

**LA COOPERATION
TRANSFRONTALIERE EN
MATIERE DE SANTE**

Florent VANREMORTERE

D'abord, permettez-moi de remercier votre présidente de son aimable invitation qui me donne l'occasion de retrouver en sa personne et celle de son mari des intervenants de qualité aux congrès nationaux des sociétés Historiques et Scientifiques, où je les rencontre depuis quelques années. Mais je dois vous dire aussi que c'est à un double titre que j'interviens ce matin sur ce sujet des coopérations transfrontalières en matières de santé. D'abord an tant qu'ancien directeur de CPAM ayant apporté sa petite pierre de façon concrète en ce domaine, et aussi comme vieux militant européen de près de trente années, notamment depuis une rencontre avec un certain Professeur Leprince-Ringuet, à l'époque Président du Mouvement Européen France.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je voudrais rappeler quelques règles ou plutôt quelques conditions de la nécessité de ce type d'actions ou au moins d'une amorce de coopération :

1°) Il faut une volonté et une persévérance qui ne se laissent pas fléchir par les contraintes administratives.

2°) Une analyse suffisante de la démographie médicale et de ses évolutions est nécessaire pour mettre à plat les besoins. Il en est de même pour l'équipement hospitalier.

3°) Repérer les spécialités médicales dont les besoins sont les plus flagrants de part et d'autres de la zone frontalière concernée.

4°) Rechercher la réciprocité, la complémentarité dans la démarche, qui doit être de type gagnant/gagnant (éviter « a contrario » les actions en sens unique de « conquête » de territoire qui peuvent créer des déséquilibres ou des situations mal acceptées).

5°) Anticiper ou au moins être attentif à l'opportunisme d'un secteur privé dynamique. J'en citerai un à la fin de cet exposé.

Pour entrer dans la dimension concrète promise, j'évoquerai en premier lieu un exemple de coopération qu'on peut qualifier de réussie, même si l'aspect quantitatif est de portée limitée : celle du Centre Hospitalier de Tourcoing en France et du Centre Hospitalier de Mouscron, dans le Hainaut belge. Mais il faut dire que les conditions générales que j'évoquais à l'instant étaient heureusement réunies de façon un peu exceptionnelle.

1°) d'abord, il existait une proximité géographique très particulière (comme un certain nombre de communes françaises et belges), Tourcoing et Mouscron n'ont aucune frontière physique. Au contraire, certaines rues se partagent les trottoirs existants, avec un côté belge et un côté français. C'est une conséquence de l'histoire que je ne puis évoquer ici. La conséquence en était que des patients belges atteints de maladies infectieuses (pas uniquement du VIH mais également d'autres pathologies immunitaires) pouvaient voir de la fenêtre de leur habitation les services du Professeur Mouton au Centre Hospitalier de Tourcoing, spécialiste de ces questions pour tout le Nord/Pas de Calais. Il étaient pourtant obligés d'aller se faire soigner à 100 km de chez eux, à Gand, à Anvers ou à Bruxelles. A l'inverse, les dialysés de Tourcoing devaient parfois, faute de place, se déplacer quotidiennement à Roubaix ou à Lille pour être traités, alors que des postes pouvaient être libres à deux pas de chez eux, à Mouscron même.

2°) Un deuxième élément qui a contribué, il faut le dire, à cette réussite, c'est la volonté commune du Directeur du Centre Hospitalier de Tourcoing de l'époque, du Directeur de la CPAM et l'acceptation des équipes médicales des deux côtés de la frontière pour s'engager dans une collaboration capable de mettre fin à une telle situation.

3°) Mais les textes de prise en charge (même à l'échelle européenne) ne permettent (toujours pas d'ailleurs) de rembourser des soins hors frontières, sauf en cas d'urgence ou de compétences insuffisantes dans le pays concerné, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.

4°) Et c'est là qu'interviennent la volonté et la persévérance nécessaires en ce domaine.

Il aura fallu trois années : 1992,1993,1994, pour qu'une convention signée entre les deux établissements et par les organismes de Sécurité Sociale belge et français puisse concrétiser le projet sur les plans administratif et financier.

Ceci s'est fait en dehors de toute disposition légale ou réglementaire, mais après accord de la Caisse National d'Assurance Maladie française et approbation par le ministre de tutelle français, ce qui n'était pas nécessaire du côté belge, en raison de l'autonomie du système de type fédéral qui existe en Belgique. A ce jour, la coopération fonctionne bien, même si elle ne touche qu'un nombre forcément limité de patients de part et d'autre. Une collaboration a depuis été engagée également en urologie. Et, par un paradoxe apparent, cette coopération transfrontalière a même suscité un rapprochement du côté français entre les deux centres hospitaliers de Tourcoing et de Roubaix, très voisins, ceci en matière de chirurgie lourde.

Pour conclure sur ce premier chapitre, le dynamisme de nos voisins belges susciterait même du côté français une certaine réserve quant à d'autres initiatives avec la crainte réelle ou supposée d'une forme de « captation de clientèle ». En réalité, il s'agit plutôt d'un esprit d'entreprise lié au système fédéral de l'Etat belge. Il donne, il faut bien le dire, à son organisation sanitaire une marge de manœuvre qui n'est pas la même dans l'hospitalisation publique française.

Afin d'éviter les doubles emplois éventuels d'offres de services, il y donc en projet un SROS transfrontalier (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire), qui permettra également d'organiser justement de façon rationnelle et équilibrée les équipements dans la zone en particulier les équipements communs, qui seraient financés par les fonds Interreg.

En second lieu, j'évoquerai plus rapidement un autre type de coopération transfrontalière, plus aisée à réaliser si la motivation existe.

Elle est de nature essentiellement scientifique et technologique, ne nécessitant pas de remise en cause de textes officiels ou d'y apporter des dérogations. Il s'agit d'un réseau transfrontalier de télé-médecine qui existe depuis 1993 entre le CHRU de Lille et la clinique Saint-Martin de Courtrai en Flandre occidentale. Il a été étendu en 1998 aux CHU d'Amiens, de Rouen et de Gand en Flandre orientale.

Il s'est agi à l'origine de mettre en place et de développer un réseau transfrontalier de télé-ophtalmologie au service des spécialistes de cette discipline, tant en France qu'en Belgique. Une association de télé-ophtalmologues de Flandre a été créée pour ce faire. Il s'agit de réfléchir à la pratique médicale à distance, de promouvoir des expériences, de les évaluer, d'évaluer également les matériels transmettant les images, de mettre en œuvre un « forum de communication » sur Internet, de faire connaître ces actions auprès des praticiens, d'étendre le réseau, etc... Une vidéoconférence est même organisée au rythme d'une par mois, le mardi.

Une troisième tentative réussie nous fait maintenant revenir à des aspects plus administratifs d'une Europe sociale qui se construit lentement, mais parfois un peu plus aisément dans des zones frontalières qu'entre des sites plus éloignés. Je veux parler de l'opération Transcard, qui s'adresse aux populations frontalières de la Thiérache française et de la Thiérache belge, et qui est soutenue par la commission européenne. Elle permet un accès facilité aux soins dans les hôpitaux français et belges de la zone.

Plus précisément et sans autorisation préalable, sur simple présentation de sa carte Vitale et d'une pièce d'identité, tout assuré social du régime général français peut accéder à l'ensemble des soins offerts par le centre de santé des Fagnes à Chimay en Belgique.

Il en est de même et dans les mêmes conditions pour tout assuré social du régime belge qui peut se faire hospitaliser par un des établissements français participants.

Les avantages sont incontestables : les soins proposés à proximité du lieu de résidence sont plus complets ; les longs déplacements sont évités ; le contact avec les proches est facilité en cas d'hospitalisation (tout ceci sans formalité préalable).

Neuf cantons sont concernés en France, sept communes du côté belge. sept établissements participent à l'opération du côté français, un seul du côté belge, mais il s'agit d'un centre de soins polyvalent qui regroupe de nombreuses spécialités sur Chimay. Une convention est en projet pour étendre l'accès aux soins ambulatoires.

Toujours dans ce même domaine des simplifications des formalités administratives, vous savez sans doute que la commission européenne a proposé le 1^{er} juin 2004 comme date de lancement de la carte commune européenne d'assurance maladie. Cette carte, qui sera individualisée, est destinée à remplacer l'ensemble des formulaires imprimés qui sont actuellement demandés lorsqu'un traitement médical est nécessaire durant un séjour temporaire dans un autre Etat membre. Le formulaire E.111, requis pour les séjours de courte durée, sera le premier à être remplacé par la carte européenne. Il sera suivi, dans un deuxième temps, par tous les autres formulaires utilisés pour des séjours temporaires (E.128 pour les travailleurs en poste dans un autre pays, E.110 pour le transport routier international, etc...). Lors de la troisième phase de mise en œuvre, la carte européenne prendra la forme d'une carte à puce électronique pouvant être lue par un ordinateur. Cette nouvelle carte, comme vous le voyez, simplifiera la vie des ressortissants de l'Union européenne, des prestataires de soins de santé et des institutions de Sécurité Sociale.

Voyons maintenant un exemple de semi-échec ou de de semi-réussité, dont nous essaierons d'analyser les causes. C'est en effet un bilan mitigé, mais peut-être pas définitif, que l'on peut retirer de l'opération dont je vais maintenant vous parler. Le mardi 19 mai 1998 à 20 heures, dans les salons d'honneur de l'hôtel de ville de Bailleul, en France, était solennellement signée une convention de coopération transfrontalière avec la clinique des sœurs Noires à Ypres en Belgique. La clinique est devenue depuis la clinique Jan Ypeleman, par fusion avec un autre établissement.

L'objet de la convention est de permettre l'accueil d'insuffisants rénaux chroniques français dans le service de la clinique belge. Une meilleure proximité, des déplacements plus aisés que vers les centres du côté français sont parmi les avantages de l'opération. S'ils ne s'apprécient qu'en quelques dizaines de kilomètres gagnés, ils ne sont pas négligeables compte tenu de la nature astreignante d'un traitement parfois quotidien. L'accord couvre cinq cantons français et vingt six communes autour d'Armentières et de Bailleul. Une clause prévoit d'ailleurs qu'une place est faite aux alternatives d'hospitalisation ou au retour en France pour une transplantation. L'installation d'un poste de dialyse plus proche encore, à Lockre, en bordure de la frontière en Belgique, est même envisagée. Une coopération entre anticancéreux de Lille et les médecins oncologues belges est évoquée à titre de réciprocité par la voie de la télé-médecine. Bref, tout se passe pour le mieux... apparemment !

Et pourtant, depuis la signature de la convention, aucun patient n'est encore traité à Ypres. La coopération en oncologie ne démarre pas. Et malgré tout, avec beaucoup de persévérance et de conviction, le médecin-chef du service de néphrologie de la clinique belge, à la fois compétent et sympathique, après s'être inscrit au tableau de l'Ordre français, tient régulièrement depuis ces dernières années un centre de consultation avancée à l'hôpital de Bailleul... à la satisfaction, en tous cas des infirmières françaises qui apprécient, paraît-il, les chocolats qu'il apporte !!

Quelles questions peut-on se poser en la circonstance pour essayer de comprendre les raisons de cette situation ? Elles sont de nature différentes. Elles sont plus ou moins complexes.

D'abord, l'information des médecins traitants français a-t-elle été suffisante sur l'intérêt de l'opération pour les patients ? Médecine ambulatoire et médecine hospitalière se connaissent-elles toujours suffisamment pour cela ? Une information suffisante a-t-elle été faite de façon ciblée auprès des patients eux-mêmes ?

L'enjeu de la distance était-il suffisant pour changer leurs habitudes et leur organisation de traitement ? Enfin, une barrière psychologique n'existe-elle pas dans les esprits en ce qui concerne la langue flamande, alors qu'en réalité, le bilinguisme existe de façon courante dans les villes de Flandre occidentale dont Ypres fait partie ? (L'exemple de Mouscron ne posait pas, il est vrai, ce genre de problème, s'agissant d'une commune de Wallonie d'expression française).

Comme on le voit, rien n'est jamais acquis d'avance dans la coopération transfrontalière en matière sanitaire. Les conditions générales que je rappelais au début doivent donc être précisément prises en compte.

Venons-en à des projets encore en devenir ou récents et à de véritables organisations destinées à faciliter et à développer différentes formes de coopération transfrontalière dans le domaine de la santé. Voici deux exemples de projets touchant à des disciplines toujours particulières : la psychiatrie et la pédiatrie.

Le premier est porté, depuis la fin de l'année 2001, par un médecin psychiatrique de l'EPSM Lille Métropole d'Armentières (ESPM veut dire Etablissement Public de santé Mentale). Du fait de la sectorisation psychiatrique en France, l'un des secteurs gérés par ESPM est voisin d'un centre psychiatrique belge de Menin. Le projet consiste à faire bénéficier des malades français dans le canton d'Halluin en France d'hospitalisations libres dans l'établissement belge. Ici encore, comme entre Mouscron et Tourcoing, aucune frontière physique n'existe entre les deux villes, alors que les transports entre Halluin et Armentières sont très difficiles. Par ailleurs, les psychiatres belges ne disposant pas d'hôpital de jour pourraient confier certains patients à la structure française pour une prise en charge à temps partiel. Mais ici encore, une convention doit être élaborée, signée, approuvée par les autorités de tutelle. Et des obstacles juridiques de prise en charge financière restent encore à lever, en particulier dans le domaine de la responsabilité médico-légale spécifique à ce type de spécialité.

De façon plus récente encore (les premiers pourparlers datent de l'année dernière), un pré-projet de collaboration entre l'hôpital pour enfants « Jeanne de Flandre » du CHRU de Lille et un établissement belge en pointe en matière de mucoviscidose (il recevrait des enfants américains atteints de cette maladie) est en cours d'étude.

Avant de vous présenter une instance originale destinée à développer la coopération transfrontalière entre la France et la Belgique, l'Observatoire Franco-Belge de la santé, je crois intéressant de vous décrire auparavant une démarche plus ancienne et dont la genèse est un peu différente. En effet, dès 1994, entre la Belgique, les Pays-Bas et l'Allemagne, a été créée une fondation appelée Euro-région Meuse-Rhin, destinée à étudier l'intérêt d'un système transfrontalier de soins de santé dans ce secteur.

J'attire tout de suite votre attention ici sur le fait que la création de ces deux instances, leurs objectifs et leurs stratégies respectives démontrent que la coopération transfrontalière, d'une manière générale d'ailleurs, peut se construire selon deux approches différentes.

La première que je vais vous décrire (celle de la fondation Euro-région Meuse-Rhin) repose sur une analyse préalable et exhaustive de la situation existante et sur un certain nombre de projets-pilotes de type expérimental. On analyse puis on expérimente...

La seconde a été plutôt celle qui est à l'origine de l'OFBS, à savoir que, constatant l'intérêt réel de certaines initiatives locales, mais aussi leurs dérives possibles, on a estimé nécessaire de mettre en place une instance de concertation pour apporter une certaine rationalisation aux expériences nouvelles, en les plaçant dans un schéma d'organisation transfrontalier qui s'élaborera ainsi progressivement.

Revenons donc à la Fondation Euro-région-Meuse-Rhin. La Commission réunit tous les partenaires concernés par les soins de santé dans les secteurs suivants : la province du Limbourg belge, la partie Sud de la province du Limbourg néerlandais, la province de Liège, la région d'Aix-la-Chapelle, la communauté germanophone de Belgique.

Pour résumer son objectif, il s'agit d'étudier la mise en complémentarité (voici un terme intéressant) des moyens existants et de promouvoir des soins de proximité en effaçant l'incidence des frontières.

En exergue du rapport de synthèse publié sur le sujet, on cite un extrait du Livre blanc de la Commission européenne, rédigé en 1994 sur les thèmes de la croissance, la compétitivité et de

l'emploi: « *Rien ne serait plus dangereux pour notre Europe que de maintenir des structures et des habitudes qui entretiennent la résignation, le quant-à-soi et la passivité* ».

La Commission Euro-région s'est donc fortement appuyée d'emblée sur les travaux de la Commission européenne quant à la politique sociale de l'Union et le Traité de l'Union européenne dit de Maastricht, signé l'année précédente en 1993. Celui-ci, dans ses articles 129 et 129 a, attribuait en effet à l'Union un certain nombre de compétences dans le domaine de la santé publique et de la protection des consommateurs. Il donnait pour mission à la communauté « *d'assurer un haut niveau de protection de la santé, en favorisant la coopération entre les Etats membres* ».

L'Euro-région y a vu, pertinemment, un message clair en faveur d'une coopération transfrontalière en matière de santé.

Et c'est ainsi qu'elle a lancé, notamment, un programme ambitieux de 14 projets-pilotes. Je ne puis vous en donner la liste complète mais elle couvre des domaines aussi divers que le libre choix des soins de santé pour les frontaliers et leurs familles en fonction de la proximité de leur domicile, un plan Delta pour le traitement des toxicomanies, une organisation transfrontalière des soins aux personnes âgées, une recherche de complémentarité dans le domaine des soins curatifs spécialisés, etc...

La coopération se poursuit à partir de ces projets-pilotes encore aujourd'hui.

L'OFBS est issu, quant à lui, de rencontres des représentants transfrontaliers des secteurs concernés par la santé qui ont commencé à se retrouver, grâce au programme d'initiative communautaire Interreg II entre 1994 et 1999. Et, le 23 mai 2000 naissait enfin, dans les conditions que j'évoquais tout à l'heure, L'OFBS dans le cadre du programme Interreg III A soutenant la coopération dite de proximité pour 2000/2006 (je vous rappelle qu'il existe deux autres versions d'Interreg : Interreg III B pour les coopérations transnationales, et Interreg III C, qui ne suppose pas de continuité géographique comme les deux précédentes, ce peut-être des régions insulaires ou des régions maritimes, par exemple). L'OFBS comporte une Assemblée Générale, deux Comités de Gestion et, bien entendu, un certain nombre de groupes de travail. Il bénéficie du concours de l'Observatoire Régional de la santé du Nord/Pas-de-Calais. On commence même à établir des tableaux épidémiologiques transfrontaliers. Tout ceci se met progressivement en place compte tenu de la création récente de l'OFBS en tant que tel, avec comme premier objectif : l'intérêt du malade.

Un mot de conclusion puisqu'il faut bien conclure : ce sera en évoquant un projet qui pourrait n'avoir qu'un caractère anecdotique s'il n'illustrait à sa façon le principe qui veut que la nature a horreur du vide ! Après l'ouverture d'un laboratoire d'analyses médicales et l'implantation prochaine d'un centre d'auto-dialyse, le mini-pôle de santé installé sur la zone de l'Eurotunnel à Coquelles, dans le Pas-de-Calais, pourrait, à l'horizon 2006, voir la construction d'une clinique. Ce projet a la particularité de s'adresser à la fois à des patients français et britanniques. Il prévoit la création d'une centaine de lits. Or il existe bien un programme Interreg II A franco-britannique, qui concerne 4 départements français : le Nord, le Pas-de-Calais, la Seine Maritime, la Somme, ainsi que le Calvados et l'Eure en zones adjacentes, et 4 territoires britanniques : Brighton and Hove, l'Est Sussex, le Kent et le Midway. Il est vrai qu'une coopération entre deux systèmes de santé et de Sécurité Sociale aussi différents que le système français et le système anglais est sans doute plus difficile qu'ailleurs. Le secteur privé a donc trouvé une place face à des besoins incontestables de soins de santé en Grande Bretagne, en attendant les effets escomptés de la réforme du Service National de santé Britannique engagée par le gouvernement.