'autre, en matière de services publics, et notamment dans le domaine de la santé.

Cela se traduit par des lacunes dans l'offre de soins in situ, voire une absence totale de ceux-ci. Cette situation crée aussi des pénuries au niveau de la prévention et de la protection sociale. Dans les années 2000, il a été constaté que cet éloignement entraînait une absence de coordination plus grave encore, lorsque des cas d'abus ou de traite d'enfants étaient constatés et non résolus.

Le projet INTERSYC (INtegrated TERritorial SYnergies for Children health and protection) a été mis en œuvre entre 2013 et 2015. Il a été mis sur pied par l'organisation The Smile of the Child, en coordination avec l'association sans but lucratif bulgare Chance, la fondation bulgare Nadja Centre Foundation, les villes de Kavala et Paggaiou (Grèce) ainsi que l'inspection régionale de la santé de Kardzali (Bulgarie).

C'est la mise en commun de ces diverses expertises et compétences qui a permis de dépasser l'isolement régional. Ce partenariat a permis la mise en place d'une série d'actions, séminaires, formations permettant l'amélioration de la protection, de la prévention et des soins, particulièrement à destination des enfants et de leurs familles.

2.2. Prévenir, agir et former

Le projet INTERSYC a inclus un ensemble d'activités ciblées sur les enfants qui s'articule en trois axes : le premier axe vise les situations d'urgence créées par la disparition d'enfants, le deuxième axe concerne la prévention et les soins et le troisième axe l'offre de services socio-sanitaires à destination des familles et des enfants en difficulté.

OBJET : Coordination des activités destinées à améliorer la prévention, la protection et la santé des enfants et des familles.

DATES CLEFS : Création de «The Smile of the Child» en 1996 en Grèce et de la Fondation «Nadja Centre» en 1998 en Bulgarie. Lancement du projet commun INTERSYC (INtegrated TERritorial SYnergies for Children health and protection) en 2013.

FRONTIÈRE : La Macédoine centrale, la Macédoine orientale et la Thrace (Grèce) et les Régions du centre méridional et du sud-ouest Bulgarie.

PROGRAMME EUROPÉEN (CO-FINANCEMENT) : Interreg IV 2007-2013 : budget : 624 362 EUR dont la part FEDER de 530 708 EUR

SITE INTERNET : <http://intersyc.eu>

Le premier axe s'intéresse spécifiquement aux cas de disparitions ou de traite d'enfants; il s'agit d'offrir des formations et un transfert de connaissances permettant d'informer et surtout d'agir quand de telles situations apparaissent. L'axe promeut, côté bulgare, le recours aux instruments européens existants dans le domaine, à savoir la ligne 116000 utilisée en cas de disparition d'enfants, ainsi que sa plateforme de coordination regroupant le *European Child Alert Automated System* (ECAAS) et le système *Amber Alert*. Cet axe permet également la promotion en Bulgarie du Centre *Southeastern European Center for Missing and Exploited Children* (SEEC).

En deuxième lieu, INTERSYC développe des activités destinées à améliorer la santé des enfants, notamment par de la prévention. Cet objectif est mis en œuvre grâce à des unités médicales mobiles et, la visite de personnel spécialisé des deux côtés de la frontière. Parmi ces services mobiles, on compte des unités de prévention médicale de *The Smile of the Child* dont, à titre d'exemple, une, spécialisée en ophtalmologie, et une polyclinique mobile baptisée Hippocrate, qui inclut, entre autres, des entités d'audiologie, de cardiologie, de pédiatrie et de dentisterie. Ces unités entendent apporter un soutien, notamment côté bulgare, aux médecins locaux. Les activités de prévention mises en œuvre ont décelé des carences flagrantes en matière de prévention sanitaire et, outre l'impact médical, ont constaté des cas d'abus ou de négligence infantiles. La pré-



Région du Sud-Est

BULGARIE

Région du Centre-Méridional

Kardzali •

INTERSYC

Macédoine-Orientale
-et-Thrace

• Kavala

• Pangaio

Macédoine-
Centrale

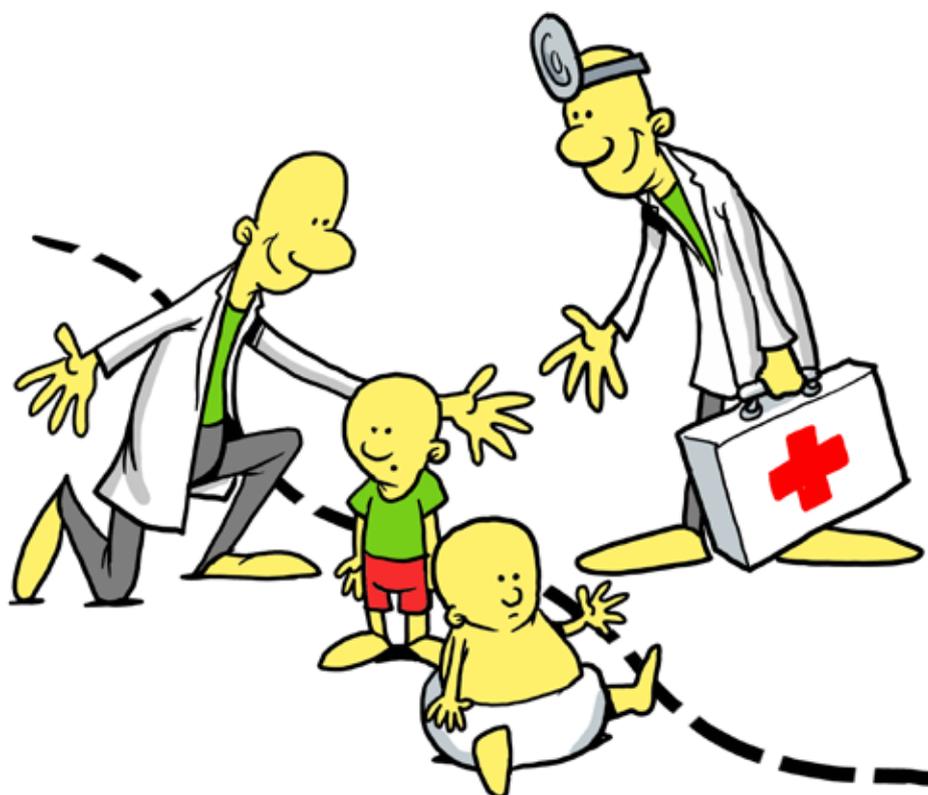
GRÈCE

vention a donc œuvré au-delà de la seule question médicale en intégrant des volets psychologiques et sociaux.

Enfin, le troisième axe entend plus largement améliorer la disponibilité de services socio-sanitaires pour les enfants et les familles en difficulté. Il propose des formations à destination des personnels travaillant avec les enfants. Il encourage, en Grèce et en Bulgarie, l'implantation de centres d'aide pour les familles. Des séminaires destinés à former aux soins de première urgence sont prodigués aux volontaires et aux personnels en charge d'enfants. Ces formations se basent sur les recommandations et principes formulés par l'*European Resuscitation Council* (ERC) ou la Croix Rouge bulgare et s'organisent dans la commune de Paggaio en Thessalonique grecque et de Kardjali et Razlog en Bulgarie.

2.3. Effets induits, clefs du succès et capitalisation

Le projet a amélioré indubitablement la situation des enfants et des familles, mais son succès ne s'arrête pas là. En effet, plus globalement, il a incité des acteurs publics et des organisations non gouvernementales ou des associations à collaborer de part et d'autre de la frontière et à mettre en œuvre ensemble des actions pérennes pour les enfants. À ce titre, il est intéressant de souligner la diversité des partenaires qui ont été associés dans le cadre de la mise en œuvre de ce projet, comprenant des institutions éducatives, des organismes de santé, ou les services de police nationale via la plateforme ECAAS et la lutte contre la disparition des enfants.





La force et l'expertise depuis 1996 de *The Smile of the Child*, en Grèce en collaboration avec diverses organisations ont amené la mise en commun des savoir-faire et des équipements nécessaires.

Une autre clef du succès a été que *The Smile of the Child* et l'ONG *Nadja Foundation Centre* en Bulgarie travaillaient déjà ensemble au *South Eastern Europe Center for Missing/ Exploited Children* (SEEC) depuis longtemps et que les divers partenaires de même nationalité œuvraient déjà localement en commun.

La question de la capitalisation des pratiques a également été intégrée à la démarche par l'organisation de formations : les travailleurs sociaux sont maintenant dotés des connaissances nécessaires, notamment pour assurer une gestion locale des premiers soins. La diffusion d'informations de prévention et la communication avec les populations locales se sont développées, notamment via des brochures.

Le SEEC qui intervient en cas de disparitions ou d'exploitations d'enfants a étendu ses activités en Bulgarie via un Plan National de lutte contre la traite d'enfants mené par le ministère des affaires étrangères bulgare.

UN TÉMOIN PRIVILÉGIÉ : ANTONIA TSIRIGOTI

Gestionnaire de projets de coopération internationale et de programmes au sein de *The Smile of the Child*, chercheuse, Antonia Tsigoti est également psychologue et coordonne divers programmes et projets en lien, entre autres, avec la protection de l'enfance.

«La planification très opérationnelle du projet a assuré son fonctionnement mais aussi la pérennité des résultats, et ce au-delà des avantages accordés aux bénéficiaires directement ciblés, à savoir les enfants. En effet, davantage de collaborations fonctionnelles et institutionnelles ont été créées entre des opérateurs publics des deux côtés de la frontière, des acteurs du secteur privé ou du secteur social et des institutions consacrées à l'éducation ou la santé au niveau transfrontalier.»

3. «Priorité aux patients, aux clients et aux familles»

Un partenariat santé transfrontalier (Irlande, Royaume-Uni)

3.1. Un espace périphérique commun

La région, de part et d'autre de la frontière de l'Irlande du Nord et de la République d'Irlande, souffre de lacunes majeures en matière de services de soins et de services sociaux à la population. Cette situation s'explique par le caractère périphérique de cette zone, éloignée géographiquement des centres, par le caractère rural de certains de ces territoires, mais également par les années de conflits qui ont opposé l'Irlande du Nord et la République d'Irlande. Dans ce contexte, la coopération transfrontalière entend non seulement répondre à des besoins sanitaires et sociaux, mais expérimente aussi la collaboration et le partage d'expériences entre populations et entre les institutions impliquées.

Des expériences transfrontalières ont émergé durant les années 1980. Peu à peu, le besoin de formaliser ces collaborations est apparu : l'accord de Ballyconnell le 10 juillet 1992 a amené l'institutionnalisation du partenariat *Cooperation And Working Together for health gain and social well being in border areas* (CAWT), regroupant les *North Eastern and North Western Health Boards* de la République d'Irlande et le *Western Health and Social Services Board* en Irlande du Nord. L'organisation s'est développée afin de proposer à la fois une expertise, une capacité de recherche et un support concret à l'activité transfrontalière.

L'organisation CAWT a mis en œuvre le concept «*Putting Patients, Clients and Families First*» regroupant un ensemble de projets destinés à améliorer l'accès aux services, la promotion de la santé, du bien-être et de l'inclusion sociale et la réduction des inégalités en matière sanitaire, dans ces régions frontalières rurales. Ces projets, appuyés par le programme 2007-2013 Interreg IV Northern Ireland, *the Border Region of Ireland and Western Scotland* et Peace II, sont composés de diverses initiatives

OBJET : Amélioration de la santé et de l'aide sociale destinées aux populations vivant de part et d'autre de la frontière irlandaise via un ensemble de projets.

DATES CLEF : 1992 : signature de l'Accord de Ballyconnell et création de l'organisation partenariale *Cooperation And Working Together* (CAWT); 1996-2000 : projets de coopération socio-sanitaire (Peace I); 2002-2008, CAWT comme porteur de projets cofinancés par Interreg III A et Peace II.

FRONTIÈRE : Irlande du Nord (Royaume Uni) – Border, Midland and Western Regions (Irlande).

PROGRAMME EUROPÉEN : Interreg IV A (Irlande du Nord, République d'Irlande, Écosse occidentale) : budget de 30 000 000 EUR dont 22 500 000 EUR financés par le FEDER.

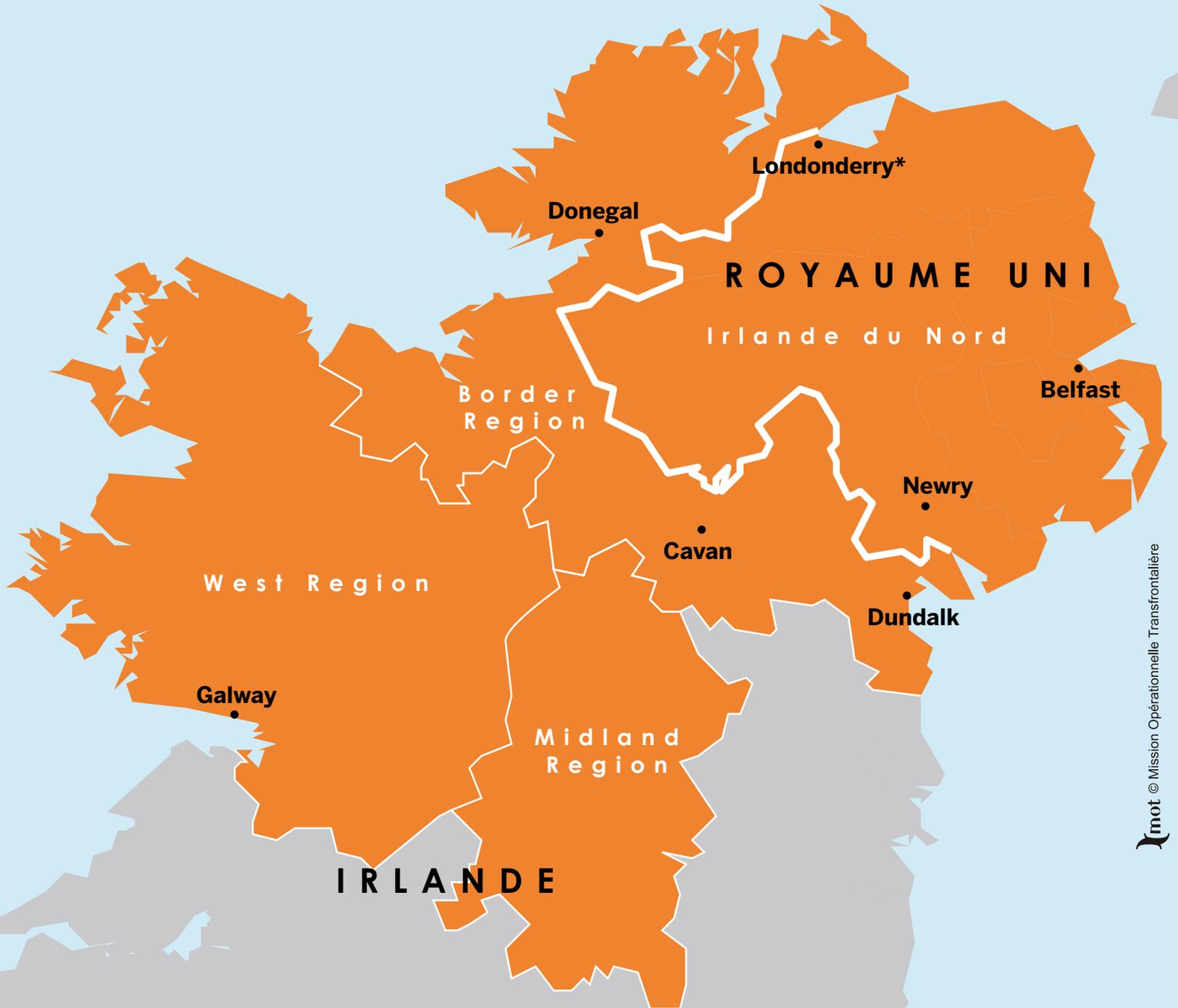
SITE INTERNET : <http://www.cawt.com>

relatives aux soins médico-sociaux. Les axes recensés concernent des domaines aussi divers que l'inclusion sociale, l'établissement de services spécialisés hospitaliers, l'amélioration de la mobilité transfrontalière ou le soutien aux personnes âgées.

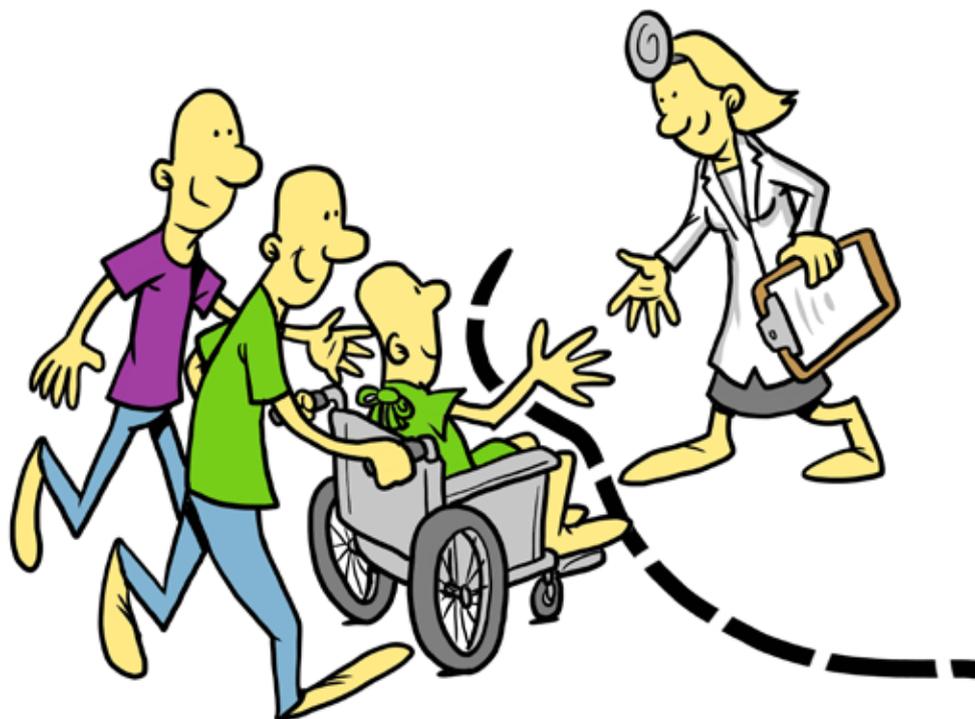
3.2. Douze projets pour une meilleure santé et moins de frontière

Les douze projets qui constituent «*Putting Patients, Clients and Families First*» forment un ensemble ambitieux destiné à développer et à diversifier les services offerts, former des réseaux transfrontaliers et faciliter la mobilité. Ils concernent :

- le développement de nouveaux services médicaux spécialisés, par exemple en oto-rhino-laryngologie (ORL),
- l'établissement de centres de planning familial,
- le développement d'un réseau de traitement concernant les troubles alimentaires,
- la prévention contre l'alcoolisme,
- une aide dédiée aux familles et aux enfants en difficulté,



* Siège de cooperation and working together (CAWT), structure de portage du projet



- une aide à domicile pour les personnes âgées,
- un appui lié au handicap,
- la lutte contre le diabète visant les personnes à risque,
- un programme de prévention et de gestion de l'obésité chez les enfants,
- des actions de lutte contre l'inégalité en matière d'accès aux soins de santé,
- un appui à la mobilité professionnelle par l'échange de connaissances et d'expertises,
- des actions consacrées à l'autisme.

Par l'offre de services médico-sociaux transfrontaliers, il s'agit non seulement de soigner et d'améliorer le bien-être des populations, mais aussi par ce moyen, de restaurer les liens et la confiance entre les deux communautés encore marquées par la guerre.

3.3. Les facteurs de réussite

Le rôle clef d'interface joué par l'organisation CAWT est un facteur majeur de réussite : son expertise et ses réseaux facilitent la coordination entre les administrations du ministère de la santé d'Irlande du Nord et de son homologue irlandais. Sa structuration en groupes stratégiques (Traveller health, older people, mental health, primary care...) facilite l'organisation des projets. C'est également elle qui assure le bon déroulement de l'ensemble des activités en fonction des critères fixés par les ministères des deux pays partenaires et par le « Special EU Programmes Body » (SEUPB) qui gère l'ensemble des programmes Peace et Interreg entre l'Irlande du Nord et la République d'Irlande.

La coordination créée par CAWT a donné lieu, dès le démarrage du projet, à des actions de communication et d'information via une newsletter «CAWT in Action». Cette publication trimestrielle rend compte régulière-

ment de l'avancée des projets. Outre la dissémination des bonnes pratiques à l'échelle de la région transfrontalière, ce périodique permet également de présenter les résultats engrangés, de conforter les liens entre les partenaires et d'identifier les pistes de futurs projets.

3.4. Les obstacles principaux

La coopération transfrontalière entre Irlande du Nord et République d'Irlande s'inscrit dans un contexte politique et humain plus difficile qu'à d'autres frontières européennes. Les années de violence apparaissent encore proches dans les perceptions des populations et l'idée-même de coopérer vise à dépasser cette barrière.

En outre, et plus pragmatiquement, les systèmes de santé irlandais et britannique diffèrent fortement : ainsi, la gratuité des services sociaux et sanitaires est assurée en Irlande du Nord alors que, en République d'Irlande, le système est un système mixte, à la fois privé et public. La répartition des compétences entre autorités est également particulière. Les systèmes en place en matière de politique de santé, mais aussi d'emploi, diffèrent eux aussi. La coordination entraîne dès lors des temps importants de réunions, ce qui occasionne des déplacements chronophages et coûteux.

3.5. Un bilan positif mais une tâche inachevée

Un bilan des projets menés dans le cadre des programmes Interreg et Peace montre qu'environ 50 000 personnes ont bénéficié des services et soins proposés pendant les sept années d'activités (2008-2014). Les projets ont également réussi à toucher des populations parfois très marginalisées : citons ainsi le projet visant à promouvoir l'inclusion sociale et luttant contre les inégalités en matière de soins (*Promoting Social Inclusion and Tackling Health Inequalities*) qui a concerné plus de 4 000 habitants, y compris des gens du voyage et des femmes en situation précaire.

Notons qu'en 2013, des pressions financières et des réformes significatives de la politique de santé, des deux côtés de la frontière, ont renforcé encore la nécessité de coopération et de partenariat entre les opérateurs de part et d'autre de la frontière.

La pérennité de la démarche est en partie assurée. Ainsi, le service oto-rhino-laryngologique transfrontalier établi entre la République d'Irlande et l'Irlande du Nord poursuit ses activités, quatre des plannings familiaux supplémentaires continuent leurs activités, le projet lié à la lutte contre l'alcoolisme a été étendu et celui relatif à l'autisme (*Turning the Curve autism support*) a amené la création de postes permanents.

Les effets des projets touchent également des aspects institutionnels : ainsi, la réorganisation des services existants envisage de favoriser la mise en commun transfrontalière des ressources et l'extension des réseaux, y compris entre les milieux associatifs.

UN TÉMOIN PRIVILÉGIÉ : DR. LINDA KING (CAWT in Action, n°40, juin 2014)

Le Docteur Linda King est membre de Catsledearg GP Practice / General Surgery, elle a participé au projet lié à l'amélioration de la condition des handicapés, plus spécifiquement localisé dans les Councils de Strabane et du Donegal.

«Notre participation à ce programme nous a donné une opportunité unique car elle nous a amené à améliorer nos services aux patients. Ainsi, les formations de sensibilisation aux handicaps ont amélioré la confiance de notre personnel quant au traitement des handicaps physiques, d'apprentissage ou sensoriels. Tous ces changements, qu'ils soient importants ou plus petits, créent déjà une différence significative pour la santé et le bien-être de nos patients, spécialement ceux qui souffrent d'un handicap».

4. TELEMEDECINE EUROREGION POMERANIA

Faire circuler les données plutôt que les patients (Allemagne, Pologne)

4.1. Comment vaincre l'isolement?

Le projet se situe dans des régions frontalières reculées et peu peuplées (69 habitants par km²), au sein de l'Eurorégion Pomerania. Cette euro-région, créée en 1995 à la frontière germano-polonaise, développe des projets dans les domaines économiques, de l'éducation, de la culture, des infrastructures et de la protection de l'environnement.

Ces régions sont confrontées à une même réalité. Tant du côté polonais qu'allemand, elles souffrent de plus en plus de carences en matière médicale. D'une part, ces régions peu peuplées comptent une population vieillissante, qui est sujette à de multiples affections. D'autre part, elles deviennent de véritables déserts médicaux : les jeunes médecins, généralistes ou spécialistes, s'installent de façon privilégiée dans les zones urbaines et dans de grandes structures de soins où ils pourront profiter de technologies et d'un environnement stimulant. Dès lors, l'accès à des soins spécialisés pour les habitants de ces lieux isolés requiert que le patient se déplace et ce, parfois sur de longues distances. Ces déplacements sont de surcroît coûteux.

Le temps et les conditions de transport non seulement des malades, mais aussi des prélèvements médicaux effectués localement, constituent des facteurs défavorables à une prise en charge optimale. Cet isolement peut même être critique lorsqu'il s'agit de détecter une pathologie cardiaque ou lorsque la personne est victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC). Dans ces cas, un diagnostic rapide doit être posé sous peine que le pronostic vital ne soit engagé.

Face à cette situation, le projet de télémédecine propose un meilleur accès à des services et infrastructures de soins. Plus précisément, il œuvre en vue d'améliorer la prévention et le diagnostic de certaines pathologies et l'établissement de structures de communication durables afin d'assurer de meilleurs traitements aux patients.

OBJET : Informations, diagnostics et traitements de certaines pathologies par télémédecine (c'est-à-dire les pratiques médicales facilitées par les télécommunications).

DATES CLEF : 2001 : expérience de télémédecine en Allemagne; 2002-2006 : installation d'un réseau de télémédecine transfrontalier dans l'Eurorégion Pomerania; 2007-2013 : extension du réseau à d'autres opérateurs.

FRONTIÈRE : la Voïvodie de Poméranie occidentale (Zachodniopomorskie) en Pologne, les länder du Mecklembourg-Poméranie (Mecklenburg-Vorpommern) et du Brandebourg (Brandenburg) en Allemagne.

PROGRAMME EUROPÉEN (CO-FINANCEMENT) : Interreg IV (2007-2013) : 12 024 316 EUR dont une contribution du FEDER de 10 088 374 EUR.

SITE INTERNET : <http://www.telepom.eu>

4.2. Faire circuler les données

Dès 2001, des initiatives de télémédecine se développent côté allemand. La télémédecine recouvre l'ensemble des activités médicales qui mettent en rapport un patient ou les données le concernant et un médecin ou un organisme éloigné géographiquement, grâce aux technologies de l'information et de la communication. Elle vise des diagnostics, des prises en charge et des traitements dans le respect des normes et des règles de tout acte médical.

Un an plus tard en 2020, un premier réseau transfrontalier germano-polonais de télémédecine est lancé à partir de Vorpommern (Allemagne) qui concerne la télépathologie, la téléradiologie et la visioconférence.

Le projet de télépathologie repose sur une association entre hôpitaux ayant leur propre structure de pathologie et hôpitaux n'en étant pas pourvus : une analyse des tissus peut ainsi être menée via la télémédecine. La téléradiologie, quant à elle, intervient par exemple lorsqu'un second avis est nécessaire, en cas d'urgence ou en cas de fermeture temporaire d'un centre local de radiologie (par exemple en période de vacances).



Rostock

Koszalin

Schwerin

Mecklembourg -
Poméranie-Occidentale

Szczecin

Poméranie
occidentale

POLOGNE

ALLEMAGNE

Potsdam

Télémédecine

Brandebourg

Cottbus

Les visioconférences, enfin, permettent des réunions pluridisciplinaires à distance. Elles créent l'occasion de discuter du cas de certains patients dont la complexité nécessite une complémentarité de compétences. Elles amènent à organiser des séances de formations ou des séminaires dont l'audience peut être garantie sans déplacement des participants.

A partir de 2006, un service de mammographie digitalisée est adjoint, ce qui permet d'assurer un programme régulier de détection précoce du cancer du sein, et ce de part et d'autre de la frontière germano-polonaise.

Utilisant les structures existantes, le projet Télémedecine met en réseau grandes et petites infrastructures et fait circuler données et connaissances.

Entre 2002 et 2006, 12 établissements allemands, dont une université de sciences appliquées qui permet le stockage des données médicales, et 4 hôpitaux polonais collaborent au réseau.

Grâce au financement du programme Interreg IV Mecklenburg-Vorpommern / Brandenburg-Zachodniopomorskie en 2007-2013, 22 hôpitaux allemands et 15 hôpitaux polonais s'insèrent dans le réseau de Télémedecine. La télémedecine concerne alors, en plus des axes initiaux, l'urologie, les troubles oto-rhino-laryngologiques (ORL), la cardiologie, l'oncologie, l'ophtalmologie et les soins des patients ayant subi un AVC. Par exemple, toutes les deux semaines se tient le conseil de Poméranie contre le cancer de la prostate, qui rassemble les spécialistes en urologie de l'Eurorégion, les médecins internes et les radiothérapeutes des hôpitaux de Szczecin (Pologne) et de Greifswald et Schwedt (Allemagne).

Grâce au processus de télémedecine, le médecin traitant, implanté localement à la frontière, peut disposer d'un second avis, émanant d'un médecin spécialiste. La transmission rapide, voire instantanée, de ces informations permet de traiter efficacement le patient. En outre, ces échanges diminuent les coûts et les difficultés liées au transport (des prélèvements médicaux ou des personnes) et améliorent, de plus, l'environnement de travail des médecins de proximité.

4.3. Méfiance et différences

Le développement de la télémedecine, en tant que tel, a constitué un premier défi important : ainsi une partie du personnel hospitalier — mé-

decins et personnels soignants — a été au départ très réticente face à la technologie et à l'usage de la digitalisation pour le diagnostic ou le soin.

Le projet a également été freiné, côté polonais, par un blocage des moyens budgétaires : ce n'est qu'en 2006 que les hôpitaux polonais ont réellement rejoint le réseau allemand. La digitalisation de la médecine n'était pas considérée initialement comme une priorité, surtout face au coût des équipements nécessaires.

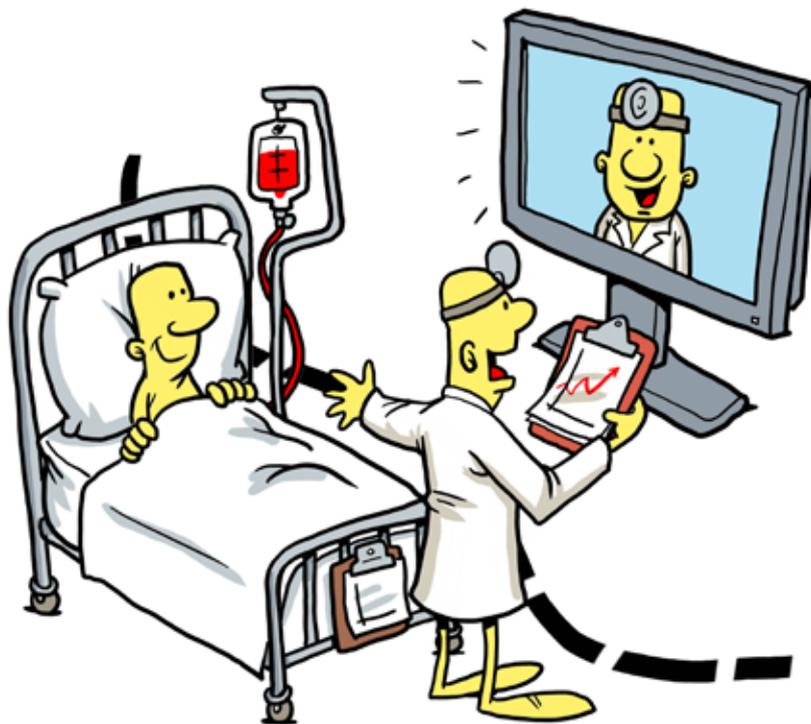
Des difficultés d'ordre culturel ont également été relevées, qu'il s'agisse des façons de s'organiser ou du rôle des associations par exemple. Le rôle du traducteur est alors, non seulement, de traduire linguistiquement les échanges d'informations, mais également, de relever les perceptions ou les représentations qui diffèrent. C'est la raison pour laquelle des traducteurs sont encore toujours actuellement utilisés lors des visioconférences ou des réunions.

Le projet a aussi nécessité le recours à des juristes, afin de régler les très nombreuses questions légales intrinsèquement liées au contexte transfrontalier, ce qui a complexifié la mise en œuvre opérationnelle du projet. Notons que les hommes de loi engagés étaient davantage habitués à travailler dans un environnement de type marchand. Dès lors, dans l'élaboration des règles, il s'est avéré nécessaire de leur rappeler régulièrement le contexte du secteur de la santé, des établissements et des personnels impliqués.

Un dernier obstacle, toujours d'actualité côté allemand, réside dans le remboursement des frais médicaux. En effet, le système de sécurité sociale est lié au lieu d'hospitalisation et n'a pas encore pris en compte les spécificités propres à la télémedecine.

4.4. La télémedecine se diffuse

La télémedecine s'est développée de façon toute particulière en Poméranie allemande au vu du contexte géographique et social. Initiée dans cette région frontalière, cette expertise s'est diffusée non seulement en Allemagne mais en Pologne grâce à la coopération transfrontalière. Elle profite aujourd'hui à de multiples institutions et autant de patients. Globalement, les équipements médicaux en matière de digitalisation des hôpitaux se sont étoffés et améliorés rendant la technologie particulièrement performante. Des fondations ont été créées pour garantir l'échange des données médicales le long de la frontière germano-polonaise.



Le projet Télémédecine s'est élaboré au départ en réunissant fréquemment — et physiquement — les partenaires. Ces rencontres ont permis une compréhension fine des structures de chaque versant et des liens durables se sont créés. L'appui financier des programmes européens a été déterminant. La stabilité du personnel médical qui, contrairement aux membres des comités institutionnels, sont restés dans les structures, a contribué à la constance et à la pérennité des dynamiques enclenchées.

Le réseau institutionnalisé reste ouvert à la participation de nouveaux partenaires. Ainsi, il collabore avec divers réseaux et, avec celui de Téléradiologie de Mecklembourg-Vorpommern (TeleRad M-V). Ce réseau, initié en 2009 et incluant 17 hôpitaux, est désormais directement financé par les hôpitaux participants.

Le transfert de données vers les centres médicaux, la communication des résultats et l'apport d'un second avis médical constituent autant de solutions aux difficultés qu'une région isolée rencontre, à savoir l'éloignement, les difficultés de mobilité et le déficit démographique en matière de professionnels spécialisés. Bien qu'il ne se concentre, pour l'instant, que sur des cas graves et complexes, le projet Télémédecine apporte une plus-value indéniable.

Pour l'avenir, le projet compte s'élargir à d'autres pays comme l'Ukraine et viser des pathologies spécifiques, notamment pédiatriques.

UN TÉMOIN PRIVILÉGIÉ : PROF. DR. MED. NORBERT HOSTEN

Le prof. dr. med. Norbert Hosten est professeur en radiologie, au département de radiologie de l'Universitätsmedizin Greifswald, et depuis 2008, le directeur du comité du projet «Telemedizin Euroregio POMERANIA e.V.» ou projet de Télémédecine de Poméranie.

«Nous avons construit un réseau entre plus de 25 hôpitaux allemands et polonais. À côté du succès technique, il est clair que les réunions récurrentes entre les comités polonais et allemands m'ont apporté beaucoup. Je n'avais aucune connaissance sur la Pologne, au début du projet, et c'était la même chose pour mes collègues polonais à propos de l'Allemagne. Au fil du temps, nous sommes devenus des amis et il est de plus en plus facile de travailler ensemble. Les projets transnationaux constituent, à mes yeux, un outil précieux pour mieux comprendre les peuples en Europe, et ce indépendamment des politiques officielles, qui — nous le voyons — connaissent des hauts et des bas».

5. Le projet franco-allemand de partenariat interhospitalier en cardiologie (France, Allemagne)

5.1. Une demande aigüe en soins cardiovasculaires

Le bassin houiller lorrain (France) enregistre des statistiques de mortalité par maladies cardiovasculaires alarmantes. De surcroît, ce bassin rencontre deux difficultés majeures : d'une part, une pénurie de médecins et, d'autre part, un effet de périphérisation toujours plus prononcé par rapport à Metz.

L'idée d'un projet de coopération médicale en matière de cardiologie apparaît en 2002, à l'initiative commune d'un cardiologue français de Moselle et d'un cardiologue allemand de Völklingen. Ces derniers, souhaitant concrétiser leur partenariat, prennent contact avec les caisses d'assurance maladie de leur pays respectif, mais celles-ci ne manifestent que peu d'enthousiasme à la réalisation d'un projet commun. Durant quelques années, les démarches de rapprochement restent sans suite même si une complémentarité entre les deux structures frontalières de soins de Forbach et de Völklingen permettrait de répondre aux besoins des patients victimes d'un infarctus du myocarde au stade aigu.

En 2011, dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins du bassin houiller lorrain, l'Agence régionale de santé (ARS) désigne l'hôpital de Forbach (France) comme site d'unité de soins intensifs en cardiologie (USIC). Cette unité rencontre alors des difficultés pour réunir les conditions nécessaires à sa mise en service. Toutefois, à une dizaine de kilomètres, le HerzZentrum Saar, pôle allemand de cardiologie des SHG-Kliniken (Saarland Heilstatten GmbH) de Völklingen, dispose d'importants moyens pour le traitement des pathologies cardiaques. Ses moyens sont similaires à ceux offerts par les hôpitaux de Nancy, Metz et Strasbourg se situant tous à 60 km ou plus de Forbach. Un projet de partenariat avec Völklingen redevient alors une évidence.

OBJET : Coopération transfrontalière entre les unités de soin en cardiologie des hôpitaux de Forbach (France) et Völklingen (Allemagne) au sein du projet Santransfor.

DATES CLEF : 2002 : premiers échanges en matière de coopération médicale en cardiologie entre la Moselle et la Sarre. 2007 : embauche d'une personne chargée de la coopération transfrontalière à Völklingen. 2013 : entrée en vigueur de la convention de coopération transfrontalière en matière de cardiologie.

FRONTIÈRE : L'Eurodistrict Saarmoselle et plus spécifiquement pour le côté français, dans la Région Grand Est, le département de la Moselle (Forbach) et pour le côté allemand, le Land de Sarre (Völklingen).

PROGRAMME EUROPÉEN : (cofinancement) Interreg IV A 2007-2013 : budget total : 525 851 EUR dont 236 633 EUR de la part du FEDER.

SITE INTERNET : <http://bit.ly/2f3mhhB>

5.2. Un terreau fertile pour la collaboration

Les deux villes, Forbach et Völklingen, sont jumelées depuis 1964. Le temps nécessaire pour relier les 2 villes s'élève à une quinzaine de minutes. Et il est clair que, lorsque la vie du patient est en danger, comme lors d'un accident cardiaque, c'est la proximité géographique de l'établissement de soins qui importe. De plus, depuis 2010, le Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) UNISANTE+ (Hôpital Marie-Madeleine de Forbach) et le centre des SHG-Kliniken Völklingen ont élaboré des échanges sur cette proximité.

L'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé le 22 juillet 2005, offre un contexte propice à la signature d'une convention de coopération transfrontalière. C'est donc en application de cet accord que le 19 mars 2013 est signée la convention de coopération transfrontalière en matière cardiologique par sept partenaires représentant côtés allemand et français l'ARS, l'Assurance maladie et les directions des établissements de santé concernés.



ALLEMAGNE

LUXEMBOURG

Rhénanie-Palatinat

Sarre

SHG-Klinik Völklingen  • Sarrebruck

Forbach 

Sarreguemines

Eurodistrict SaarMoselle

Grand Est

FRANCE

La mise en place de cette convention s'appuie sur les financements européens, et notamment le projet Santransfor. Ce projet, financé par le programme Interreg IV A la Grande Région/Grossregion, a favorisé la signature d'accords-cadres internationaux bilatéraux et d'accords de collaboration en matière de santé afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des populations résidant dans cette région transfrontalière. Le projet s'est développé, entre autres, sur les territoires de la Sarre et de la Moselle.

5.3. Un partenariat pragmatique

Le partenariat interhospitalier a pour objectif l'organisation et le développement conjoints des soins cardiologiques de façon durable, en complément des partenariats déjà existants, par exemple, avec les hôpitaux de Nancy ou de Metz-Thionville.

Soulignons que la convention interhospitalière a comme terrain d'application l'Eurodistrict Saarmoselle qui regroupe pour le côté français, dans l'actuelle Région Grand Est, sept collectivités intercommunales en Moselle-Est et pour le côté allemand, dans le Land de Sarre, la communauté urbaine de Sarrebruck. Cet eurodistrict a pris la structure d'un Groupement européen de coopération territoriale (GECT), le 6 mai 2010 ; l'objectif, à terme, est de créer une agglomération transfrontalière plus intégrée afin d'appréhender les défis de ce territoire, en profonde reconversion économique et sociale.

Le partenariat en cardiologie se décline en trois volets :

- optimisation de la prise en charge des patients victimes d'une crise cardiaque à l'intérieur du secteur couvert par la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) de Forbach;
- malgré les problèmes de démographie médicale, maintien d'une prise en charge cardiologique de haute qualité au Centre Hospitalier Marie-Madeleine de Forbach en renforçant l'équipe médicale de l'unité de soins;
- organisation d'échanges de bonnes pratiques entre les professionnels de santé et promotion du bilinguisme, au sein du personnel médical et non médical.

Concrètement, tout en garantissant la liberté de choix du patient, les habitants de l'une des communes françaises ciblées peuvent être traités à Völklingen dans un délai nettement plus court que s'ils devaient

être transférés à Metz. Par ce dispositif conventionnel, le pôle clinique de Völklingen est inclus dans le réseau de soins de cardiologie du versant français.

Le deuxième volet amène la mise en place d'une équipe médicale transfrontalière afin d'attirer de jeunes spécialistes et de maintenir la pérennité de l'unité de soins intensifs cardiologiques de Forbach. Cela se concrétise par la venue de cardiologues de Völklingen en renfort de l'équipe médicale de l'USIC (par exemple pour assurer les gardes). Le troisième volet, quant à lui, permet par exemple l'organisation de stages d'observation ou de colloques entre les établissements des deux versants frontaliers.



5.4. Un processus institutionnel lent

En 2010, un rapprochement entre les établissements médicaux de Völklingen et de Forbach permet aux médecins des différents sites de se connaître, de se former à l'une ou l'autre technique d'intervention en cardiologie et d'exercer sur chacun des sites. Ils travaillent d'abord à construire et à resserrer les liens entre les personnels impliqués. On favorise aussi le rapprochement entre les directions des hôpitaux impliqués.

Plusieurs obstacles apparaissent lors de la mise en œuvre de la convention signée en mars 2013 et officialisant le projet de coopération. En premier lieu, figurent des différences culturelles : ainsi, même si les opé-

rateurs vivent géographiquement près les uns des autres, ils ne parlent pas la même langue, ont des habitudes différentes et le projet nécessite une prise de conscience voire des formations — par exemple linguistiques — pour être mis en œuvre et pérenniser.

Deuxièmement, malgré cette même proximité géographique, il existe de réelles différences en ce qui concerne l'organisation des systèmes de santé et les systèmes de remboursement en France et en Allemagne. Ces différences institutionnelles ralentissent, elles aussi, la mise en œuvre de la convention.



Un autre obstacle majeur vient de la différence de niveau institutionnel des parties contractantes. En effet, on trouve d'un côté, l'hôpital de Völklingen, et de l'autre, l'ARS, qui dépend, quant à elle directement, du ministère français de la santé. Ces deux entités constituent des parties contractantes très déséquilibrées en termes d'échelon institutionnel. Ici, comme dans tout projet, chaque acteur public préfère négocier avec son homologue; cependant, dans le cas présent, cela s'avère impossible. Du côté allemand, le partenaire signataire de la convention est l'acteur opérationnel, à savoir dans ce cas-ci, les SHG-Kliniken de Völklingen, soit un hôpital à dimension locale. En revanche, du côté français, l'accord-cadre stipule que l'acteur habilité à signer la convention est l'acteur administratif compétent, donc l'ARS de Lorraine.

Ce type de déséquilibre s'avère fréquent dans les partenariats transfrontaliers et nécessite force de négociations et d'ouverture d'esprit pour aboutir.

En outre, la reconfiguration administrative des services déconcentrés en une seule Agence régionale de santé (ARS) a eu lieu en France durant la phase de négociation, ce qui a contribué à retarder son aboutissement. À cette reconfiguration s'ajoutent des changements de direction au niveau des hôpitaux et de l'ARS, changements qui tendent également à ralentir le processus en œuvre.

5.5. Une coopération effective quoique limitée

La convention entre Forbach et Völklingen est opérationnelle depuis le 2 avril 2013, à la grande satisfaction des professionnels de santé, des patients, des directions d'établissement, de l'ARS et du ministère de la santé du Land de Sarre.

Depuis la mise en place du projet, un nombre croissant de collaborateurs des deux hôpitaux est sur la voie du bilinguisme. Plus spécifiquement, depuis l'entrée en vigueur du projet, les SHG-Kliniken de Völklingen recrutent désormais des médecins bilingues.

Globalement, le partenariat interhospitalier assure une prise en charge cardiologique de haute qualité à Forbach, via le renforcement de l'équipe médicale par des cardiologues bilingues originaires de Völklingen. Concrètement, cette prise en charge se fait, dans un premier temps, à Völklingen et au bout de trois jours en moyenne, le patient peut être transféré à Forbach.

Bien que le projet soit un succès, il reste relativement limité. D'une part, au niveau géographique, il s'applique uniquement à certaines communes frontalières, et donc à une aire géographique restreinte. D'autre part, concernant le diagnostic, il ne doit s'agir que d'un infarctus en phase aigüe de type ST+ : c'est donc très réglementé et limité.

La collaboration, aujourd'hui effective, a, au départ, été lancée dans l'espoir de s'élargir à d'autres diagnostics cardiaques, et notamment à d'autres types d'infarctus. À l'heure actuelle, aucun projet allant dans ce sens ne semble être évoqué par les parties impliquées.

UN TÉMOIN PRIVILÉGIÉ : KARINE MERTENS

K. Mertens a collaboré depuis 2008 à la mise en place de projets de collaboration sanitaire dans l'Eurodistrict Saarmoselle. Elle est depuis 2016 chargée de relations internationales auprès de l'Agence régionale santé Grand Est, qui dépend directement du ministère français de la santé.

«L'idée de départ c'était bien la proximité, il fallait donner la possibilité au patient de se faire soigner à proximité. Il convient de rappeler que dans des diagnostics comme les infarctus, chaque seconde compte et, par conséquent, il semble logique que le patient ait la possibilité de se faire soigner dans l'établissement adéquat le plus proche (...) nous avons travaillé à construire et à resserrer les liens médicaux, les liens interhospitaliers. Mais aussi, au niveau administratif, nous avons travaillé au rapprochement des directions des différents hôpitaux impliqués (...) [et] c'est l'engagement personnel des médecins qui a joué un rôle important.»

6. Le projet IZOM

Des soins de santé sur mesure au sein de l'Euregio Meuse-Rhin (Belgique, Allemagne, Pays-Bas)

6.1. Une région transfrontalière ouverte

L'Euregio Meuse-Rhin (EMR) rassemble le Sud de la province du Limburg (Pays-Bas), les provinces du Limbourg et de Liège (Belgique) ainsi que le Zweckverband Region Aachen (Allemagne). Créée en 1976 en tant que groupe de travail, l'Euregio Meuse-Rhin constitue un très ancien partenariat de coopération transfrontalière. En 1991, l'Euregio s'est dotée d'un statut juridique en prenant le statut de stichting néerlandais, statut comparable à celui d'une association sans but lucratif (asbl). De façon générale, la dynamique transfrontalière est bien ancrée dans les territoires au travers de différentes instances de collaboration.

La région est densément peuplée (3,8 millions d'habitants) et dispose de nombreux équipements en matière de soins de santé.

Dans les années 1990, certains problèmes émergent en ce qui concerne les soins de santé dans la zone: on note des temps d'attente anormalement longs pour accéder à certains spécialistes et, dans certains territoires, une insuffisance voire même un manque de services de santé de proximité.

Le projet IZOM «Soins de santé sur mesure» (Integratie Zorg Op Maat) permet aux habitants de la région de bénéficier de soins de santé de l'autre côté de la frontière. Il concerne la mise en place d'une procédure administrative simplifiée permettant d'accéder à des soins à l'étranger et un processus de diffusion d'informations spécifiques.

IZOM ne constitue pas le seul projet de coopération sanitaire développé dans le cadre de l'EMR. En 2005, par exemple, est mis sur pied le dispositif EUMED (*Cross-Border Emergency Medical Assistance in the Meuse-Rhine Euregio*). Ce dispositif est relatif à de l'aide médicale d'urgence. Ses activités ont commencé à la fin des années 1990 et ont fait partie du projet soutenu par Interreg de 2005 à 2007 EMRIC (*Euregio Maas-Rijn – Interventie in geval van Crisis*) relatif à la gestion de catastrophes.

OBJET : Collaboration destinée à faciliter la mobilité des patients dans l'Euregio Meuse-Rhin.

DATES CLEF : 1997 : établissement du projet IZOM initié par la caisse d'assurance maladie néerlandaise CZ en coopération avec la mutualité chrétienne belge et l'AOK Rheinland allemand. 2000 : lancement du projet qui va associer 13 partenaires. 2013 : développement du projet eIZOM (délivrance d'une carte électronique). 2016 : deux partenaires signataires allemands mettent fin à l'accord de collaboration. Il est décidé d'abandonner la procédure IZOM le 31 décembre 2017 et d'en revenir à l'application du droit communautaire dans l'Euregio.

FRONTIÈRE : L'Euregio Meuse-Rhin (EMR), plus spécifiquement les provinces Noord-Brabant et Limburg (Pays-Bas), les provinces du Limbourg et de Liège, la région d'Aachen et les districts de Bitburg-Prüm et Daun (Allemagne).

PROGRAMME EUROPÉEN (CO-FINANCEMENT) : Interreg II 1994-1999 et Interreg III 2000-2006 : budget de 2 723 702 EUR dont 1 361 019 EUR financés par le FEDER.

SITE INTERNET : <http://www.grenzgaengerinfos.org/soziales4.5.html>

6.2. Élargir l'offre de soins des patients frontaliers

Dès 1997, des organismes d'assurance maladie de Belgique, des Pays-Bas et d'Allemagne entament une réflexion en vue de mettre sur pied une initiative destinée à faciliter la mobilité des patients à travers la frontière. Trois ans plus tard, en septembre 2000, IZOM est lancé. L'ensemble des organismes d'assurance maladie concernés acceptent de signer la convention de partenariat.

Le projet IZOM permet aux habitants de se faire soigner dans les établissements de leur choix et il optimise les services de soins de santé offerts dans l'Euregio. IZOM permet, par exemple, aux habitants du Limbourg belge (dont une importante partie est originaire du Limbourg néerlandais) de se faire soigner dans les hôpitaux où ils avaient l'habitude de se rendre auparavant ; ces résidents peuvent, en quelque sorte, continuer à consul-





ter «leur» médecin, et «leur» hôpital. IZOM permet aussi aux habitants de la communauté germanophone de Belgique de bénéficier d'une offre de soins de santé universitaire dans leur langue, car ils ont désormais un accès facilité aux établissements hospitaliers d'Aachen.

Afin de bénéficier du dispositif IZOM, le patient souhaitant recevoir des soins à l'étranger doit, en premier lieu, s'adresser à sa caisse d'assurance maladie afin d'obtenir, en amont aux soins et traitements dispensés à l'étranger, le formulaire E112+. Ce formulaire vaut uniquement pour le projet IZOM : il s'agit d'un formulaire E112 (ou formulaire récent S2)¹⁰ auquel on a accolé un «+» administratif pour distinguer l'accès aux soins autorisés par cette procédure IZOM spécifique de l'accès relevant de l'application pure des règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale. Par ce dispositif, le patient est traité comme un patient du pays dans lequel il se fait soigner.

¹⁰ Notons que le formulaire E112 est appelé à être remplacé par le formulaire S2, à la suite de la réforme des coordinations des régimes de sécurité sociale de mai 2010.

Dès lors, des choix et des raisons personnels deviennent un motif valable pour se faire soigner de l'autre côté de la frontière. Le formulaire E112+ est octroyé pour une période allant de trois à douze mois, et précise, selon les cas, pour quelles spécialités médicales un déplacement à l'étranger est prévu. Par contre, certaines catégories de médecins et de soins ne peuvent faire l'objet du dispositif IZOM, c'est notamment le cas des médecins généralistes, des dentistes et des kinésithérapeutes. Enfin, en Belgique, pour toute une série de soins particuliers déterminés par l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité), l'obtention du formulaire E112+ reste soumise à l'approbation de la caisse d'assurance maladie.

En 2013, les caisses d'assurance AOK Rheinland/Hamburg (Allemagne) et la Mutualité chrétienne de Verviers (Belgique) ont développé un nouveau projet, eIZOM, à savoir la délivrance d'une carte électronique permettant au spécialiste allemand de soigner directement le patient belge affilié.

6.3. Des rigidités administratives et juridiques

Dans la phase de mise en place du projet IZOM, un des principaux obstacles a concerné les rigidités juridiques et administratives. Il a fallu proposer des textes législatifs permettant des accords entre des partenaires issus de différents pays et stabilisant leurs décisions. Il a aussi été nécessaire d'évaluer la charge administrative inhérente à ce type d'innovation. Pour permettre au patient de traverser aisément la frontière, l'objectif était bien de limiter autant que possible la complexité de ces démarches.

Le projet semble majoritairement répondre aux attentes des populations habitant en Belgique. Dans une entrevue accordée à un média belge local en 2014, Danny Havenith, directeur du St. Nikolaus-Hospital (Eupen, Belgique) évoquait une concurrence déloyale : il précisait que le projet IZOM amenait davantage de patients belges à passer la frontière que de patients allemands ou néerlandais ; ce déséquilibre se faisait particulièrement ressentir pour certaines médecines spécialisées, et notamment la pédiatrie.

6.4. Des résultats indéniables

En 2014, 15 807 formulaires S2+ ou ex E112+ sont émis pour des soins en Allemagne, représentant des patients assurés sociaux belges : il s'agit essentiellement d'habitants de la communauté germanophone de Bel-

gique. À l'inverse, 1 281 formulaires dont une majorité reçue des Pays-Bas concernent des soins en Belgique (à Genk et Tongeren notamment), pour des patients néerlandais et allemands. Les patients néerlandais qui viennent se faire soigner en Belgique le font pour des raisons liées aux temps d'attente aux Pays-Bas.

Le succès enregistré par IZOM a suscité des initiatives similaires dans d'autres régions. Ainsi, en 2002, une démarche similaire (appelé ZOM) a été lancée dans l'Eurorégion Rhein-Waal, entre les Pays-Bas et l'Allemagne. La plus-value du projet concerne les patients, mais aussi les professionnels, car la mise en place du projet amène les partenaires à échanger et à mieux s'informer quant aux offres disponibles et aux besoins des patients.

6.5. L'arrêt programmé du projet IZOM

Dès les années 2010, des changements importants, tant en Europe que dans les pays partenaires, et impliquant directement ou indirectement le projet IZOM interviennent.

Le cadre réglementaire concernant l'accès aux soins transfrontaliers est modifié au niveau européen, à la suite de la transposition en droit national, en 2013, de la directive 2011/24/UE sur les droits des patients. Cette modification interroge alors la plus-value apportée par le dispositif IZOM : en effet, cette directive offre désormais les mêmes possibilités que celles portées jusqu'alors par le projet tri-national.

Le déséquilibre des flux et ces évolutions amènent aussi à interroger la procédure.

En 2016, deux partenaires signataires allemands mettent fin à l'accord de collaboration IZOM et il ne reste alors, du côté allemand, que l'AOK Rheiland/Hamburg.

En Belgique, l'accord de collaboration IZOM fait l'objet d'un rapport d'évaluation de l'administration du ministère des affaires sociales et de la santé publique en 2016. Au vu, notamment du retrait des deux opérateurs allemands, un groupe de travail, sous la présidence de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), est constitué fin de cette même année afin d'envisager l'avenir d'IZOM ou éventuellement proposer des alternatives. Il est décidé que la procédure IZOM sera définitive-

ment abandonnée le 31 décembre 2017. Entre juin et décembre, une période de transition destinée notamment à des traitements en cours est tolérée.

En outre, afin de faciliter l'accessibilité de certains soins de santé en Allemagne pour les citoyens germanophones belges, jusque-là bénéficiaires du projet IZOM, une solution alternative est proposée. Elle porte sur l'établissement d'une liste de soins de santé et une aire géographique précise de part et d'autre de la frontière belgo-allemande. Il s'agit de viser des besoins médicaux pour lesquels la langue allemande est un élément essentiel et l'offre insuffisante pour les habitants concernés.

A partir du 1^{er} janvier 2018, on en reviendra donc dans l'Euregio à l'application du droit communautaire, comme partout ailleurs dans l'UE, à savoir, à l'application du règlement européen de coordination et la directive 2011/24 sur les droits des patients.

UN TÉMOIN PRIVILÉGIÉ : PATRICK CARNOTENSIS

En tant que représentant de la Christelijke Mutualiteit van Limburg (Mutualité Chrétienne du Limbourg), Patrick Carnotensis a participé au projet IZOM.

«Lors de la mise en place d'IZOM, nous avons rencontré un problème majeur, d'ordre législatif. En effet, il n'existait pas de base législative pour les projets de partenariat entre différentes mutualités issues de différents pays. Une telle base législative permettrait de mettre en place aisément de telles coopérations œuvrant au dépassement des frontières... (pour mener un tel projet, il est essentiel de) bien évaluer les démarches administratives avant de se lancer et d'en être conscient tout au long du processus. Il faut aussi essayer de simplifier les tâches administratives, ainsi que les procédures à faire supporter aux patients.»

7. L'hôpital transfrontalier de Cerdagne

Un hôpital, deux États (France-Espagne)

7.1. L'offre de soins et l'isolement des zones montagneuses

La Cerdagne est un plateau montagneux franco-espagnol isolé à 1200 mètres d'altitude où la population peut passer de 32 000 habitants à plus de 150 000 en saison touristique.

Dans les années 2000, la Catalogne (région autonome d'Espagne) décidait de repenser l'ensemble de ses hôpitaux, notamment en Cerdagne. Un hôpital existait à Puigcerdà, mais il n'avait pas de possibilités d'extension.

Côté français, les soins d'urgence et d'obstétrique ne pouvaient être pris en charge qu'à Perpignan (France) à plus de 100 km du territoire. Face à cet éloignement, certains patients français se rendaient dans les établissements espagnols pour se faire soigner, notamment dans le cadre de la convention hospitalière qui existait entre l'Agence régionale d'hospitalisation de Languedoc-Roussillon et le Centre Hospitalier de Perpignan (FR) et l'hôpital de Puigcerdà en Espagne. Mais, ceci était source de difficultés administratives, réglementaires et financières.

Une étude de faisabilité a été menée, à partir de janvier 2003, à la suite de la signature d'un protocole d'accord entre le président du Conseil régional du Languedoc Roussillon (France) et le président de la Generalitat de Catalunya (Espagne), avec comme partenaires l'Agence régionale d'hospitalisation du Languedoc Roussillon (ARH LR) et le Servei Català de la Salut (CatSalut). Il s'agit d'évaluer les besoins locaux et d'analyser le projet de construction d'un hôpital commun.

En 2005, le ministre de la santé et des solidarités de la République française et la conseillère de la santé en Catalogne signent une déclaration conjointe d'intention pour ériger l'hôpital à Puigcerdà, côté espagnol, à deux kilomètres de la frontière franco-espagnole. La construction de l'hô-

OBJET : Création, construction et gestion transfrontalières d'un établissement hospitalier en zone montagneuse, intégrant du personnel français et espagnol et accueillant dans les mêmes conditions des patients français et espagnols.

DATES CLEF : 2002 : accord entre l'hôpital catalan de Puigcerdà, l'autorité régionale française et l'hôpital français de Perpignan. 2003 : lancement d'une étude de faisabilité dans le cadre d'Interreg III 2000-2006. 2005 : déclaration conjointe d'intention pour ériger l'hôpital à Puigcerdà. 2010 : création du Groupement européen de coopération territoriale (GECT). 2014 : inauguration de l'hôpital.

FRONTIÈRE : France-Espagne-Andorre - Plateau Cerdan / Montagne Catalane, au sein des Pyrénées.

PROGRAMME EUROPÉEN (CO-FINANCEMENT) : Interreg III; Interreg IVA – France-Espagne 2007-2013 : financement total : 28 615 385 EUR; financement du FEDER : 16 600 000 EUR.

SITE INTERNET : www.hcerdanya.eu

pital est financée à concurrence de 60% par le FEDER et pour les 40% restants, la France participe financièrement à raison de 2/5èmes et la Catalogne de 3/5èmes.

Cette déclaration est complétée par une déclaration d'intention de coopération en matière de santé signée le 19 mars 2007, entre ces mêmes autorités.

7.2. D'une Fondation privée à la constitution d'un Groupement européen de coopération territoriale

Le projet est complexe. Multi-scalaire, il renvoie d'une part à une compétence nationale côté français et d'autre part à une compétence régionale côté espagnol. Des acteurs publics aux objectifs et intérêts divergents doivent donc s'associer. En outre, comme l'ont analysé Raymonde Séchet



ANDORRE

FRANCE

Montpellier •

Occitanie

Perpignan • H Hôpital de Perpignan

H Hôpital de Cerdagne
Hôpital de Puigcerdà H

GECT Hôpital de Cerdagne

Catalogne

ESPAGNE

• Barcelone

et Régis Keerle¹¹ dans divers travaux, le pragmatisme catalan, permettant de décider plus rapidement, s'oppose régulièrement à la complexité politico-administrative française nécessitant des accords et des processus multiples pour avancer.

Finalement, une fondation privée de l'Hôpital de Cerdagne est créée en juillet 2006. Elle comprenait les élus de la Catalogne de la Generalitat et CatSalut, et pour la France, les élus du territoire, le ministère de la santé, l'Agence régionale d'hospitalisation de Languedoc-Roussillon et la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins. C'est cette fondation qui lance l'opération de construction (lancement de marchés, choix de l'architecte, permis de construire, désignation des entreprises, lancement des travaux...).

Pour gérer l'hôpital et sa construction, il est ensuite décidé de créer un Groupement européen de coopération territoriale Hôpital de Cerdagne (GECT-HC). Le GECT apparaît en effet l'outil juridique adéquat. En raison de son autonomie juridique et financière spécifiques, cet outil permet le financement par l'assurance maladie française d'une structure de soins implantée en dehors du territoire national.

Le GECT-HC prend donc le relais de la Fondation en avril 2010, reprenant dans la composition de ses instances la représentation des deux partenaires : l'État français et la Région de Catalogne. À noter que les élus français n'ont pu être intégrés au conseil d'administration du GECT-HC, car la santé est une matière qui reste centralisée en France. C'est le GECT qui a mis en œuvre et pérennisé le projet.

7.3. Un projet simple, un processus laborieux

Le projet d'hôpital s'inscrit dans une région isolée, consciente d'une identité cerdane commune. Il s'élabore au moment où des modifications et, notamment des restrictions s'imposent dans les politiques publiques en matière de santé dans les deux pays. Ces tendances fragilisent les institutions et

exacerbent, notamment les concurrences entre installations hospitalières. Elles risquent alors de renforcer les difficultés de la situation en diminuant encore les offres de soins localement. En même temps, elles vont rendre la perspective transfrontalière d'autant plus opportune voire incontournable.

Le choix de Puigcerdà, comme lieu d'implantation de l'hôpital, se justifie par la proximité de la frontière, mais surtout, par la compétence hospitalière de la commune (générée par l'ancien hôpital) et par l'octroi du terrain par les autorités locales espagnoles.

De la conception à la mise en fonctionnement de l'hôpital, différents problèmes sont survenus : l'ouverture de l'hôpital, prévue en 2012 n'a eu lieu qu'en 2014, malgré la réception des travaux en 2012 et des crédits de fonctionnement disponibles dès cette date.

Par ailleurs, la fermeture de l'ancien hôpital de Puigcerdà géré par la Fondation privée de l'Hôpital de Cerdagne et son transfert sur l'hôpital de Cerdagne ont été compliqués sur les plans politique et administratif. Tout devait être discuté et réglé, qu'il s'agisse du statut des personnels (statut privé à la Fondation versus statut public au GECT-HC) ou de l'organisation des soins primaires prévus initialement dans les locaux de l'hôpital de Cerdagne et finalement maintenus dans les anciens locaux de l'hôpital de Puigcerdà. La Catalogne, de son côté, faisant face à de graves difficultés financières, n'a pu financer les 10 millions d'euros d'équipements de l'hôpital.

La mixité des 184 professionnels catalans et des 60 professionnels français a posé problème. En effet, aucun statut européen des personnels n'existe à ce jour. Il a alors été décidé que l'hôpital de Cerdagne fonctionnerait en faisant appel pour certaines prestations (services, personnels) aux hôpitaux de proximité. Ainsi, l'ensemble du service de radiologie est placé sous la responsabilité du Centre Hospitalier de Perpignan (France) : le service de dialyse sous la responsabilité de l'hôpital de Manresa (France) avec la participation de l'établissement référent pour le traitement de suppléance de l'insuffisance rénale chronique par dialyse.

Pour les consultations externes spécialisées, plusieurs conventions sont réalisées avec des établissements sanitaires de proximité tant catalans (Fondation, Parc Tauli) que français (Médipôle). Les prestations logistiques (restauration, bio-nettoyage, lingerie) représentant 24 équivalents temps plein, sont réalisées par le Pôle Sanitaire Cerdan dont le GECT-HC est membre.

¹¹ Séchet, R. & Keerle, R. (2010). Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable. *Annales de géographie*, 675,(5).



Autre exemple d'ajustement, la création d'un service unifié d'aide médicale urgente franco-espagnole a requis le transfert de la Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) française sur le site de l'hôpital en 2016. De plus, les pratiques médicales ont dû faire l'objet de formalisation de protocoles : certaines ont pu être mises en place à l'ouverture de l'hôpital (chirurgie, obstétrique, dialyse), d'autres ont été ou seront réglées ensuite.

Enfin, de façon plus générale, la différence dans les prises en charge des remboursements ont dû faire l'objet d'aménagements. Ainsi, cette prise en charge lors de la naissance des nouveau-nés a été simplifiée grâce à une procédure dérogatoire de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Pyrénées-Orientales (France).

7.4. Des résultats probants mais des ajustements permanents

L'hôpital transfrontalier de Cerdagne offre aujourd'hui ses services depuis le 19 septembre 2014. Binational dans sa patientèle, comme dans son personnel, il est unique en Europe.

Sa mise en œuvre au quotidien implique des ajustements permanents, qu'il s'agisse des remboursements des patients, des statuts du personnel ou des procédures de soin. Il est indéniable que le projet a donné lieu à certaines avancées bien spécifiques dans le domaine de la coopération européenne. Citons, à titre d'exemple, en 2016, l'accord binational, signé entre la France et l'Espagne, autorisant sur toute la frontière, le transfert des dépouilles des ressortissants de chacun des pays sur son sol natal sans l'utilisation de cercueils plombés.



En plus de la construction et de la gestion de l'hôpital, ce projet amplifie donc la mutualisation et la coopération entre les acteurs de la santé français et espagnols. Grâce à cette coopération, d'autres projets ont été développés, par exemple l'émergence d'un pôle transfrontalier de formation et de recherche sanitaire et sociale associant, notamment l'université de Gérone et l'université de Perpignan.

Le taux d'activité progresse continuellement depuis deux ans avec 24 000 passages répertoriés aux urgences en 2015. Les élus de Cerdagne indiquent régulièrement leur satisfaction, ainsi que celle de la population, même si la situation géographique de l'hôpital, côté espagnol, explique en partie une proportion plus importante de patientèle espagnole.

En 2016, l'hôpital de Cerdagne s'est vu décerner, par le Comité européen des régions, le prix du meilleur projet créé et réalisé par un Groupement européen de coopération territoriale.

La santé s'avère un domaine complexe, normé et sensible, régulé par des législations techniques volumineuses et différentes d'un pays à l'autre. La réussite du projet d'hôpital transfrontalier tient à la ténacité des équipes françaises et catalanes, qui ont été amenées à résoudre, pas à pas, les obstacles et les freins associés à ce projet, pourtant simple en apparence. Cet exemple, dont l'inauguration a été largement relayée dans les media, constitue une réalisation structurelle phare des capacités d'innovation de la coopération transfrontalière.

UN TÉMOIN PRIVILÉGIÉ : CATHERINE BARNOLE

Depuis 2010, elle est cheffe de mission du GECT-HC au sein de l'ARS Languedoc Roussillon (devenue ARS de Santé Occitanie), secrétaire du conseil d'administration du GECT-HC et à présent membre du bureau exécutif.

«L'ouverture de l'hôpital transfrontalier est une première en Europe. Les défis ont été nombreux (...).

Les différences de compétences entre la Catalogne, très autonome, et les collectivités françaises, dépendantes de l'État sur de nombreuses questions, et le fait que les questions sanitaires sont très réglementées au niveau national et très peu au niveau européen, ont délimité les enjeux du projet.

Les règles à établir pour le fonctionnement de l'hôpital (procédures sanitaires, normes de sécurité, compétences des personnels, etc.) pouvaient diverger de part et d'autre et ont dû faire l'objet de discussions soutenues. Le principe d'adopter systématiquement la norme la plus «haute» a permis non seulement de rester conforme aux deux législations, mais surtout de bâtir un équipement d'exception (...). Les exemples de solutions «ad hoc» (...) ne manquent pas.

Gageons que le projet servira d'exemple pour d'autres territoires, ainsi qu'au niveau européen, pour faciliter les démarches transfrontalières!».



CHAPITRE 4

**LA COOPÉRATION
FRANCO-BELGE**

Entre 1992 et 2017, la coopération franco-belge en matière de santé s'est développée autour de trois axes : la coopération sanitaire, l'aide médicale urgente et la coopération médico-sociale. Ces trois volets sont présentés ci-dessous.

1. Interreg, moteur de la démarche de coopération

Les programmes Interreg successifs ont constitué des soutiens de poids à la coopération transfrontalière sur la frontière franco-belge. Au cours des programmes Interreg I, II, III et IV, les acteurs de la coopération transfrontalière ont bénéficié du soutien des autorités partenaires de ces programmes et de leur assistance technique pour développer une coopération structurée, l'institutionnaliser et la rendre pérenne, notamment en encourageant le conventionnement interhospitalier et la définition d'un premier territoire de santé transfrontalier.

Le témoignage de l'Autorité de gestion du programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen confirme cette approche.

2. La coopération sanitaire

Les projets de coopération sanitaire développés sur l'ensemble de l'espace frontalier franco-belge ont eu pour ambition dès le départ, d'améliorer l'accès aux soins des populations frontalières, de promouvoir la prévention et l'éducation à la santé et de rencontrer les défis majeurs liés aux carences de l'offre de soins.

Ils ont permis de créer des synergies entre les capacités de soins des deux versants frontalières, des collaborations entre les équipes médicales frontalières, un accès aux équipements implantés de part et d'autre de la frontière et d'élaborer des réponses aux problèmes d'une démographie médicale et paramédicale insuffisante.

2.1. La première forme de coopération : les conventions interhospitalières

Dans le cadre du programme Interreg I Pacte Hainaut/Nord Pas de Calais (1992-1994), un premier projet a permis aux acteurs de la santé,

chargés de la planification des soins et de leur financement, de se rencontrer, d'échanger sur les modes d'organisation, de fonctionnement et de financement de leur système de santé. Une étude comparative a été réalisée pour analyser les mécanismes de gestion des deux systèmes de soins : leurs capacités, leurs pratiques, les caractéristiques de leurs structures, les équipements médicaux, mais aussi leurs carences, leurs difficultés et les nouveaux besoins difficiles à satisfaire.

Grâce aux repérages des points forts et des points faibles de chacun des systèmes, les opérateurs des projets ont élaboré une logique de coopération entre l'offre de soins des deux espaces frontaliers à travers le prisme de la complémentarité.

Cette approche a généré la première convention interhospitalière d'accès aux soins transfrontaliers de proximité entre deux établissements hospitaliers frontaliers situés au nord-est de l'agglomération lilloise (Lille France), notamment Mouscron en Belgique et Tourcoing en France. Ces deux structures hospitalières, situées à quelques centaines de mètres l'une de l'autre, n'étaient pas en mesure de répondre seules à la demande de soins spécifiques de certains patients, mais elles pouvaient y répondre en partenariat. C'est au départ de ce dispositif conventionnel qu'une réelle dynamique de coopération transfrontalière en santé a vu le jour.

À la suite des travaux préparatoires, menés par les opérateurs du premier projet Interreg et des rencontres organisées entre les directeurs administratifs et médicaux de ces structures de soins, il est apparu que des synergies entre les deux plateaux techniques pouvaient être mises en œuvre pour apporter une réponse de proximité à des patients atteints de certaines affections.

C'est ainsi que les acteurs chargés du financement des prestations de santé, de part et d'autre de la frontière, les personnels médicaux et les directions des établissements de soins concernés ont décidé d'autoriser les assurés sociaux belges atteints du sida, habitant l'espace frontalier de Tournai-Mouscron, à se rendre dans le service universitaire des maladies infectieuses du Centre Hospitalier (CH) de Tourcoing, pour s'y soigner. De la sorte, ces patients n'étaient plus contraints d'effectuer de longs et coûteux déplacements vers des structures de soins situées à Bruxelles, à l'époque, seules en capacité d'administrer à ces patients des traitements médicaux adéquats.

Interreg : un catalyseur de la dynamique de coopération sanitaire franco-belge



**Sabrina CURZI, Wallonie-
Bruxelles International –
Autorité de gestion du
programme Interreg
France-Wallonie-
Vlaanderen**

Lorsque le marché intérieur se met en place, force est de constater que les zones frontalières de l'Europe ont en général un produit intérieur brut inférieur à la moyenne et un taux de chômage supérieur aux régions plus proches du pouvoir de décision. L'Europe est donc bien inspirée de mettre en place un outil appelé Interreg pour tenter de pallier ces problèmes et difficultés.

Après 25 ans de coopération transfrontalière, il nous est aujourd'hui possible d'affirmer, d'une part, qu'Interreg est le catalyseur, le facilitateur, voire l'entremetteur du développement des coopérations transfrontières. Cet outil «multifacettes» permet à la frontière initialement perçue comme un obstacle, de devenir une ouverture. D'autre part, Interreg a su, au fil du temps, s'adapter pour produire des effets et impacter positivement le projet d'intégration européenne.

Si l'on qualifie Interreg d'outil «multifacettes», c'est parce qu'il offre, à la fois, un cadre de mise œuvre et les ressources financières nécessaires. En d'autres termes, chaque programme Interreg doté d'un budget doit élaborer sa propre stratégie, en tenant compte du contexte socio-économique, des atouts, des faiblesses de la zone concernée, mais également en veillant à s'intégrer dans les grandes politiques de l'Union.

Ainsi les coopérations initiales se sont développées dans ce cadre, un peu comme des laboratoires de nouvelles pratiques. Ce sont les résultats positifs de ces premières collaborations qui ont incité la levée des obstacles administratifs et engendré leur pérennisation. En faisant fi de la frontière, Interreg a permis, dans différents domaines, comme celui de la coopération sanitaire, d'identifier les besoins, les complémentarités possibles et les économies d'échelle potentielles... Bref, d'envisager progressivement ces territoires comme des bassins de vie à part entière cherchant des solutions communes pour un développement harmonieux. Au sein de ces territoires, grâce aux projets Interreg, les acteurs, les citoyens, ont aussi pris conscience que l'Europe et ses apports tangibles contribuaient à l'amélioration de leur vie quotidienne.

En cette période où l'Europe souffre d'un déficit de confiance, sans doute explicable à plus d'un égard, les programmes Interreg portent encore les valeurs fondamentales européennes. En effet, pour coopérer par-delà les frontières, il est indispensable d'apprendre à se connaître, se respecter, se faire confiance, être solidaire et prêt à faire des compromis pour que tout un chacun soit gagnant au final. Enfin, n'oublions pas que suite aux deux derniers élargissements, plus d'un tiers de la population européenne vit sur les frontières internes ou externes de l'UE. Pour tout cela, Interreg reste un outil très actuel et précieux.

En 1999, André-Louis Sanguin écrivait, «au lieu d'être des barrières et des coupures, les frontières de l'Europe occidentale sont devenues des charnières et des coutures». En 2016, ces propos se vérifient encore, la frontière doit s'appréhender comme une ressource et non un handicap.

Dans le même temps, les assurés sociaux français insuffisants rénaux chroniques, habitant dans cette zone frontalière côté français et dont l'état de santé nécessitait d'être dialysés à raison de trois fois par semaine, ont été autorisés, dès 1994, à être soignés au CH de Mouscron, soit à moins de dix minutes de leur lieu de vie habituel, épargnant plus d'une heure de trajet supplémentaire à leur entourage.

Cette première convention de coopération interhospitalière illustre la logique qui a prévalu au développement de la coopération sanitaire franco-belge, à savoir: la complémentarité entre l'offre de soins des deux versants frontaliers. Elle repose sur l'application des procédures mises en œuvre par les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale, (présentés dans le chapitre 2) pour le remboursement des soins dispensés dans un domaine de coopération défini sur l'autre versant frontalier, en levant l'obligation de disposer d'une autorisation médicale préalable.

Une autre convention entre l'hôpital de Mouscron (Belgique) et le Centre Hospitalier de Tourcoing (France) portant sur l'imagerie médicale a permis, dès 2005, d'ouvrir l'accès à l'équipement de résonance magnétique nucléaire (IRM) de Tourcoing aux patients belges et l'accès à la scintigraphie de Mouscron aux patients français.

Dans les Ardennes, depuis le début des années 2000, les parturientes du canton de Givet (France) sont autorisées à accoucher à Dinant (Belgique) à la suite de la fermeture de la clinique de Givet.

La convention entre les hôpitaux de Mons (Belgique) et Maubeuge (France), puis Tournai (Belgique) et Valenciennes (France), en matière de soins intensifs et de réanimation, a offert la possibilité d'un recours à l'offre du versant voisin, en cas de saturation des capacités de ces services hospitaliers spécialisés et ainsi sauver des vies ou réduire les séquelles d'accidents.

Grâce à l'application de ces procédures administratives et financières, les conventions de coopération interhospitalière ont permis aux assurés sociaux bénéficiaires de ces opportunités de traverser la frontière sans obstacle administratif ni financier.



2.2. Le projet Transcards ou l'expérimentation du premier territoire de santé transfrontalier

Dans le cadre de la période de programmation Interreg 1994-1999, une étude a été menée, dans la Thiérache franco-belge¹², en vue de développer des expériences de complémentarité entre les infrastructures hospitalières des deux versants. Celles-ci avaient pour ambition d'apporter des réponses aux problèmes d'accès aux soins dans un territoire enclavé, à faible densité de population, déserté par les professionnels de santé et ne disposant que de petites structures hospitalières. Ces conditions imposaient aux populations de ce territoire transfrontalier d'effectuer de longues distances pour obtenir des soins adaptés à leur état de santé. En autorisant la mobilité transfrontalière des patients, ceux-ci pouvaient disposer d'une palette de soins plus étendue et trouver une réponse à leurs besoins de soins à proximité de leur lieu de vie.

¹² La Thiérache est une région naturelle qui regroupe des territoires de France (Nord, Aisne et des Ardennes) et de Belgique (provinces belges de Hainaut et de Namur) où l'on retrouve des traits similaires du massif ardennais.

C'est dans cette optique que le projet «Transcards», initié en 1998, a permis, pour la première fois en Europe, aux assurés sociaux d'un État membre, en l'occurrence français, d'utiliser leur carte de sécurité sociale pour être admis dans un hôpital d'un autre État membre, en l'occurrence belge. De même, les patients belges ont été autorisés à se rendre dans un établissement français de manière identique.

Développé dans le programme européen «Technologies de l'information et de la communication» (TIC), le projet a permis de rendre interopérable les lecteurs de carte de sécurité sociale française et belge. Cette innovation «socio-technologique» a levé purement et simplement les obstacles administratifs et financiers à l'accès aux soins à l'étranger en Thiérache.

Cette procédure, facilitant la gestion administrative de l'enregistrement des patients dans les structures de soins du territoire de santé transfrontalier de la Thiérache, enlève l'obligation faite aux patients frontaliers souhaitant se soigner de l'autre côté de la frontière, de se munir d'une autorisation médicale préalable, pour obtenir le remboursement des soins dispensés, comme l'exige les règles européennes en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Au cours de la phase d'expérimentation du projet, entre 1998 à 2002, il a été observé qu'environ un millier de patients français traversait la frontière pour se rendre à l'hôpital de Chimay (BE) afin d'y subir des actes techniques, recevoir des soins ambulatoires ou encore séjourner dans cet hôpital pendant une très courte durée (entre une et trois nuits). Quant aux patients belges, ils se rendaient principalement au CH de Felleries Liessies (FR), un établissement de réadaptation fonctionnelle, pour y être hospitalisés pendant une durée d'environ trois semaines voire plus.

Cette expérimentation a montré que la mobilité des patients permettait de pallier les besoins d'équipements ou d'infrastructures faisant défaut sur chaque espace frontalier. Le concept fondateur de la coopération sanitaire était ainsi rencontré, à savoir, la complémentarité entre les deux systèmes de santé, ou, grâce à la mobilité des patients, la mutualisation implicite de l'offre transfrontalière.

Mais l'objectif de ce projet ne consistait pas uniquement à améliorer l'accès aux soins à l'étranger des patients de ce territoire. Il envisageait, aussi, de développer une complémentarité entre les équipements et les services médicaux existants et de réduire l'impact négatif du manque d'attractivité du territoire pour les professionnels de la santé.

Le 22 novembre 2002, les plus hauts responsables des ministères de la santé des deux pays et de l'assurance maladie française et belge se réunissaient à l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI) à Bruxelles pour signer une convention de coopération sanitaire pérenne pour ce territoire et pour lancer la négociation d'un accord-cadre de coopération sanitaire entre les deux États.

2.3. L'accord-cadre de coopération sanitaire franco-belge en 2005

Les diverses initiatives de coopération sanitaire franco-belge lancées entre 1992 et 2002 avaient mis en lumière la lourdeur et la lenteur des procédures de validation des propositions de conventionnement. Les autorités administratives nationales impliquées avaient, en outre, souligné, à plusieurs reprises, l'absence de base légale nécessaire pour valider les projets et les conventions proposées.

Afin de faire progresser la démarche de coopération, de la légitimer au plus haut niveau et de mettre en œuvre des projets de dispositifs en latence, l'idée a germé d'élaborer un accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalier entre la France et la Belgique, s'appuyant sur l'accord de coopération globale franco-belge signé entre les deux États en 2002.

La négociation de cet accord-cadre et de son arrangement administratif durera près de trois ans. Il sera finalement signé le 1^{er} juin 2005 par les ministres de la santé français et belge au nom des deux gouvernements.

Ce traité sanitaire précise, en outre, les autorités compétentes chargées d'élaborer des conventions. Celles-ci ont principalement pour objet de fixer les modalités de mise en œuvre des coopérations et de préciser lequel des trois modes de financement de la prise en charge des soins sur le versant frontalier voisin prévus dans l'accord-cadre sera applicable, à savoir: le règlement européen de coordination, la jurisprudence de la CJUE et/ou la négociation de tarifs spécifiques.

Ce premier accord-cadre de coopération sanitaire négocié dans l'UE a ensuite été dupliqué entre la France et l'Allemagne, entre l'Espagne et la France et, plus récemment, entre le Grand-duché de Luxembourg et la France. Il demeure aujourd'hui la référence en matière de dispositif de régulation des flux de patients générés par les coopérations entre États frontaliers ou régions frontalières dans l'UE.



Ce type de dispositif s'inscrit dans l'esprit du législateur européen qui incite les États à développer des coopérations renforcées. Il permet, en effet, de décliner concrètement l'intention du législateur européen, exprimée dans le Traité de Lisbonne à l'article 168 §2 et dans la directive 2011/24 à l'article 10 §3 sur les droits des patients en matière d'accès aux soins transfrontaliers.

2.4. Après 2005 : L'émergence de territoires de santé transfrontaliers

La signature de l'accord-cadre par les représentants des gouvernements français et belge a donné un nouveau souffle au déploiement de la dynamique de coopération sanitaire entre les deux pays.

Les autorités régionales en charge de la planification, de l'organisation et du financement du système de santé disposent, depuis la signature de l'accord-cadre, d'un pouvoir de négociation et de validation des conventions.

L'accord-cadre franco-belge définit les objectifs de la coopération transfrontalière en matière sanitaire :

- améliorer l'accès aux soins des populations résidant dans l'espace frontalier,
- simplifier les procédures administratives et financières,
- mutualiser l'offre de soins,
- favoriser l'échange de bonnes pratiques,
- réduire les coûts sociaux en diminuant les distances à parcourir, les déplacements, les interruptions de travail, les durées de séjour hospitaliers.

En outre, il délimite les territoires concernés par cette coopération transfrontalière, à savoir :

- les arrondissements frontaliers belges (Veurne, Ieper, Kortrijk, Mouscron, Tournai, Ath, Mons, Thuin, Philippeville, Dinant, Neufchâteau, Virton et Arlon),
- les régions frontalières françaises (Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas de Calais et Picardie).

Ce dispositif a favorisé le déploiement d'autres formes de conventionnement qui autorisent un accès aux soins transfrontaliers plus étendu à l'intérieur d'un territoire défini. L'idée de structurer des bassins de soins transfrontaliers s'est concrétisée à travers la création de deux Zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST), l'une en milieu rural (les Ardennes) et, l'autre en milieu urbain (le Nord-est de l'agglomération de Lille).

Dès lors, on est passé de la négociation de conventions interhospitalières à celle de conventions de territoire de santé transfrontalier. Depuis lors, l'offre de soins des deux versants n'est plus articulée par des complémentarités ciblées sur le traitement d'une pathologie ou le recours à un équipement spécifique, mais par une mise en commun des moyens et techniques déployés dans chaque espace frontalier. La coopération transfrontalière permet d'apporter une meilleure prise en charge des patients et, surtout, de renforcer les potentialités du territoire et son attractivité afin que les professionnels de santé soient incités à venir y exercer.

Progressivement, l'idée s'est fait jour que les autorités de planification et d'organisation régionale des soins des espaces frontaliers dialoguent et se concertent pour promouvoir le développement d'une offre de soins adaptée à un territoire commun, réfléchi en concertation. Cette idée se concrétisera, plus tard, dans le considérant 50 de la directive 2011/24 relative à l'accès aux soins transfrontaliers.

2.5. Les Zones organisées d'accès aux soins (ZOAST)

Entre 2008 et 2015, sept ZOAST, véritables dispositifs de régulation des territoires de santé transfrontaliers, seront constituées. Elles maillent aujourd'hui l'ensemble de l'espace frontalier franco-belge et sont devenues des références en matière de coopération sanitaire dans l'UE.

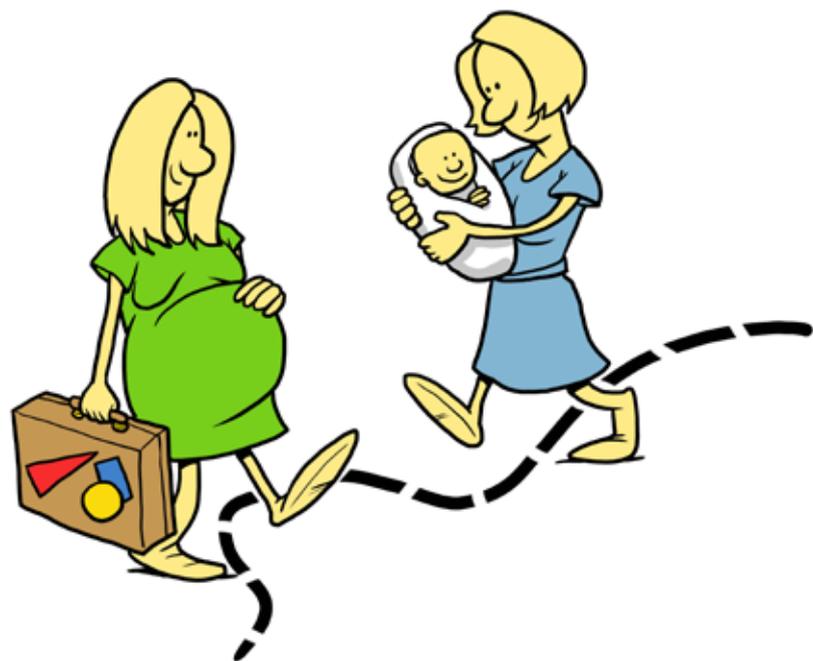
2.5.1. ZOAST ARDENNES

Créée le 1^{er} février 2008, la *ZOAST ARDENNES* ouvre l'accès aux soins dans les établissements hospitaliers implantés dans un territoire transfrontalier, où la population de la pointe nord du département des Ardennes doit effectuer de longue distance-temps pour recevoir des soins hospitaliers, de même que celle de l'ouest de ce département.

Cette difficulté d'accès aux soins hospitaliers, particulièrement criante, avait amené le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARH) de Champagne Ardennes en France à autoriser, début des années 2000, les parturientes du canton de Givet, à accoucher de l'autre côté de la frontière à Dinant, au lendemain de la fermeture de la clinique de Givet. De la sorte, elles ne devaient effectuer qu'un trajet de moins de vingt minutes au départ de leur lieu de vie, tandis qu'elles étaient contraintes à une heure et quart de déplacement pour se rendre au CH de Charleville Mézières en France. La nécessité de réduire les temps d'accès aux soins concernait également les personnes malades, surtout celles atteintes d'affections imposant une prise en charge de proximité.

Pour ces diverses raisons, la suppression de l'effet frontière en matière d'accès aux soins paraissait la seule réponse adaptée aux spécificités de ce territoire pour les populations y résidant.

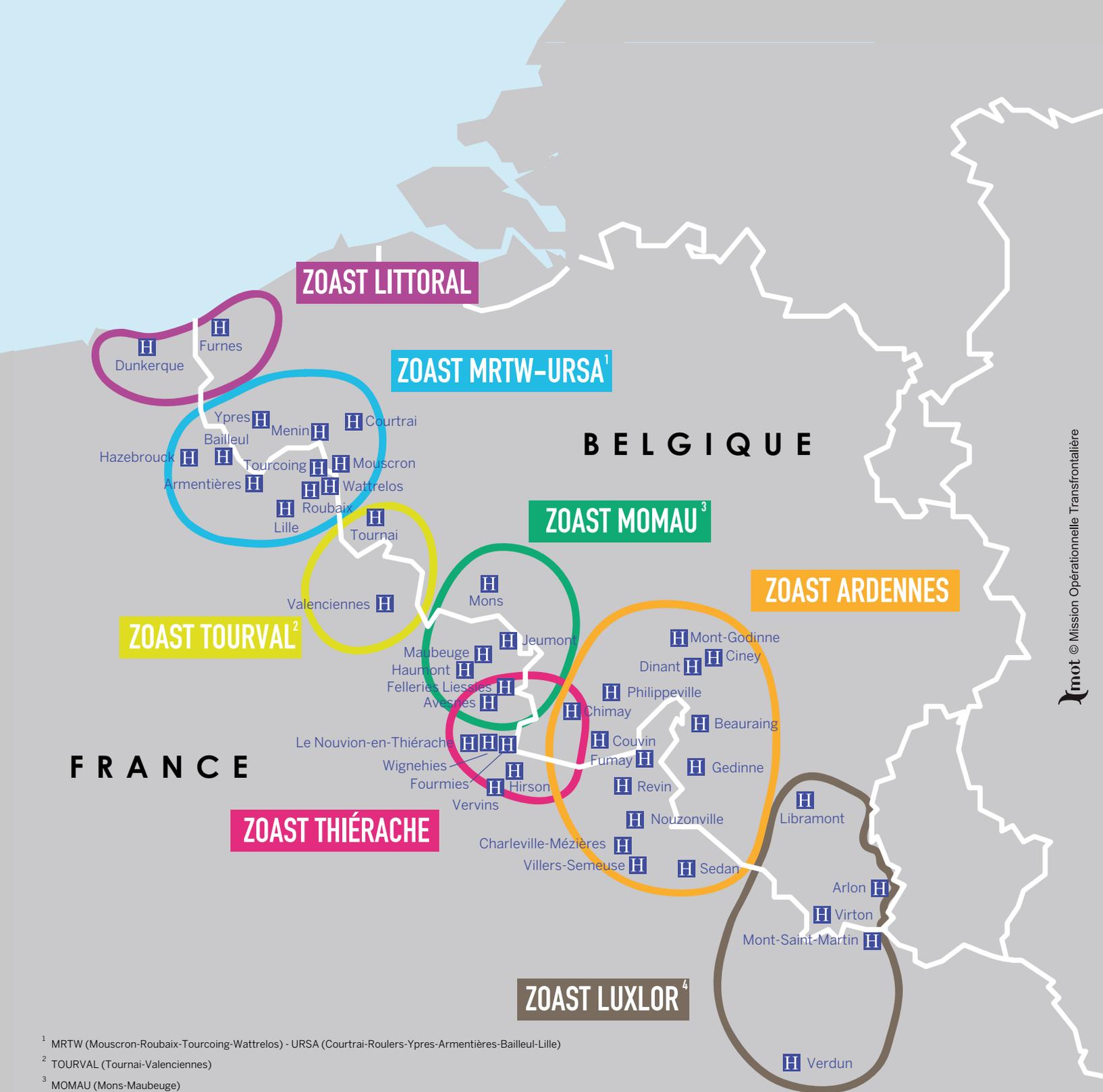
Grâce à la Zoast, lorsqu'ils se soignent sur l'autre versant frontalier, les patients sont pris en charge par leur système de sécurité sociale, au



moyen des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale, sans devoir demander d'autorisation préalable à leur organisme d'assurance maladie.

Pour les patients français soignés en Belgique, des lecteurs de carte de sécurité sociale française ont été installés dans les établissements belges. Ils permettent d'enregistrer les patients, de les immatriculer à la sécurité sociale belge et de procéder à la facturation des soins à l'organisme de sécurité sociale belge accrédité. Celui-ci récupère les frais déboursés au profit de l'hôpital belge, auprès de l'organe de liaison français du règlement européen de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Le tiers payant — technique de gestion par laquelle le prestataire (établissement hospitalier, professionnel de santé) facture directement les coûts des soins pris en charge par la sécurité sociale à l'organisme d'assurance maladie du patient — est appliqué au patient français comme au patient belge. Il leur évite de faire l'avance des frais. Dès lors, les patients bénéficiant des conventions de coopération transfrontalière sont traités de manière équivalente, sans discrimination par rapport aux patients de l'État membre dans lequel ils sont soignés.



¹ MRTW (Mouscron-Roubaix-Tourcoing-Wattlelos) - URSA (Courtrai-Roulers-Ypres-Armentières-Bailleul-Lille)

² TOURVAL (Tournai-Valenciennes)

³ MOMAU (Mons-Maubeuge)

⁴ LUXLOR (Province de Luxembourg-Lorraine)

Fin 2009, les patients français résidant à l'ouest du département des Ardennes ont été autorisés à se soigner au CH de Chimay, étant donné qu'ils étaient contraints d'effectuer de longs déplacements sur le sol français, s'ils voulaient avoir recours à un établissement français.

Début 2012, les patients belges ont pu être admis dans l'établissement de réadaptation et de rééducation fonctionnelle des Ardennes en France, pour y recevoir des traitements, souvent de longue durée, adaptés à leurs besoins.

Depuis le lancement de la ZOAST Ardennes, on observe que ce dispositif répond avant tout à l'absence d'infrastructure de soins hospitaliers sur le canton de Givet en France. Plus de 95 % des flux de patients (entre 8 000 et 9 000 depuis 2012) proviennent de ce territoire frontalier. Le recours aux établissements en Belgique est une nécessité pour les patients français, pour des raisons de temps d'accès aux établissements hospitaliers, mais aussi compte tenu de la pénurie de professionnels de santé, tant généralistes que spécialistes sur le canton de Givet. Cette mobilité transfrontalière n'a pas eu d'incidence sur l'accès aux soins des patients belges. Les hôpitaux belges concernés ont, en fait, la capacité d'accueillir une demande de soins supérieure à celle du territoire sur lequel ils sont implantés.

2.5.2. ZOAST MRTW URSA (Mouscron, Roubaix, Tourcoing, Wattrelos, Armentières, Bailleul, Hazebrouck, et Ieper)

La ZOAST MRTW URSA, créée le 1^{er} avril 2008, concerne, à cette époque, les établissements hospitaliers de Mouscron, Roubaix, Tourcoing et Wattrelos (MRTW), qui sont tous les quatre frontaliers et localisés dans un territoire urbain (le Nord de l'agglomération de Lille) à forte densité de population. Ces quatre établissements ont noué diverses collaborations médicales entre 1994 (première convention interhospitalière) et 2008, pour apporter une réponse de proximité à la demande de soins des travailleurs frontaliers qui sont particulièrement nombreux dans ce territoire et qui ont la possibilité, ainsi que les membres de leur famille, de se soigner tant en France qu'en Belgique.

Comme l'effet frontière a quasiment disparu dans de nombreux domaines à l'intérieur de cet espace frontalier, il apparaissait opportun d'offrir des droits d'accès aux soins de proximité à l'ensemble de la population, similaires à ceux dont bénéficient les travailleurs frontaliers.

Comme dans la ZOAST rurale Ardennes, les patients de cette ZOAST urbaine qui traversent la frontière pour se soigner, ne doivent pas disposer d'une autorisation médicale préalable de leur organisme d'assurance maladie. Ils obtiennent le remboursement de leurs soins via le canal des procédures définies dans les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale. Ils sont traités de la même manière que les résidents du pays de soins. Les patients français sont enregistrés grâce à la lecture de leur carte vitale au CH de Mouscron et les patients belges remettent une « vignette » (étiquette d'identification assurant l'assurabilité) de leur organisme assureur au service administratif de l'établissement français.

Cette ZOAST a fait naître des collaborations médicales dans divers domaines, au point de créer un service d'urologie commun aux établissements de Mouscron et de Tourcoing. Depuis le début de la mise en place de la ZOAST, les flux de patients entre les deux versants sont équilibrés.

En 2009, ce dispositif a été étendu à un autre ensemble d'établissements hospitaliers partenaires au sein d'un autre projet Interreg URSA, financé dans le cadre du programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen, à savoir, les hôpitaux d'Ieper, côté flamand, Armentières, Bailleul et Hazebrouck côté français.

En 2014, la convention ZOAST a été élargie à l'établissement de soins et de réadaptation fonctionnelle, l'Espoir à Hellemmes (France). Depuis lors, les patients belges de cet espace frontalier, atteints d'affection neurologique importante, sont pris en charge à proximité de leur milieu familial et de vie, et souvent pour un long séjour.

Ce dispositif s'adresse aujourd'hui à plus de 500 000 habitants et à 11 structures hospitalières de soins de taille parfois très importante, tel le CHRU de Lille qui compte 3 000 lits.

2.5.3. ZOAST LUXLOR

La ZOAST LUXLOR (province du Luxembourg belge et Lorraine française) a été mise en œuvre le 1^{er} juillet 2008.

Au moment du lancement de cette ZOAST, l'établissement hospitalier français de Mont Saint Martin (Longwy) rencontrait de sérieuses difficultés de recrutement de médecins spécialistes et ne disposait pas d'IRM (l'équipement de résonance magnétique nucléaire). De plus, son plateau technique chirurgical n'était utilisé que pour de petites interventions.



Depuis le début des années 2000, les patients français de ce territoire étaient alors acheminés à Arlon en Belgique pour subir une IRM. Pour des raisons administratives et financières, ils y étaient hospitalisés pendant une journée afin d'effectuer cet examen de diagnostic.

La ZOAST a dynamisé un processus de collaboration médicale entre les praticiens de l'hôpital d'Arlon et ceux de Mont Saint Martin. Des gastroentérologues et des urologues d'Arlon sont allés consulter à Mont Saint Martin. Des radiologues belges ont constitué un Groupement d'intérêt économique pour gérer le plateau de radiologie de Mont Saint Martin et faire fonctionner l'IRM, implantée depuis 2011, sur base d'un accord entre la direction de l'ARS de Lorraine et les médecins belges.

Ce dispositif a permis de maintenir une offre de soins hospitalière sur le versant français, grâce à l'apport de praticiens belges exerçant des consultations et des interventions au sein de l'hôpital de Mont Saint Martin, en proie à des difficultés majeures de recrutement de médecins spécialistes et, souvent contraint de recourir à l'embauche très coûteuse de praticiens intérimaires, grevant les comptes financiers de cet établissement.

Comme ce territoire franco-belge est frontalier avec le Grand-duché du Luxembourg, des démarches ont été entreprises, après la mise en œuvre de cette ZOAST, pour qu'elle puisse s'étendre aux assurés sociaux luxembourgeois. Après diverses rencontres avec les autorités en charge de la sécurité sociale du Grand-duché, un premier accord est intervenu pour que les travailleurs frontaliers bénéficient de cette coopération, avant d'être élargi à l'ensemble des assurés luxembourgeois résidant dans l'espace franco-belge à partir de 2012.

En 2014, la convention transfrontalière a été étendue sur le versant français au territoire du département de la Meuse et sur le versant belge à l'arrondissement de Neufchâteau. Elle a permis d'intégrer les établissements hospitaliers de Verdun d'une part, et de Libramont d'autre part. Cette extension permet désormais aux patients du nord meusien de se rendre à Virton pour passer des examens radiologiques. Cette convention génère un flux de patients d'environ 3 000 à 3 500 patients chaque année.

2.5.4. ZOAST MONS-MAUBEUGE

La *ZOAST MONS-MAUBEUGE* a vu le jour début 2010 pour encourager et soutenir la collaboration médicale entre les établissements de Mons (BE) et de Maubeuge (FR). Début 2004, les établissements avaient initié une convention en soins intensifs-réanimation qui permet d'acheminer des patients français vers Mons, en cas de saturation du service hospitalier de Maubeuge. Cette collaboration avait donné naissance à de multiples échanges entre les deux hôpitaux et constituait une base solide pour envisager l'implantation d'une ZOAST sur le territoire frontalier, composé de l'arrondissement de Mons et de la circonscription de la CPAM de Maubeuge.

Ce dispositif ne génère qu'une faible mobilité des patients, environ une centaine par an, mais accompagne administrativement et financièrement la prise en charge des patients qui bénéficient d'une collaboration médicale transfrontalière dans différents domaines, comme l'urologie ou l'oncologie.

2.5.5. ZOAST TOURNAI VALENCIENNES

La *ZOAST TOURNAI VALENCIENNES*, créée en 2010, a ouvert la perspective d'une collaboration entre deux établissements hospitaliers régionaux de grande taille, le Centre Hospitalier de Valenciennes (FR) et le Centre Hospitalier de Wallonie Picarde à Tournai (BE).

Comme la ZOAST Mons-Maubeuge, elle n'a donné naissance, à ce jour, qu'à une faible mobilité de patients, guère plus d'une centaine par an également. Sur le plan de la coopération médicale, diverses réunions entre spécialistes de l'imagerie médicale, de l'urgence pédiatrique, ont dessiné des pistes de collaboration.

Le développement de cette coopération médicale interhospitalière, entre deux établissements de taille assez comparable, est freiné par le processus de restructuration interne et de longue durée que connaissent depuis plusieurs années les deux hôpitaux frontaliers.

2.5.6. ZOAST THIERACHE

Depuis le 1^{er} janvier 2012, la *ZOAST THIERACHE* a remplacé la convention Transcards, évoquée précédemment.

Il était indispensable de reconfigurer les dispositifs conventionnels existants à l'aune de l'accord-cadre de coopération sanitaire franco-belge. Cette nécessité juridique a créé l'opportunité, en Thiérache, de répondre aux attentes exprimées par les acteurs de la santé transfrontalière de ce territoire, en élargissant le dispositif de la convention Transcards. D'une part, les assurés sociaux français de tous les régimes de sécurité sociale existants ont été intégrés dans le champ des bénéficiaires de la ZOAST et, d'autre part, la couverture du territoire sur le versant belge a été étendue à une commune située au nord du territoire défini à l'origine de ce dispositif.

En Thiérache, diverses tentatives de mobiliser, ensemble, les acteurs de la santé du territoire ont été entreprises au cours des deux dernières décennies, sans qu'elles ne puissent réellement aboutir. Sans doute, la peur des conséquences sur le fonctionnement, voire, la survie de chaque établissement hospitalier l'a t'elle emportée sur l'idée de complémentarité.

C'est ainsi que, le projet médical commun aux principaux hôpitaux de la Thiérache, élaboré entre 2012 et 2014, envisageant la constitution d'un

Groupement européen de coopération territoriale (GECT) pour assurer le pilotage des synergies hospitalières, n'a pu se concrétiser à ce jour et transformer le dispositif Zoast en une structure hospitalière commune aux deux versants frontaliers, gérée en partenariat par les différents acteurs de la santé de la Thiérache franco-belge.

2.5.7. ZOAST LITTORAL

La *ZOAST LITTORAL*, effective depuis le 1^{er} janvier 2015, concerne les hôpitaux de Dunkerque (FR) et de Veurne (BE) qui ont coopéré à diverses reprises dans le cadre des programmes Interreg 2000-2006 et 2007-2014. En 2017, le CH de Dunkerque disposera d'un tep-scan qui pourra être accessible aux patients belges. Il fonctionnera grâce à l'apport de nucléaristes belges.

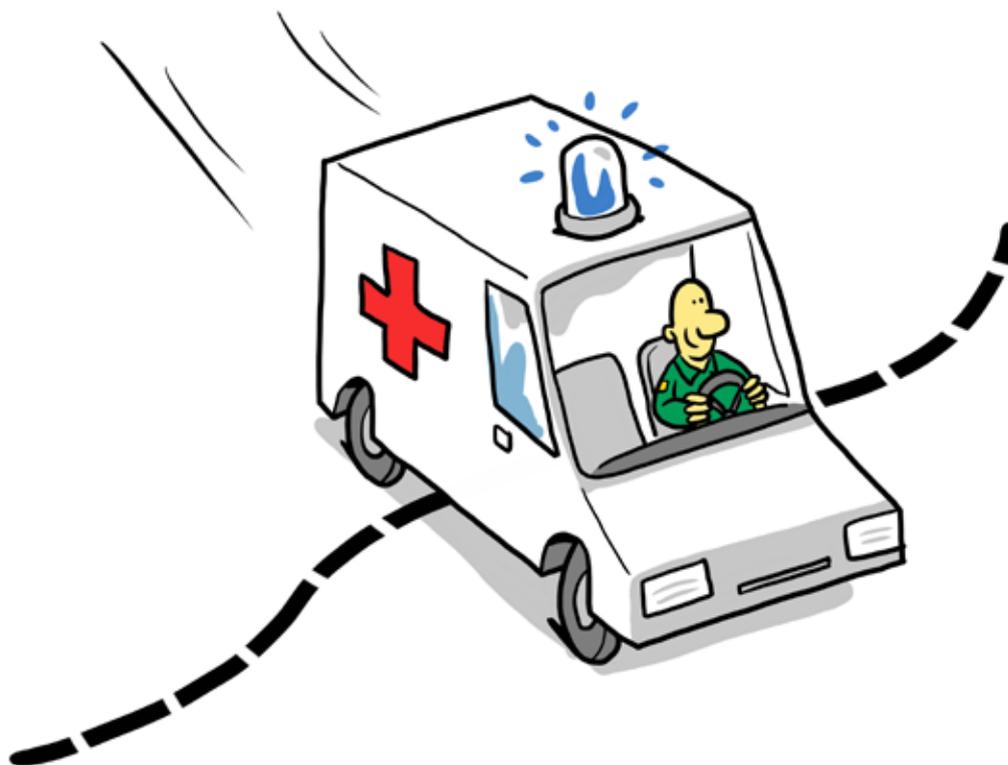
En synthèse

Fruit d'un long processus de construction socio-sanitaire, les ZOAST constituent, à ce jour, dans l'UE, une réponse adaptée aux besoins de soins des patients dans les territoires frontaliers urbains ou ruraux. Elles concrétisent la démarche de complémentarité entre des systèmes de soins de pays limitrophes.

En 2015, près de 20000 patients français et belges se sont ainsi soignés indistinctement de part et d'autre de la frontière franco-belge, dans le cadre des dispositifs transfrontaliers développés et ce, sans entrave administrative ou financière.

Les conventions ZOAST ont pour base légale l'accord-cadre de coopération sanitaire franco-belge. Dans leur titre I, elles régulent la prise en charge financière des soins des patients par leur assurance maladie obligatoire; dans leur titre II, elles intègrent les couvertures complémentaires françaises, octroyées par les mécanismes de correction sociale, définies dans des textes légaux et de l'assurance maladie.

Par ailleurs, en France, la très grande majorité de la population est couverte par une protection complémentaire légale ou privée (mutuelle, assurance, institution de prévoyance) garantissant une prise en charge intégrale des coûts des soins. Pour le patient français, la protection doit être globale et intégrer les couvertures complémentaires qui s'articulent avec la couverture maladie obligatoire.



Pour assurer une prise en charge globale des patients français soignés en Belgique, comparable à celle définie dans les conventions ZOAST, pour les patients les plus vulnérables, il était indispensable de développer des procédures de remboursement des «restes à charge» (les tickets modérateurs) par les couvertures complémentaires souscrites par ces patients. Depuis 2009, les bénéficiaires de la ZOAST ARDENNES obtiennent, via le mécanisme du tiers payant, le remboursement de leur reste à charge par leur organisme complémentaire.

Pour mettre en place ces procédures de remboursement, des développements informatiques ont été nécessaires. Elles permettent aux patients frontaliers concernés de disposer d'une prise en charge intégrale de leurs soins sur l'autre versant frontalier, à l'instar de la prise en charge dont il bénéficie sur le versant français. Il est prévu de les étendre à tous les territoires de santé transfrontaliers (Zoast) au cours de l'exercice 2017.

Dès lors, à l'intérieur de l'espace frontalier franco-belge, l'accès aux soins sur l'autre versant sera désormais quasi identique sur le plan administratif et financier à celui dont bénéficie l'assuré social frontalier concerné dans son pays de résidence.

3. La coopération en matière d'aide médicale urgente (AMU)

Parallèlement au développement de la coopération sanitaire interhospitalière et des territoires de santé transfrontaliers s'est édifiée, peu à peu, une coopération transfrontalière franco-belge en matière d'aide médicale urgente. Celle-ci est régie aujourd'hui par une convention spécifique: la convention d'aide médicale urgente «AMU franco-belge».

Cette convention AMU, signée le 20 mars 2007 entre la France et la Belgique, a créé une nouvelle forme de collaboration transfrontalière essentielle pour améliorer les chances de survie des patients et réduire les séquelles éventuelles liées à des accidents ou des affections tels que les AVC et ou les infarctus du myocarde. Ce dispositif a été mis en œuvre dans chaque sous-région de l'espace transfrontalier franco-belge (Lorraine, Ardennes-Thiérache, Nord), à partir du premier semestre 2008.

Afin de réduire le temps d'intervalle médical libre (IML) — à savoir la durée écoulée entre l'appel à un centre d'appel unifié (numéro européen):

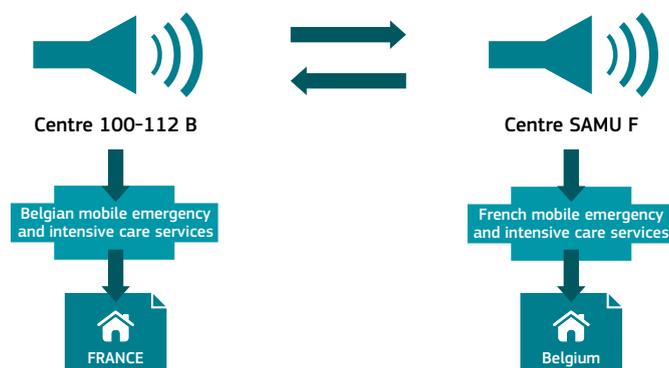
112) et la prise en charge médicale par un prestataire de soins au chevet du patient —, les Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) français et belges interviennent désormais de part et d'autre de la frontière sur le territoire du pays voisin.

En pratique, les SMUR implantés de part et d'autre de la frontière peuvent prendre en charge, en seconde intention, lorsque le SMUR local n'est pas disponible au moment de l'appel, selon une grille de hiérarchisation des interventions définie par territoire frontalier en fonction de la localisation des bases SMUR.

En outre, dans certaines zones frontalières, où le temps d'intervalle médical libre (IML) peut dépasser les 20 minutes (norme maximale définie dans les législations nationales), une intervention en première intention a été développée, avec l'accord des autorités et acteurs concernés sur le territoire de certaines communes frontalières. Dans ce dispositif, le centre d'appel unifié d'un territoire fait appel directement au SMUR du pays voisin pour lui demander son intervention.

Sur le territoire lorrain, on comptabilise en moyenne 125 interventions de ce type par an et une centaine dans les Ardennes.

Schéma 1 : Processus de coopération franco-belge en matière d'aide médicale urgente



Pour réguler administrativement et financièrement cette coopération, des procédures adaptées, basées sur les mécanismes mis en œuvre dans les règlements européens de sécurité sociale ont été développées. De manière plus précise, d'une part, l'établissement hospitalier, dont relève le SMUR qui intervient sur le territoire frontalier voisin, établi, sur base des données d'identification du patient pris en charge, un formulaire S2 (ex-E112) qui ne nécessite aucune autorisation médicale préalable, puisque cette contrainte est retirée dans la convention.

D'autre part, l'intervention du SMUR frontalier est rémunérée selon les procédures des règlements européens sur base d'un tarif forfaitaire. Les SMUR français reçoivent le forfait à la demi-heure auquel ils peuvent prétendre lorsqu'ils interviennent en France. En revanche, les SMUR belges qui traversent la frontière reçoivent un forfait à la demi-heure, correspondant au coût moyen des forfaits (à la demi-heure) des SMUR français pouvant intervenir en Belgique.

Ce mécanisme de financement a été créé spécifiquement dans la convention SMUR de coopération transfrontalière franco-belge, car les modes de financement des interventions des SMUR reposent sur des bases tarifaires différentes de part et d'autre de la frontière. Ainsi, l'octroi d'un forfait au SMUR belge intervenant en France se substitue aux prestations à l'acte, dispensées par les «smuristes» belges.

Ce tarif négocié constitue une des formes de financement de la prestation de santé transfrontalière prévue dans l'accord-cadre de coopération sanitaire franco-belge. Il a été dupliqué dans d'autres conventions transfrontalières du même type, sur d'autres espaces frontaliers au sein de l'UE.

4. La coopération dans le secteur médico-social

Dans le domaine de la santé, la coopération franco-belge concerne le champ sanitaire et l'aide médicale urgente, mais aussi le secteur médico-social.

Depuis des décennies, des personnes âgées et handicapées françaises sont accueillies dans des établissements belges, principalement dans la partie francophone du pays. À diverses reprises, cette mobilité a fait l'objet d'interrogations et de préoccupations dans les projets Interreg dé-

veloppés entre 1992 et 2010, sur l'absence de régulation au niveau des autorités nationales et régionales. Par manque de volonté ou d'intérêt politique, seuls des travaux d'études et de comparaison des législations ont pu être réalisés.

Le regroupement des secteurs sanitaire et médico-social au sein des Agences régionales de santé (ARS) en France, créées en 2010, a ouvert la voie à l'élaboration d'un dispositif de coopération transfrontalière dans ce domaine.

Avec la régionalisation des compétences dans le secteur médico-social en Belgique et, en premier lieu, celui de l'accueil et de l'hébergement des personnes handicapées, le choix d'un dispositif franco-wallon et franco-flamand s'imposait obligatoirement. Comme la quasi-totalité des personnes âgées et handicapées françaises qui ont fait le choix de séjourner en Belgique réside dans des établissements wallons — donc francophones —, la négociation d'un dispositif transfrontalier a été entamée et conduite avec la Wallonie.

L'accueil de personnes handicapées françaises dans des établissements implantés en Wallonie remonte à plus d'un siècle. Cette mobilité prend cours avec l'installation de certaines congrégations religieuses françaises dans la partie francophone belge, suite à l'adoption de la loi de séparation des Églises et de l'État, en France, en 1905. Mais le recours aux structures d'accueil et d'hébergement wallonnes s'explique également par l'insuffisance chronique de places d'accueil en France, notamment pour la prise en charge des enfants atteints d'un handicap mental.

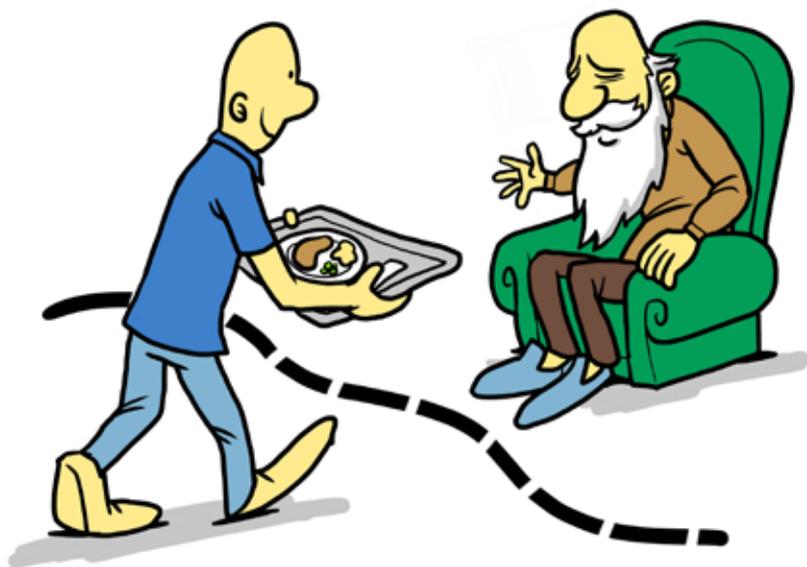
Le développement de cette mobilité française vers la Belgique s'est réalisé de manière informelle. Les autorités compétentes en la matière, sur le versant français (assurance maladie pour les mineurs et conseils généraux pour les adultes) ont agi quasi exclusivement au titre d'organisme payeur. Les établissements wallons, accueillant uniquement des personnes handicapées françaises, pouvaient exercer leurs activités, sans être nécessairement agréés, voire même inspectés par les autorités compétentes. Il a fallu attendre 1995 pour qu'un décret du gouvernement wallon définisse un régime dit «d'autorisation de prise en charge», pour instaurer un contrôle administratif wallon, indépendant du financement de l'accueil des personnes handicapées françaises par les organismes français compétents.

En 2009, une nouvelle réglementation wallonne a défini un encadrement des établissements fonctionnant sous «autorisation de prise en charge», en fixant des normes de fonctionnement et en instituant un régime d'inspection exercé par l'Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées, aujourd'hui devenue l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ).

Jusqu'il y a peu, le recensement exact des personnes handicapées (mineures et majeures) françaises séjournant dans des établissements wallons faisait défaut.

Dans son rapport à l'Assemblée nationale française en 2013, le Député Philip Cordery cite le chiffre de 6 620 personnes handicapées accueillies en Wallonie.

Celles-ci sont originaires principalement de parties du territoire français proches de la Belgique. Mais on enregistre des personnes handicapées résidant en Wallonie, en provenance de 42 départements et 17 (ex)régions françaises (rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de septembre 2005).





Dans son rapport d'études au ministre des affaires sociales, sur «l'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique», la députée Cécile Gallez note, en 2008, *«une connaissance très approximative du phénomène (nombre de patients, types de handicaps etc.); une vision parcellaire de son impact financier, sauf pour les dépenses relatives aux enfants et relevant de l'assurance maladie, qui ne prend en charge qu'une faible partie de la dépense totale; une absence de contrôle des établissements...»*.

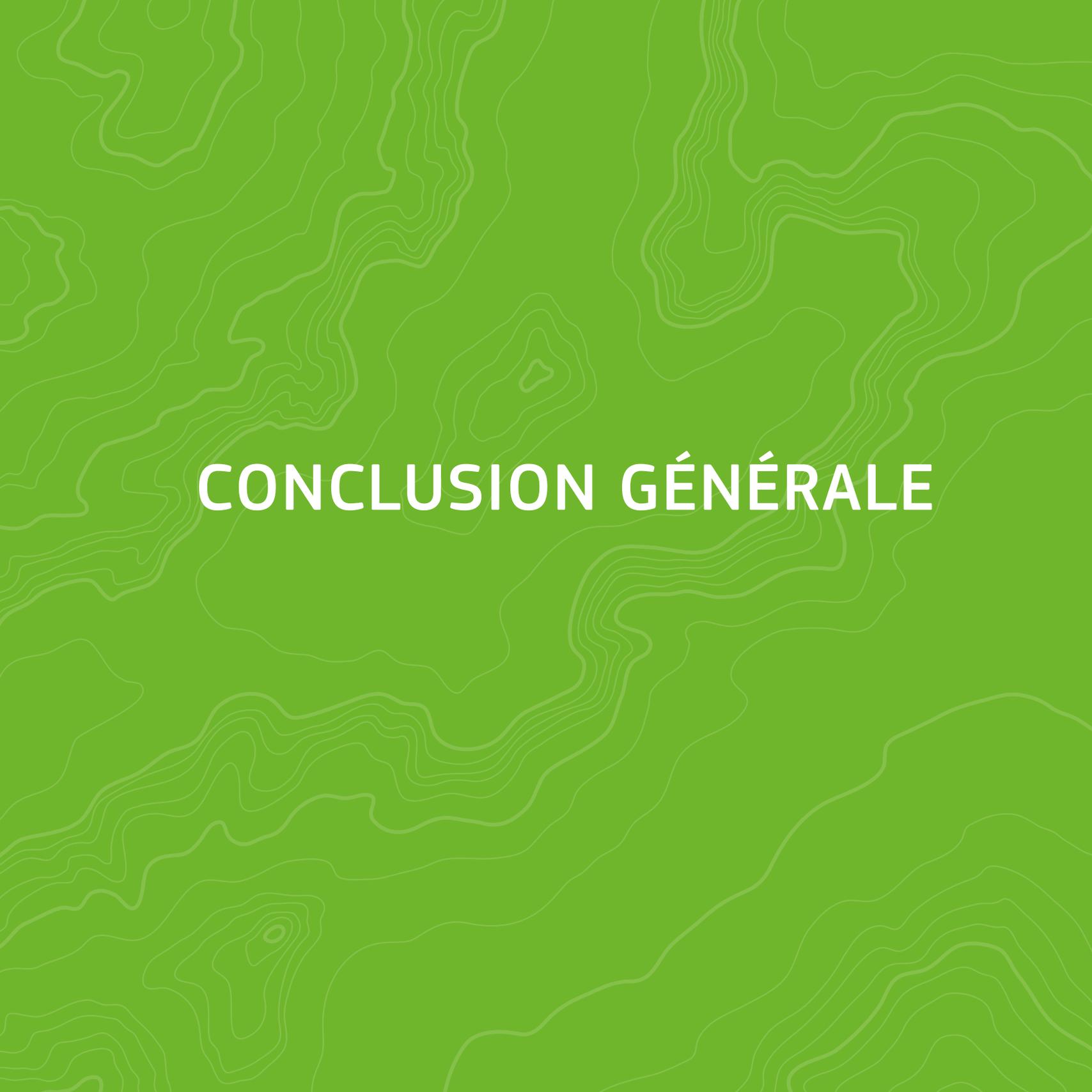
Ce constat relayé au plus haut niveau de l'État français et de la Wallonie a favorisé l'adoption d'un dispositif de régulation transfrontalière de cette mobilité.

C'est dans ce contexte que, dans le cadre du programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen (2007-2013), quelques opérateurs préoccupés par cette problématique ont jugé opportun de déposer un projet d'accord-cadre médico-social, qu'ils ont soumis aux ministères compétents français et wallon, durant le second semestre 2010. Pour des raisons spécifiques, ces derniers ont décidé de restreindre le champ du projet de dispositif au seul secteur des personnes handicapées et de reporter la perspective d'un instrument spécifique aux personnes âgées.

La version finale de l'accord-cadre, signé le 21 décembre 2011 par la secrétaire d'État française aux personnes handicapées et la ministre wallonne de la Santé et de l'Action sociale, concerne exclusivement les personnes handicapées, adultes ou enfants, accueillies en établissements spécialisés, ainsi que l'hébergement d'une partie des enfants scolarisés fréquentant l'enseignement spécialisé. Par contre, le texte ne concerne pas la scolarisation des enfants handicapés.

Le recensement des personnes handicapées françaises accueillies en Wallonie n'a pas été aisé à réaliser. Si pour les mineurs, les relevés ont pu être établis sans difficulté, compte tenu de la prise en charge par la seule assurance maladie, il n'en a pas été de même pour les personnes majeures, dont la prise en charge relève de plus d'une quarantaine de départements. La collaboration entre tous les acteurs concernés des deux versants frontaliers s'est avérée indispensable pour ce recensement.

Entré en application, le 1er mars 2014, l'accord-cadre a favorisé, depuis, le recueil des personnes handicapées séjournant dans les établissements wallons, l'élaboration de nouvelles conventions de prise en charge des personnes handicapées mineures, la mise en place d'inspection commune entre les autorités compétentes française et wallonne et un projet de réforme du décret wallon sur la prise en charge des personnes handicapées.

The background of the page is a solid green color with a white topographic map pattern. The map consists of numerous irregular, concentric contour lines that create a sense of depth and terrain, typical of a topographic map. The lines are more densely packed in some areas and more spread out in others, suggesting varying elevations.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Depuis sa fondation, le projet européen entend associer la liberté de circulation des travailleurs, puis des citoyens, à la conservation de leurs droits sociaux. C'est là l'essence même du modèle social européen. Son ambition est d'assurer un maintien des acquis sociaux obtenus et de les élargir à l'ensemble des citoyens européens.

Comme le développe la première partie de cette publication, la santé publique constitue aujourd'hui un domaine de compétence partagé entre l'Union européenne (UE) et ses États membres. Mais ces derniers restent compétents dans la définition de la politique de santé, l'organisation et le financement des services de santé et des soins médicaux.

L'émergence de la coopération transfrontalière en santé

L'aperçu chronologique du premier chapitre montre que la politique communautaire, en matière de santé, s'est développée lentement dans un premier temps. La santé, domaine au départ traité indirectement ou exceptionnellement par le biais d'une grande diversité de dispositifs, est peu à peu intégrée à la politique communautaire. Il faut attendre le Traité de Lisbonne, et plus précisément son article 168 (titre XIV), pour que cette approche, concernant directement la santé publique, se concrétise sous sa forme actuelle. Aujourd'hui, la Commission dispose, en ce domaine, d'un large éventail d'instruments et d'institutions. La stratégie Europe 2020, qui ambitionne une croissance intelligente, durable et inclusive, considère ainsi la santé comme une des conditions indispensables pour atteindre ces objectifs.

Le deuxième chapitre explique comment des décisions européennes, en matière d'accès aux soins transfrontaliers, émergent depuis la première forme d'intégration européenne, concrétisée par les accords de la Communauté économique du charbon et de l'acier. Si le droit communautaire n'a pas pour objectif d'harmoniser les systèmes de sécurité sociale des différents États membres, il assure néanmoins leur coordination, sans altérer les compétences des États membres à organiser et à gérer leur sécurité sociale.

Au travers de ces différents arrêts, la Cour de Justice européenne a rappelé l'application du principe de libre prestation de services dans le domaine de la santé et a ouvert une nouvelle perspective, celle de la mobilité des patients dans l'UE. Cette dernière figure au cœur de la directive 2011/24 portant sur «les droits des patients en matière de soins de

santé transfrontaliers» qui constitue la première et seule directive santé à ce jour.

Les diverses études de coopération transfrontalière, exposées dans le troisième chapitre de la publication, ont toutes été soutenues par les programmes Interreg. Elles illustrent comment, à travers l'Europe, des expériences transfrontalières, sur le plan sanitaire, offrent des solutions concrètes et durables à l'isolement, au désert médical ou aux inégalités sociales et sanitaires.

Le dernier chapitre détaille la coopération transfrontalière franco-belge, qui s'est construite progressivement, tout au long des différentes générations de programmes Interreg. Cette coopération constitue indubitablement un modèle pour les régions frontalières dans l'UE. Elle réalise, en effet, un maillage de l'ensemble du territoire frontalier franco-belge et recèle de multiples innovations, notamment à travers la mise en œuvre de dispositifs structurels originaux et de mécanismes de régulation administratif et financier basés sur l'application des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale.

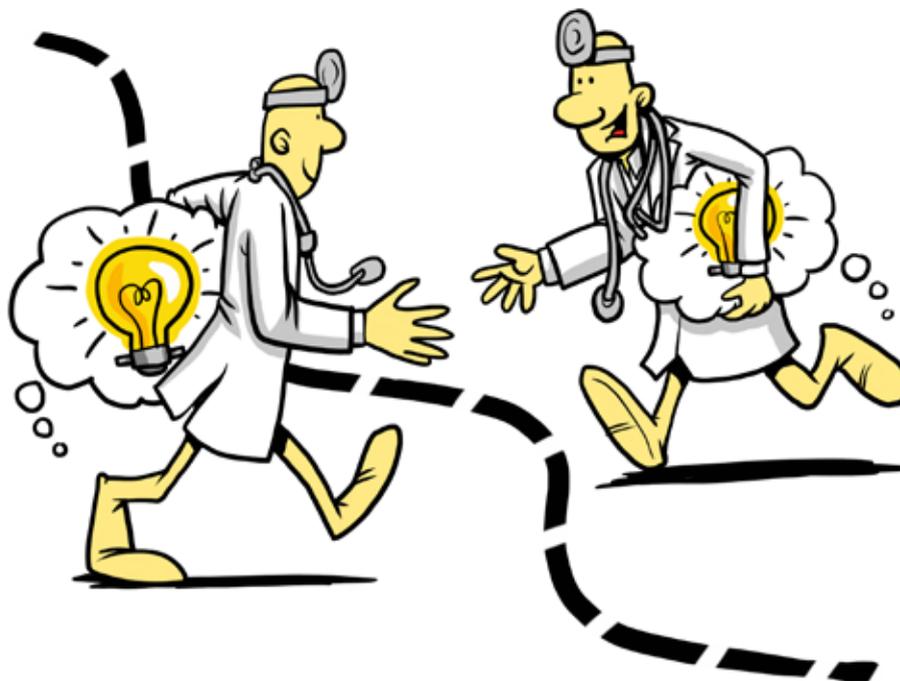
Les effets de la coopération transfrontalière en santé

Les traités, les accords européens successifs et les directives européennes en matière de santé et de sécurité sociale visent à contribuer à la disparition progressive de l'effet frontière entre les États membres et ce, au bénéfice des citoyens européens.

On observe aujourd'hui que la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé entraîne, généralement, deux types d'effets liés : d'une part, l'accroissement de la mobilité des populations frontalières qui traversent la frontière et d'autre part, l'émergence ou le renforcement de dynamiques territoriales transfrontalières.

L'accroissement des flux de citoyens européens, dans le cadre de la coopération transfrontalière, concerne tant les professionnels de la santé que les patients. Cette dynamique entraîne l'intensification de l'utilisation des services hospitaliers et des équipements médicaux frontaliers.

L'émergence ou le renforcement de dynamiques territoriales concerne l'organisation dans un espace, cette fois transfrontalier, de la prise en



charge des soins, du développement de services, ou de la mise en place de formations. Comme ces espaces frontaliers ont été traditionnellement moins dotés de moyens et de ressources, de par leur situation en périphérie extrême du territoire national, la coopération transfrontalière vise à articuler, à l'échelle du territoire plurinational, l'offre de soins répondant aux besoins des patients de part et d'autre de la frontière.

La coopération sanitaire transfrontalière permet alors, de gérer des carences, des manquements ou de tirer parti d'opportunités. Le transfrontalier apparaît en cela comme un laboratoire, où se rencontrent deux, trois voire quatre réglementations nationales, des cultures et des systèmes de santé différents.

Quelques clefs de la coopération transfrontalière en santé

Les coopérations présentées permettent de dégager quelques clefs pour développer des coopérations en santé dans les espaces transfrontaliers.

Certes, il s'agit moins de recettes que de bonnes pratiques pouvant inspirer des porteurs de projets, des gestionnaires de systèmes de santé ou des décideurs.

D'emblée, on soulignera que chaque projet répond à ses particularités territoriales, ses opérateurs publics ou privés, son propre dynamisme. La coopération transfrontalière élargit le champ des possibles, à la fois, sur un plan matériel et immatériel, depuis la construction d'un hôpital jusqu'à l'échange de connaissances professionnelles ou même culturelles. Elle va alors permettre de résoudre, de façon spécifique à la région transfrontalière concernée, les problèmes rencontrés.

Chaque projet est particulier, certes, mais chacun illustre aussi une recherche collective de l'intérêt général. Tous les témoins des coopérations présentées parlent de nécessaire confiance entre les acteurs concernés, de «construction commune».

Malgré le soutien des programmes Interreg, la coopération transfrontalière repose essentiellement sur une base volontaire. Bien que le Traité de Lis-



bonne et la directive «droits des patients» invitent les États à coopérer, rien n'oblige un acteur de la santé ou une autorité à tisser des liens avec son voisin frontalier ou à développer un partenariat et des activités en commun.

Cette coopération a, en outre, cela de particulier qu'elle nécessite l'adhésion et le partenariat d'une large série d'acteurs: les collectivités territoriales, les hôpitaux, les professionnels de santé et les institutions mé-

dico-sociales, les organismes d'assurance maladie et autres systèmes de financement des soins, les personnels administratifs mais aussi et surtout les patients.

Une exigence de toute coopération transfrontalière, en santé comme dans d'autres domaines, est alors d'apprendre à se connaître, à parler le même langage et à utiliser des concepts communs, à établir un climat de confiance et à assurer un maximum de constance notamment institutionnelle. Cet apprentissage concerne tous les types d'acteurs cités, y compris, les patients, et prend du temps. Notons que nombre de coopérations peinent à survivre lorsqu'elles font face à des problèmes de volatilité des opérateurs ou des représentants des autorités compétentes impliquées.

La coopération sanitaire transfrontalière requiert aussi la mise en place de processus particuliers de gouvernance transfrontalière. La diversité des systèmes de santé implique de résoudre des problèmes spécifiques et de recourir à des solutions adaptées telles que la constitution d'une structure juridique comme le Groupement européen de coopération territoriale sur le plateau de Cerdagne. Les autorités et les institutions appelées à se coordonner ne sont pas forcément du même niveau hiérarchique, n'ont pas les mêmes compétences, ni les mêmes légitimités; pourtant elles doivent se coordonner. De plus, les solutions adoptées doivent intégrer nécessairement les acteurs locaux et être adaptées aux spécificités des situations. Enfin, il s'avère essentiel que les règles et les mécanismes mis en place proposent des réponses à la fois flexibles et pérennes.

Une autre condition de réalisation des coopérations concerne la proactivité des opérateurs et le soutien de cette proactivité. La coopération nécessite un engagement ferme, car seul ce type d'engagement permet de dégager l'énergie nécessaire pour dépasser les obstacles et atteindre, *ad finem*, un résultat probant. S'il s'avère relativement facile de faire adhérer les acteurs concernés à l'enjeu transfrontalier, encore faut-il que cette adhésion résiste à l'usure du temps au cours duquel s'expriment des difficultés administratives, de langage, ou de confiance. Encore faut-il aussi que l' élu du territoire concerné porte l'intérêt général issu du projet alors que l'enjeu dépasse souvent l'étendue de sa circonscription électorale.

L'impact d'un projet de coopération transfrontalière en santé se vérifiera — à terme — par la production d'actes concrets, comme l'accès à un hôpital plus proche ou l'existence d'un système d'urgence plus optimal. Il

nécessite une évaluation récurrente afin de démontrer que le projet reste gagnant-gagnant pour les divers acteurs des deux côtés engagés.

La nécessité d'une démarche globale pour visibiliser, capitaliser et pérenniser

Les diverses formes de coopération détaillées dans cette publication illustrent l'importance de l'appui de la politique de cohésion territoriale dans l'introduction des innovations. Elles démontrent aussi l'intérêt de structures de liaison et d'interface compte tenu des différentiels importants entre les zones frontalières mais aussi à cause de la complexité et de l'hyper-spécialisation des dossiers.

La coopération transfrontalière sanitaire bénéficiant des effets-leviers de la politique de cohésion et du financement d'Interreg, entend s'inscrire dans une démarche de pérennisation et d'amplification des effets générés au-delà des périodes d'obtention de soutiens financiers.

Dans ce domaine de coopération, comme dans d'autres d'ailleurs, deux démarches s'avèrent indispensables pour concrétiser et pérenniser les résultats obtenus: une démarche de visibilité pour informer et une démarche de capitalisation pour diffuser et amplifier.

D'une part, la démarche de visibilité doit permettre à tout travailleur, à tout habitant, à tout citoyen concerné de percevoir les résultats et les avantages de la coopération. L'offre disponible par le passage de la frontière ou par l'organisation transfrontalière doit être clairement expliquée, ainsi que toutes les conditions nécessaires pour en tirer parti. Un maximum d'efforts est donc à développer pour faciliter la compréhension de ces opportunités et simplifier les démarches.

D'autre part, une démarche de capitalisation est vitale pour pérenniser et, au-delà, amplifier les effets bénéfiques obtenus. L'analyse des diverses expériences de coopération franco-belge et plus largement des autres expériences européennes ainsi que la consultation des sites internet et autres résumés disponibles le montrent: beaucoup a été fait mais beaucoup reste encore à faire. La capitalisation s'impose car ce qui se fait ici, s'il est compris et connu, peut permettre de trouver plus aisément une solution là-bas: certes, cette solution sera adaptée, mais, basée sur l'expérience vécue ailleurs, elle pourra générer sa propre capacité d'innovation.

Voilà bien l'objectif principal de cette publication: informer des différentes manières de coopérer en Europe et par là amener d'autres territoires transfrontaliers et d'autres acteurs de la santé à améliorer le bien-être des citoyens.

Comme le déclare l'Organisation mondiale de la Santé, la santé nous concerne tous. C'est vrai parce que nous avons une activité dans le secteur médico-sanitaire, parce que nous sommes potentiellement patients mais aussi, et peut-être avant tout, parce que, en tant que citoyens et contribuables, nous cherchons à ce que l'offre de soins en tant que service public soit la plus appropriée et la plus qualitative pour tous.

La coopération transfrontalière tout comme les directives européennes en matière de santé et de sécurité sociale y contribuent; elles ont cherché et cherchent aujourd'hui encore à offrir les conditions optimales d'accès aux soins dans les régions frontalières et plus largement au sein de l'UE.

Le citoyen européen, travailleur, étudiant ou simple voyageur, est aujourd'hui soigné et protégé adéquatement partout en Europe. Plus globalement, l'UE contribue à élaborer une véritable politique de santé publique, notamment face aux grands fléaux que sont le sida ou le cancer. La coopération transfrontalière, véritable laboratoire de l'intégration européenne, quant à elle, va plus loin encore: elle crée une «carte» santé franco-belge, elle construit un hôpital franco-espagnol, elle amène les ambulances à traverser les frontières, elle permet à un patient polonais de consulter — sans se déplacer — un médecin allemand; autant d'expériences appelées à se diffuser voire à se généraliser à l'échelle européenne!

Remerciements

C'est lors de la célébration du 25^{ème} anniversaire d'Interreg, en 2015, que l'idée de proposer une publication sur la coopération transfrontalière en matière de santé est apparue. Lors des premiers échanges avec les services de la Direction générale de la politique régionale et urbaine, l'initiative a été accueillie très favorablement. Nous tenons à adresser nos plus vifs et sincères remerciements pour le soutien constant qui nous a été apporté.

En particulier, nous souhaitons remercier Agnès MONFRET et Miriam BURAJOVA pour leur confiance, leur dynamisme et leurs conseils. Sans leur mobilisation, ce projet n'aurait pu voir le jour. Nos remerciements s'adressent également à Karen VANDEWEGHE pour la qualité et la bienveillance de son suivi ainsi qu'à Martha CAMBAS, Ana-Paula LAISSY, Nathalie VERSCHELDE et Michael WISLOCKI pour leurs observations constructives.

Le premier chapitre a été grandement alimenté par les échanges nourris et les divers travaux publiés par Willy PALM, conseiller et chargé de communication à l'*European Observatory on Health Systems and Policies*.

La présentation des différentes expériences au plan européen n'aurait pu voir le jour sans le temps, la coopération et la disponibilité d'un certain nombre de personnes ressources auxquelles nous adressons nos remerciements. De manière plus précise, nous remercions :

- Catherine BARNOLE, Agence régionale de santé Occitanie (France);
- Patrick CARNOTENSIS, Christelrijk Mutualiteit (Belgique);
- Olivier DENERT, Mission opérationnelle transfrontalière (France);
- Anne DUSSAP, Euro-Institut (France);
- Norbert HOSTEN, Télémédecine Poméranie (Allemagne);
- Karine MERTENS, Agence régionale de santé Grand Est (France);
- Chris SEGAERT, Institut national d'assurance maladie invalidité (Belgique);
- Antonia TSIRIGOTI, The Smile of the Child (Grèce).

Cartes et illustrations

Enfin, pour leurs apports majeurs en matière d'illustrations, nous souhaitons témoigner toute notre gratitude à Jean PEYRONY et Jean RUBIO de la Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT), concepteur des différents éléments cartographiques; et à Alex Hughes de Drawnalism pour ses capacités à résumer un concept ou une situation parfois complexe en un dessin rempli d'humour.



Alex HUGHES est dessinateur, caricaturiste et illustrateur professionnel depuis 1995. Il a affiné ses talents de dessinateur «sur le vif» lors de nombreux événements au cours des vingt dernières années. En 2009, il fonde Drawnalism avec Matthew Buck et ils mettent au service des entreprises, organismes publics et autres organisations leur capacité à capturer visuellement les moments clés d'événements ou de conversations, afin d'offrir des témoignages uniques et motivants, sous format numérique ou papier, aux participants de ces événements.



La Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT) est une association créée en 1997 par le gouvernement français. Elle est soutenue au niveau national par : le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET), les Ministères de l'Europe et des Affaires étrangères, de l'Intérieur et des Outre-Mer, et la Caisse des Dépôts, et son réseau regroupe les acteurs des territoires frontaliers : régions, départements, communes, groupement de communes et de collectivités, structures transfrontalières, États, entreprises publiques, CCI, fédérations, réseaux, agences d'urbanisme, etc. Ce positionnement permet un dialogue structuré entre les autorités nationales, européennes, et les acteurs locaux et régionaux.

Le rôle de la MOT est d'assister les porteurs de projets et les territoires transfrontaliers, de veiller aux intérêts des territoires transfrontaliers et de mettre en réseau les acteurs et les expériences. Elle assure l'interface entre les différentes parties prenantes pour trouver les solutions transfrontalières aux bons niveaux.

L'équipe de coordination et de rédaction



Eric DELECOSSE, titulaire d'un master en Sciences politiques, relève de l'assistance technique du Programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen au travers de sa fonction de directeur de l'équipe technique — antenne Wallonie (Belgique). À ce titre, il a participé à la préparation et à la mise en œuvre des différentes générations de programme (2000-2006

à 2014-2020) sur la frontière franco-belge. Ses missions se concentrent sur l'accompagnement des projets transfrontaliers franco-belges financés dans le cadre d'Interreg. Il est, par ailleurs, co-titulaire d'un cours consacré aux projets européens en master d'administration publique de l'Université catholique de Louvain (B) et dispense également un enseignement à l'Université d'Artois (F).



Henri LEWALLE, licencié en politique économique et sociale et maître en sciences du travail, est spécialisé dans l'analyse et la comparaison des systèmes de santé et tout particulièrement l'étude et le développement des coopérations transfrontalières dans l'UE. Il coordonne, depuis plus de 25 ans, les projets sanitaires et médico-sociaux sur la frontière franco-belge et au sein de la Grande Région. Il est l'auteur de nombreuses publications en matière de sécurité sociale, sur les systèmes de santé et la coopération transfrontalière. Il intervient dans divers enseignements et formations. Il est chargé d'enseignement à la faculté de droit de l'Institut catholique de Lille (F) et est correspondant d'Espace social européen pour la matière santé européenne auprès des institutions de l'UE.



Fabienne LELOUP, docteur de l'University of Cranfield (Royaume-Uni), est professeure à l'Université catholique de Louvain au sein de la faculté des sciences économiques, politiques, sociales et de communication et membre de l'Institut de sciences politiques Louvain-Europe. Ses recherches initiées dans le cadre de l'étude des communautés économiques

régionales africaines portent sur les processus de développement et de gouvernance territoriale. Dans ce contexte, les régions transfrontalières, européennes ou non, constituent des laboratoires exceptionnels de la fabrique de l'action publique et collective. Membre fondateur de l'Institut des frontières et discontinuités¹³, elle enseigne également à l'Université de Lille.

A également contribué :



Raimondo CAVALIERI, titulaire d'un master en administration publique de l'Université catholique de Louvain, est chargé de recherches temporaires dans le domaine de la collaboration transfrontalière, de la gouvernance régionale et locale. Dans le cadre de son parcours universitaire, il a notamment réalisé des séjours d'étude à la Westfälische Wilhelms-Universität Münster (Allemagne) et à l'Universiteit Gent (Belgique). En outre, il a participé au projet franco-belge «*Honours College*» soutenu par le programme Interreg IV France-Wallonie-Vlaanderen.

13 L'IFD est un groupement d'intérêt scientifique issu d'une convention entre 4 laboratoires de recherche de 5 universités belge et françaises : Université catholique de Louvain, Université d'Artois, Université du Littoral-Côte d'Opale, Université de Lille et Université de Reims Champagne-Ardenne. L'Institut est reconnu par les instances officielles de la recherche tant en Belgique qu'en France. Ce réseau transfrontalier de recherche facilite le travail des chercheurs, spécialistes des frontières, dans une approche pluridisciplinaire. Il réunit les compétences confirmées et plurielles de ses membres, permettant de traiter des problématiques contemporaines variées, liées aux territoires frontaliers et transfrontaliers. Plus d'informations sur : <https://ifd.hypotheses.org>.

Pour en savoir plus

Bibliographie

- Barth, F., 1969, *Ethnic groups and boundaries. The social organization of cultural differences*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Bochaton, A., 2015, *Migrations sanitaires et nouveaux enjeux autour la frontière lao-thaïlandaise*, Espace Politique, 24 (2014-3).
<http://espacepolitique.revues.org/3280>
- Brand, H., Hollederer, A., Ward, G. et Wolf, U., 2007, *Evaluation of Border Regions in the European Union* (EUREGIO), Grant Agreement n° 2003104 (SI2. 378322), European Commission. ou ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_23_frep_en.pdf
- Brand, H. et Palm, W., 2014, *Health and European Integration, Eurohealth incorporating Euro Observer*, vol. 20, n°3, 5-7.
- Brenner, N., 2004, *Urban governance and the production of new state spaces in western Europe, 1960-2000*, Review of international political economy, 11(3), août 2004: 447-488.
- Considère, S. et Leloup, F., 2017, *Comment interroger la frontière par les représentations sociales* in Considère, S. et Perrin, T., (dir), 2017, *Frontières et représentations sociales. Questions et perspectives méthodologiques*, Académia, l'Harmattan.
- Curzi, S., Delecrosse, E. et Moysse, V., 2016, *La coopération transfrontalière européenne. Les dynamiques décisionnelles du programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen*, Courrier hebdomadaire n° 2300, CRISP.
- Davesne, A., 2011, *La réponse des autorités nationales à l'eupéanisation de l'accès aux soins de santé: une approche interactionniste fondée sur les «usages» de l'Europe*, Politique européenne, 2011, 3 (35): 165-195.
- Duhamel, S. et Moullé, F., (dir.), 2010, *Frontières et santé – Genèses et maillages des réseaux transfrontaliers*, Géographie et Culture, L'Harmattan.
- Fleuret, S. et Thouez, J.-P., 2007, *Santé et géographie: un panorama*, Economica.
- Furtado, A., Georgina, G. et Nelissen, P., 2014, *Building EU Health Policy for the Future*, Eurohealth incorporating Euro Observer, vol. 20 (3): 12-14.
- Glinos, I.A. et Baeten, R., 2006, *Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union*, OSE – Europe for Patients Project, Bruxelles, septembre.
- INSEE-Franche-Comté, 2013, *Diagnostic territorial de la Bande frontalière du Doubs*, INSEE-Mesurer pour comprendre.
- Lewalle, H., 2005, *Systèmes de santé et intégration européenne; La compétence et l'action de la Communauté européenne dans le domaine de la santé publique*, in L'Europe et les soins de santé, Larcier: 25- 67 et 13-26.
- Lewalle, H., 2014, *La coopération sanitaire transfrontalière* in Education du Patient et Enjeux de santé, Godinne, 2014: 1-6.
- Lewalle, H. et Palm, W., 2001, *Quel est l'impact de la jurisprudence européenne sur l'accès aux soins à l'intérieur de l'Union européenne*, Revue Belge de Sécurité sociale, 2/2001: 435-453.
- Moullé, F., (dir.), 2017, *Frontières*, Presses Universitaires de Bordeaux, col. Parcours Universitaires.

Observatory Studies Series (OSS) entre autres 22, 23, 28, 31, 32

Palm, W., 2014, *The impact of European integration on health (systems)*, lecture, Nationaal Intermutualistisch College Bruxelles, 20 juin, Bruxelles.

Quilici, B., 2011, *Le Genevois français: la forte croissance démographique soulève des enjeux en termes de services à la population et de conditions de vie*, INSEE-Mesurer pour comprendre, 1/10/2011.

Séchet, R. & Keerle, R. (2010). Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable. *Annales de géographie*, 675,(5).

Scott, L.G., Fahy, N., Elliott, H.A., Wismar, M., Jarman, H. et Palm, W., 2014, *Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask*, *Observatory Studies Series*, n°34, WHO.

Vaguet, A., 2001, *Du bon usage de l'analyse spatiale et de l'évaluation territoriale dans les politiques sanitaires*, *Nature Sciences Société*, 9 (4), 36-42.

Van Houtum, H., 2000, *An Overview of European Geographical Research on Borders and Border Regions*, *Journal of Borderlands Studies*, 15 (1), 57-83.

Sites internet

Commission européenne – DG Politique régionale et urbaine:
http://ec.europa.eu/regional_policy/

Commission européenne – DG Santé et sécurité alimentaire:
http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/

Agence européenne des médicaments:
<http://www.ema.europa.eu>

Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation:
<http://ec.europa.eu/chafea/>

Observatoire européen des systèmes et politiques de santé:
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

Base de données des projets Interreg:
<http://www.keep.eu>

Organisation mondiale de la Santé:
<http://www.who.int>

Liste des points de contacts nationaux dans l'ensemble des Etats membres:
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/cbhc_npc_en.pdf

Comment prendre contact avec l'Union européenne?

EN PERSONNE

Dans toute l'Union européenne, des centaines de centres d'information Europe Direct sont à votre disposition. Pour connaître l'adresse du centre le plus proche, visitez la page suivante: <http://europa.eu/contact>

PAR TÉLÉPHONE OU COURRIER ÉLECTRONIQUE

Europe Direct est un service qui répond à vos questions sur l'Union européenne. Vous pouvez prendre contact avec ce service:

— par téléphone:

- via un numéro gratuit: **00 800 6 7 8 9 10 11** (certains opérateurs facturent cependant ces appels),
- au numéro de standard suivant: **+32 22999696**;

— par courrier électronique via la page <http://europa.eu/contact>

Comment trouver des informations sur l'Union européenne?

EN LIGNE

Des informations sur l'Union européenne sont disponibles, dans toutes les langues officielles de l'UE, sur le site internet Europa à l'adresse <http://europa.eu>

PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE

Vous pouvez télécharger ou commander des publications gratuites et payantes sur le site EU Bookshop à l'adresse suivante: <http://bookshop.europa.eu>. Vous pouvez obtenir plusieurs exemplaires de publications gratuites en contactant Europe Direct ou votre centre d'information local (<http://europa.eu/contact>).

DROIT DE L'UNION EUROPÉENNE ET DOCUMENTS CONNEXES

Pour accéder aux informations juridiques de l'Union, y compris à l'ensemble du droit de l'UE depuis 1951 dans toutes les versions linguistiques officielles, consultez EUR-Lex à l'adresse suivante: <http://eur-lex.europa.eu>

DONNÉES OUVERTES DE L'UNION EUROPÉENNE

Le portail des données ouvertes de l'Union européenne (<http://data.europa.eu/euodp/fr/data>) donne accès à des ensembles de données provenant de l'UE. Les données peuvent être téléchargées et réutilisées gratuitement, à des fins commerciales ou non commerciales.

