

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2006-2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

**La coopération sanitaire
transfrontalière franco-allemande à
l'heure de l'accord-cadre : l'exemple
du Centre Hospitalier de Wissembourg**

Rebecca D'ANTONIO

Remerciements

Ce ne sont pas moins d'une cinquantaine de personnes qui ont participé de près ou de loin à l'écriture de ce mémoire, ce qui explique que je ne saurais les énumérer chacune individuellement de peur d'oublier l'une d'entre elles.

Mais, pour leur soutien, leur accompagnement, leur disponibilité, leurs conseils, la liberté avec laquelle elles ont accepté d'aborder ce sujet, même dans ses versants les plus compliqués, je tiens à remercier chaque personne qui m'a accordé un moment pour m'aider à construire au fil des mois ce travail sur la coopération hospitalière transfrontalière.

Je souhaite cependant adresser un remerciement particulier à Pascal Garel, mon encadrant mémoire, pour ses conseils avisés et son éclairage sur la dimension européenne du sujet ; ainsi qu'à Jean Thomann, directeur du Centre Hospitalier de Wissembourg, pour son soutien et son accompagnement tout au long de mes recherches sur le thème.

Sommaire

Introduction

1	Entre mobilité des personnes et coopération sanitaire transfrontalière : de l'utilité à la nécessité d'un cadre juridique	1
1.1	Le développement progressif d'actions de coopération transfrontalière	1
1.1.1	La coopération sanitaire transfrontalière en réponse à la mobilité des personnes	1
	A) La mobilité des personnes, potentiels patients	2
	B) La mobilité des professionnels de santé.....	5
1.1.2	La coopération sanitaire transfrontalière au service de l'organisation des soins	7
	A) La structuration de l'offre de soins.....	8
	B) Les autres types de coopération	10
1.2	La nécessité d'un cadre juridique	12
1.2.1	Les règlements CEE 1408/71 et 574/72	12
1.2.2	La jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés Européennes et son application tardive en droit français	14
1.2.3	Le règlement CEE 883/04 de coordination des systèmes de sécurité sociale	17
1.2.4	L'accord-cadre franco-allemand et son arrangement administratif.....	18
1.2.5	La consultation de la commission européenne sur la question d'une intervention européenne en matière de santé	20
2	Le Centre Hospitalier de Wissembourg et la coopération sanitaire transfrontalière : une démarche volontaire et volontariste	23
2.1	Un contexte plutôt favorable à la base	23
2.1.1	Les opportunités liées à l'environnement.....	23
	A) Présentation de l'établissement.....	23
	B) L'attractivité sur son territoire	24

2.1.2	Un climat interne favorable	25
	A) Un personnel germanophone	26
	Les médecins	26
	Le personnel soignant	27
	B) Une volonté de coopérer	28
2.2	L'état des lieux de la coopération.....	29
2.2.1	Les prémisses de la coopération.....	30
	A) Une étude de faisabilité : à la recherche d'une complémentarité Bad- Bergzabern - Wissembourg	30
	B) Les premiers essais.....	31
2.2.2	L'analyse des échecs.....	32
	A) Une période de réforme de l'organisation des soins en France	32
	B) Les obstacles à la mobilité des patients.....	33
2.2.3	La concrétisation d'actions de coopération	34
	A) ORL – Urologie.....	34
	B) Scanner	35
	C) IRM.....	35
	D) Interventions SMUR.....	35
3	La mise en œuvre de l'accord-cadre dans un environnement stratégique plutôt concurrentiel	37
3.1	Les démarches entreprises par les Allemands.....	37
3.1.1	Un contexte nouveau	37
3.1.2	Des partenaires allemands volontaires	39
	A) La co-utilisation du plateau technique en orthopédie	39
	B) Les prestations en chirurgie viscérale et générale	40
3.2	Le positionnement des acteurs français de la coopération.....	40
3.2.1	Un cadrage précis par l'Administration Centrale, relayé au niveau déconcentré.....	41
3.2.2	Des acteurs locaux plus engagés	44
	A) Les élus locaux.....	44
	B) Les établissements de santé	44
3.3	Quelques actions à mener pour réussir la mise en œuvre de l'accord- cadre au niveau local.....	45

3.3.1	Première étape : mettre en conformité les conventions existantes	46
3.3.2	Deuxième étape : participer à la simplification des démarches administratives pour les patients en élaborant un système de transcodage et de facturation transfrontalier.....	46
3.3.3	Troisième étape : chercher les zones de complémentarité et de réciprocité avec les partenaires allemands.....	47
3.3.4	Quatrième étape : développer la communication et l'information à destination des professionnels, des patients	48
3.3.5	Cinquième étape : un schéma d'organisation sanitaire transfrontalier, ou un volet transfrontalier au SROS.....	49
Conclusion.....		51
Bibliographie.....		53
Liste des annexes.....		I
Annexe I	Accord cadre entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière.....	III
Annexe II	Arrangement administratif du 9 mars 2006 entre le ministre de la santé et des solidarités de la république française et le ministère fédéral de la santé de la République fédérale d'Allemagne concernant les modalités d'application de l'accord-cadre du 22 juillet 2005 sur la coopération sanitaire transfrontalière.....	VII
Annexe III	Carte MOT année 2000 – Coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale.....	XI
Annexe IV	Carte MOT année 2000 – Coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale : frontières luxembourgeoises et allemandes.....	XIII

Liste des sigles utilisés

AOK	Allgemeine Orstkrankenkassen
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CJCE	Cour de Justice des Communautés Européennes
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DRG	Diagnosis Related Group
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HOPE	Fédération Européenne des Hôpitaux
MOT	Mission Opérationnelle Transfrontalière
NHS	National Health Service
OFBS	Observatoire Franco-Belge de la Santé
UE	Union Européenne
URCAM	Union Régionale des Caisse d'Assurance Maladie

Introduction

1957 : l'Europe se construit avec le Traité de Rome, les principes de base d'un rapprochement et d'une collaboration entre les six Etats centraux européens sont posés, avec une volonté commune de bâtir un espace commun d'échanges et de construction économique.

La libre circulation des personnes constitue alors l'un des objectifs implicites du Traité de Rome qui vise à poser "les fondements d'une union sans cesse plus étroite entre les peuples européens". Si la Communauté économique européenne se préoccupe d'abord essentiellement de la circulation des travailleurs au sein du marché commun, ce droit s'est ouvert progressivement à toutes les catégories de personnes.

2007 : les actions en matière d'emploi, d'alignement et de validation des formations et des qualifications, de sécurité des personnes, de libre circulation, portent leurs fruits et font la preuve aujourd'hui de l'intérêt d'un travail commun par l'évolution qu'elles engendrent dans le développement économique des pays, notamment les moins favorisés de l'Union. Parmi les secteurs où l'action européenne n'est pas totalement aboutie, il reste un domaine relativement sensible et où les Etats-membres font valoir régulièrement les termes du Traité garantissant leur souveraineté : la santé. Il convient d'ailleurs de distinguer en la matière santé, services de santé, et régimes de santé.

Les grandes thématiques de santé publique : actions de prévention, toxicomanie, veille et vigilances sanitaires, ont été les premières matières où les initiatives de collaboration se sont mises en place. Elles sont même soutenues par les partenaires concernés. Le sujet devient plus complexe lorsqu'on aborde la coopération sanitaire transfrontalière, du fait notamment du lien étroit existant entre l'organisation de l'offre de soins et les régimes de sécurité sociale.

Dans ces domaines, la prise en charge des soins est sensiblement différente d'un Etat à l'autre, tant dans l'organisation des régimes de sécurité sociale que dans celui de l'organisation et du financement des services de santé.

Sur la notion « service de santé » notamment, il existe une divergence de points de vue entre les gouvernements européens, ainsi qu'une évolution de ces positions avec le temps. Ainsi, alors que certains Etats interrogés par la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) sur la nature des services de santé dans le jugement d'affaires ayant trait à la prise en charge des soins, ont déclaré qu'il y avait lieu de considérer les services de santé comme des services à vocation économique au sens des articles 49 et

50 du Traité de la Communauté Economique Européenne, ces mêmes Etats se sont opposés à l'inclusion de ces services de santé dans la directive sur les services proposée par le commissaire Bolkestein en 2004, en réclamant un traitement spécifique.

De la même façon il existe une dualité entre les orientations préconisées par la Commission Européenne en terme d'ouverture et de collaboration entre les Etats-membres dans le domaine sanitaire, et le positionnement plus conservateur des Etats-membres sur la mobilité et la libre circulation des patients qui pourraient mettre en péril l'équilibre financier des services nationaux de santé.

La plupart des Etats-membres rencontrent des difficultés dans l'organisation de leur système de santé. Ces problèmes peuvent être de différents types : sur ou sous capacité hospitalière, délais d'attente, démographie médicale et paramédicale, problème de maîtrise des dépenses de santé, qualité des soins, accès aux matériels lourds, zones déficitaires... Il existe aussi des divergences dans l'organisation même de l'accès aux soins selon que l'on se trouve dans un système très majoritairement public où l'accès est assurément gratuit mais le plus souvent dirigé (NHS au Royaume-Uni), ou dans celui où le patient a un accès totalement libre au secteur public ou privé, et que le remboursement de ces prestations peut évoluer en fonction des assurances complémentaires qu'il aurait souscrite (Allemagne, France notamment).

D'autre part, tous ces Etats, soumis au problème de la maîtrise des dépenses de santé, encouragent les actions de coopération internes, le travail en réseau, et les rapprochements d'établissements, dans le but d'optimiser les ressources sanitaires et garantir une offre de soins de qualité aux patients. Des zones de coopération émergent ainsi sur les territoires nationaux, mais également sur les régions frontalières. Mais alors que les dispositifs internes de coopération se développent, les zones frontalières se trouvent confrontées à de multiples obstacles : géographiques, culturels, linguistiques, réglementaires...

L'ouverture des frontières, l'évolution du comportement des patients, l'identification des zones déficitaires ou de complémentarité, ont toutefois mis en exergue l'intérêt d'une coopération sanitaire dans certaines zones frontalières, initiée par les professionnels du secteur, et parfois par les politiques. Les besoins ont dans certains cas été tellement évidents que les acteurs locaux n'ont pas hésité à braver tous les freins pour construire des partenariats locaux visant à maintenir une offre de soins de proximité, et assurer à la population un accès sécurisé à la santé. L'Union Européenne, consciente de ces besoins, accompagne depuis de nombreuses années un certain nombre de projets via une

réglementation et des fonds européens de développement régional (fonds structurels, dont les fonds Interreg, destinés aux actions de coopération territoriale européenne).

Ainsi, le flux des travailleurs frontaliers a lui été à l'origine des premières dispositions prises en matière de prestations sanitaires et sociales (règlements CEE 1408/71 et 574/72 de coordination des systèmes de sécurité sociale), de même que les séjours temporaires ou les cas d'urgence.

Aujourd'hui, compte-tenu du développement des coopérations et de la mobilité des patients, de l'évolution de la jurisprudence de la CJCE en faveur d'un accès relativement libre aux services de santé pour les patients, et compte-tenu des limites administratives et réglementaires rencontrées dans la mise en œuvre des actions de coopération, certains Etats-membres, la France notamment, s'engagent dans un processus de signature d'accords-cadres censés donner un cadre réglementaire plus établi au développement de la coopération sanitaire transfrontalière, de façon à concilier les intérêts des patients avec ceux des organisations sanitaires et à intégrer la jurisprudence de la CJCE.

Plus précisément, la France et l'Allemagne ont signé un accord-cadre de ce type le 22 juillet 2005, ainsi que son arrangement administratif le 9 mars 2006. Un accord similaire (hors services d'urgence) avec la Belgique a lui été signé le 30 septembre 2005 et ceux avec l'Espagne, et l'Italie sont en discussion.

Le présent dossier traitera plus particulièrement de l'accord-cadre franco-allemand, en relation avec l'établissement terrain d'étude, le Centre Hospitalier de Wissembourg, qui se situe au nord de l'Alsace à quelques mètres de la frontière allemande. En effet, son positionnement géographique, ses antécédents et ses actions dans le champ de la coopération transfrontalière en font effectivement un sujet d'analyse intéressant à la lumière de cette thématique, et de l'actualité dans ce domaine.

Bien entendu, les coopérations sanitaires de cet établissement, qualifié de proximité dans le SROS, ne se limitent pas au transfrontalier, et de nombreux partenariats et réseaux d'organisation des soins sont d'ores et déjà mis en œuvre au niveau du territoire de santé, ou de la région franco-française. Mais l'aspect transfrontalier ne peut pas être négligé dans la mesure où il reflète une réalité du terrain.

Dès lors, compte-tenu de l'actualité (publication du SROS III, signature des Contrats d'Objectifs et de Moyens, accord-cadre...), il semble tout à fait intéressant de se demander comment un établissement de proximité, situé dans une zone frontalière, peut être concerné par des actions de coopération sanitaire transfrontalière ; en quoi l'accord-cadre peut permettre d'impulser de nouvelles formes de coopération à ce niveau ; quels

peuvent être les enjeux ou les limites de ce type de coopération, et comment préparer l'avenir.

Il est dès lors nécessaire de rappeler l'évolution réglementaire et jurisprudentielle qui a conduit à la signature des accords-cadres (1.), puis de présenter le Centre Hospitalier de Wissembourg et son action en terme de coopération transfrontalière (2.), avant d'aborder l'impact de cet accord-cadre et les préconisations pour inscrire l'action de l'établissement dans l'avenir (3.).

Méthodologie

La coopération sanitaire dans son aspect transfrontalier ne fait pas l'objet d'une bibliographie en français très dense, mais un certain nombre de travaux, études, et sites internet y sont consacrés.

L'analyse de ces données a donc été un préalable, mais les échanges avec les professionnels concernés par cette thématique ont été les plus enrichissants pour comprendre la thématique et ses enjeux.

J'ai donc rencontré de nombreux professionnels et acteurs de la coopération sanitaire, d'autres m'ont accordé des entretiens téléphoniques.

La formation à l'ENSP et le stage m'ont également permis d'approfondir le sujet :

- par le stage international : que j'ai effectué dans trois établissements de santé en Allemagne, tous trois proches de la frontière et engagés dans des actions de coopération sanitaire transfrontalière
- par la session inter-écoles : j'ai assisté à la session portant sur les coopérations transfrontalières
- par la participation au forum sur l'accord-cadre franco-allemand, à Karlsruhe
- par la participation aux réunions préparatoires du forum de Karlsruhe
- en réalisant l'état des lieux de la coopération transfrontalière au Centre Hospitalier de Wissembourg, état des lieux demandé dans le contrat d'objectifs et de moyens

1 Entre mobilité des personnes et coopération sanitaire transfrontalière : de l'utilité à la nécessité d'un cadre juridique

A l'origine, la coopération sanitaire transfrontalière ne s'est pas développée dans un contexte institutionnel et réglementaire, mais plutôt en réponse au flux des travailleurs frontaliers, au déplacement facilité des personnes au sein de l'Union Européenne, et plus progressivement dans le cadre de l'organisation de l'offre de soins.

Mais les obstacles administratifs et juridiques rencontrés au quotidien ont nécessité un cadrage juridique néanmoins insuffisant, qui amène les Etats à signer aujourd'hui des accords-cadres sur la coopération sanitaire transfrontalière.

1.1 Le développement progressif d'actions de coopération transfrontalière

En Europe, les régions frontalières représentent environ 15% du territoire de l'Union, et concernent 10% de sa population. Avec la disparition des frontières physiques, ces régions sont de plus en plus considérées comme des zones intégrées où des activités communes doivent voir le jour : la coopération sanitaire n'est pas la plus développée à ce jour, mais elle s'est mise en place progressivement du fait de la mobilité des personnes et de la nécessité d'organiser l'accès aux soins.

La dimension transnationale apparaît également dans ces points, dans la mesure où la mobilité des Européens ne s'effectue pas uniquement dans un cadre frontalier, mais également dans un cadre plus vaste.

1.1.1 La coopération sanitaire transfrontalière en réponse à la mobilité des personnes

La libre circulation des personnes souhaitée par la construction européenne a été l'un des éléments moteurs de la coopération sanitaire : aussi bien en ce qui concerne les patients que les professionnels de santé.

A) La mobilité des personnes, potentiels patients

L'Europe a ouvert ses frontières et a progressivement permis, dans le but d'un développement économique, une libre circulation des biens, des services, et des personnes.

Initialement, ce sont les travailleurs frontaliers qui ont nécessité un accès facilité et indifférencié aux services sanitaires et sociaux de part et d'autre de la frontière où ils vivaient et travaillaient. La couverture sociale de ces personnes, ainsi que celle de leurs ayants-droits, a été la première à permettre de lever les obstacles à leur libre circulation.

L'encouragement de la mobilité et la croissance du revenu moyen permettent également de plus en plus souvent à des personnes retraitées du nord de l'Europe de passer temporairement ou plus longuement une partie de leur retraite dans des régions du sud au climat plus agréable.

Mais progressivement, les autres catégories de personnes, ayant connaissance de ces possibilités de se faire soigner à proximité de chez eux dans les mêmes règles de sécurité se sont intéressés à l'offre de soins frontalière. Aujourd'hui, sans parler de « tourisme médical », ces comportements traduisent une réelle volonté des patients de choisir librement leur médecin, ou service hospitalier.

Cet élément combiné à une information de plus en plus importante des possibilités économiques, sociales, et dans ce cas précis, sanitaires, de même que la volonté des patients d'accéder à des soins de proximité, et une exigence accrue en termes de qualité et de délais de prise en charge, ont poussé les patients à se déplacer pour obtenir plus rapidement une offre de soins répondant à toutes ces attentes, même hors des frontières nationales¹.

Il n'est effectivement pas rare de voir des patients opter pour un établissement de santé situé dans une autre région, quitte à faire quelques dizaines de kilomètres en plus, sur la base de la réputation d'un praticien ou de la qualité reconnue de la prise en charge.

Le phénomène tend même à inquiéter certains Etats, comme le Royaume-Uni, où le Service National de santé (NHS : *National Health Service*) a fait la preuve de ses insuffisances dans certains domaines (orthopédie, ophtalmologie), et où les patients

¹ FERENCZI H., FINKS A., GÜNSTEN S., Juli 2007, „Operationen unter Palmen“, *FOCUS*, n°27, p.59-71

n'hésitent plus à traverser la Manche pour obtenir des soins dans des délais plus acceptables.

Sans aller jusqu'à traverser la Manche, partout en Europe, des zones de circulation et d'échanges économiques ont vu le jour, et le domaine de la santé n'échappe plus à cette libre circulation des biens et des services : le comportement des patients, conforté par les arrêts de la CJCE, vient confirmer cette volonté de « consommer du soin » de la même façon que l'on peut accéder désormais à d'autres types de biens ou de services²

D'ailleurs, Pierre Mauroy, en tant que président de la Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT), écrivait déjà il y a quelques années : « *la santé, et la qualité des services qui permettent de la maintenir sont au cœur des préoccupations de nos concitoyens – la possibilité pour tous d'avoir accès à des soins de qualité près de chez lui constitue un droit. Ce principe prend une acuité particulière dans les bassins de vie transfrontaliers qui sont autant d'espaces-trait d'union et de laboratoires d'expérimentation grandeur réelle de la construction européenne* ».

Le Rapport de Magdalene Rosenmöller, Martin McKee et Rita Beaten, portant sur la mobilité du patient dans l'Union Européenne³, confirme les éléments cités et est allé jusqu'à identifier cinq catégories de patients « mobiles » :

- les premiers sont ceux qui, à l'occasion de leurs vacances, ou d'un séjour temporaire dans un autre Etat, nécessitent des soins inopinés,
- la seconde catégorie concerne les personnes qui souhaitent passer leur retraite dans un autre Etat-membre que celui d'origine, et souhaitent pouvoir accéder à l'offre de soins locale
- la troisième catégorie concerne les patients qui ont historiquement, culturellement ou du fait de la langue un attachement particulier à une région voisine, fût-elle séparée par une frontière nationale, c'est le cas des travailleurs frontaliers le plus souvent,
- la quatrième catégorie de patients est celle des patients qui n'hésitent pas à franchir les frontières, à aller à l'étranger pour obtenir des soins de qualité, à moindre coût, et dans des délais plus acceptables que ceux du pays d'origine,
- enfin, la dernière catégorie, et la moins significative, est celle des patients qui sont envoyés à l'étranger par leur propre système de santé, dont les capacités

² Arrêt CJCE 28 avril 1998 Kohll et Decker

³ ROSENMÖLLER M., McKEE M., BEATEN R., *Patient Mobility in the European Union : Learning from Experience*, Copenhagen : World Health Organization, 2006

nationales ou locales ne peuvent assurer au patient la garantie d'une prise en charge dans les meilleures conditions. Il s'agit en l'occurrence de petits Etats ou de régions isolées et sous-dotées en offre de soins.

Dans ce dernier cas, la démarche du patient n'est pas nécessairement volontaire, mais organisé par les pouvoirs publics qui recherchent la solution la plus adaptée pour leur population.

D'autre part, d'après une étude réalisée par Jean Hermesse⁴, les facteurs influençant le choix du patient pour un service ou un produit médical sont :

- la gravité du traitement,
- la proximité du lieu de traitement,
- la qualité ou la réputation du prestataire ou de l'établissement hospitalier,
- le délai d'attente,
- la confiance, la communication, la langue,
- le coût des soins,
- la procédure liée au remboursement des soins,
- la connaissance de l'offre étrangère par les prestataires nationaux⁵.

D'autres raisons peuvent également pousser le patient à franchir les frontières pour obtenir un traitement ailleurs : l'indisponibilité de ce traitement ou de cette technique dans le pays d'origine, et parfois la législation bioéthique sur les avortements, ou l'assistance médicalisée à la procréation. Le contexte législatif dans certains Etats membres concernant l'euthanasie peut entrer dans ces dernières catégories.

Il faut cependant préciser que la mobilité des patients reste malgré tout un phénomène marginal et relativement faible pour l'instant : les personnes recherchent avant tout une prise en charge de proximité en matière de santé. Les Français sont ainsi ceux qui se déplacent le moins⁶⁷, et la moyenne européenne se situe entre 0,5 et 1% de patients qui optent pour un traitement à l'étranger : selon les estimations de la Commission

⁴ HERMESSE J., « L'ouverture des frontières aux patients. Quelles conséquences économiques ? », *Soins sans frontière dans l'UE ? Libre circulation des biens et services dans le secteur des soins de santé*, actes du symposium international, Luxembourg, novembre 1998

⁵ Les mêmes facteurs sont également évoqués dans l'analyse d'Irene A. Glinos et Rita Beaten : *A Literature Review of Cross-Border : Patient Mobility in the European Union*, Brussels : Europe for Patients Project, 2006

⁶ En 2004, 1 300 personnes ont demandé une autorisation à leur caisse pour un soin programmé en dehors du territoire (formulaire E112), P.GAREL, Colloque Penser public : « Faut-il une doctrine des services publics en Europe ? » (30 juin 2006)

⁷ En France, en 1989 : 300 demandes de E112, en 1993 : 600, en 2001 : 1200 (source CNAMTS)

européenne, la part des prestations transfrontalières dans les dépenses globales de santé se situent aux environs de 1%.

B) La mobilité des professionnels de santé

L'Europe a permis la libre circulation des personnes, et donc des travailleurs ; et, comme expliqué ci-dessus, ce sont les travailleurs frontaliers qui ont été à l'origine des premières dispositions visant à faciliter l'accès aux soins et aux prestations sociales. Mais il est intéressant également d'observer la mobilité des professionnels de santé, que ce soit sous l'égide de la possibilité offerte par l'Europe de s'installer et travailler librement dans tous les Etats-membres, ou pour répondre aux besoins de main-d'œuvre de certains pays.

Globalement les professionnels de santé sont moins mobiles que les autres, mais la situation a évolué ces dernières années, notamment avec l'intégration des nouveaux pays d'Europe centrale et orientale. Pour le moment, la mobilité des professionnels de santé en provenance d'autres Etats membres reste marginale et ne représente qu'à peine 1,6% de l'ensemble des professionnels exerçant en France⁸.

L'homologation et la reconnaissance progressive des diplômes européens dans les Etats-membres traduisent la volonté de faciliter la mobilité des professionnels dans la Communauté Européenne.

La directive 2005-36 adoptée le 5 septembre 2005 définit les règles de mobilité au sein de l'Union Européenne pour les professionnels qualifiés, ressortissants communautaires qui envisagent d'exercer dans un autre Etat membre que le leur, soit dans le cadre d'une prestation de service, soit dans la perspective de s'établir dans cet état.

S'il s'agit d'une prestation de service, un mécanisme de déclaration préalable est prévu en cas de déplacement du prestataire, et la directive encourage l'échange d'information entre les autorités administratives des Etats membres.

En ce qui concerne le libre établissement, la directive définit des principes de reconnaissance automatique des titres de formation qui doivent être conformes aux conditions minimales de formation prévues.

La directive 2005-36, en cours de transposition dans les Etats membres, semble fournir un cadre suffisant pour assurer la mobilité des professionnels de santé.

⁸ Source : Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques du Ministère de la santé et des solidarités

La réponse des autorités françaises à la consultation de la Commission européenne sur les services de santé⁹, sur ce point, précise que les autorités françaises souhaiteraient « voir consacré le principe d'une reconnaissance de l'expérience professionnelle qui serait à prendre en compte pour l'obtention d'une qualification (accès aux diplômes par la validation des acquis de l'expérience professionnelle) ».

Ces mesures ont plusieurs conséquences : positives pour la plupart, quand on considère qu'elles permettent aux professionnels de santé d'exercer dans les Etats-membres après simple enregistrement dans les chambres professionnelles des métiers et qu'elles permettent ainsi aux pays rencontrant des difficultés de démographie médicale et paramédicale de pallier à ces manques par le recours à des étrangers. Ces personnes elles-mêmes peuvent trouver un intérêt à aller travailler dans un Etat où le salaire moyen pour la même profession est plus intéressant que dans leur pays d'origine. Le Royaume-Uni par exemple, qui avait déjà ouvert ses frontières à l'immigration professionnelle, a constaté un flux d'arrivées important.

Mais cette mobilité n'est pas toujours vécue positivement.

Lorsque la mobilité se fait au détriment du pays formateur, un pays émergent par exemple, pour un pays où le PIB par habitant est plus élevé, on assiste à une fuite des ressources humaines, et une déperdition directe de l'investissement économique de l'Etat. Ces pays auront donc du mal à mettre leur propre système de santé à un niveau concurrentiel à celui des Etats les plus riches de la Communauté. C'est le cas par exemple de la Hongrie et de la Pologne qui ont vu certaines régions se désertifier médicalement, ce qu'elles n'avaient pas connu avant l'intégration dans l'Union.

Un obstacle qui n'est pas des moindres est celui de la langue : la santé est en effet un domaine où l'approximation n'est pas de mise, tant dans la communication et l'information au patient, que dans les échanges entre professionnels. Cette difficulté ne se rencontre bien entendu pas partout, et elle est d'ailleurs l'un des éléments facilitateurs dans les zones où la langue pratiquée est identique ou très proche.

Un autre problème rencontré est celui du niveau de formation : même si la majorité des diplômes font l'objet d'une reconnaissance mutuelle des compétences entre les Etats-membres, sur le terrain, certaines différences de pratiques mettent les professionnels en difficulté et peuvent créer des tensions et nécessiter un temps d'adaptation.

⁹ http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm

Il n'en reste pas moins que ces différentes raisons ont contribué à ce que des coopérations se mettent en place dans les zones frontalières, notamment sous la forme d'échanges d'expériences, de formations communes, de cours de langues, d'échanges d'étudiants en formation, de terrains de stage.

La complémentarité est également de mise dans les coopérations liées à la mobilité des professionnels : l'idée étant de trouver une formule où chaque partie tire un bénéfice de la collaboration (cf. France - Belgique : prise en charge des urgences contre places en secteur médico-social).

Ce dernier exemple conduit à aborder la question des coopérations engagées au service de l'amélioration de l'offre de soins.

1.1.2 La coopération sanitaire transfrontalière au service de l'organisation des soins

En effet, la mobilité des patients et des professionnels de santé sont des éléments qui ont permis de développer les coopérations sanitaires transfrontalières, le plus souvent dans le but de répondre à un déficit identifié de soins, mais le champ des coopérations s'est élargi à d'autres domaines, tant dans le domaine de la santé publique que dans des actions visant à faciliter ces collaborations.

Le projet européen EUREGIO (pour « Évaluation des régions frontalières dans l'Union européenne ») qui a été mené en partenariat avec la Fédération européenne des hôpitaux (HOPE) avait pour objectif de dresser un panorama des activités sanitaires transfrontalières en Europe et d'identifier des modèles de bonne pratique. Il devait également permettre d'identifier les facteurs favorisant ou freinant de telles activités¹⁰.

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

¹⁰ Une enquête a été menée dans 67 régions européennes localisées dans 30 pays et dans 53 secrétariats Interreg (du nom de l'instrument financier communautaire destiné aux coopérations entre régions). D'après les résultats, des activités en matière de santé ont été recensées dans 37 régions européennes. 300 projets ont été identifiés, dont 100 sont présentés sur le site Internet d'EUREGIO.

A) La structuration de l'offre de soins

Les Etats-membres sont confrontés aux mêmes phénomènes de croissance des coûts de la santé, pour différentes raisons : vieillissement de la population, technologies plus coûteuses, progrès médical ; dans le même temps, certains d'entre eux commencent à rencontrer des problèmes de démographie médicale et paramédicale.

Se trouvent alors posés un problème de rentabilité économique des structures hospitalières dans certains cas, un problème de désertification médicale de certaines zones dans d'autres, alors qu'un bassin de population subsiste et a droit au même accès à des soins de proximité de qualité.

Les premières coopérations ont ainsi émergé sous couvert de la prise en charge des urgences. Ainsi, si l'urgence de catastrophe ne pose pas de problème majeur dans la mesure où les pays ont prévu une coordination commune dans ces cas de figure, l'urgence classique, lorsque chaque minute compte, nécessite de renforcer l'efficacité opérationnelle.

C'est dans ce domaine que les Etats ont été les plus coopérateurs et les plus facilitateurs : on retrouve ainsi sur toutes les frontières terrestres de la France avec ses voisins, des organisations visant à permettre la prise en charge des urgences de part et d'autre de ces frontières.

Ainsi, sur la zone Dunkerque, Armentières, Lille, Roubaix, Tourcoing, Valenciennes, Maubeuge, les SMUR français et belges peuvent intervenir de l'autre côté de la frontière en cas d'indisponibilité du SMUR national.

De la même façon, Annecy coopère avec le Val d'Aoste et la Suisse pour les secours en montagne, et les hôpitaux du Mont Blanc, la CPAM et l'hôpital cantonal universitaire de Genève ont passé un accord pour la prise en charge des patients polytraumatisés en cas d'urgence vitale.

Le Centre Hospitalier de Wissembourg, au nord de l'Alsace, coopère depuis 1990 avec la Deutsche Rotes Kreuz (Croix Rouge Allemande), en faisant sortir son équipe SMUR sur une zone allemande déterminée.

Un autre exemple significatif, alliant efficacité opérationnelle, qualité et sécurité pour le patient, et rentabilité économique, est la convention qui lie l'Alsace à la clinique de Ludwigshafen pour la prise en charge des grands brûlés. Cette solution a en effet été retenue par les autorités sanitaires locales comme étant la plus satisfaisante pour les

patients alsaciens, au regard de l'offre de soins qui avait évolué dans ce domaine (le service des grands brûlés de l'hôpital de Freyming ayant fermé, et celui de Metz ne garantissant pas les mêmes délais de prise en charge).

L'accès ainsi que la co-utilisation de matériels lourds est également un secteur où des coopérations se sont développées, toujours dans l'objectif d'optimiser les moyens.

Sur ce point, les expériences ne sont pas toujours concluantes, en témoigne le contentieux qui oppose l'assurance-maladie au Centre Hospitalier de Wissembourg. A l'époque (1999), la forme de coopération retenue : l'acquisition d'une part de l'IRM dans une société de radiologues privés allemands n'avait pas obtenu l'aval des tutelles, et la convention avait dû être modifiée pour la location d'une plage horaire.

Côté franco-belge encore, la question de l'accès aux soins dans un territoire plutôt déserté : la Thiérache, a été abordée et un projet novateur et particulièrement facilitant pour les populations locales a vu le jour : il s'agit du projet Transcards.

Transcards, mis sur pied à l'initiative du CIN (Collège intermutualiste national belge) et du GIE Sésame Vitale (France), a débuté le 17 mai 2000 sous forme d'expérimentation. La finalité était de simplifier les procédures administratives de prise en charge des patients résidant dans la région de la Thiérache de part et d'autre de la frontière franco-belge.

Pour autant que le patient habite dans la zone définie, Transcards permet à tout assuré du régime social belge de se faire hospitaliser dans un des 7 établissements français partenaires (Centre Hospitalier du Pays d'Avesnes, Hôpital départemental de Felleries-Liessies, Centre Hospitalier de Fourmies, Centre Hospitalier d'Hirson, Hôpital du Nouvion-en-Thiérache, Centre Hospitalier de Vervins, Polyclinique de la Thiérache à Wignehies), sans autorisation préalable, sur simple présentation de sa carte SIS et d'une pièce d'identité lors de son admission.

De même, tout assuré social français du régime général peut accéder à l'ensemble des soins offerts par le Centre de Santé des Fagnes (seul hôpital belge impliqué), sur présentation de sa carte Vitale et d'une pièce d'identité, sans aucune formalité préalable.

Malgré ses limites (géographique, de régime d'assurance sociale et en matière d'examen secondaires) Transcards a permis des avancées incontestables en matière de mobilité des patients.

La convention Transcards liant les organismes assureurs belge (INAMI) et français (CNAM) revêt un caractère définitif depuis le 1^{er} janvier 2003 et est appelée à s'étendre tout le long de la frontière franco-belge.

Un autre domaine particulièrement concerné est celui de la dialyse, où l'offre de soins française sur les frontières franco-belge et franco-allemande est insuffisante, et où des accords permettent ainsi à des patients français de se faire dialyser dans le pays voisin.

Enfin, le projet sans doute le plus abouti en terme de coopération transfrontalière et d'organisation des soins est l'hôpital de Puigcerdá, sur la frontière franco-espagnole, où les autorités locales se sont mobilisées, ont appuyé et cofinancé la construction d'un établissement destiné à accueillir la population française et espagnole de ce territoire, trop éloignée des centres hospitaliers de référence nationaux pour prétendre à une offre de soins de qualité. L'ouverture de cet établissement de 68 lits est prévue pour 2009. En tout, trente mille habitants et 100 000 résidents temporaires sont concernés par ce projet. Treize ans ont été nécessaires pour élaborer la convention de soins actuelle (qui ne couvre pour l'instant que les accouchements), mais l'objectif du ministère de la Santé est de permettre une circulation transfrontalière des patients dans les deux sens.

B) Les autres types de coopération

Les zones frontalières ont vu se développer d'autres formes de coopération en parallèle de celles destinées à favoriser l'accès aux soins.

L'Union européenne encourage d'ailleurs et subventionne une partie de ces actions, par le biais des fonds communautaires de développement régional, et plus précisément par les enveloppes Interreg, destinés à accompagner les projets de développement des zones frontalières européennes.

Un certain nombre de projets sont ainsi recensés dans le domaine sanitaire, et portent sur des actions de recherche, de formations, d'enseignement, de partages d'expériences, d'échanges d'étudiants.

Parfois, c'est sous la forme de groupements européens d'intérêt économique (OFBS : observatoire franco-belge de la santé, Lux Lor San, Conférence du Rhin Supérieur, Transcards) dédiées ou non spécifiquement à la santé, que les coopérations transfrontalières se sont organisées.

Les objectifs poursuivis sont différents de ceux d'une coopération en termes d'offre de soins. Il s'agit en effet davantage d'essayer de mieux connaître son voisin, d'analyser et de comprendre son fonctionnement, d'analyser les indicateurs de santé de la population du territoire concerné, de se comparer et d'identifier les besoins et les zones de complémentarité.

La mobilité des professionnels de santé, et les obstacles qu'elle peut rencontrer fait également l'objet d'actions spécifiques, car la coopération sanitaire passe également par la collaboration, la mise à disposition, le déplacement de ces professionnels.

En termes de formation initiale par exemple, certains établissements de santé opèrent ainsi leurs recrutements en proposant des terrains de stage aux étudiants étrangers (pour les internes au CHU de Nancy, à Leipzig, Hambourg, à Besançon, en Suisse) ou en réalisant des thèses de recherche communes.

On rencontre des actions similaires concernant les masseurs-kinésithérapeutes, et les infirmières.

La formation linguistique est également un axe de coopération retenue dans les zones frontalières où la langue est différente : c'est le cas sur la Côte Basque avec le Centre Hospitalier de San Sebastian, avec l'Allemagne (Nancy ; Sélestat et Offenbourg).

De nombreux colloques sont également organisés régulièrement et portent sur des domaines nombreux et variés, qui peuvent aller de l'accréditation à la prise en charge des personnes âgées, en passant par les systèmes de tarification, ou tout simplement le sanitaire transfrontalier...

Un exemple franco-allemand qui illustre bien ces différents types de coopération est celui du Centre Hospitalier de Sélestat et la St Josefsklinik d'Offenbourg. Les directeurs de ces deux établissements ont démarré leur collaboration en 1995, dans le cadre du programme Interreg II, et ont réitéré en octobre 2006, à l'occasion du bilan d'Interreg III, leur volonté de continuer à collaborer ensemble, avec les partenaires qui les ont rejoints au fil des années.

Ces deux établissements ont ainsi testé plusieurs formes de collaboration :

- l'échange d'étudiants en soins infirmiers pendant une période de trois semaines incluse dans leur période de formation,
- le partage d'expériences par des périodes d'accueil de professionnels dans les équipes des deux hôpitaux,
- l'organisation de cours d'allemand et de français à destination des personnels des deux établissements,
- l'élaboration d'un dictionnaire des termes « sanitaires » français-allemand-anglais,
- l'organisation de symposium d'éthiques sur des thématiques permettant de se comprendre mutuellement.

En matière de recherche également, des coopérations ont vu le jour, mais la dimension locale n'est là pas indispensable. Les hôpitaux universitaires sont davantage concernés, et les domaines de pointe sont alors privilégiés (chirurgie du foie entre Nice et Turin, ou entre Strasbourg, Liège et Luxembourg).

Bien entendu les exemples cités ne sont pas exhaustifs des différentes formes de coopération et de la totalité des actions menées sur les frontières.

1.2 La nécessité d'un cadre juridique

Il n'est pas exact de dire que les règlements CEE 1408/71 et 574/72, et la jurisprudence de la CJCE ont eu pour objet de cadrer la coopération sanitaire transfrontalière. Ce sont plutôt des outils qui ont favorisé la mobilité des patients par la coordination des régimes de sécurité sociale et par la définition du type de prestations entrant dans ce cadre.

Ils ont néanmoins contribué, en favorisant la mobilité des patients, à créer des zones et des contextes où il devenait alors impératif de développer une coopération transfrontalière, et de ce fait, ont contribué à la mise en place d'un cadre juridique à cette coopération.

1.2.1 Les règlements CEE 1408/71 et 574/72

L'ouverture des marchés et de la libre circulation des biens, services et personnes au sein de l'Union a permis aux travailleurs de se déplacer et de résider pour des périodes plus ou moins longues dans les Etats-membres.

La mobilité des personnes au sein de l'Union, qu'elle soit professionnelle ou non, qu'elle soit temporaire ou pour une période plus longue, a mis en lumière des questions tenant à la protection sociale de tous ces citoyens qui se déplaçaient.

Ainsi les questions qui se sont naturellement posées étaient : qui règle la facture d'hôpital en cas d'accident ou de maladie durant un séjour à l'étranger ? Quels sont les droits à pension pour une personne employée dans un autre pays pendant plusieurs années ? Quid des prestations de chômage, des prestations familiales si les enfants résident dans un autre Etat ? Où doit-on payer les cotisations de sécurité sociale ?

Les domaines de protection sociale autres que la santé ne concerne pas les séjours temporaires courts comme les vacances. Les problèmes de santé en revanche peuvent survenir même sur des périodes de séjour très courtes, et l'accès aux soins ainsi que le

remboursement doivent être assurés au citoyen qui y a recours dans un autre Etat-membre que celui d'affiliation.

En outre, le domaine de la santé est l'une des matières soumises au principe de subsidiarité dans le Traité d'Amsterdam¹¹, et les États membres sont libres d'organiser et de gérer leur système de santé et d'accès aux soins, donc de remboursement.

En matière de sécurité sociale, il n'était pas évident que chaque Etat-membre puisse répondre à ces questions de façon juste sans mettre en cause le principe d'équité de traitement des citoyens, résidents ou temporaires.

Un règlement de base a donc été élaboré par le Conseil en 1971 (règlement CEE n° 1408/71), arrêtant des dispositions de coordination des législations nationales de sécurité sociale, afin de protéger les droits de sécurité sociale des personnes qui se déplacent dans l'Union Européenne.

Ce règlement a été assorti d'un règlement d'application CEE n° 574/72, qui en détaille l'application pratique : autorités nationales responsables, formalités administratives...

En matière d'assurance-maladie, ce règlement permet aux assurés d'un régime qui reçoivent des soins dans un autre Etat membre, qu'ils soient en situation de résidence ou de séjour temporaire (travail, stage, études, vacances...), de se faire rembourser des frais exposés dans les mêmes conditions que s'ils étaient affiliés au régime du lieu des soins s'il présentent un document communautaire justifiant de l'ouverture de leurs droits (formulaire E111 pour les soins inopinés, ou E112 si le patient a obtenu une autorisation préalable de prise en charge de soins programmés, ambulatoires comme hospitaliers).

Depuis le 1^{er} janvier 2004, la carte européenne de santé est venue remplacer le formulaire E111, en justifiant de l'ouverture des droits de l'assuré dans son pays d'origine. Elle tend à faciliter la prise en charge des soins inopinés à l'occasion d'un séjour temporaire. Elle peut être demandée à son organisme d'assurance maladie en prévision de tout déplacement prévu dans les Etats membres.

Concernant les transactions financières, c'est le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS), qui permet en France, depuis 46 ans, de

¹¹ Extrait de l'article 152 du Traité de la Communauté Européenne : « *L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux* »

contribuer à la bonne application des dispositions de ces règlements¹², pour le compte des pouvoirs publics et de l'ensemble des institutions de sécurité sociale, tous risques et régimes confondus.

A titre d'exemple : si l'on observe les mouvements financiers en termes de prestations de soins entre la France et l'Allemagne (dans le cadre de l'application des règlements communautaires), les créances de la France vers l'Allemagne se sont élevées en 2005 à 21 339 000 euros, contre un montant de 96 324 000 euros remboursés par les organismes allemands au CLEISS¹³ pour la France.

L'application de ces règlements 1408/71 et 574/72 a ainsi permis de coordonner l'application des régimes de sécurité sociale des Etats membres pendant plus de trente ans, mais la jurisprudence européenne est venue compléter ces dispositions par des éclaircissements sur l'application qui en a été faite par les Etats, et par l'interprétation conjointe des Traités Européens et de ces règlements.

1.2.2 La jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés Européennes et son application tardive en droit français

La Cour de Justice des Communautés Européennes a été amenée à juger des affaires portées à sa connaissance sur des divergences d'interprétations des règlements 1408/71 et 574/72, dans le cadre des articles du Traité relatifs à la libre circulation des personnes, des biens et des services.

En effet, dans la plupart des Etats membres, les caisses ont interprété les dispositions des règlements sur le régime d'autorisation préalable de façon restrictive.

La Cour a ainsi développé une jurisprudence qui favorise l'accès aux soins dans un autre Etat de l'Union Européenne, sur le fondement de la libre circulation des travailleurs.

Cette jurisprudence applique également aux prestations de santé les règles communautaires issues du principe de libre circulation des biens et des services, et au-delà des régimes spécifiques (travailleurs frontaliers, Transcards), les zones frontalières sont les premières concernées par le libre choix du lieu de soins ouvert par la jurisprudence.

¹² et des 32 conventions bilatérales conclues entre la France et ses partenaires extra-européens du bassin méditerranéen, du Maghreb, d'Afrique francophone, d'Amérique et d'Extrême-Orient, et des 2 décrets de coordination avec la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie Française

¹³ Rapport statistique d'activité 2005 du CLEISS

En 1979 déjà (arrêt Pierik), la Cour juge opportun de préciser que l'autorisation de bénéficier de soins à l'étranger doit être accordée dans tous les cas où ceux-ci contribuent à améliorer l'état du patient.

Mais il faut attendre vingt ans pour arriver à l'arrêt le plus retentissant : Kohll et Decker (28 avril 1998), qui porte sur le remboursement des soins ambulatoires réalisés à l'étranger. Les soins ambulatoires concernés sont des soins dentaires et d'optique. La Cour juge alors que le principe d'autorisation préalable est contraire aux principes communautaires de libre circulation, et que les soins ambulatoires entrent dans la catégorie des services.

Trois ans plus tard, l'arrêt Vanbraeckel (12 juillet 2001) énonce que le régime de sécurité sociale doit verser un remboursement complémentaire de ces prestations à l'assuré quand le tarif pratiqué à l'étranger est inférieur au tarif national.

Le même jour, dans l'arrêt Smits et Peerbooms, qui concerne les soins hospitaliers, la Cour reconnaît la possibilité de maintenir une autorisation préalable, si elle est encadrée par des critères objectifs, proportionnés, non discriminatoires et connus à l'avance. Elle ajoute : « dans le cadre d'un système de sécurité sociale tel que le système néerlandais ». Ce même arrêt prévoit cependant qu'elle soit accordée automatiquement dans certains cas, notamment pour un traitement éprouvé non disponible avec la même efficacité dans l'Etat concerné.

L'arrêt Inizan (23 octobre 2003) porte également sur les soins hospitaliers, et déclare que l'autorisation préalable doit être accordée automatiquement pour des questions de délai.

La différence d'approche entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires est confirmée quant à elle par les arrêts Faure et Van Riet (13 mai 2003).

La même année, la Cour instaure un critère discriminatoire dans la prise en charge des soins pour les retraités et pensionnés, qui doivent bénéficier de conditions d'accès aux soins plus favorables que les travailleurs : il ne doit pas y avoir de limitations aux prestations en nature si le traitement résultant d'une maladie soudaine est nécessaire (arrêt Ika-U-Loannidis du 25 février 2003).

Il est important de préciser que ces différents arrêts n'ont pas eu pour conséquence de bouleverser les équilibres financiers des régimes de santé ou l'organisation nationale des soins, notamment dans les zones frontalières.

En France, la transposition en droit interne des conséquences de la jurisprudence européenne n'est intervenue que tardivement, par le décret n°2005-386 du 19 avril 2005¹⁴. Auparavant, ce n'est que sous la forme de circulaires¹⁵ que la France avait transposé les dispositions de la jurisprudence communautaire ; la publication du décret a parachevé cette intégration en droit interne.

L'arrêt le plus récent, l'arrêt Watts (16 mai 2006), concerne la notion de délai et de l'accès aux soins à l'étranger pour des patients relevant d'un système national de santé, en l'occurrence le NHS. Il établit ainsi qu'en terme de délai, celui-ci doit être évalué de manière objective et spécifique au cas observé, et que dès lors, s'il est établi que le soin s'avère nécessaire rapidement et que le système national ne peut répondre dans le délai préconisé pour le traitement, le système de santé, eusse-t-il la forme et les particularités du NHS (gratuité, accès non possible au secteur privé dans le propre Etat) est tenu d'autoriser et de prendre en charge le traitement.

Cet arrêt vient à la fois préciser les notions de délais et d'interprétation de l'article 49 CE, mais risque, comme Kohll et Decker en son temps, de modifier la donne en matière d'accès aux soins hospitaliers pour les citoyens européens.

En sept ans, un nouveau cadre à l'accès aux soins a donc été donné par la jurisprudence.

Mais avant que l'arrêt Watts ne soit publié, au regard des positions successives de la CJCE sur l'application des règlements CE 1408/71 et 574/72, et des multiples modifications qui sont intervenus, il s'avérait nécessaire de refondre toute cette interprétation jurisprudentielle dans un nouveau règlement de coordination des systèmes de sécurité sociale (règlement CE 883/04).

¹⁴ Et sa circulaire d'application : circulaire DSS/DACI n°2005-235 du 19 mai 2005

¹⁵ Circulaire DSS/DACI/2001/120 du 1^{er} mars 2001 ; circulaire DSS/DACI/2003/286 du 16 juin 2003 ; circulaire DSS/DACI/2004/134 du 23 mars 2004

1.2.3 Le règlement CEE 883/04 de coordination des systèmes de sécurité sociale

La mise en place d'une législation communautaire en matière de sécurité sociale est, on l'a vu, une condition essentielle permettant l'exercice effectif du droit à la libre circulation des personnes.

Plutôt que de mettre en place des mesures visant à harmoniser les législations des Etats membres, le droit communautaire prévoit une coordination des systèmes nationaux. En effet, les systèmes de sécurité sociale sont le résultat de traditions nationales de longue date, et tiennent compte de la culture de chaque Etat. Le cadre de la coordination permet à chaque Etat membre de conserver son droit de déterminer les types de prestations et les conditions d'octroi. En revanche le droit communautaire impose certaines règles et principes garantissant que l'application des différents systèmes nationaux ne lèse ni les personnes ni leur droit à la libre circulation.

Le règlement CE 883/04 a donc pour objectif de rationaliser les concepts, règles et procédures relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale des Etats membres, mais il ne sera effectif qu'à compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau règlement d'application.

La publication de ce règlement appelle deux remarques : le présent règlement, s'il prévoit les conditions de coordination des systèmes de sécurité sociale des Etats membres, n'établit pas pour autant un cadre juridique à la coopération sanitaire transfrontalière, il n'en est qu'un outil.

L'autre observation porte sur l'actualité de la Commission Européenne, qui travaille actuellement à un projet de directive sectorielle concernant le domaine de la santé et a lancé à l'automne 2006 une vaste consultation à ce sujet. En l'occurrence, la question se pose de savoir si le règlement d'application du règlement CE 883/04 pourrait se substituer à une telle directive, si les orientations données s'en avèrent suffisamment claires. En effet, une actualisation du chapitre santé du 883/04 a été soumis par le Conseil au Parlement européen : il intègre de nombreux éléments de la jurisprudence de la CJCE.

1.2.4 L'accord-cadre franco-allemand et son arrangement administratif

Aujourd'hui la mobilité des patients transfrontaliers français et allemands, ainsi que la coopération sanitaire transfrontalière prennent un nouveau tournant avec la publication récente de l'accord-cadre franco-allemand (22 juillet 2005) et de son arrangement administratif (9 mars 2006)¹⁶.

En effet, la volonté exprimée par les deux Etats d'améliorer l'accès aux soins des personnes résidant dans les zones frontalières et d'alléger les formalités administratives lors de la prise en charge passe par le développement et le soutien des différentes formes de coopération sanitaire transfrontalière.

La frontière ne doit plus être une barrière, et les dispositions proposées aux travailleurs frontaliers doivent être étendues aux autres résidents des régions limitrophes de ces deux pays.

L'article 1^{er} de l'accord-cadre fixe les objectifs recherchés par les deux gouvernements avec la mise en œuvre de la coopération sanitaire transfrontalière :

- assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- garantir une continuité des soins à ces mêmes populations,
- garantir le recours le plus rapide aux moyens de secours d'urgence,
- optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels,
- favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

Les régions concernées par la mise en œuvre de cet accord sont l'Alsace, la Lorraine, le Bade-Würtemberg, la Rhénanie Palatinat et la Sarre. Toute personne résidant ou séjournant temporairement dans l'une de ces régions, et pouvant bénéficier des prestations d'assurance-maladie de l'une ou l'autre partie est concernée par cet accord ; en cas d'urgence, seule la condition de résidence ou séjour temporaire est requise¹⁷

L'accord-cadre et son arrangement abordent ainsi le type de conventions qui peuvent être mises en place, leurs modalités d'application, l'intervention des professionnels dans le

¹⁶ L'accord cadre et son arrangement ont été approuvés par le Parlement français par la loi n°2006-1255 du 13 octobre 2006

¹⁷ Article 2 de l'accord-cadre franco-allemand

domaine des secours, le franchissement des frontières, les modalités de prise en charge par les organismes de sécurité sociale, la responsabilité des professionnels...

De plus, l'arrangement administratif prévoit la négociation, dans le cadre des conventions de coopération des tarifs selon trois modalités différentes (tarif du lieu de soins, tarif du lieu d'affiliation, ou tarif négocié).

La volonté affichée est de toute évidence de favoriser la mobilité des patients et des professionnels, et de créer toutes les conditions permettant de faciliter l'organisation de coopérations sur ces zones frontalières.

Un élément est cependant à souligner, qui lui, peut représenter un frein à la mise en œuvre de cet accord-cadre, c'est la détermination des personnes et organismes habilitées à conclure des conventions de coopération¹⁸, dans le sens où le « cercle d'habilitation à signer » est plus large en Allemagne.

Il est ainsi prévu pour la France, que ce sont les Directions Régionales ou Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS ou DDASS), les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie (URCAM), qui sont habilitées à conclure ces conventions.

Pour ce faire, il leur faudra travailler avec, côté allemand, les caisses d'assurances sociales, les Ministères des Länder et les organismes ou collectivités qui leur sont rattachés ou placés sous leur surveillance juridique, mais aussi avec tout autre établissement ou service de santé¹⁹.

Cela signifie qu'un établissement de santé allemand peut conventionner directement avec les DRASS, DDASS, ARH et URCAM, mais qu'en revanche, un établissement de santé français ne peut établir de convention avec les partenaires allemands sans prendre l'attache de ses organes de tutelle, et ne sera en tous les cas que co-signataire.

La même distinction s'opère au niveau de la constitution de la commission mixte chargée du suivi et de l'évaluation de l'application de l'accord, puisqu'elle est constituée des autorités compétentes pour conclure les conventions de coopération.

La signature d'accords-cadres de coopération sanitaire n'est pour l'instant pas un phénomène généralisé entre les Etats membres de l'Union Européenne. Ces accords-cadres s'observent en effet sur les frontières françaises, et dans une certaine mesure sur la frontière République d'Irlande-Royaume-Uni.

¹⁸ Article 1er de l'arrangement administratif du 9 mars 2006 sur les modalités d'application de l'accord-cadre

D'autre part, ces conventions internationales ne portent que sur des zones frontalières ; elles ne se substituent pas aux règles communautaires d'accès aux soins, mais en prévoient des assouplissements locaux.

De façon plus générale, le domaine de la santé est un sujet sensible lorsqu'il s'agit de surmonter les frontières ; la Commission européenne cherche donc à concilier les intérêts des patients et ceux des Etats membres tout en préservant la spécificité du secteur.

1.2.5 La consultation de la commission européenne sur la question d'une intervention européenne en matière de santé

La Commission européenne avait tenté de légiférer sur la mobilité des patients dans le cadre de la « Directive Services ». Mais les députés européens et les Etats membres s'y sont opposés considérant que les systèmes de santé, dont l'organisation et le financement demeurent de la compétence des Etats membres, n'étaient pas des services comme les autres.

Ce chantier complexe est considéré comme nécessaire juridiquement : dans la mesure où la CJCE a défini les soins médicaux et hospitaliers comme des services et que donc les principes du marché intérieur s'appliquent à tous les services, il faut sortir de l'impasse juridique.

Aujourd'hui, un patient qui souhaite se faire opérer, recevoir des soins, bénéficier d'une consultation hospitalière dans un autre Etat membre que le sien doit en principe obtenir l'autorisation préalable de son régime par le biais du formulaire E112. La Cour de justice européenne considère que cette obligation préalable constitue une entrave à la libre prestation de santé au sein du marché européen en ce qui concerne les soins non hospitaliers, et elle ne cesse depuis 1998 d'élargir les possibilités de se faire soigner dans un autre Etat membre tout en se faisant rembourser par sa caisse d'assurance maladie (ou équivalent).

L'objectif que s'est fixé Direction générale Santé et Protection des consommateurs (DG SANCO) de la Commission européenne est donc de déterminer clairement dans quelles

¹⁹ Il est à noter également que les prestataires de soins allemands ont été consultés et associés à la définition de l'arrangement, ce qui n'a pas été le cas du côté français.

conditions les soins dispensés à l'étranger doivent être autorisés et remboursés, qui doit assumer la responsabilité d'éventuels préjudices ou encore s'il faut s'orienter vers des centres européens de référence spécialisés dans certaines interventions.

Cependant, la tâche de la DG SANCO est loin d'être aisée au regard de la dimension politique et financière de ce sujet et les disparités des secteurs médicaux des Etats membres.

Afin de pouvoir donner une réponse claire à ces questions sensibles, la DG SANCO a lancé en septembre 2006, un débat pour "dynamiser et encadrer la mobilité des patients dans l'Union européenne".

Cette consultation publique sur "la prestation des services de santé transfrontaliers" a été lancée auprès des Etats membres, du Parlement Européen et de tous les intéressés, qu'ils soient professionnels ou patients.

La DG SANCO a publié en mai 2007 le rapport résumant l'ensemble des contributions qui lui ont été envoyées dans le cadre de la consultation sur les services de santé. Au total, plus de 300 répondants ont fait valoir leur position (autorités régionales et nationales, institutions européennes, organisations internationales et nationales, citoyens, universités...) : une telle mobilisation démontre par là l'intérêt et la sensibilité du sujet.

D'après la Commission²⁰, les contributions confirment le besoin d'une action communautaire pour répondre aux problèmes soulevés, pour assurer une sécurité juridique et un soutien à la coopération entre les systèmes de santé. Même si les avis exprimés diffèrent, un consensus émerge sur l'intérêt d'une action communautaire sur les services de santé tant pour les patients, les professionnels que pour les systèmes de santé.

L'universalité, l'accès à des soins de qualité, la solidarité, l'équité, ont été évoquées comme des valeurs et principes communs incontournables dans l'action communautaire. Ces objectifs avaient déjà été mis en avant par les Ministres de la Santé en juin 2006 à Aachen.

La Commission souhaite donc trouver un compromis entre le respect des valeurs sociales, les principes du marché intérieur, le principe de subsidiarité dans le domaine de la santé, et la libre circulation des patients voulue par la jurisprudence.

²⁰ http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/news_en.htm

La position du Parlement est encore ambiguë, comme en témoigne le débat suscité par le Rapport Vergnaud²¹ sur l'impact et les conséquences de l'exclusion des services de santé de la directive sur les services. Ce rapport, dans sa version adoptée en Commission marché intérieur, préconisait de faire revenir les services de santé dans la Directive Services. L'adoption de ce rapport en Commission a surpris parce qu'il s'inscrivait en contradiction avec la position initiale du Parlement qui avait exclu les services de santé de la Directive Services. S'il a été adopté de justesse par la Commission du Marché intérieur, Bernadette Vergnaud votant elle-même contre son propre rapport, il a ensuite été modifié sur ce point par le Parlement et adopté finalement par 514 voix pour, 132 contre, et 8 abstentions. La santé reste exclue de la Directive Services.

Sur la base des résultats de la consultation publique, des conclusions des Ministres de la Santé à Aachen et de la position du Parlement européen, la Commission souhaite faire des propositions concrètes avant la fin de l'année 2007.

²¹ VERGNAUD B., *Rapport sur l'impact et les conséquences de l'exclusion des services de santé de la directive relative aux services dans le marché intérieur*, Commission du marché intérieur et de la protection des consommateurs (2006/2275(INI))

2 Le Centre Hospitalier de Wissembourg et la coopération sanitaire transfrontalière : une démarche volontaire et volontariste

Le développement de la coopération transfrontalière au sein du Centre Hospitalier de Wissembourg tient autant à sa situation géographique, qu'à la culture de collaboration au sein de l'établissement, et à la pugnacité de ses professionnels.

Un certain nombre d'actions ont déjà été tentées, certaines ont abouties...

2.1 Un contexte plutôt favorable à la base

2.1.1 Les opportunités liées à l'environnement

A) Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier de Wissembourg emploie près de 500 personnes et comprend plus de 500 lits et places, répartis en cinq filières : médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, soins de suite et de réadaptation, hébergement et soins aux personnes âgées. La branche MCO comprend environ 150 lits sur la capacité totale.

C'est un établissement dit de proximité dans la définition donnée par le SROS : il ne présente donc pas de service de pointe, ou de discipline particulièrement spécialisée.

Il comprend un service d'accueil des urgences, un SMUR, un service d'anesthésie et réanimation, un plateau technique proposant notamment depuis 2004 un scanner de nouvelle génération.

Il se situe dans le territoire de santé n°1 de la région Alsace (280 000 habitants, soit 15% de la population régionale), dans la localité de Wissembourg (10 000 habitants), à 32 km de Haguenau, où se trouve le centre hospitalier de référence, et deux cliniques privées.

La ville de Wissembourg se trouve également située sur la frontière franco-allemande, au nord de l'Alsace.

La zone frontalière ne présente pas de particularité géographique majeure comme sur les autres frontières de l'Alsace : pas de fleuve, pas de bande marécageuse (Le Ried), pas de forêt ou de montagne. En revanche, le secteur de Wissembourg correspond à la fin de la Südliche Weinstrasse, la « route des vins du Sud de la Rhénanie Palatinat ».

Autrement dit, les liaisons routières, même ferroviaires, sont bonnes et ont tendance à faciliter la circulation des frontaliers.

La Ville de Wissembourg exerce d'ailleurs culturellement et économiquement un attrait particulier pour la population allemande rhénanaise : de nombreuses manifestations sont organisées en allemand, les commerçants sont bilingues...

Côté allemand, les premiers établissements de santé se trouvent à 7 kms, à Bad Bergzabern : une clinique privée de réhabilitation, soit l'équivalent des services de soins de suite et de rééducation français, et un établissement public, qui a fait l'objet d'une fusion avec l'hôpital public de Landau, et qui depuis fait l'objet d'une restructuration. Cet établissement avait fait l'objet d'une étude de rapprochement avec celui de Wissembourg dans les années 90.

A Landau, à 30 kms au nord, se trouvent la Südliche Weinstrasse Klinikum (née de la fusion des établissements publics de Landau, Bad Bergzabern et Annweiler), et la Vinzentius Klinikum, clinique privée du groupe Vinzentius.

A environ 25 kms au nord ouest, à Dahn, se situe également un établissement de santé, qui a récemment également fait l'objet d'une restructuration, et dont l'avenir n'est pas encore assuré.

Et à 20 kms au nord est, un hôpital au profil proche de celui de Wissembourg se trouve à Kandel.

En totalité, côté allemand, ces établissements de santé représentent plus de 900 lits dans les différentes disciplines médicales, dans un périmètre de 30 kms depuis Wissembourg. Cette donnée n'est pas négligeable, et ce facteur permettra d'expliquer sans doute la concurrence qui existe entre les hôpitaux en Allemagne pour subsister économiquement.

D'autres établissements spécialisés en psychiatrie, en oncologie ou en soins de suite et de réadaptation, se situent également dans le même périmètre géographique.

B) L'attractivité sur son territoire

Les données d'attractivité du Centre Hospitalier de Wissembourg démontrent que celui-ci bénéficie d'une assez bonne réputation sur son territoire, mais il pâtit de l'attractivité des établissements situés à Haguenau, à 30 kms : deux cliniques et le centre hospitalier de référence du territoire.

Sur la totalité des cantons de recrutement du nord du territoire n°1, en 2005, l'établissement constate en effet un taux de fuite de 38,8% dans les disciplines médicales

et de 57,7% dans les disciplines chirurgicales. En 2006, l'activité, notamment chirurgicale, est en augmentation, mais les données d'activité totale du territoire ne sont pas encore disponibles et ne permettent donc pas de vérifier si cette hausse d'activité se vérifie sur l'attractivité.

En tous les cas, l'établissement a encore une marge de progression en matière d'attractivité sur son territoire.

Pour autant, la nécessité d'un établissement de proximité au nord du territoire avec des disciplines générales et un plateau technique sécurisé n'est plus à prouver.

Mais alors qu'un établissement situé à la frontière de deux départements ou de deux régions françaises ne souffre pas particulièrement d'une zone d'attractivité réduite, il n'en est pas de même pour les établissements se situant sur des zones côtières ou à proximité de frontières avec d'autres Etats. Lesdites frontières sont alors considérées comme des « murs », des barrières infranchissables alors que des patients habitant près de la frontière peuvent être plus proches de l'hôpital étranger que du premier établissement de santé « national » le plus proche.

Le Centre Hospitalier de Wissembourg était lui particulièrement captif des militaires français et de leurs familles, lorsqu'elles étaient encore basées à Landau.

A cette époque, l'établissement était leur hôpital de référence, et le départ des troupes françaises a eu un impact non négligeable sur le centre hospitalier, et notamment sur la maternité.

Aujourd'hui, une étude menée de 2000 à 2006 montre qu'environ 70 séjours par an (soit 1% des séjours de l'établissement) concernent des patients résidant en Allemagne : ces données sont faibles au regard du contexte qui pourrait être nettement plus favorisant. Moins de 50 % de ces patients sont passés par les urgences, ce qui signifie que plus de la moitié d'entre eux ont eu une démarche volontaire de venir se faire soigner à Wissembourg. Tous les services sont concernés dans les mêmes proportions, ce qui signifie également qu'il n'y a pas une discipline plus attractive qu'une autre.

2.1.2 Un climat interne favorable

Le Centre Hospitalier de Wissembourg présente plusieurs atouts pour le développement d'actions de coopération sanitaire transfrontalière : son positionnement géographique, son plateau technique, son engagement dans le transfrontalier depuis plus de quinze ans.

A) Un personnel germanophone

Le Centre Hospitalier de Wissembourg présente cette caractéristique, sans aucun doute liée à l'histoire de la région, d'avoir un personnel qui dans sa grande majorité, est germanophone.

En effet, il n'est pas faux d'estimer qu'environ 75% du personnel parle et comprend l'allemand, ou du moins l'alsacien, très proche de la langue allemande. Il n'y a cependant pas d'agents allemands ou d'origine allemande en-dehors des médecins.

Les médecins

Concernant le personnel médical : 30% des médecins sont allemands. Ceci est d'ailleurs l'une des particularités de Wissembourg : l'hôpital ne rencontre pas de difficultés de recrutement médical, ce qui lui permet d'avoir un tableau des effectifs médicaux relativement équilibré et fourni, par le recours à des médecins allemands.

Cela peut paraître étonnant à une heure où le problème de démographie médicale touche en premier lieu les établissements de santé les plus petits.

Les raisons sont multiples : la formation des médecins allemands est plus longue et plus généraliste qu'en France. La spécialisation s'acquière au fil des ans, de l'expérience, et du nombre d'actes réalisés.

Prenons l'exemple du chirurgien qui souhaite se spécialiser en traumatologie. De formation générale en chirurgie, il lui faut trouver une équipe à intégrer en établissement de santé, en qualité d'assistant.

Il est également établi que, pour pouvoir être chirurgien, le praticien doit avoir réalisé lui-même 600 échographies abdominales. Il en est de même pour un certain nombre d'actes dans la spécialité, d'ailleurs les chirurgiens allemands sont tenus de consigner tous les actes réalisés dans un livret, et les comptabiliser par catégories (ces données leur servent par la suite à alimenter leur curriculum vitae).

Cela signifie que selon le service et son organisation (le plus souvent généraliste), selon le nombre de praticiens dans l'équipe et leur grade, le jeune chirurgien pourra plus ou moins facilement réaliser les actes nécessaires à sa spécialisation, et plus ou moins rapidement présenter son examen de Facharzt (passage obligé pour la reconnaissance de la spécialité). La phase de spécialisation peut ainsi prendre de 4 à 7 ans après la fin des études.

D'autre part, le niveau de salaire des praticiens allemands est sensiblement équivalent à celui des praticiens français (si on inclut la part d'activité libérale des PH).

Ces deux éléments (durée de la spécialisation, et niveau de salaire équivalent) sont donc les raisons pour lesquelles les Allemands n'hésitent pas à venir en France, et en l'occurrence à Wissembourg. La séparation quasi-systématique des branches « mou et dur », comme on dit dans le jargon médical permet à ces médecins de réaliser plus rapidement les actes de la discipline de spécialisation souhaitée.

Les autres disciplines (gynécologie, pédiatrie, ORL, urologie) ne posent pas non plus de problèmes de recrutement en Allemagne, la médecine est pour le moment moins concernée.

Dans le secteur de Wissembourg, la proximité immédiate de l'Allemagne est également un facteur favorisant pour le recrutement de ces médecins, qui peuvent envisager une installation progressive de la famille en France. Le conjoint et les enfants peuvent ainsi continuer à travailler ou être scolarisés en Allemagne, sans être éloignés les uns des autres.

Le personnel soignant

La pratique de l'allemand par la majorité du personnel soignant est positive dans l'intégration des personnels médicaux allemands lorsqu'ils sont recrutés, puisque les échanges sont favorisés, et l'angoisse de n'être pas compris ne se justifie pas.

Cette qualité est également essentielle dans la prise en charge des patients alsaciens les plus âgés, essentiellement germanophones, et le cas échéant, pour les patients allemands.

En revanche, le recrutement de personnels soignants est plus complexe que celui des médicaux.

Les infirmières allemandes bénéficient, comme en France, d'une formation de trois ans alternant les périodes de théorie et de pratique. Mais en réalité, le statut des infirmières françaises et le décret de compétences professionnelles en font des techniciennes beaucoup plus responsables, qui réalisent davantage d'actes que leurs homologues allemandes. Les infirmières allemandes ne sont par exemple pas autorisées à pratiquer des prises de sang. A titre dérogatoire, pour décharger les médecins de ces actes, et avec l'accord local des représentants du personnel (le Betriebsrat) et des infirmières elles-mêmes, certains établissements de santé allemands ont (localement) élargi le champ des compétences de celles-ci²². L'harmonisation des formations européennes ne doit donc pas se faire uniquement sur la durée mais aussi sur le contenu des formations professionnelles.

Ceci pose donc un problème pratique de recrutement d'infirmières allemandes, dont le profil porte davantage sur une prise en charge globale, d'accompagnement psychologique et de soins de base du patient, que sur la technicité des actes.

D'autre part, pour une responsabilité moindre, les infirmières allemandes gagnent entre 15 et 20% de plus que les infirmières françaises, ce qui ne les pousse donc pas à chercher un poste en France.

Ces personnels, germaniques, germanophones, sont donc totalement prêts, voire engagés dans la coopération transfrontalière.

B) Une volonté de coopérer

Comme indiqué en introduction, l'organisation sanitaire actuelle nécessite d'envisager toutes les formes de coopération permettant d'améliorer sans cesse la prise en charge du patient.

Les coopérations de l'établissement se développent ainsi tant en interne, entre les services, les pôles, qu'en externe, avec les différents partenaires de santé, sociaux et médico-sociaux, libéraux du territoire.

La culture de la coopération est donc particulièrement présente au sein de l'hôpital, et la dimension transfrontalière n'est pas négligée.

Cette coopération est surtout soutenue par le chef d'établissement depuis plus de quinze ans maintenant. Il bénéficie du soutien sans faille du Conseil d'Administration et de la Commission Médicale d'Etablissement, dont les membres sont également pleinement conscients de l'intérêt pour la population locale frontalière et pour l'établissement.

L'ouverture vers l'Allemagne et le développement d'actions de coopération transfrontalière apparaissent ainsi autant dans les projets de pôle que dans le projet d'établissement 1999 – 2004 et dans celui qui vient d'être approuvé par les instances et par la tutelle pour la période 2007-2012.

Seul bémol souligné à ce titre par les acteurs locaux, c'est l'absence d'un volet transfrontalier dans le dernier SROS²³, ou dans le programme régional de santé publique.

²² Exemple du Herz Zentrum de Bad Krotzingen, dans le Bade Württemberg

²³ Sur la position de l'ARH sur ce point, voir point 3.2.2.

L'originalité de ce type de coopération, au contraire des coopérations classiques entre établissements de santé d'un territoire national, est que cette démarche sera portée par la volonté des acteurs, avant d'être soutenue par les autorités locales ou par les autorités sanitaires.

En France en effet, les coopérations « classiques » : coopération public-privé, rapprochement d'établissement, fusions... sont généralement impulsées par les autorités sanitaires locales, soit les Agences Régionales de l'Hospitalisation, sur la base du Schéma Régional d'Organisation des Soins, et le plus souvent sur une impulsion et des objectifs économiques.

La coopération transfrontalière souffre elle d'une forme de « méfiance » de la part des autorités sanitaires locales : et les encouragements à coopérer que l'on connaît au niveau régional, inter régional, voire national, ne se retrouvent pas dans des zones transfrontalières lorsqu'aucun déficit de l'offre de soins n'est constaté.

Pour autant, au sein du Centre Hospitalier de Wissembourg, de nombreuses formes de coopération transfrontalière ont été recherchées, avec l'adhésion, le concours et le soutien des médecins, ce qui constitue une force dans le développement de ce type d'actions.

2.2 L'état des lieux de la coopération

Depuis de nombreuses années déjà, le Centre Hospitalier de Wissembourg a engagé des actions de coopération sanitaire transfrontalière, du fait notamment de son positionnement géographique et de l'impulsion de la construction européenne qui progressivement a ouvert ses frontières et permis la libre circulation des personnes, en instaurant un libre accès aux prestations et aux services.

Le domaine sanitaire entre dans ce champ de mobilité des personnes, et la situation de l'offre de soins de part et d'autre de la frontière concernée (sur la zone Wissembourg / Bad Bergzabern) a permis un temps de penser que la coopération hospitalière pourrait se développer sous l'égide de la complémentarité, pour un bassin de population de 85 000 habitants environ (60 000 pour l'arrondissement de Wissembourg, 25 000 pour celui de Bad Bergzabern).

2.2.1 Les prémisses de la coopération

- A) Une étude de faisabilité : à la recherche d'une complémentarité Bad-Bergzabern - Wissembourg

En 1995, une étude réalisée dans le cadre d'Interreg sur « l'Assistance médicale transfrontalière Wissembourg-Bad Bergzabern » a été cofinancée par le groupement local PAMINA, la Ville de Wissembourg, l'Etat français (Préfet de la Région Alsace), le Département du Bas-Rhin, le Land de Rhénanie-Palatinat, le Landkreis Südliche Weinstrasse, et le Centre Hospitalier de Wissembourg. Menée par le cabinet de consultants Ernst et Young, elle avait permis de dégager des pistes de réflexion et des orientations pour les deux sites étudiés (les hôpitaux de Wissembourg et de Bad Bergzabern), sur le principe de coopération et de complémentarité des spécialités médicales et chirurgicales, dans la prise en charge des patients du bassin de vie concerné.

Les raisons initiales de cette recherche de complémentarité tenaient à la situation de chacun des établissements. Au profil et à la structure identique, chacun d'entre eux présentait des caractéristiques similaires : en nombre de lits, disciplines, pathologies comparables. Le diagnostic réalisé par le cabinet de consultants montrait ainsi que les deux établissements étaient surdimensionnés, puisque les données d'activité et l'analyse des taux d'occupation montrait pour chacun une marge de progression possible.

Les recommandations de l'étude ont porté sur les domaines suivants : dans le cadre d'une coopération concernant le domaine médical, Bad Bergzabern aurait développé les spécialités ORL et urologie, alors que Wissembourg aurait conservé et développé la pédiatrie, l'ophtalmologie, les actes de laboratoire, la prise en charge des patients à risque, et la cardiologie.

Ce même rapport préconisait également le regroupement de la totalité de l'activité obstétricale sur le site de Wissembourg²⁴, le plateau technique de Wissembourg garantissant un encadrement et une prise en charge optimale, et pouvant absorber les 150 accouchements de Bad Bergzabern sans nécessiter d'investissement supplémentaire.

Les consultants soulignaient cependant deux limites non négligeables à l'aboutissement de ce regroupement : la nationalité des enfants de parents allemands nés à Wissembourg

²⁴ En 1993, 153 naissances étaient recensées à l'hôpital de Bad Bergzabern, alors que la maternité de Wissembourg enregistrait 501 accouchements pour la même période.

pouvant entraîner une réticence de la population allemande, et les freins politiques liés à la fermeture d'une maternité...

A l'époque, un contact pris avec le ministère de la Santé de la Rhénanie Palatinat avait permis d'imaginer la prise en charge financière de 24 lits au Centre Hospitalier de Wissembourg par les caisses d'assurance maladie allemandes, sur la base de l'inclusion de ces lits dans la planification hospitalière de la Rhénanie Palatinat.

Un an plus tard, le Préfet d'Alsace commandait une étude complémentaire, réalisée par les services de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, sur le fonctionnement et les capacités de l'établissement de Wissembourg.

Dans le même temps, la Caisse d'Assurance Maladie de Haguenau, appuyée en cela par la Caisse Régionale, proposait un modèle de convention censée régir les modalités d'une coopération transfrontalière, dont les cosignataires auraient été le Préfet de la Région Alsace, la CRAM, la CMSA, la CRAM non salariés, et le Centre Hospitalier de Wissembourg côté français, et les deux établissements de santé de Bad Bergzabern (Kreiskrankenhaus et Edith Stein Fachklinik), l'AOK et le Land de Rhénanie Palatinat, et d'autres caisses allemandes.

A ce moment, les partenaires avaient parfaitement conscience de l'intérêt d'une telle ouverture pour les patients du bassin de population frontalier.

Cette convention portait notamment sur les items suivants :

- elle devait permettre un libre accès aux établissements de santé de Bad Bergzabern et Wissembourg pour les habitants des zones concernées,
- elle abordait les questions de facturation, l'organisation et la prise en charge des transports, la prise en charge des frais d'hospitalisation,
- elle prévoyait une évaluation régulière de cette coopération, de ses avantages pour la population locale, des limites rencontrées.

Cette convention n'a pas aboutie, mais au regard des termes de l'accord-cadre franco-allemand tel que signé dix ans plus tard, cette convention semble d'une actualité criante.

B) Les premiers essais

Plusieurs tentatives de coopération ont été engagées sans aboutissement durable et concret.

La coopération avec Bad Bergzabern sur la restructuration de l'offre de soins du secteur a tardé, et n'a finalement pas aboutie : les deux établissements de Bad Bergzabern ont opéré des restructurations et celui concerné par l'étude sur la complémentarité a fait l'objet d'une fusion avec l'établissement de santé public de la ville de Landau.

Une coopération a cependant pu être engagée dans les disciplines d'ORL et d'urologie, par l'organisation de vacations de médecins ORL et urologue au Centre Hospitalier de Wissembourg, et la signature d'une convention de co-utilisation du plateau technique de Wissembourg pour la réalisation des actes chirurgicaux (cf. point 2.2.3. A)).

Une complémentarité a été recherchée en gynéco-obstétrique par la réalisation en Allemagne de consultations par les gynécologues de Wissembourg : toujours à Bad Bergzabern, le gynécologue obstétricien installé étant parti à la retraite, le Centre Hospitalier de Wissembourg aurait pu envoyer ses propres praticiens réaliser les consultations des parturientes, et adresser les patientes soit à Landau, soit à Wissembourg, selon leur origine géographique. Des rencontres ont eu lieu avec le directeur de la Südliche Weinstrasse Klinikum de Landau, laissant entrevoir une possibilité de collaboration, mais sans concrétisation à ce jour.

Dans l'intervalle, la restructuration de l'hôpital de Landau, et sa fusion avec deux établissements (Bad Bergzabern et Annweiler) les ont conduit à totalement réorganiser l'offre de soins sur les trois sites, et en l'occurrence à rénover leur maternité pour y accueillir les patientes qui ne pouvaient plus l'être à Bad Bergzabern... ils disposent actuellement de 29 lits de gynéco-obstétrique à Landau, et leur concurrent direct (toujours à Landau : la Vinzentius Klinik comporte également 44 lits dans cette discipline).

Une coopération avait également été initiée avec l'Hôpital de Dahn (25 kms de Wissembourg) pour la réalisation de certains actes (ERCP, shunt...), en contrepartie d'actes réalisés à Wissembourg en cardiologie (piles, cathétérismes) : la collaboration n'a pas perduré suite à des changements d'organisation au niveau de l'hôpital de Dahn.

2.2.2 L'analyse des échecs

A) Une période de réforme de l'organisation des soins en France

A l'époque de l'étude de faisabilité, les données de gestion des hôpitaux et de planification n'étaient pas celles que nous connaissons aujourd'hui.

En France, le financement des établissements de santé était assuré par la dotation globale, et les Agences Régionales d'Hospitalisation n'étaient pas encore créées : elles devaient l'être quelques mois plus tard.

Ce contexte de réorganisation des attributions au niveau régional a sans doute été l'un des facteurs d'échec de la convention qui devait être signée par les différents partenaires.

Par la suite, les directeurs de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ont eu des positions sensiblement différentes sur la coopération sanitaire transfrontalière, en témoignent la participation de ceux-ci aux différents groupes de travail sur cette thématique en termes d'assiduité ou de discours tenu.

A leur décharge, la conjoncture de maîtrise des dépenses de santé et de réorganisation de l'offre de soins, et la mise en place d'un nouveau système de tarification, ont nécessité de leur part un recentrage sur les missions et organisations sanitaires régionales.

Il n'en reste pas moins que ce contexte a été le même pour toutes les régions de France, mais qu'en certains endroits, la volonté des acteurs a été plus forte que les obstacles à surmonter pour développer une coopération.

B) Les obstacles à la mobilité des patients

Dans l'étude réalisée par la Mission Opérationnelle Transfrontalière²⁵, un certain nombre d'obstacles à la coopération sanitaire transfrontalière et à la mobilité des patients avait été identifiés. Le premier évoqué concerne les barrières culturelles et linguistiques, jugées incontournables et importantes : ce sont d'ailleurs sur les zones franco-allemande et franco-espagnole que les projets sont le plus entravés par la barrière de la langue, et qu'elle pose nettement moins de problèmes sur la frontière franco-belge.

Les cinquante Allemands rencontrés et interrogés sur ce point²⁶ ont tous, sans exception, évoqué le problème de la langue comme premier frein à une mobilité transfrontalière. En effet, la santé ne souffre pas d'approximation, et la compréhension est essentielle à la construction d'une relation de confiance entre le patient et son médecin. Lorsqu'il s'agit

²⁵ Etat des Lieux de la Coopération Sanitaire Transfrontalière, Mission Opérationnelle Transfrontalière, Editions ENSP 2001

²⁶ Durant le stage international intégré à la formation d'EDH, décembre 2006 – janvier 2007

d'un séjour hospitalier, cette crainte est démultipliée par le contexte angoissant de l'hospitalisation.

Les autres freins sont les barrières juridiques et réglementaires. Ainsi les niveaux de décision différents de part et d'autre des frontières ne facilitent pas la conclusion d'accords de coopération²⁷ lorsqu'il est important de s'adresser au bon interlocuteur, qui dispose des bonnes compétences... Les dispositifs de planification sont également différents, et la dimension transfrontalière n'apparaît toujours pas dans les SROS, malgré la recommandation figurant dans l'ordonnance du 4 septembre 2003 sur ce point...

La convention imaginée pour faciliter la mobilité des patients de part et d'autre de la frontière n'a pas abouti, malheureusement pour ceux-ci, puisque les différents interlocuteurs semblaient avoir trouvé un terrain d'entente et des modalités de fonctionnement.

Mais par définition, et comme indiqué plus haut, la mobilité des patients au niveau européen est faible, puisqu'elle ne représente pas plus de 1% des séjours. Le patient a en effet une tendance naturelle à rechercher l'offre de soins la plus proche de son domicile ou de sa famille. Cela n'explique pas forcément la faible attractivité du Centre Hospitalier de Wissembourg côté allemand, puisqu'une partie de la population vit plus près de Wissembourg que de Bad Bergzabern, Landau, ou Dahn.

2.2.3 La concrétisation d'actions de coopération

A) ORL – Urologie

Le principe de complémentarité entre Bad Bergzabern a joué dans ces deux disciplines, par l'organisation de vacations et d'interventions de médecins urologue et ORL allemands au sein du Centre Hospitalier de Wissembourg.

Cette coopération a permis d'assurer des consultations en ORL et en urologie pour les habitants du secteur de Wissembourg, mais la forme retenue n'a pas satisfait totalement les praticiens allemands, qui auraient souhaité pouvoir exercer leur activité de façon plus libérale, avec une rémunération à l'acte.

²⁷ Cf. élément souligné dans le 1.2.4.

A ce jour, ces deux praticiens ne travaillent plus pour le Centre Hospitalier de Wissembourg, mais ce sont toujours deux médecins allemands (urologue et ORL toujours), qui ont été recrutés dans ces disciplines.

B) Scanner

L'Allemagne présente un taux d'équipements lourds plus élevé qu'en France depuis de nombreuses années, et la radiologie conventionnelle a été plus rapidement remplacée par les scanners et IRM.

En France, les délais d'obtention de ce type d'examen étant de ce fait plus longs, il était intéressant pour les patients de la zone de Wissembourg, de mettre en place une collaboration avec une structure allemande, capable de répondre plus rapidement à la demande que les établissements du territoire français.

La réalisation de scanners à Bad Bergzabern s'est donc accomplie jusqu'à ce que l'établissement de Wissembourg en acquière un en 2004.

C) IRM

Dans le même esprit que pour le scanner, l'acquisition d'une plage d'IRM à Landau en 1999 devait permettre de désengorger les IRM du Bas-Rhin, et de réduire de ce fait les délais d'attente pour les patients, dans l'attente de l'acquisition d'un IRM par le Centre Hospitalier de Haguenau.

Les modalités d'organisation de cette coopération ont fait l'objet d'un contentieux entre le Centre Hospitalier de Wissembourg, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'ARH, et pourtant cette collaboration a permis de réaliser plus de 2300 examens en 8 ans, dont plus de 1000 pour les patients hospitalisés à Wissembourg, dans un délai toujours très court (sous huitaine).

L'acquisition du scanner en 2004 a fait chuter considérablement le nombre d'IRM, le scanner permettant de répondre dans plus de 95% des cas à la demande de diagnostic.

D) Interventions SMUR

En 2002, une nouvelle convention a été formalisée avec la Deutsche Rotes Kreuz, dans le cadre de la mise en œuvre de l'intervention de nuit du service d'urgence de Wissembourg dans la zone sud du Kreis Südliche Weinstrasse.

Une première convention avait été signée en 1990 et avait fait ses preuves en permettant des interventions du SMUR de Wissembourg en Allemagne jusqu'en 2002.

La redéfinition des modalités d'intervention a été cependant nécessaire compte tenu de la restructuration du SMUR de Wissembourg (suppression d'un véhicule), et d'un besoin reformulé par les Allemands de l'intervention d'un médecin urgentiste sur la zone frontalière.

La nouvelle convention a ainsi établi que, chaque nuit de 19h à 7h, un véhicule avec chauffeur de la Deutsche Rotes Kreuz stationne aux urgences de Wissembourg. Sur appel, ce véhicule part en intervention avec le médecin SMUR de Wissembourg, et si besoin, l'infirmière SMUR.

Le relais se fait avec le Centre 15, informé de l'indisponibilité momentanée du SMUR de Wissembourg, et avec le SDIS, prêt à prendre le relais si une urgence française devait se déclarer dans le même temps.

A ce jour, et depuis 2002, plus de 380 sorties ont donc été effectuées sur le territoire allemand, sans porter à conséquence pour la prise en charge des patients français, et pour la plus grande satisfaction de nos partenaires allemands (cf. discours du Premier Ministre de Rhénanie Palatinat en novembre 2006).

3 La mise en œuvre de l'accord-cadre dans un environnement stratégique plutôt concurrentiel

La signature puis la publication de l'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière donne une nouvelle impulsion au développement d'actions sur les régions frontalières, en fixant quelques objectifs de collaboration entre les partenaires, dans un souci de complémentarité des offres de soins, de simplification des démarches administratives, et de facilitation de la mobilité des patients et des professionnels de santé.

Au nord de l'Alsace, Les Allemands ont entamé les premières démarches d'offre de soins, et le Centre Hospitalier se prépare également à engager des actions de coopérations avec ses partenaires germaniques.

3.1 Les démarches entreprises par les Allemands

Les partenaires allemands sont d'ores et déjà demandeurs d'actions de collaboration ; mais dans une zone géographique où un déficit de l'offre de soins n'est pas avéré, quelle est la part de l'intérêt économique au regard de l'intérêt du patient ?

3.1.1 Un contexte nouveau

L'organisation de l'offre de soins hospitaliers est différente en France et en Allemagne : la planification est beaucoup plus présente en France de même que l'interventionnisme étatique.

Depuis quelques années, en Allemagne, comme dans d'autres pays européens, la question de la maîtrise des dépenses de santé se pose comme une politique générale et actuelle, au regard d'une évolution constante à la hausse de ces coûts.

Comme en France, les facteurs qui expliquent cette croissance des coûts sont :

- une démographie vieillissante : l'Allemagne est un pays vieillissant, où le taux de renouvellement de la population est l'un des plus faibles en Europe,
- une demande croissante de soins, du fait du vieillissement,
- le progrès technique et médical,
- les exigences de la population,

- une réglementation foisonnante en termes d'hygiène, de risques, de sécurité, de qualité...

Le système antérieur de prix de journée n'a pas favorisé la maîtrise des dépenses de santé, et ainsi, l'Allemagne se retrouve avec un système fort coûteux, trop de lits d'hospitalisation par habitant, est des durées moyennes de séjour (DMS) plus élevées que la moyenne européenne.

Un grand nombre d'hôpitaux sont en déficit, et la mise en place du nouveau système de financement, utilisant les DRG's (Diagnosis Related Groups), doit permettre dans les années à venir de réduire les DMS, de fermer des lits, et donc de réduire les coûts. Ce ne sont pas moins de 30% des lits qui devraient fermer dans les prochaines années du point de vue des économistes de la santé allemands.

Une organisation fédérale

L'organisation du système de santé en Allemagne est quelque peu différente du système français, du fait notamment de son organisation fédérale.

Le système repose en effet sur un principe de responsabilité économique des acteurs.

L'Etat central fixe les grands axes de la politique de santé et initie les réformes, puis les Länder prennent les mesures en adéquation.

L'ensemble du financement des dépenses de santé est assuré par les caisses d'assurance-maladie publiques, les assurances privées, les régimes de retraite, l'assurance accident, l'Etat, les entreprises et les ménages.

Concernant les seuls soins, les caisses d'assurances-maladie en assurent l'essentiel du financement, et la participation directe de l'Etat est marginale.

La planification hospitalière est gérée au niveau des Länder, qui élaborent un « Plan des Hôpitaux », qui peut être comparé au schéma régional d'organisation sanitaire français ; mais il n'y a pas de système d'autorisation aussi contraignant qu'en France.

Les Länder et les Kreis interviennent dans la partie investissement de la gestion des hôpitaux, par le biais de subventions.

Les caisses financent la partie soins, donc exploitation des hôpitaux et cliniques.

Une concurrence s'instaure également entre les hôpitaux du fait de la mise en place et de la pression du système des DRG's, dont la phase de convergence devrait être levée en 2008.

La logique de marché, de compétition, de négociation entre offreurs et financeurs de soins, a donc été retenue en Allemagne pour essayer d'équilibrer les comptes de la santé. Cela signifie que les hôpitaux allemands se préparent à sortir du système de convergence actuel pour entrer dans une phase de concurrence et de récupération de parts de marché.

3.1.2 Des partenaires allemands volontaires

Au niveau de Wissembourg, plusieurs sollicitations ont été émises par des partenaires sanitaires allemands suite à la parution de l'accord-cadre franco-allemand.

A) La co-utilisation du plateau technique en orthopédie

Un cabinet d'orthopédie de Kandel (20 kms de Wissembourg) a sollicité le Centre Hospitalier de Wissembourg courant mai, dans le cadre d'une convention de co-utilisation du plateau technique.

Ces deux praticiens sont intéressés à plusieurs titres par une collaboration avec l'établissement de Wissembourg :

- l'offre de soins côté allemand est saturée, et l'exercice professionnel des spécialistes allemands est relativement rigide et dirigé par les fédérations de médecins et les caisses d'assurance-maladie,
- d'autre part, l'exercice de l'orthopédie nécessite pour un certain nombre d'actes le recours à un plateau technique sécurisé, ce qui économiquement n'est pas envisageable pour un petit cabinet d'orthopédistes,
- ces praticiens souhaitent développer leur activité au-delà de la frontière, en proposant leurs services à la population wissembourgeoise et alentours ; en ayant la garantie d'un exercice chirurgical sécurisé dans un établissement de santé.

La collaboration avec l'hôpital de Wissembourg leur permet de concilier tous ces objectifs, en se soustrayant à la concurrence de leurs homologues allemands.

A proprement parler, côté français il n'existe pas de cabinet de ce type. En revanche, les chirurgiens orthopédistes de Wissembourg pourraient voir leurs consultations externes diminuer du fait de cette collaboration.

La Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de Wissembourg a toutefois accepté cette forme de collaboration, lui donnant la chance de prouver le besoin pour la population locale, et dans le souci d'optimiser l'utilisation du plateau technique de Wissembourg.

L'activité supplémentaire qui peut être générée par cette coopération peut parfaitement être absorbée en l'état actuel.

B) Les prestations en chirurgie viscérale et générale

Malgré sa dimension et son plateau technique, le Centre Hospitalier de Wissembourg ne peut réaliser tous les actes nécessaires à une prise en charge globale des pathologies chirurgicales viscérales et générales.

Une coopération avait été tentée avec l'Hôpital de Dahn en 2000, mais sans succès. Ces prestations sont actuellement couvertes par une convention passée avec le centre hospitalier de référence²⁸ ; mais cette convention n'est pas satisfaisante en pratique, des dissensions entre les médecins des deux hôpitaux ne permettant une organisation optimale et une coopération fructueuse.

L'hôpital de Rastatt²⁹ a pris contact avec le directeur de Wissembourg pour lui proposer la réalisation de certains de ces actes (ERCP, shunt, ...), sur la base de tarifs inférieurs aux tarifs français.

Les tarifs proposés ne correspondent ni aux tarifs français, ni aux tarifs allemands. Le directeur allemand³⁰ qui s'est occupé de la négociation, a dans un premier temps demandé quels étaient les tarifs pratiqués en France, pour les comparer aux tarifs allemands, et faire une proposition qui soit économiquement avantageuse pour le Centre Hospitalier de Wissembourg.

Dans la discussion, les Allemands se sont directement positionnés comme offreurs d'une prestation de soins. La logique économique de marché est très présente dans cette offre de services.

La coopération n'est pas formalisée à ce jour, elle a fait l'objet d'une transmission pour avis aux autorités de tutelle.

3.2 Le positionnement des acteurs français de la coopération

Les points de vue sont différents selon qu'il s'agit des tutelles ou des acteurs de terrain. Les élus également défendent sur ce point l'intérêt de la population, et celle des établissements de santé de la région.

²⁸ Le Centre Hospitalier de Haguenau

²⁹ Situé dans le Bade-Würtemberg, à 35 kms de Wissembourg

3.2.1 Un cadrage précis par l'Administration Centrale, relayé au niveau déconcentré

La France est l'un des premiers pays³¹ à engager un processus de signature d'accords-cadres de coopération sanitaire avec ses homologues frontaliers.

La communication politique sur ce point est la recherche d'un cadre juridique destiné à encadrer la mobilité des patients et la coopération sanitaire transfrontalière.

Mais l'analyse plus précise du contexte peut pousser à se poser des questions sur l'objectif réellement poursuivi par ces accords-cadres.

Encadrer : est-ce donner des outils pour faciliter cette mobilité et cette coopération ? Ou encadrer : est-ce apporter des outils de maîtrise à des phénomènes qui se développent ?

En effet, quelques éléments peuvent éclairer la question.

Les mouvements transfrontaliers sont un phénomène de plus en plus important. Selon l'INSEE en effet, environ 272 000 personnes qui résident en France se rendent dans un pays voisin pour y exercer leur activité ; en ce qui concerne l'Allemagne, ils sont 56 000^{32,33}.

Ces mouvements renforcent la dimension transfrontalière de certains bassins de vie, et leur existence génère des besoins spécifiques en termes de transport, d'infrastructure, de formation, d'enseignement... L'impact économique pour ces zones n'est donc plus négligeable, et la dimension transfrontalière prend alors tout son sens dans les politiques locales d'aménagement des territoires³⁴.

En matière de santé, et plus spécifiquement en ce qui concerne la mobilité des patients, il est intéressant de voir quelle est la réponse donnée par la France à la consultation lancée par la Commission européenne sur le projet de directive sectorielle.

³⁰ L'appellation Kaufmännischer Direktor est significative : la traduction est « directeur commercial »

³¹ En-dehors de l'exemple entre l'Irlande et le Royaume-Uni

³² 105 000 se rendent en Suisse, 55 000 au Luxembourg, 28 000 à Monaco, et 24 000 en Belgique, source www.insee.fr

³³ Le nombre de personnes qui résident à l'étranger et se rendent en France pour leur activité professionnelle s'élèverait quant à lui à 11 000, source www.insee.fr

³⁴ L'Union Européenne est largement présente dans le développement de ces territoires frontaliers, en soutenant activement les projets de coopération transfrontalière à travers les fonds Interreg : l'objectif européen est le développement de zones d'échanges économiques, l'avantage national du soutien est la contribution financière que l'Europe peut apporter pour l'essor de ces territoires.

En préambule, la réponse formulée par Jean-Baptiste Brunet³⁵ au nom de la France, rappelle que « *les services de santé ne sont pas des services comme les autres* ». Il rappelle à cet effet trois éléments soutenus par la France dans le traitement des services de santé au niveau communautaire :

- la santé est un droit fondamental qui doit être garanti pour tous, et de ce fait, fait l'objet d'un financement national largement pris en charge par la collectivité,
- les Etats membres sont pleinement responsables de l'organisation et du financement de leur système de soins, affirmation de la compétence nationale qui se retrouve tant dans le Traité que dans la jurisprudence de la Cour,
- le droit communautaire reconnaît la possibilité pour les Etats membres d'exprimer des « réserves de santé publique »³⁶ ; les motifs de santé publique sont eux-mêmes inclus dans les raisons impérieuses d'intérêt général reconnues par la CJCE comme fondement légitime de dérogations aux libertés du marché.

Cette réponse à la consultation s'appuie également sur l'interprétation de l'article 46 donnée par la CJCE dans l'arrêt Watts³⁷ : « *l'article 46 CE permet aux Etats membres de restreindre la libre prestation des services médicaux et hospitaliers, dans la mesure où le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national est essentiel pour la santé publique, voire même pour la survie de la population* ».

Il faut rappeler également que la transposition de la jurisprudence communautaire en droit interne français, en matière de mobilité des patients, et d'accès aux soins, est intervenue tardivement par le décret n°2005-386 du 19 avril 2005.

La position française est donc plus restrictive et limitative ; elle traduit une certaine réserve à la liberté totale de circulation des patients, de même qu'à un libre accès aux soins, qu'ils soient à l'étranger pour la population française, ou en France pour des citoyens communautaires.

L'un des arguments évoqués dans ce dernier cas est le dimensionnement de l'offre de soins côté français, qui pourrait souffrir d'un afflux massif de patients étrangers, en nécessitant d'adapter, donc de financer les infrastructures, ou en se trouvant confronté à une demande de soins surabondante, générant des listes d'attente pour les patients, ou une limitation de l'accès aux soins.

³⁵ Conseiller Santé, Représentation Permanente de la France auprès de l'Union Européenne

³⁶ Article 30 TCE, par dérogation au principe de libre circulation des marchandises

³⁷ CJCE 16 mai 2006 WATTS

Dans le même esprit, on peut constater que la circulaire relative à la mise en œuvre de l'accord-cadre franco-allemand³⁸ rappelle les dispositions de cet accord, en insistant sur les circuits et modalités à respecter en interne (en France), sur la compétence (ou la non-compétence) de chacun en la matière.

Cette circulaire a fait l'objet d'une remarque de la part de partenaires allemands en ayant eu connaissance³⁹, qui ont souligné le caractère restrictif de cette circulaire, au regard de l'esprit dans lequel l'accord-cadre avait été signé.

En Alsace, les différents interlocuteurs (ARH, URCAM, CRAM, CPAM) relayent la position de l'Administration centrale.

Selon eux, toute action de coopération sanitaire transfrontalière ne peut s'envisager que sous l'égide de la complémentarité, et le recours à ce type de collaboration ne doit s'opérer que de façon subsidiaire et dans des cas bien précis.

En effet, les tutelles sanitaires locales considèrent que l'offre de soins alsacienne est équilibrée, qu'elle répond parfaitement aux besoins de la population régionale, et qu'il y a lieu de rechercher avant tout les ressources de façon régionale avant d'envisager une coopération transfrontalière.

Une certaine forme de « méfiance » transparaît également dans les attitudes et propos tenus à l'égard des partenaires de santé allemands, essentiellement les établissements et professionnels de santé, dont l'appétence économique semble parfois prendre le pas sur l'intérêt du patient.

Les coopérations actuellement en cours ne sont cependant pas remises en cause, au contraire, mais la position régionale des tutelles sanitaires est de ne développer de nouvelles actions de coopération que dans un cadre bien établi, après la constatation effective d'un besoin de santé qui ne saurait être couvert localement dans des conditions optimales pour le patient. L'exemple illustrant au mieux cet argument est la coopération avec la clinique de Ludwigshafen pour la prise en charge des grands brûlés⁴⁰.

Cette position, qui peut parfaitement s'entendre lorsqu'il s'agit de garantir par là l'équilibre de l'offre de soins dans la région, est cependant en contradiction avec le principe de la mobilité des patients soutenus par la CJCE, et prévu dans l'accord-cadre.

³⁸ Circulaire DSS/DACI/2007/291 du 18 juillet 2007 relative à la mise en œuvre de l'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République fédéral d'Allemagne, signé le 22 juillet 2005 à Weil am Rein

³⁹ A l'occasion des réunions préparatoires du forum de Karlsruhe (26 septembre 2007) portant sur la mise en œuvre de l'accord-cadre

⁴⁰ Cf. point 1.1.2. A)

3.2.2 Des acteurs locaux plus engagés

A) Les élus locaux

Au niveau régional, les élus rencontrés⁴¹ soutiennent les actions de coopération sanitaire transfrontalière et souhaitent favoriser la mobilité des patients.

Le rapporteur du projet de loi de ratification de l'accord-cadre à l'Assemblée Nationale était d'ailleurs André Schneider, député alsacien.

Son rapport de présentation de l'accord-cadre en souligne les objectifs les plus ambitieux en termes d'organisation des soins et de mobilité des patients.

En effet, l'une des suggestions de ce rapport est d'imaginer d'ouvrir totalement l'accès aux soins hospitaliers aux patients, en dispensant les populations concernées de la procédure d'autorisation préalable exigée jusqu'à présent.

L'ambition des élus est d'imaginer un espace de libre-circulation des patients sur les zones concernées par l'accord-cadre.

B) Les établissements de santé

Si l'on s'en réfère à l'activité en termes de coopérations sanitaires transfrontalières des établissements de santé de la région concernée par l'accord-cadre franco-allemand, il apparaît clairement que la proximité avec la frontière ne détermine pas de prédisposition plus importante pour engager des collaborations de ce type. En témoignent les exemples de Sélestat ou de Sarrebourg, pour reprendre des établissements de taille moyenne (les CHU étant quasiment systématiquement impliqués dans les domaines de la recherche, de la formation, ou de disciplines rares).

L'engagement dans ce type d'actions, qui, nous l'avons vu, est souvent le résultat d'une démarche volontaire et de longue haleine, est davantage le fruit d'une conviction personnelle, le plus souvent celle du chef d'établissement, et d'une rencontre de personnes qui font le choix de travailler ensemble.

La dimension humaine a notamment été fortement soulignée lors de la rencontre-bilan du projet Interreg III qui associait le Centre Hospitalier de Sélestat et la clinique St Josef

⁴¹ Frédéric REISS, député de la 8^{ème} circonscription du Bas-Rhin (zone de Wissembourg), et André SCHNEIDER, député de la 3^{ème} circonscription du Bas-Rhin (Strasbourg Nord)

d'Offenburg à d'autres établissements et partenaires de santé de la Région du Rhin Supérieur. En effet, les deux chefs d'établissement ont insisté sur la relation d'amitié qui les a liés tout au long des dix années de collaboration, et qui a permis de pérenniser le programme initial et les actions.

Mais si la dimension humaine d'une coopération de ce type est essentielle, d'autres intérêts sont également mis en avant par les établissements de santé, que ce soit en matière de formation, d'échanges d'expériences, de mise à disposition de personnels, de mobilité des patients...

Ce dernier point, la mobilité des patients, ou leur transfert d'un hôpital à un autre, sont nettement moins abordés. Les raisons en sont-elles l'application de directives de la tutelle ? Un système infrarégional suffisamment organisé et éprouvé pour répondre à toutes les situations ? Un besoin non reconnu ? Une question diplomatique de relation de bon voisinage avec ses partenaires du territoire de santé ?

Les véritables réponses à ces questions sont difficiles à obtenir...

Quoi qu'il en soit, la recherche de complémentarités et la notion de réciprocité sont fréquemment évoquées par les responsables d'établissement comme des éléments favorisant les actions de coopération.

3.3 Quelques actions à mener pour réussir la mise en œuvre de l'accord-cadre au niveau local

Bien entendu, compte-tenu de la dimension territoriale, stratégique et politique de la coopération sanitaire transfrontalière, un établissement de santé ne peut mener seul toutes les actions pouvant faciliter la mise en œuvre de la coopération sanitaire transfrontalière telle que définie par l'accord-cadre.

En l'occurrence, plusieurs niveaux d'intervention sont nécessaires, voire incontournables pour aboutir positivement.

3.3.1 Première étape : mettre en conformité les conventions existantes

L'arrangement administratif de l'accord-cadre franco-allemand prévoit, dans son article 3, un délai de mise en conformité des conventions existantes.

Cela signifie que les coopérations et conventions déjà établies, qui n'auraient pas respecté au moment de leur élaboration, la procédure prévue par l'accord-cadre, doivent, avant le 1^{er} mai 2008 être revues et validées par les autorités autorisées à les conclure.

En l'occurrence, pour le Centre Hospitalier de Wissembourg, il va s'agir de soumettre aux autorités désignées comme habilitées à établir des conventions de coopération sanitaire transfrontalière de ce type, les conventions existantes concernant la prise en charge des urgences de nuit, et la location de la plage horaire de l'IRM de Landau.

L'arrangement administratif prévoit en effet que côté français, seuls les ARH, les DRASS, les DDASS, et les URCAM sont habilitées à signer ces conventions, alors que la République Fédérale d'Allemagne a étendu cette habilitation aux établissements eux-mêmes.

3.3.2 Deuxième étape : participer à la simplification des démarches administratives pour les patients en élaborant un système de transcodage et de facturation transfrontalier

Certains établissements frontaliers souhaitent se préparer à la mise en œuvre des dispositions de l'accord-cadre et à engager des actions de coopération entre les établissements et de facilitation des formalités administratives pour les patients.

C'est le cas du Centre Hospitalier de Wissembourg et de la St Josefsklinik d'Offenburg. La Südliche Weinstrasse Klinikum de Landau doit encore confirmer la participation au projet.

Ces établissements de santé (situés dans la zone couverte par l'accord-cadre) ont un intérêt particulier à préparer cet avenir proche, en menant un travail de comparaison des tarifs français et allemands, et en envisageant un système de facturation utilisable par tous qui permettrait d'opter pour la solution idoine le cas échéant (différentes possibilités de tarification offertes par l'accord-cadre).

La comparaison des tarifs français et allemands, par l'élaboration d'une table commune est intéressante à plusieurs titres : cette table doit permettre de mettre en corrélation les

tables de diagnostics des deux pays, à savoir DRG et GHM. L'identification des diagnostics présentant les plus grosses différences de coût peut être une piste de travail pour comprendre en quoi un type de prise en charge est plus performant qu'un autre et comment réduire les écarts. Enfin, l'intérêt est alors important pour le système de santé dans sa globalité puisqu'il donne un nouvel outil d'analyse et de maîtrise des coûts selon des modalités de prise en charge a priori très semblables

De la même façon, les intérêts d'une facturation directe sont multiples : pour le patient, il n'est plus nécessaire d'envisager l'avance et/ou le paiement des frais d'hospitalisation, parfois très élevés, et d'attendre le remboursement par sa caisse d'assurance sociale, et il y a ainsi moins de risques de contentieux sur la tarification.

Pour l'établissement de santé, le codage se ferait directement dans le système du pays voisin, et la facturation peut alors s'effectuer directement à la caisse d'affiliation de l'assuré, selon le tarif convenu dans la convention.

Enfin, pour les caisses, c'est la garantie de l'application d'un tarif « juste », correspondants aux termes de la convention, sans passer par l'intermédiaire du patient, des caisses nationales ou d'un organisme international (CLEISS)

Ce projet doit être présenté avant la fin de l'année 2007 en commission d'octroi des fonds communautaires de développement territorial, l'objectif étant d'obtenir un financement dans le cadre du projet Interreg IV.

3.3.3 Troisième étape : chercher les zones de complémentarité et de réciprocité avec les partenaires allemands

Même si le secteur transfrontalier autour de Wissembourg ne se caractérise pas par un déficit de l'offre de soins, et même si Bad Bergzabern a subi des restructurations qui ont remis en cause le projet de 1995, il reste quelques domaines où la complémentarité peut être recherchée.

En effet, l'organisation de consultations gynécologiques à Bad Bergzabern par des praticiens de Wissembourg permettrait de répondre à une demande très locale et donnerait la possibilité à des parturientes allemandes résidant à proximité de Wissembourg, d'y accoucher. Les villes allemandes les plus proches se trouvent à moins de 10 minutes de Wissembourg, alors que les maternités de Landau se situent à environ 30 minutes.

Le SROS III prévoit l'installation d'une unité d'auto-dialyse à Wissembourg, sous réserve des résultats d'une étude sur les besoins de la population. Cette étude est actuellement réalisée par le Professeur Rohmeiss, néphrologue allemand, qui est également pressenti pour la mise en œuvre de ce service le cas échéant.

Le renouvellement de l'autorisation de médecine d'urgence a mis en évidence la nécessité d'organiser la filière de prise en charge de l'AVC (procédure fast track), dans un délai très court suivant l'accident. Le Centre Hospitalier de Haguenau ne dispose à l'heure actuelle que d'un neurologue, Strasbourg est à plus de 70 km et plus de 45 minutes de trajet.

La Südliche Weinstrasse Klinikum de Landau (30 km de Wissembourg) dispose quant à elle d'une Stroke Unit, pour laquelle elle fonctionne avec la clinique psychiatrique et neurologique de Klingenstein, qui s'engage à faire intervenir un neurologue dans la demi-heure suivant l'appel du service.

L'hypothèse d'une collaboration de ce type permettrait de sécuriser la prise en charge du patient dans l'attente du renforcement de l'équipe de neurologie du Centre Hospitalier de Haguenau.

Une complémentarité peut également être envisagée en matière de formation et d'organisation de rencontres et d'échanges entre les professionnels hospitaliers français et allemands. Ces échanges ne peuvent que permettre de mieux se connaître, donc de mieux coopérer.

3.3.4 Quatrième étape : développer la communication et l'information à destination des professionnels, des patients

Certaines actions sont indispensables pour encourager et faciliter la mobilité des patients de part et d'autre de la frontière.

En l'occurrence, si le Centre Hospitalier de Wissembourg souhaite renforcer son attractivité côté allemand, il est nécessaire de multiplier les actions de communication et d'information du public germanique.

Plusieurs moyens sont utilisables : la parution d'articles dans la presse locale allemande, des actions de formation proposées aux médecins libéraux frontaliers, des plaquettes d'information destinées au grand public, éditées en allemand.

En interne, il convient de développer d'autres actions en faveur des hospitalisés germanophones : la publication du livret d'accueil et de certains documents administratifs ou médicaux en allemand seraient sans conteste un plus pour une patientèle allemande.

Une soirée d'information avait été organisée en mai 2007 pour un public allemand, sur deux thèmes (gynécologique et chirurgical) pour lesquels deux praticiens (allemands) de l'établissement s'étaient mobilisés. Malgré une publicité dans la presse locale allemande et des exposés de très grande qualité, la fréquentation a été décevante.

Cette expérience ne doit pas rester lettre morte, et les praticiens doivent poursuivre ce type d'actions, en utilisant peut-être d'autres supports de communication (posters ou plaquettes à déposer chez des confrères libéraux allemands, dans les pharmacies).

3.3.5 Cinquième étape : un schéma d'organisation sanitaire transfrontalier, ou un volet transfrontalier au SROS

Dans un premier temps, l'échelon régional est incontournable pour deux raisons : l'organisation des soins et de la prise en charge des patients est organisée en France par chaque Agence Régionale de l'Hospitalisation par le biais du SROS, et l'accord-cadre ne permet pas à un établissement de santé français de conclure une convention, seules les DRASS, DDASS, ARH et URCAM sont habilitées à le faire.

Le dernier SROS, de troisième génération, est entré en vigueur le 31 mars 2006, pour une durée de cinq ans. Le SROS Alsace⁴² ne comporte pas de volet transfrontalier, alors que l'accord-cadre franco-allemand avait été signé huit mois avant sa parution.

Il semble qu'un volet transfrontalier ait été envisagé, mais l'idée a été abandonnée. Le principe retenu a été de travailler en premier lieu avec les partenaires locaux et territoriaux, puis régionaux, interrégionaux, et enfin, un partenariat avec l'Allemagne peut être envisagé si toutes les possibilités sur le territoire français ont été explorées sans donner satisfaction.

Dans l'idée d'introduire un volet transfrontalier au prochain schéma régional, un établissement de santé, en l'occurrence le Centre Hospitalier de Wissembourg, et ses partenaires hospitaliers concernés, peuvent soutenir cette idée au moment de la rédaction et de l'évaluation des projets médicaux de territoire.

Un travail d'observation du flux des patients suite à l'application des dispositions de l'accord-cadre doit permettre d'identifier les besoins et zones de coopération à développer. Ces données peuvent faire l'objet d'une étude conjointe avec les caisses d'assurance-maladie d'Alsace, du Bade Württemberg et de Rhénanie-Palatinat.

⁴² Il en est de même pour le SROS de la région Lorraine

Conclusion

La signature puis la publication de l'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière veut donner une nouvelle impulsion au développement d'actions sur les régions frontalières, en fixant quelques objectifs de collaboration entre les partenaires, dans un souci de complémentarité des offres de soins, de simplification des démarches administratives, et de facilitation de la mobilité des patients et des professionnels de santé.

Les démarches européennes, même si elles veillent à respecter le principe de subsidiarité en matière de santé, cherchent également une évolution favorable à la libre circulation des patients, tout en préservant les systèmes de santé nationaux.

Sur son territoire, le Centre Hospitalier de Wissembourg présente plusieurs atouts pour la mise en œuvre de ces objectifs et le développement de nouvelles actions de coopération sanitaire transfrontalière, dans le respect du SROS III Alsace, et de son rôle d'établissement de proximité.

Les partenaires allemands sont eux également demandeurs d'actions de coopération : les principes porteurs de ces nouveaux projets seront donc le volontarisme, la complémentarité et la réciprocité.

D'autre part, la patience et la ténacité sont des éléments importants dans ce type de démarche. En effet, les actions les plus pérennes sont celles qui se sont construites petit à petit, pas à pas, là où chaque acteur, conscient de l'intérêt général à coopérer, a surmonté à son échelle les obstacles qui se présentaient à lui, en travaillant avec ses partenaires sur les zones de difficultés.

Un interlocuteur disait face à l'énumération des barrières juridiques à surmonter: « les obstacles juridiques ne tiennent pas longtemps face aux volontés politiques, si volonté politique il y a ». Cette même personne disait « il faut faire les choses dans l'intérêt du patient, sans naïveté, sans frilosité ».

Pour finir dans ce domaine particulier qu'est la coopération sanitaire transfrontalière, Robert Schuman disait le 9 mai 1950 au sujet de la construction européenne, et cela peut parfaitement s'appliquer à notre sujet :

« L'Europe ne se fera pas d'un coup, ni dans une construction d'ensemble : elle se fera par des réalisations concrètes créant d'abord une solidarité de fait. »

Mais la motivation à coopérer, qu'elle soit politique, stratégique, ou économique, ne se fera pas sans l'acteur principal : le patient, qui restera quoi qu'il en soit dans la majorité des cas, maître de sa décision de passer la frontière pour se faire soigner.

Bibliographie

TEXTES OFFICIELS

Accord cadre entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière et son arrangement administratif du 9 mars 2006

Loi n° 2006-1255 du 13 octobre 2006 autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République Fédérale d'Allemagne sur la coopération sanitaire transfrontalière, Journal Officiel du 14 octobre 2006

Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France

Circulaire DSS/DACI N° 2005-236 du 19 mai 2005 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France

Circulaire n° DSS/DACI/2007/291 du 18 juillet 2007 relative à la mise en œuvre de l'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République fédérale d'Allemagne, signé le 22 juillet 2005 à Weil am Rein, 8p.

OUVRAGES

BASSI D., DENERT O., GAREL P., ORTIZ A., *Etat des lieux de la coopération sanitaire transfrontalière*, Mission Opérationnelle Transfrontalière, Editions ENSP, 2001

HAHN F., HELLER E., *Zum grenzüberschreitende Austausch im Gesundheitswesen am Oberrhein im Rahmen von Interreg III, Dokumentation 1 und 2*, Edition allemande, Offenburg 2003

ARTICLES

AVRIL P., BOUILHET A., 5 février 2007, « Bruxelles va réglementer le tourisme médical », *Le Figaro*, p. 27

BELMONT C., 27 mars 2007, « L'Europe de la Santé naît dans les Pyrénées », *Le Figaro*, p. 28

FERENCZI H., FINKS A., GÜNSTEN S., Juli 2007, « Operationen unter Palmen », *FOCUS*, n°27, pp. 59-71

FRIOT V., JULIE N., MARIA S., DUBUIS L., BERNARD S., Septembre 2004, « Dossier du trimestre. Système de santé : au-delà des frontières », *IASS La Revue*, n°44

GAREL P., CUIF C., LAEDLIN C-M., Novembre-décembre 2004, « L'Europe de la Santé. Coopération transfrontalière », *Revue Hospitalière de France*, n°501

HERMESSE J., « L'ouverture des frontières aux patients. Quelles conséquences économiques ? », *Soins sans frontière dans l'UE ? Libre circulation des biens et services dans le secteur des soins de santé*, actes du symposium international, Luxembourg, novembre 1998

JARLEGAND S., Juillet-août 2006, « Coopération transfrontalière. La santé à « saute-frontière » », *JADH*, n°4

LAVAUUX B., LIMPENS J-M., Juin-juillet 2003, « Quand l'hôpital s'organise. La coopération transfrontalière sanitaire : bilan et perspectives », *Gestions hospitalières*, n°427

MONTANE F., 2006, « De la coopération et complémentarités sanitaires transfrontalières à la libre circulation des malades en Europe », *Médecine et Droit* 2006, pp. 71-75

REY L., 27 septembre 2007, « Une carte sanitaire commune pour l'espace rhénan », *Dernières Nouvelles d'Alsace*, n°226, p. région 2

THOMANN J., mai 2003, « Les prestations sanitaires transfrontalières », *ENA Mensuel*, n°321, pp. 21-24

RAPPORTS, THESES, MEMOIRES

GARRIAUD-MAYLAM, *Rapport n°490 portant sur l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République Fédérale d'Allemagne sur la coopération sanitaire transfrontalière*, Sénat, 21 septembre 2006

GLINOS I., BAETEN R., *A Literature Review of cross-border Patient Mobility in the European Union*, Brussels : Europe for Patients Project, 2006

KOSTERA T., *Unwelcome Europeanization – The Development of European cross-border patient mobility*, College of Europe, Bruges Campus, Academic Year 2006-2007

ROSENMÖLLER M., McKEE M., BAETEN R., *Patient Mobility in the European Union : Learning form Experience*, Copenhagen : World Health Organization, 2006

SCHNEIDER A., *Rapport n°3198 portant sur l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République Fédérale d'Allemagne sur la coopération sanitaire transfrontalière*, Assemblée Nationale, 28 juin 2006

VERGNAUD B., *Rapport sur l'impact et les conséquences de l'exclusion des services de santé de la directive relative aux services dans le marché intérieur*, Commission du marché intérieur et de la protection des consommateurs (2006/2275(INI))

ENA, Promotion 2002-2004 Léopold Sédar SENGHOR, *Union européenne et protection sociale en matière de santé*, Séminaire sur « les politiques de santé », juillet 2003

CONFERENCES et SYMPOSIUMS

Gesundheit ohne Grenzen. Mobilität von Gesundheitsdienstleistungen am Oberrhein. Documentation du Congrès à Karlsruhe, 23 octobre 2003

Santé sans frontière. Coopération dans le domaine des soins hospitaliers. Documentation de la Conférence à l'Hôpital Universitaire de Bâle, 28 septembre 2005

La coopération sanitaire transfrontalière : moteur d'une politique de santé européenne ?. Documentation du Colloque OFBS à Bruxelles, 14 juin 2007

Santé sans frontière. Vers la construction européenne. Accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière. Conférence à Karlsruhe, 26 septembre 2007

AUTRES SOURCES

COMMISSION EUROPEENNE, Consultation publique concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé transfrontaliers, 2006, sur www.ec.europa.eu

COMMISSION EUROPEENNE, Résumé et synthèse de la consultation, 2007, sur www.ec.europa.eu

COMMISSION EUROPEENNE, Réponses à la consultation publique, 2007, sur www.ec.europa.eu

COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTÉS EUROPEENNES, toute la jurisprudence accessible sur www.curia.europa.eu

SITES INTERNET

www.conference-rhin-sup.org

www.curia.europa.eu

www.dkgev.de

www.espaces-transfrontaliers.org

www.ec.europa.eu

www.fhf.fr

www.hospimedia.fr

www.interreg3.com

www.sante.gouv.fr

www.vdgh.de

Liste des annexes

- Annexe I** Accord cadre entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière
- Annexe II** Arrangement administratif du 9 mars 2006 entre le ministre de la santé et des solidarités de la république française et le ministère fédéral de la santé de la République fédérale d'Allemagne concernant les modalités d'application de l'accord-cadre du 22 juillet 2005 sur la coopération sanitaire transfrontalière
- Annexe III** Carte MOT année 2000 – Coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale
- Annexe IV** Carte MOT année 2000 – Coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale : frontières luxembourgeoises et allemandes

ANNEXE I

Accord cadre entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière

Le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne d'une part,
Et le Gouvernement de la République française d'autre part,
Ci-après dénommés les Parties –

Conscients de la tradition de mobilité des populations entre l'Allemagne et la France, ainsi que de la mise en place des différents projets de coopération transfrontalière,
Conscients des enjeux d'amélioration permanente de la qualité des soins et de l'organisation des systèmes de soins, Désireux de jeter les bases d'une coopération sanitaire transfrontalière approfondie entre l'Allemagne et la France afin d'améliorer l'accès aux soins et de garantir leur continuité pour les populations de la zone frontalière,
Désireux de faciliter le recours aux services mobiles d'urgence pour les populations de la zone frontalière,
Désireux de simplifier les procédures administratives et financières, en tenant compte des dispositions du droit et de la jurisprudence communautaire,
Décidés à faciliter et à promouvoir cette coopération par la conclusion de conventions de coopération sanitaire transfrontalière y compris en matière de secours d'urgence, dans le respect du droit interne et des engagements internationaux des Parties, sont convenus de ce qui suit :

Article 1er - Objet

Le présent accord cadre a pour objet de préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière y compris en matière de secours d'urgence entre l'Allemagne et la France dans la perspective :

- d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations,
- de garantir le recours le plus rapide aux moyens de secours d'urgence,
- d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels,
- de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

Article 2 - Champ d'application

(1) Le présent accord cadre est applicable à la zone frontalière suivante :

1. en République fédérale d'Allemagne, aux Länder de Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat et Sarre
2. en République française, à la région Alsace et à la région Lorraine.

(2) Les autorités compétentes en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale mettent en œuvre le présent accord cadre.

(3) Le présent accord cadre s'applique à toute personne pouvant bénéficier des prestations de l'assurance maladie de l'une des Parties, et résidant habituellement ou séjournant temporairement dans la zone frontalière visée au paragraphe 1er. Le présent accord cadre s'applique à toute personne résidant habituellement ou séjournant temporairement dans la zone frontalière visée au paragraphe 1er et nécessitant des soins d'urgence.

Article 3 - Conventions de coopération

(1) Pour l'application du présent accord cadre, les deux Parties désignent dans l'arrangement administratif visé à l'article 9, les personnes ou autorités qui peuvent conclure, dans leur domaine de compétence interne, des conventions de coopération.

(2) Ces conventions organisent la coopération entre des structures et ressources sanitaires situées dans la zone frontalière, y ayant un point d'ancrage ou faisant partie d'un réseau intervenant dans cette zone. Elles peuvent prévoir à cette fin des complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes, ainsi que la création d'organismes de coopération ou de structures communes.

(3) Ces conventions prévoient les conditions et les modalités pour les structures de soins, les organismes de sécurité sociale et l'intervention des professionnels de santé, ainsi que pour la prise en charge des patients. Ces conditions et modalités concernent, notamment, en fonction de l'objet, les domaines suivants :

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, pour la partie française notamment leurs aspects statutaires,
- l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients,
- la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients,
- les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins et
- les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des coopérations, notamment au remboursement des dépenses engagées dans le cadre de la mobilisation de ressources pour le traitement de patients.

(4) Les conventions déjà existantes doivent se conformer au présent accord cadre selon les modalités définies dans l'arrangement administratif visé à l'article 9.

Article 4 - Professionnels de santé

Les personnels autorisés à exercer des activités dans le domaine des secours sur le territoire d'une Partie n'ont pas besoin d'autorisation d'exercice professionnel accordée par l'autre Partie pour l'exercice temporaire de ces activités dans le cadre d'interventions transfrontalières portant sur les secours d'urgence faisant l'objet du présent accord cadre et sont dispensés d'une affiliation obligatoire à une chambre professionnelle de l'autre pays. Par ailleurs, ils sont tenus de respecter le droit en vigueur sur le territoire de l'autre Partie. Cela s'applique notamment aux droits et obligations en matière de droit professionnel valables pour le domaine de la Partie sur le territoire de laquelle l'intervention est effectuée.

Article 5 - Franchissement de frontière

En lien avec les autorités compétentes en la matière, les Parties prennent toutes mesures éventuellement nécessaires en vue de faciliter le franchissement de la frontière commune pour la mise en œuvre du présent accord cadre.

Article 6 - Prise en charge par un régime de sécurité sociale

(1) Les dispositions des règlements de la Communauté européenne relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale sont applicables pour la mise en œuvre des conventions de coopération.

(2) Lorsqu'une autorisation préalable est requise pour recevoir des soins dans la zone frontalière, les conventions de coopération sanitaire peuvent prévoir que cette autorisation est délivrée automatiquement par l'institution de sécurité sociale compétente.

(3) Toutefois, les conventions de coopération qui prévoient une prise en charge directe par l'institution compétente des soins reçus dans les conditions visées au paragraphe 2 de l'article 3 peuvent prévoir, en cas de besoin, une tarification spécifique des actes et des soins selon les modalités définies dans l'arrangement administratif visé à l'article 9.

Article 7 - Responsabilité

(1) Le droit applicable en matière de responsabilité y compris médicale est déterminé par le droit national respectif.

(2) Une obligation d'assurance en responsabilité civile qui couvre les éventuels dommages qui pourraient être causés par leur activité dans le cadre de la coopération

sanitaire transfrontalière, est imposée aux professionnels de santé et aux établissements et services de santé dispensant des soins dans le cadre d'une convention de coopération. Les modalités en seront réglées dans l'arrangement administratif visé à l'article 9.

Article 8 - Commission mixte

(1) Une commission mixte composée des représentants des autorités compétentes de chaque Partie, est chargée de suivre l'application du présent accord cadre et d'en proposer les éventuelles modifications. Elle se réunit une fois par an et, en tant que de besoin, à la demande de l'une ou l'autre Partie.

(2) Les difficultés relatives à l'application ou à l'interprétation du présent accord cadre sont réglées par la commission mixte.

(3) Chaque année, la commission mixte élabore un rapport d'évaluation sur le fonctionnement du dispositif de coopération sanitaire transfrontalière.

Article 9 - Arrangement administratif

Un arrangement administratif, conclu par les autorités compétentes des Parties, fixe les modalités d'application du présent accord cadre.

Article 10 - Entrée en vigueur

Chaque Partie notifie à l'autre l'accomplissement des conditions internes nécessaires à l'entrée en vigueur du présent accord cadre. Il entre en vigueur au premier jour du deuxième mois suivant la date de réception de la dernière de ces notifications.

Article 11 - Durée et dénonciation

(1) Le présent accord cadre est conclu pour une durée indéterminée.

(2) Chaque Partie au présent accord cadre peut le dénoncer à tout moment par notification écrite adressée à l'autre Partie par voie diplomatique. Cette dénonciation prend effet douze mois après la date de réception de ladite notification.

(3) La dénonciation du présent accord cadre ne préjuge pas du maintien en vigueur des conventions de coopération sanitaire.

Fait à Weil am Rhein le 22 juillet 2005 en deux exemplaires, chacun en langue allemande et française, les deux textes faisant également foi.

ANNEXE II

Arrangement administratif du 9 mars 2006 entre le ministre de la santé et des solidarités de la république française et le ministère fédéral de la santé de la République fédérale d'Allemagne concernant les modalités d'application de l'accord-cadre du 22 juillet 2005 sur la coopération sanitaire transfrontalière

Le ministre de la santé et des solidarités de la République française et le ministère fédéral de la santé de la République fédérale d'Allemagne en tant qu'autorités compétentes, conformément aux dispositions de l'article 9 de l'accord-cadre du 22 juillet 2005 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne sur la coopération sanitaire transfrontalière, ci-après désigné « accord-cadre »,

sont convenus de ce qui suit :

Article 1^{er}

Personnes et organismes compétents

En application du paragraphe 1 de l'article 3 de l'accord-cadre, les personnes et autorités suivantes sont habilitées à conclure des conventions de coopération dans le secteur de la santé, y compris pour les services d'urgence sanitaires :

1. Pour la France, dans le cadre de leur compétence, les directions régionales ou départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS ou DDASS), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), telles que définies aux articles L. 6115-1 et suivants du Code de la Santé publique, ainsi que les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), telles que définies aux articles L. 183-1 et suivants du Code de la sécurité sociale ;

2. Pour la République fédérale d'Allemagne, dans le cadre de leur compétence les collectivités en administration autonome soumises à la surveillance juridique de l'Institut fédéral des assurances, au niveau des Länder, les ministères respectifs ainsi que les autorités qui leur sont subordonnées et les collectivités en administration autonome placées sous leur surveillance juridique et autres établissements et services de santé.

Article 2

Conditions et modalités d'intervention des professionnels de santé, des structures de soins et des organismes de sécurité sociale

En application du paragraphe 3 de l'article 3 de l'accord-cadre et sans préjudice du droit national respectif en vigueur, les conventions de coopération sanitaire transfrontalière précisent notamment, selon les cas, lorsque le champ d'application porte :

1. Sur l'intervention transfrontalière des professionnels de santé :

- les conditions de mobilité des professionnels ;
- la nature et la durée de la participation des professionnels ;
- les conditions de participation à l'urgence hospitalière et à la permanence des soins des professionnels de santé salariés et libéraux ;
- les conditions de l'exercice ponctuel et irrégulier des professionnels de santé salariés et libéraux ;

2. Sur l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients :

- les conditions d'intervention visant à apporter les premiers soins aux personnes en urgence vitale ;
- la détermination du lieu de l'hospitalisation des patients traités en urgence en fonction du lieu d'intervention, de la gravité des pathologies et des plateaux techniques hospitaliers ;
- les conditions d'accompagnement du patient de son lieu de détresse à l'établissement de soins le plus proche, si nécessaire ;
- la coordination des moyens de communication ;
- les modalités de prise de contact avec les centres de régulation des appels d'urgence ;
- les modalités d'intervention d'une équipe de secours répondant à un appel d'urgence ;
- les modalités d'intervention, hors appel d'urgence, en fonction de la proximité des structures de soins et de la disponibilité des équipes.

3. Sur la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients :

- les conditions d'accès aux soins ;
- les transports sanitaires ;
- les modalités de sortie ;
- les conditions de facturation et de remboursement ;
- l'information du patient (dossier médical, résumé clinique, lettre de sortie, compte rendu opératoire) ;
- le livret d'accueil dans les deux langues.

4. Sur les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins :

- a) Les mesures de politique qualité pour la maîtrise des risques, relatives notamment :
- à l'ensemble des domaines de vigilance ;

- à la distribution du médicament ;
 - aux transfusions sanguines ;
 - aux anesthésies et à la maîtrise des risques iatrogènes et des infections nosocomiales.
- b) L'actualisation des connaissances des professionnels de santé.
- c) La transmission des informations médicales relatives aux patients.
- d) La prise en charge de la douleur.

Dans tous les cas, les conventions conclues conformément à l'article 1^{er} fixent la méthodologie associée à la mutualisation des bonnes pratiques en matière d'assurance qualité.

5. Sur les modalités financières de prise en charge des patients :

- la mise en œuvre d'un dispositif de prise en compte des organismes complémentaires d'assurance maladie permettant d'organiser un système de tiers payant.

Article 3

Délai de mise en conformité des conventions déjà existantes

En application du paragraphe 4 de l'article 3 de l'accord-cadre, les conventions de coopération sanitaire antérieures à la date d'entrée en vigueur de l'accord-cadre sont, si nécessaire, mises en conformité dès que possible et au plus tard un an après la date d'entrée en vigueur de l'accord-cadre.

A défaut, les conventions de coopération contraires à l'accord-cadre deviendront caduques à l'expiration de ce délai.

Article 4

Modalités de prise en charge par un régime de sécurité sociale

En application de l'article 6 de l'accord-cadre, les soins dispensés dans le cadre d'une convention de coopération sont pris en charge par l'institution compétente selon trois modalités différentes, en fonction des situations :

1. Sur la base des tarifs du lieu des soins, dans le cadre des règlements CE relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale et lorsque l'assuré peut présenter au prestataire de soins un document communautaire attestant l'ouverture de ses droits.
2. Sur la base des tarifs de l'Etat d'affiliation, dans le cadre de la prise en charge des soins conformément à la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes relative à la libre prestation de services et à la libre circulation des marchandises en matière de soins de santé.

3. Sur la base de tarifs spécifiques négociés entre les autorités signataires de la convention de coopération sanitaire, à confirmer le cas échéant selon le droit national respectif en vigueur par les autorités compétentes.

Article 5

Assurance responsabilité civile

Dans le cadre des conventions visées au paragraphe 2 de l'article 3 de l'accord-cadre, les partenaires de coopération au sens de l'article 1^{er} du présent arrangement administratif veillent à ce que les établissements et services de santé et les professionnels de santé impliqués dans les coopérations disposent d'une assurance suffisante destinée à les garantir pour leur responsabilité civile, au sens du paragraphe 2 de l'article 7 dudit accord-cadre.

Les services d'urgence sanitaires sont également soumis à l'obligation de couverture par une assurance responsabilité civile.

Article 6

Entrée en vigueur

Chaque partie notifie à l'autre l'accomplissement des conditions internes nécessaires à l'entrée en vigueur du présent arrangement administratif. Il entre en vigueur au premier jour du deuxième mois suivant la date de réception de la dernière de ces notifications, au plus tôt le jour de l'entrée en vigueur de l'accord-cadre.

Fait à, Berlin le 9 mars 2006, en deux exemplaires, en langue française et en langue allemande, les deux textes faisant également foi.

Pour le ministre de la santé et des solidarités de la République française : Xavier Bertrand

Pour le ministère fédéral de la santé de la République fédérale d'Allemagne : U. Schmidt

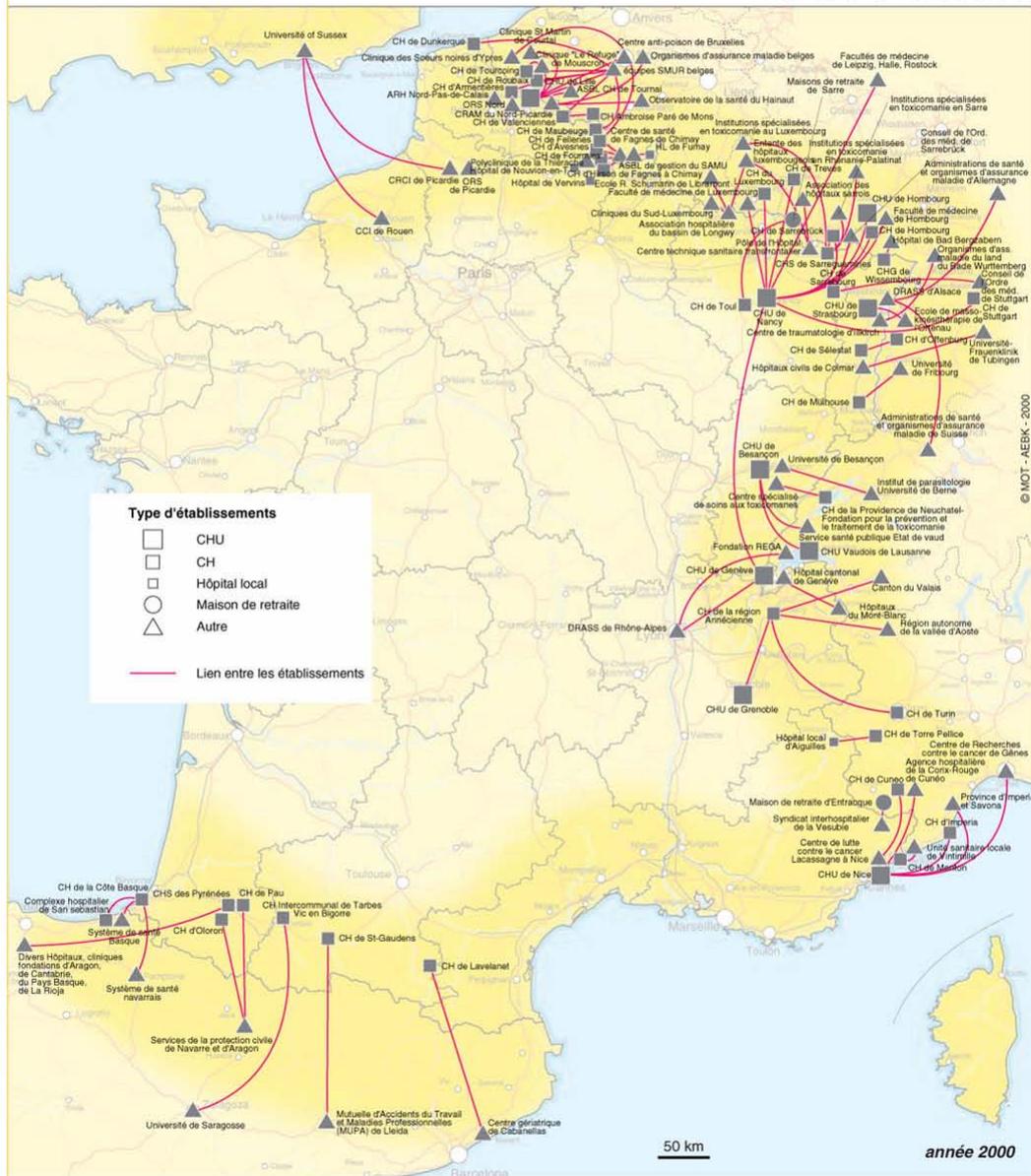
ANNEXE III

Quelques thèmes de la coopération transfrontalière

2

La santé

Coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale



Quelques thèmes de la coopération transfrontalière

La santé

Coopération transfrontalière sanitaire et médico-sociale : frontières luxembourgeoise et allemande

