



RAPPORT DE LA CONFÉRENCE

SANTÉ SANS FRONTIÈRE

expériences et perspectives dans la coopération sanitaire transfrontalière

Conférence franco-germano-suisse
Baden-Baden
17 – 18 novembre 2014

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



SOMMAIRE

Introduction	3 - 4
Mot de bienvenue	
de Hermann Gröhe, Ministre fédéral de la santé et membre du Bundestag allemand	5
Programme de la conférence	6 - 8
Synthèse de la conférence	
Pratique de la coopération sanitaire transfrontalière : état des lieux et perspectives	9 - 17
Description des projets	18 - 48
Centre de soins MVZ Lörrach, projet de coopération à la frontière germano-suisse	19 - 22
Projet pilote „GRÜZ : projet de création d’une zone organisée d’accès aux soins transfrontalière	23 - 28
Coopération transfrontalière en matière de cardiologie entre la SHG-Kliniken de Völklingen et le Centre hospitalier intercommunal UNISANTE+ de Forbach	29 - 35
Coopération dans le domaine de l’épilepsie entre les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) et l’Epilepsiezentrum de Kork (EZ)	36 - 42
Maison de santé transfrontalière – Coopération transfrontalière de médecins	43 - 48
Infos & Impressum	49

INTRODUCTION

Aux frontières entre l'Allemagne, la France et la Suisse, il existe une diversité de projets et d'initiatives ayant pour but d'améliorer la prise en charge médicale des patient(e)s de la zone frontalière. Beaucoup sont uniques – soit par leur caractère pionnier, leur envergure ou simplement par leur contribution à l'amélioration de la situation sanitaire des populations. Dans la plupart des cas, ce sont des partenariats complexes associant acteurs opérationnels, administratifs et institutionnels de part et d'autre de la frontière impliquant de concilier, à chaque projet, des logiques et des manières de faire différentes ou de reconstruire des modalités de fonctionnement transfrontalières nouvelles.

Il existe différents outils juridiques destinés à faciliter la coopération sanitaire transfrontalière : directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, accord-cadre franco-allemand, franco-belge, accord-cadre franco-suisse en préparation, convention entre le Ministère de la santé du Land du Bade-Wurtemberg et les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne. Malgré cela, la coopération sanitaire transfrontalière reste limitée et le nombre de projets progresse lentement.

On constate que les projets sont longs et complexes à mettre en œuvre, qu'ils demandent un grand engagement et une motivation sans faille de part des initiateurs ; ils apportent cependant une réelle plus-value aux territoires frontaliers en offrant aux patients des prestations de proximité ou encore en créant des synergies de moyens de part et d'autre de la frontière.

On constate également que les expériences développées au cours du montage des projets restent cantonnées aux quelques acteurs impliqués dans l'élaboration du projet et il n'y a pas ou peu de transfert, ni de capitalisation d'expérience qui permettrait de faciliter le développement de projets futurs.

En 2014, à l'initiative du Ministère allemand pour la santé, le Bundesministerium für Gesundheit, l'Euro-Institut a organisé un échange de bonnes pratiques afin de mieux identifier les défis et les potentialités de la coopération transfrontalière aux frontières entre l'Allemagne, la France et la Suisse et de tirer des leçons de l'expérience pour les projets futurs. La conférence trinationale „Santé sans frontière : expériences et perspectives dans la coopération sanitaire transfrontalière" a donc été organisée les 17 et 18 novembre 2014 à Baden-Baden pour un public d'une centaine de hauts responsables des administrations et établissements de santé impliqués dans la coopération transfrontalière à la frontière franco-germano-suisse.

Le présent rapport a pour objectif de reprendre les témoignages des acteurs en faisant ressortir les problématiques principales, les potentialités mais aussi les leçons à tirer de ces expériences de coopération.

Dans le présent rapport vous trouverez, après un rappel du programme de la conférence des 17 et 18 novembre 2014 à Baden-Baden, une synthèse des expériences et des défis de la coopération sanitaire transfrontalière ainsi que les fiches descriptives de quelques coopérations-phares à la frontière germano-suisse et à la frontière franco-allemande. Chaque fiche a été réalisée sur la base des témoignages des différents acteurs impliqués dans le montage du projet de part et d'autre de la frontière ; la rédaction est donc une synthèse de visions, perceptions et compréhensions complémentaires du projet commun.

Les deux premiers projets sont des projets mis en place à la frontière germano-suisse :

- une coopération entre l'hôpital universitaire de Bâle (CH) et les cliniques du Landkreis de Lörrach ainsi que le centre d'oncologie de Lörrach (D) ayant principalement pour objet la radiothérapie des patients allemands en traitement à l'hôpital de Bâle
- la mise en œuvre d'une zone d'accès aux soins transfrontaliers dans la région frontalière de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et le Landkreis de Lörrach (projet pilote « GRÜZ ») permettant aux patients de choisir leur lieu de traitement de part et d'autre de la frontière.

Les trois projets suivants sont mis en œuvre à la frontière franco-allemande :

- le projet de coopération transfrontalière en matière de cardiologie entre la SHG-Kliniken de Völklingen (D) et le Centre hospitalier intercommunal Unisanté+ de Forbach (F) permettant aux patients lorrains vivant près de la frontière d'être pris en charge par le HerzZentrum Saar de Völklingen en cas d'infarctus du myocarde au stade aigu
- le projet de coopération sur l'épilepsie entre les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (F) et l'Épilepsiezentrum de Kork (D) permettant de créer un parcours de soins transfrontalier intégré grâce à une exploitation complémentaire des moyens des deux établissements et d'avancer communément en matière de recherche et de traitement de l'épilepsie pour permettre aux patients français et allemands vivant dans la zone frontalière de bénéficier des techniques et des soins appropriés de proximité
- un projet en cours de définition qui vise à explorer les possibilités transfrontalières de mettre en commun une offre de soins ambulatoires en zone rurale, soit dans le cadre d'une maison de santé transfrontalière soit dans le cadre d'une simple coopération entre médecins français et allemand. L'idée serait de proposer une offre de soins ambulatoires de proximité tout en garantissant aux patients, qu'ils soient assurés en Allemagne ou en France, une prise en charge financière équivalente et similaire à celle qu'ils ont dans leur propre pays.

MOT DE BIENVENUE



Un bon système de santé est là avant tout pour la population et, dans la mesure du possible, les frontières étatiques où les différences entre les systèmes ne doivent pas constituer une entrave.

Ceci est particulièrement vrai dans les régions frontalières où les personnes franchissent quotidiennement la frontière pour aller à l'école, pour travailler, pour faire leurs achats ou encore pour leurs activités de loisirs. Ce n'est que répondre aux besoins de ces populations que de chercher à dépasser les différences des systèmes et créer des structures permettant une prise en charge sanitaire transfrontalière. Parallèlement se pose la question de l'optimisation des soins du point de vue de la qualité mais aussi des coûts. Dans la région trinationale franco-germano-suisse, les premières étapes ont été franchies.

La conférence « Santé sans frontière » offre l'opportunité d'échanger sur des expériences et de mettre en lumière des pistes pour l'avenir. Des exemples de bonnes pratiques permettront de montrer ce qu'il est possible de réaliser en matière de coopération sanitaire transfrontalière et comment dépasser les difficultés et le manque d'information sur le système du pays voisin dans la mise en œuvre des projets de coopération.

Je vous souhaite à tous deux journées d'échanges intéressants et fructueux.

Hermann Gröhe

Ministre fédéral de la santé



PROGRAMME DE LA CONFÉRENCE

PROGRAMME

Animation de la conférence : **Prof. Dr. Joachim Beck**
(HÖV Kehl), Conseiller scientifique, Euro-Institut

17.11.2014

12.00 – 13.00 Accueil, enregistrement et buffet déjeunatoire

13.00 – 14.00 **PROPOS INTRODUCTIFS:**

Objectifs de la coopération internationale et transfrontalière

Annette Widmann-Mauz,
Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

ACCUEIL ET MOT DE BIENVENUE

Margret Mergen, Oberbürgermeisterin Baden-Baden

14.00 – 15.30 **TABLE RONDE 1: Défis et potentiels de la coopération inter-hospitalière à la frontière franco-allemande**

Animation: **Peter Zeisberger**, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe

Coopération transfrontalière entre le Centre Hospitalier Intercommunal Unisanté et l'hôpital SHG-Klinigen de Völklingen dans le domaine de la cardiologie

Karin Mertens, Beauftragte für grenzüberschreitende Zusammenarbeit,
HerzZentrum Saar, SHG-Kliniken Völklingen

Joseph Losson, Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Bas-Rhin

Coopération Strasbourg Eurodistrict Epilepsie Kork (SEEK) entre le centre d'épilepsie de Kork et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Prof. Dr. Edouard Hirsch, Professeur de neurologie à l'Université de Strasbourg

Sandra Lugbull-Krien, chargée de mission à la coopération transfrontalière, ARS Alsace

Rainer Baudermann, Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement,
AOK Baden-Württemberg

15.30 – 16.30 **TABLE RONDE 2: Défis et potentiels de la coopération transfrontalière à la frontière germano-suisse**

Animation: **Dr. Peter Indra**, Directeur du département de santé, Bâle-Ville

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Lörrach

Burkhard Frey, Generalsekretär des Universitätsspitals Basel

La zone d'accès aux soins Bâle-Lörrach (GRÜZ Pilotprojekt)

Remigius Dürrenberger, Leiter Abteilung Projekte und Services,
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

16.30 – 17.00 Pause-café

17.00 – 18.00 **LES POSSIBILITÉS DE FINANCEMENT des projets de coopération transfrontalière**

Programme INTERREG V Rhin supérieur

Thomas Köhler, Chef de service INTERREG

Programme INTERREG V Grande Région

Karl-Richard Antes, Leiter des Referates INTERREG, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit,
Energie und Verkehr, Saarland

Autres financements européens

Jean-Jacques Bernardini, Responsable du Pôle Financement et de la plateforme Alsace
Innovation

Possibilités de financement des projets avec la Suisse

Andreas Doppler, Leiter der Förderprogramme, Regio Basiliensis

18.00 – 18.30 Echange et discussion avec la salle – questions et suggestions

19.30 Buffet

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

PROGRAMME

18.11.2014

- 9.00 – 9.15 **Synthèse des discussions du 17.11 et introduction du programme de la matinée**
 Dr. Peter Indra, Leiter des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt
 Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe
 Laurent Habert, Directeur Général, ARS Alsace
- 9.15 – 09.45 **EVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES ET BESOINS EN PERSONNELS DE SANTÉ
 DANS LES TERRITOIRES FRONTALIERS**
- Etude « Le marché de l'emploi des métiers du soin dans la Grande-Région »**
 Oliver Lauxen, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaft,
 Arbeit und Kultur (IWAK) an der Goethe-Universität Frankfurt a.M.
- Etude « Le manque en personnels qualifiés dans les métiers médicaux dans le Rhin supérieur »**
 Eddie Pradier, Responsable d'études, Euro-Institut
- 09.45 – 10.15 **ACCÈS AUX SOINS EN ZONE FRONTALIÈRE :
 défis et opportunités des coopérations sanitaires transfrontalières territoriales**
- Création d'une Maison pluridisciplinaire de santé transfrontalière à la frontière
 franco-allemande**
 Dirk Fischbach, Geschäftsführer Barmer GEK
- 10.15 – 11.00 **Montage, défis et opportunités d'une zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers**
 Henri Lewalle, Coordinateur des projets de coopération transfrontalière des G.E.I.E. OFBS
 et LUXLORSAN
 Abdelhafid Rekik, Directeur adjoint de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
 de Meurthe et Moselle

11.00 – 11.30 Pause-café

- 11.30 – 12.15 **LA MOBILITÉ DES PATIENTS**
**Transposition de la directive européenne sur la mobilité des patients
 en France et en Allemagne**
- Bettina Redert, Referat EU-Koordinierung, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
 Baptiste Messmer, Conseiller juridique, Direction aux affaires juridiques,
 Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris
- Mobilité des patients à la frontière suisse**
 Susanne Jeker Siggemann, Stv. Leiterin Sektion Rechtliche Aufsicht,
 Bundesamt für Gesundheit, Bern
- 12.15 – 12.45 **CONCLUSIONS: perspectives pour le développement des projets
 de coopération transfrontalière**
- Ortwin Schulte, Leiter des Referats Z 21 - Bilaterale Kooperation, OECD, Bundesministerium
 für Gesundheit, Berlin
 Tania Dussey-Cavassini, Botschafterin, Vizedirektorin des Bundesamtes für Gesundheit, Bern
 Eric Trottmann, Chef du bureau International, Europe, Outre-mer, Ministère des Affaires
 sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Paris
 Dr. Peter Indra, Leiter des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt
 Peter Zeisberger, Abteilungspräsident, Regierungspräsidium Karlsruhe
 Laurent Habert, Directeur Général de l'ARS Alsace

13.00 Buffet déjeunatoire

Fin de la conférence

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

SYNTHÈSE DE LA CONFÉRENCE

PRATIQUE DE LA COOPÉRATION
SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE :
ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES



SYNTHÈSE DE LA CONFÉRENCE

» PRATIQUE DE LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE : ÉTAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES

PROF. DR. JOACHIM BECK
Hochschule für öffentliche Verwaltung Kehl,
Conseiller scientifique de l'Euro-Institut

INTRODUCTION

La coopération transfrontalière tient une place grandissante dans la politique de l'Union européenne, en particulier depuis la signature du traité de Lisbonne et son objectif de renforcement de la cohésion territoriale. Alors qu'autrefois les régions frontalières étaient considérées comme des régions périphériques, donc négligées, il s'avère aujourd'hui qu'elles sont de plus en plus considérées comme des régions à potentiel. 30% de la population de l'Union européenne vit dans des zones frontalières et les moyens du fonds de cohésion pour la coopération territoriale ont été augmentés pour la période de programmation 2014-2020. Dans beaucoup de régions frontalières, des moyens financiers spécifiques permettent de mettre en place les projets et il est désormais largement admis que les zones frontalières, si on les considère dans une perspective à 360° - c'est-à-dire de façon intégrative - représentent des opportunités pour les acteurs de ces régions, et ce pour toute une série de champs de l'action publique.

Dans cette optique, la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé mérite toute notre attention. La conférence « Santé sans frontière : expériences et perspectives dans la coopération sanitaire transfrontalière » avait pour objectif de rassembler les approches existantes et expériences des différents espaces territoriaux pour identifier quelles leçons pouvaient être retenues pour développer des perspectives et la qualité de la coopération transfrontalière.

Le champ de la santé transfrontalière prend une importance particulière parce que la mobilité horizontale augmente : de plus en plus de personnes ont un mode de vie transfrontalier que ce soit parce qu'elles sont frontalières – au sens traditionnel du terme – et donc habitent dans un Etat membre et travaillent dans un autre Etat ; parce qu'elles déménagent dans le pays voisin – tout en gardant leur emploi dans leur pays d'origine ; parce qu'elles passent leur retraite entre deux lieux de vie dans des pays différents ; ou encore parce qu'elles recourent à des services ou prestations du pays voisin en tant que consommateurs. Ces nouveaux styles de vie amènent des exigences nouvelles d'ouverture des systèmes de santé nationaux (par ex. la liberté de choisir son médecin). A cela viennent s'ajouter de nouvelles tendances qui ont un impact (notamment) dans le champ de la santé sous une perspective transfrontalière : les évolutions démographiques constituent en partie déjà un défi en termes d'offre de soins, notamment dans les zones rurales et rendent à terme le recrutement de personnels qualifiés pour certaines professions de la santé problématique ; la pression économique et financière peut inciter les acteurs à développer de nouvelles formes d'efficacité par le biais de synergies transfrontalières en vue d'atteindre ou de conserver une masse critique nécessaire

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » **SYNTHÈSE** » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

– sur le plan quantitatif ou fonctionnel. La comparaison et/ou la combinaison des systèmes différents peut déboucher sur des apprentissages renouvelant la qualité de l’offre et sur des innovations interculturelles intéressantes.

La conférence a permis de traiter le sujet de la coopération sanitaire transfrontalière dans son ensemble et d’en éclairer les différentes dimensions : au-delà de la coopération inter-hospitalière transfrontalière à la frontière franco-allemande et germano-suisse et l’étude des possibilités de financement des projets (y compris dans le domaine de la recherche), elle a permis de présenter également les conséquences concrètes des évolutions démographiques et du manque en personnels de santé qualifiés sur le territoire transfrontalier. Elle a également permis de d’étudier les possibilités de développement de l’offre de soins dans les territoires transfrontaliers, les défis et opportunités d’une coopération sanitaire territoriale, ainsi que la mise en œuvre pratique des dispositions juridiques relatives à la mobilité des patients à la frontière franco-germano-suisse.

Chaque bloc thématique exposait les différents projets, les objectifs, le contexte, les étapes de mise en œuvre du projet, les défis particuliers ainsi que les facteurs de succès. L’approche méthodique a permis une analyse transversale qualitative des facteurs clés spécifiques et une mise en perspective reprise dans la présente synthèse.

ANALYSE TRANSVERSALE DES FACTEURS DE RÉUSSITE

Les exemples de bonnes pratiques exposés et discutés lors de la conférence, présentés également au chapitre 4 du présent rapport, permettent d’identifier une série de facteurs clés pour un montage de projets transfrontaliers réussis.

Nous citerons tout d’abord **les défis spécifiques** qui résultent encore et toujours de la grande différence des systèmes de santé allemand, français et suisse. La complexité du travail de terrain vient non seulement des cadres juridiques différents ou des décalages structurels se retrouvant au niveau de la répartition des rôles, des compétences ou des évidences véhiculées par les acteurs concernés mais aussi et surtout par des facteurs humains, tels que le manque de compétence linguistique mais aussi et surtout les défis interculturels. A cela se rajoute le fait que les acteurs doivent en premier lieu appliquer leur propre cadre juridique et leurs perspectives systémiques et ne peuvent pas s’appuyer sur des standards transfrontaliers fiables. On constate, pour la santé, comme pour beaucoup de champs de la coopération transfrontalière, que le développement d’approches innovantes mène tout d’abord à des chocs culturels. Pour pouvoir coopérer de façon efficace, les partenaires doivent connaître le cadre juridique du voisin. Dans le développement des projets, au-delà des grandes différences entre les systèmes de santé (rôle et marges de manœuvre des services étatiques, des établissements et des caisses) au sens strict, interfèrent d’autres différences systémiques telles que le droit du travail, la reconnaissance des diplômes professionnels, les autorisations spécifiques d’exercer. Comme le montre l’exemple de coopération entre l’hôpital universitaire de Bâle et Lörrach, une approche transfrontalière pertinente d’un point de vue médical peut ainsi être entravée dans sa mise en œuvre et dans ses perspectives de développement. La coopération sanitaire transfrontalière dépend ainsi largement de la capacité à trouver des équivalents fonctionnels entre les différents systèmes sur lesquels pourra s’appuyer la coopération. Trouver le bon partenaire dans le pays voisin et gérer la grande complexité des systèmes juridiques et administratifs a pour conséquence, en règle générale, une durée de mise en œuvre des projets particulièrement longue.

Le deuxième défi qui apparaît à l’analyse des exemples de projet présentés peut être formulé comme un problème de connaissance du territoire transfrontalier. Les projets de coopération ne peuvent que pour un nombre restreint de cas s’appuyer sur des données – et des éléments factuels – fiables. Les statistiques et systèmes d’observation de la santé sont encore très

déterminés par les approches nationales. Dans la mesure où les champs d'action et les potentiels de coopération sont difficiles à identifier à travers l'analyse ex-ante, les actions transfrontalières sont essentiellement isolées et se basent la plupart du temps sur une évaluation du besoin ad-hoc. Par exemple, les coopérations inter-hospitalières, pourraient constituer une plus-value encore plus grande si elles pouvaient s'appuyer sur une planification hospitalière concertée de façon transfrontalière. Par ailleurs, la gestion des connaissances sur les éléments systémiques en contexte transfrontalier semble ne se construire que par et à travers la mise en œuvre des projets, qu'il s'agisse d'explicitier le cadre de référence ou de faire connaître aux acteurs locaux les bonnes pratiques et expériences.

Le troisième défi à relever est la question du champ de compétence qui est toujours limité en transfrontalier et restreint ainsi la marge de manœuvre des acteurs. Il existe certes un accord-cadre entre la France et l'Allemagne pour la coopération transfrontalière et l'UE a mis en place avec le GECT un instrument qui pourrait structurer les projets transfrontaliers. Dans la pratique, la mise en œuvre cependant s'avère lourde et formaliste. Le transfert de compétences fonctionnelles du niveau national aux structures et projets transfrontaliers reste l'exception. De plus les procédures administratives transfrontalières, de l'avis des acteurs, sont plus une exception que la règle et en conséquence complexes et lourdes à appliquer.

Dans la pratique, la communication dans les différentes langues et notamment la gestion difficile d'une interaction entre différentes cultures de travail et cultures administratives constituent le quatrième défi de la santé transfrontalière. Au-delà des différences évidentes de pratiques médicales entre une médecine basée sur des examens médicaux côté allemand et une médecine prioritairement basée sur l'examen clinique côté français, par exemple, les défis se posent concrètement dans la confrontation de cultures profondément ancrées dans des traditions différentes qui se répercute à des niveaux très divers allant de la représentation des procédés de planification, l'autonomie d'action des acteurs impliqués, les modèles de qualification des professions scientifiques et médicales jusqu'aux aspects de remboursement ou de calcul des coûts de santé. De plus, les expériences transfrontalières développées par les acteurs à titre privé ne constituent pas une condition suffisante pour une interaction transfrontalière en contexte professionnel. C'est du moins ce que l'on constate en particulier au niveau des compétences linguistiques, où l'insuffisante maîtrise de la langue de spécialité est souvent un obstacle dans l'interaction entre professionnels menant le projet et dans l'interaction avec les patients.

Le cinquième défi réside dans la difficulté à structurer la coopération sanitaire de façon appropriée. On observe souvent un écart entre des acteurs isolés avec leurs réseaux informels et le cadre institutionnel officiel. Les coopérations se développent souvent sur la base de contacts individuels entre des acteurs (médecins, chefs d'administration, etc.). Si les contacts bilatéraux doivent être développés sous forme de coopérations modèles, il faut un ancrage et un soutien actif des institutions nationales respectives. Il est intéressant de constater que beaucoup de coopérations qui fonctionnent bien ont été initiées grâce à des contacts informels qui se sont pérennisés. Par ailleurs, les exemples de projet présentés montrent bien à quel point il a été jusqu'ici difficile de structurer des processus permettant de sécuriser la coopération du point de vue administratif et juridique. Si les coopérations transfrontalières sanitaires doivent proposer des solutions viables allant au-delà de la symbolique, il faut effectivement une base juridique et administrative solide et fiable. Cependant, l'idée d'une telle formalisation est souvent controversée d'un point de vue politique et stratégique, dans la mesure où, tendanciellement, les « exceptions à titre expérimental » finissent par se transformer en « exception devenant une règle fondant un droit légitime à... ». La question de savoir comment les acteurs institutionnels peuvent, à partir des bonnes pratiques informelles portées par des acteurs isolés, développer des modèles solides de formes de coopération reste encore souvent une question ouverte.

Cette interrogation est en lien avec le sixième défi, celui de la difficulté à mesurer les plus-values et l'efficacité de la coopération sanitaire transfrontalière et donc finalement à établir une légitimité mesurable basée sur des données de territoire. Les exemples de pratiques présentés dans le cadre de la conférence montrent non seulement que la mise en œuvre des projets nécessite beaucoup de temps mais également qu'il est généralement difficile d'en mesurer l'efficacité ou l'efficience à partir des critères fixés habituellement par les systèmes de santé nationaux. On constate que seulement 100 patients ont été pris en charge dans le cadre de la convention entre le Centre d'épilepsie de Kork et l'hôpital universitaire de Strasbourg depuis le démarrage de la coopération, 260 patients pris en charge dans le cadre de la convention GRÜZ (zone organisée d'accès aux soins transfrontalière à la frontière germano-suisse) et un maximum de 15 patients dans le cadre de la convention entre la Unfallklinik de Ludwigshafen et la Région Alsace ; pour beaucoup de pays se pose la question de savoir si les avantages tirés de la coopération sont à la hauteur de l'investissement. Pour aller plus loin, il apparaît que non seulement le projet transfrontalier lui-même est une exception, mais que, plus généralement, la mobilité transfrontalière des patients reste l'exception et non la règle. Dans quelle mesure, à l'échelle transfrontalière, l'offre génère-t-elle une demande, du moins dans le domaine des soins programmés? C'est un point encore très controversé. A minima, il manque encore des échelles et des critères de référence permettant de mesurer qualitativement et quantitativement les résultats atteints.

En conséquence, le septième défi de la coopération transfrontalière dans la pratique est de savoir comment garantir la pérennisation de la coopération sanitaire transfrontalière. Comment réussir à passer de projets ponctuels isolés à une interpénétration renforcée et au développement d'un secteur sanitaire transfrontalier ? Les exemples montrent bien que les conventions constituent certes la condition nécessaire mais apparemment pas suffisante au développement durable d'un système de santé transfrontalier. Savoir comment obtenir un impact plus large - aussi bien dans le temps que dans une perspective territoriale et fonctionnelle – et donc ainsi une plus grande durabilité de chacun des projets pilotes soutenus devrait devenir une question stratégique pour le développement d'une politique de santé transfrontalière.

Néanmoins, les projets et initiatives présentés lors de la conférence montrent que la coopération transfrontalière a permis de créer de réelles plus-values tant pour les acteurs concernés que pour les groupes cibles des zones frontalières. Les conventions présentées montrent que des solutions concrètes répondant aux besoins ont pu être développées dans le cadre des paramètres médicaux définis. Tant les besoins spécifiques que les intérêts économiques des partenaires concernés ont ainsi pu être conciliés. Dans les champs pour lesquels il y a actuellement un besoin, une coopération de proximité permet de compenser les déficits de l'offre de soins de l'un ou l'autre partenaire. Les exemples de Völklingen mais également la coopération entre la Unfallklinik de Ludwigshafen et l'Alsace montrent bien comment la coopération peut potentiellement permettre des synergies territoriales de l'offre de soins. L'exemple de la coopération entre l'hôpital universitaire de Bâle et le Landkreis de Lörrach montre bien comment, grâce à la coopération transfrontalière, le maintien et l'utilisation commune d'infrastructures médicales permet d'obtenir des cohortes de patients nécessaires. Pour rentabiliser un hôpital universitaire, il faut une population d'un million d'habitants. Dans le cas de Bâle, cette donnée territoriale n'était possible que dans une perspective transfrontalière. De même que l'on peut trouver des réponses intéressantes aux questions relatives aux conséquences de l'évolution démographique si on les considère sous la perspective transfrontalière. Enfin, les exemples montrent que la coopération sanitaire territoriale dans l'espace transfrontalier peut amener de nouvelles possibilités de prise en charge. La mise en place d'une maison médicale transfrontalière à la frontière franco-allemande ou, dans une perspective plus large, la création d'une zone organisée d'accès aux soins médicaux transfrontalière à l'échelle d'un territoire, montrent de façon évidente que les espaces transfrontaliers peuvent devenir un point de cristallisation de la réalisation de l'objectif européen d'une plus grande mobilité des patients en Europe. On constate, à cet égard dans le contexte germano-suisse, que l'assouplissement du cadre juridique est une

condition nécessaire. Manifestement, la clause d'expérimentation existant dans le droit suisse depuis longtemps simplifie le développement de solutions répondant à la demande. D'une manière plus générale, il ne faut pas sous-estimer la plus-value des coopérations directes qui se font entre les acteurs. La connaissance mutuelle des bonnes pratiques du voisin peut ainsi conduire à réfléchir sur ses propres approches systémiques et pratiques. Mais, comme le montre l'exemple de la maison de santé transfrontalière, cela permet également de développer une nouvelle qualité de l'organisation de l'offre de santé. De plus, il arrive souvent qu'à partir d'une coopération institutionnelle se développent de nouvelles formes de coopération bilatérale dans le domaine de la recherche ou des coopérations entre médecins ou personnels administratifs. La coopération transfrontalière a donc contribué à promouvoir des innovations très spécifiques qui peuvent constituer un potentiel pour le développement des secteurs sanitaires nationaux respectifs à une échelle européenne.

Enfin, il est important de souligner que cette conférence a permis, pour la première fois, un échange transfrontalier sur les **facteurs de réussite**. Ils peuvent être répertoriés en cinq catégories. Tout d'abord tous les exemples montrent explicitement qu'une coopération sanitaire transfrontalière, si elle veut être pérenne et réussie, doit s'appuyer sur un cadre juridique et financier stable. Par ailleurs, il apparaît que sans une connaissance approfondie des spécificités systémiques du voisin, tant au niveau des acteurs, que des partenaires institutionnels ou des personnels de santé qualifiés, la coopération transfrontalière n'est pas possible. Cette connaissance du système inclue la maîtrise de la langue de spécialité du voisin. Pour le troisième facteur de réussite, on peut dire que, au-delà d'un engagement actif et d'une implication de longue haleine des acteurs, la coopération sanitaire transfrontalière nécessite un professionnalisme. En effet, les projets n'ont de chance de réussir dans l'ampleur visée au départ que s'il y a un coordinateur en titre disposant des compétences interculturelles et de la connaissance des systèmes impliqués dans le développement et la mise en œuvre du projet de coopération transfrontalière. Un facteur particulièrement important est notamment la maîtrise des compétences de management de projet dans un contexte interculturel et inter-institutionnel. La nécessité de combiner la coopération transfrontalière avec des aspects de recherche en matière de santé se révèle être un quatrième facteur de réussite. Lorsque les projets envisagés se dotent d'une analyse de la demande ou peuvent être accompagnés d'un monitoring ou d'une capitalisation appropriée, on peut supposer qu'ils auront, en conséquence, une certaine durabilité. De plus, l'art de mieux utiliser les informations statistiques de référence émanant des contextes nationaux respectifs peut être considéré, dans une perspective transfrontalière et européenne, également comme un facteur de réussite spécifique. Enfin, le dernier facteur de réussite réside dans la capacité à combiner de façon souple et pragmatique les cadres juridiques et administratifs existants : les exemples montrent clairement que sans courage et créativité, aucun projet de coopération transfrontalière ne serait possible, et que c'est justement là que réside souvent le côté innovant des coopérations.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

D'une part, la conférence a permis de montrer que le champ de la coopération sanitaire transfrontalière se distingue par un cadre et des conditions très spécifiques. D'autre part, on y retrouve les défis classiques d'importance, tels qu'ils apparaissent finalement dans tous les champs de coopération transfrontalière : les différents systèmes et cultures des partenaires concernés, la difficulté à relever et prouver les besoins et potentiels de façon qualitative et quantitative, les difficultés linguistiques et un cadre juridique rigide ont pour conséquence que des initiatives et approches de coopération prometteuses n'aient pas au final encore produit les résultats que l'on aurait pu en attendre dans une perspective de développement territorial. La question qui se pose est donc de savoir quelles perspectives et conclusions l'on peut tirer de cet état des lieux pour optimiser la dynamique de la coopération sanitaire transfrontalière à l'avenir. A la lueur de la conférence, les champs d'action suivants s'avèrent particulièrement importants :

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » **SYNTHÈSE** » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

1. Vu le nombre relativement peu élevé de patients concernés et vu la difficulté à s’orienter en fonction d’un besoin identifié, se pose la question de savoir quelle est l’approche qui permettra d’aller plus loin. Les alternatives sont d’avoir une approche centrée soit sur le territoire (zone organisée d’accès aux soins transfrontalière / ZOAST), soit sur la spécialité (par ex. les maladies rares) ou encore une combinaison pertinente des deux approches. Il faut considérer ce point de façon nuancée mais dans tous les cas, il faudra à l’avenir pouvoir s’appuyer sur des données factuelles solides. Sans cela, il ne sera possible ni d’identifier ou développer de façon ciblée les potentiels existants, ni de démontrer et évaluer de manière fiable les plus-values finalement réalisées. A l’avenir, les projets de coopération transfrontalière envisagés devront pouvoir s’appuyer beaucoup plus fortement sur des données factuelles, mais aussi sur une meilleure prise en compte de l’impact– et ce en particulier en cas de recours à des fonds européens. Cela implique d’améliorer nettement le système de production des connaissances transfrontalières (statistiques, recherche) et de management des savoirs (documentation, dissémination, communication, par ex. autour des bonnes pratiques) dans le champ de la santé.
2. En lien avec les témoignages apportés par les contributions présentes, il apparaît pertinent de créer à l’avenir et de façon pragmatique des espaces (informels et formels) permettant de développer la connaissance du voisin, l’innovation générée par l’interaction ainsi que la professionnalisation de la coopération. Il apparaît nécessaire d’encourager de manière volontariste la mise en réseau et la « transculturation » des acteurs nationaux et des pratiques. Pour ce faire, il serait opportun de développer des mesures de « capacity building » transnationales, sous la forme de stratégies de mise en réseau portées et coordonnées de manière professionnelle. Un objectif essentiel serait alors, au-delà de la coordination, de parvenir à une intégration territoriale renforcée des politiques de santé en transfrontalier.
3. Pour aller plus loin, il paraît nécessaire de mieux utiliser les dispositifs juridiques aux niveaux nationaux respectifs et au niveau européen ainsi que de réfléchir, à l’avenir, aux possibilités d’assouplissement des cadres juridiques et administratifs dans certains champs qui actuellement entravent partiellement un approfondissement des coopérations (par ex. le droit du travail ou le droit social). Il faudrait regarder dans quelle mesure, le cas échéant, des clauses d’ouverture ou d’expérimentation pourraient être mises en place dans le cadre des réglementations sectorielles. Il pourrait s’agir par exemple de règles transfrontalières « de minimis » qui permettraient aux acteurs de la santé pour des activités dont le volume reste en dessous d’un certain seuil, de déroger aux standards nationaux, c’est à dire de bénéficier d’une plus grande flexibilité par rapport à ces derniers. Une autre possibilité serait également une reconnaissance des standards juridiques spécifiques du pays voisin au sein de son propre système national (principe juridique de la « reconnaissance mutuelle » développé par la jurisprudence de la CJCE dans le domaine des produits non harmonisés).



4. Par ailleurs, il apparaît pertinent, d'une manière générale, d'améliorer l'information et la sensibilisation des groupes cibles (internes et externes) du secteur de la santé transfrontalière sur l'offre existante ou nouvelle par le biais de sessions d'information, de formations et de moyens appropriés (réseaux sociaux) en vue d'un développement quantitatif de l'interpénétration transfrontalière dans ce domaine.
5. Enfin, une approche intéressante pourrait consister à développer à l'avenir, au niveau de l'offre de soins, des approches de services partagés et de garantir la viabilité juridico-administrative de cette forme d'organisation. Des projets de répartition des spécialités médicales entre cliniques voisines ou de création de maisons de santé transfrontalières permettent à la fois d'exploiter des potentiels de meilleure rentabilité économique (qui seront de plus en plus nécessaire à l'avenir) et développer des synergies interculturelles face à population de plus en plus mobile.

Ces questions se posent actuellement pour toute une série de champs thématiques transfrontaliers dans l'objectif de passer à un niveau de qualité de la coopération transfrontalière 2.0. De ce point de vue, la coopération sanitaire transfrontalière apparaît comme un secteur à potentiel. Le rapprochement de structures, approches, valeurs, répartition des missions et marges de manœuvre, etc. pourra-t-il être structuré de façon productive ou, au contraire, mènera-t-il à des impasses ? Cela dépendra essentiellement de la capacité des acteurs à vouloir et à pouvoir relever les divers défis intersystémiques et interculturels, à vouloir et pouvoir les transformer de façon productive en opportunités pour développer une offre intégrative territoriale innovante reposant sur la connaissance mutuelle



des acteurs. C'est un double défi : une telle connaissance – si elle doit être territorialement durable – doit se développer tant au niveau interpersonnel qu'au niveau interinstitutionnel. Si, dans la perspective de développer une coopération transfrontalière en Europe d'un point de vue scientifique ou pratique, on recourt de plus en plus à l'idée du réseau comme norme d'une gouvernance territoriale, cela implique, par principe de réalité, de poser la question des acteurs eux-mêmes et de leurs champs d'action dans l'espace transfrontalier. L'analyse de la pratique montre combien les espaces transfrontaliers et la fonctionnalité des coopérations ne dépendent pas tant de la marge de tolérance passive qu'on lui accorde mais surtout de l'engagement actif des partenaires territoriaux ou institutionnels et de la société civile des « contextes nationaux » respectifs.



Christoph GAUTIER
Directeur général adjoint
des Projets

DESCRIPTION DES PROJETS

DESCRIPTION DES PROJETS

» CENTRE DE SOINS MVZ LÖRRACH (MVZ - MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM)

ACTEURS:

Hôpital universitaire de Bâle (Universitätsspital Basel USB), les cliniques publiques du Landkreis de Lörrach et le centre d'oncologie de la région des trois pays

OBJECTIFS:

1. Côté allemand : pouvoir proposer des radiothérapies dans le Landkreis de Lörrach
2. Côté suisse : conserver la patientèle allemande en traitement à l'hôpital universitaire de Bâle (USB)

DURÉE DE DÉVELOPPEMENT DU PROJET :

4 ans

OBJET DE LA COOPÉRATION

Le MVZ Lörrach est un centre de soins ambulatoires et une entreprise rattachée à l'Hôpital universitaire de Bâle (USB) ; c'est une entreprise transfrontalière ayant pour objectif principal la coopération transfrontalière dans le domaine de la radiothérapie. Ce n'est pas un projet à durée limitée, mais plutôt une initiative conçue pour durer. Avant la création du MVZ les patients allemands en traitement à l'hôpital universitaire de Bâle pouvaient effectuer leur radiothérapie à l'USB et représentaient 40% des patients en radiothérapie à l'USB. Cependant, le Landkreis de Lörrach a souhaité organiser l'offre de soins de sorte à répondre au besoin en radiothérapie sur son territoire et pouvoir proposer aux patients concernés un traitement de proximité effectué en Allemagne. Par ailleurs, cela permettait de décharger les caisses d'assurance maladie allemandes du surcoût transfrontalier. Un appel d'offre a été publié fin 2011 par l'hôpital du Landkreis de Lörrach et remporté par l'USB qui par sa candidature visait à garder la patientèle allemande. L'offre faite par l'USB était articulée autour de trois axes : le premier objectif était le confort du patient et la possibilité de poursuivre la relation de confiance établie entre l'USB et le patient allemand. Le deuxième objectif était de maintenir une recherche universitaire de spécialisation, pour laquelle il faut une cohorte d'environ 1 million de patients sur l'ensemble d'un territoire et non sur un segment de territoire. Le troisième objectif était de pouvoir pleinement utiliser et rentabiliser l'infrastructure de radiothérapie construite dans le cadre du projet.



Hôpital universitaire de Bâle (USB)

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

ACTEURS

	Suisse	Allemagne
À l'initiative du projet	USB	Les cliniques du Landkreis de Lörrach/ le centre d'oncologie (Onkologischer Schwerpunkt OSP) Onkologie Dreiländereck
Planification et développement	Monsieur Dr. Kübler (Directeur) Monsieur Frey (Directeur) Direction du projet de construction Direction du projet global Comité de pilotage Task Force	Madame Jost, Directrice (depuis 2013)



ETAPES

Etant donné que, au début du projet, l'USB n'avait pas de personnalité juridique*, une GmbH** (la Rhenus Ergotherapie GmbH), a été créée ; tout d'abord au nom du directeur de l'hôpital universitaire de Bâle, elle s'est ensuite constituée en filiale de l'USB, la Rhenus Ronk GmbH. Ce montage a permis finalement de construire le MVZ de Lörrach porté par des partenaires publics et privés dans le cadre d'un Public-Private-Partnership.

A partir de novembre 2011 le MVZ a fonctionné dans un premier temps dans des locaux de location et comme la mise en place de la radiothérapie prenait un certain temps, le MVZ a commencé ses activités avec, pour spécialités, la chirurgie buccale et maxilo-faciale ainsi que la neurochirurgie. Outre le temps nécessaire à l'installation de la radiothérapie, il fallait, pour répondre aux exigences de la législation allemande relatives à l'ouverture de centre de soins médicaux (MVZ), pouvoir ouvrir au moins deux disciplines en l'espace de 3 mois. Les deux disciplines choisies correspondent à des champs où il existait déjà une longue coopération entre l'USB et l'hôpital St Elisabeth de Lörrach. Parallèlement et en collaboration avec le centre d'oncologie de Lörrach (Onkologie Dreiländereck), un nouveau bâtiment a été construit pour la radiothérapie. A partir de mars 2013, le MVZ a commencé à proposer des consultations en accompagnement à la radiothérapie et le 23.06.2014, la première séance de radiothérapie a pu être effectuée dans le nouveau bâtiment, après que l'accélérateur linéaire ait été installé et après que les autorisations de mise en service aient été délivrées. Même après l'inauguration du nouveau bâtiment, le siège principal reste inchangé.

* Depuis le 01.01.2012, l'hôpital universitaire de Bâle (USB) est une structure de droit public avec une personnalité juridique propre

** SARL

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

CHRONOLOGIE

- 2011 - 2012: Planification
- depuis 11.2011: Fonctionnement dans les locaux provisoires
- 2012 - 2014: Construction du nouveau bâtiment
- 2014:
 - Installation du LINAC
 - Inauguration
 - Mise en fonctionnement régulier

DÉFIS

Il n'existe pratiquement pas d'expertise sur les projets transfrontaliers entre l'Allemagne et la Suisse. Il a donc fallu suivre une démarche de Learning-by-Doing. Les défis du développement du projet relevaient principalement de la complexité économique et réglementaire liée à la frontière et en particulier :

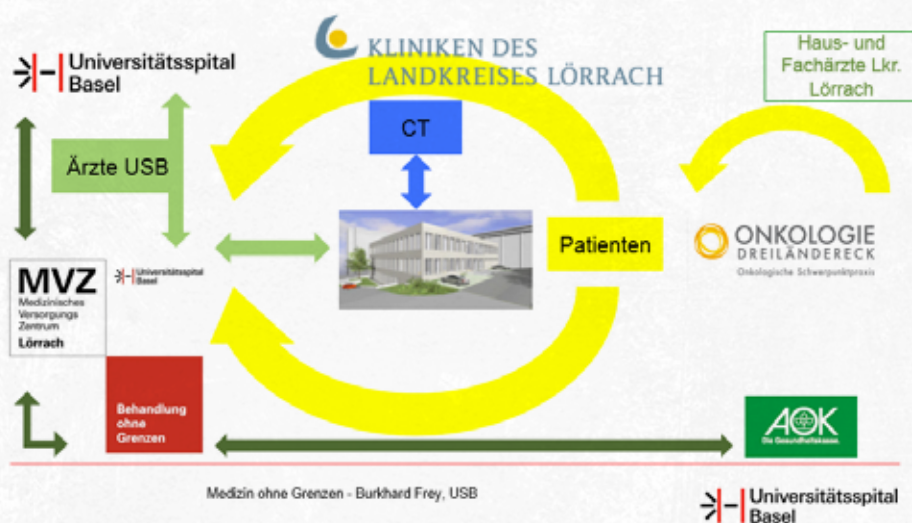
- L'autorisation d'exercice pour la radiooncologie (l'USB a dû prouver par anticipation au comité d'autorisation d'exercice de la Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg – KVBW qu'il y avait un besoin en radiooncologie)
- L'obtention d'une autorisation d'exercer en Allemagne pour les médecins diplômés en Suisse ainsi que la reconnaissance du diplôme de spécialisation nécessaire pour l'obtention d'une autorisation d'exercice
- Reconnaissance des diplômes pour toutes les professions concernées et autorisations spécifiques à la radiothérapie
- Autorisation de formation continue en Allemagne pour un Professeur de l'hôpital de Bâle
- Les différences des systèmes notamment les systèmes administratifs, les systèmes de soins, les grilles tarifaires
- Organisation du droit du travail
- Protection des données par-delà la frontière

L'un des plus gros défis est de trouver du personnel et la question n'est pas encore résolue ! Pour faire la transition, on a tout d'abord pris des médecins de l'USB, embauchés aux conditions suisses, supérieures cependant aux conditions prévues servant de base de calcul aux caisses d'assurance maladie allemandes pour la rémunération des prestations ambulatoires.

Il est difficile de recruter du personnel médical hautement qualifié à Lörrach bien qu'il ne s'agisse pas d'une région rurale à proprement parler. Par ailleurs, il est plus intéressant pour les médecins suisses comme pour les médecins allemands de la région frontalière de travailler en Suisse. Pour résoudre la difficulté de trouver du personnel pour le centre de Lörrach il faudrait arriver à concevoir une offre de poste attractive pour des médecins spécialisés allemands ou suisses, et plus généralement pour du personnel non médical, ce qui créerait ainsi un flux contraire de frontaliers résidants en Suisse et travaillant en Allemagne. La modernité du nouveau bâtiment, l'atmosphère et l'autonomie du travail dans une équipe interdisciplinaire sont, pour beaucoup, des conditions de travail intéressantes. Cependant, les systèmes sociaux en Allemagne devraient pouvoir proposer, comme c'est le cas en Suisse pour l'assurance maladie et retraite, une offre à la carte alternative adaptée à la situation des frontaliers.

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM



RÉSULTATS

- L'objectif visé par l'Hôpital universitaire de Bâle de garder une patientèle allemande à l'hôpital a été atteint. Les patients allemands, traités jusqu'à présent à l'hôpital universitaire de Bâle, profitent de l'offre proposée à Lörrach et le nombre de patients est en augmentation régulière. En 2015, on pense pouvoir atteindre une utilisation maximale de l'accélérateur linéaire.
- La coopération entre l'hôpital de Bâle, les cliniques de Lörrach, les médecins traitants allemands et en particulier avec le centre d'oncologie du Dreiländereck et les prestataires de service permet d'assurer sur le territoire une prise en charge optimale des patients allemands dans un pôle d'oncologie de niveau universitaire.
- Le Centre de soins (MVZ) de Lörrach n'a cependant jusqu'à présent pas pu dégager de bénéfice. Le projet a mobilisé beaucoup de ressources financières, humaines et thématiques aussi bien à Bâle qu'à Lörrach et ce bien au-delà de ce qui avait été prévu.

FACTEURS DE RÉUSSITE

- Suivre une volonté stratégique et rester euphoriquement centré sur l'objectif
- Garantir les investissements
- Développer les habitudes de mobilité transfrontalière entre la Suisse et l'Allemagne :
- Avoir une bonne connaissance des deux systèmes – profiter du meilleur dans chaque système
- Avoir une bonne connaissance des enjeux politiques aux niveaux de la commune et du Land – créer des alliances

Cette description de projet s'appuie sur les interviews réalisées auprès de :

- Burkhard Frey, secrétaire général de l'Hôpital universitaire de Bâle
- Heike Jost, Directrice du MVZ Lörrach

Rédaction de la fiche projet : Julia Benzing

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

» PROJET PILOTE „GRÜZ“

„GRENZÜBERSCHREITENDE ZUSAMMENARBEIT DEUTSCHLAND – SCHWEIZ
IM GESUNDHEITSWESEN AM BEISPIEL DER GRENZREGION BASEL-STADT/
BASEL-LANDSCHAFT / LANDKREIS LÖRRACH“

ACTEURS :

Canton Bâle-Ville, Canton Bâle-Campagne, le Landkreis de Lörrach,
les hôpitaux impliqués dans le périmètre transfrontalier du projet

OBJECTIF :

Evaluer, sur un champ délimité et contrôlé, les conséquences de l'extension
à durée illimitée de l'accès aux soins transfrontaliers entre la Suisse
et l'Allemagne

DURÉE DU PROJET :

Prévue 11 ans (2007-2018)

NOMBRE DE PATIENTS:

Croissant, à titre d'exemple, 234 patients suisses soignés en Allemagne en 2013

OBJET DE LA COOPÉRATION

Le projet pilote „Coopération transfrontalière entre l'Allemagne et la Suisse en matière de santé dans la région frontalière de Bâle-Ville / Bâle-Campagne / le Landkreis de Lörrach“, nommé GRÜZ (Grenzüberschreitende Zusammenarbeit Deutschland – Schweiz im Gesundheitswesen am Beispiel der Grenzregion Basel-Stadt / Basel-Landschaft / Landkreis Lörrach), a pour objectif d'évaluer dans un cadre contrôlé et délimité les conséquences (parcours de soins, flux de patients, demande, satisfaction des patients) et l'intérêt d'une extension à durée illimitée de la coopération sanitaire transfrontalière entre la Suisse et l'Allemagne. Côté suisse, l'accompagnement scientifique et l'évaluation du projet sont menés par l'observatoire de la santé suisse (OBSAN). Les indicateurs du monitoring annuel sont les ayant-droits dans le périmètre défini par le projet, le potentiel de patients, le nombre de cas concernés par la coopération sanitaire, le taux de mobilité, la durée de séjour, le total des coûts de traitement et le coût par cas. Côté allemand, l'évaluation, menée initialement par le Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement (KCQ)*, ne sera plus assurée à partir du moment où l'AOK se retire du projet en 2011. Dans le cadre du projet, les patients assurés au régime obligatoire de l'assurance maladie habitant dans le Landkreis de Lörrach, ou dans les cantons de Bâle-Ville ou Bâle-Campagne peuvent choisir d'aller se faire soigner dans le pays voisin. De plus, on a renforcé, auprès des acteurs du système de santé, l'information sur le dispositif transfrontalier et en particulier sur les établissements frontaliers et leur offre de soins afin d'encourager la coopération transfrontalière sanitaire.

* Centre de Compétences sur l'assurance qualité / management de la qualité

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

A terme, le projet pilote aimerait pouvoir développer une planification commune de l'offre de soins dans la région des trois-pays permettant d'avoir recours aux capacités d'accueil du pays voisin, au profit bien entendu du patient.

ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE PROJET

	Suisse	Allemagne
À l'initiative du projet	Canton Bâle-Ville Canton Bâle-Campagne	Le Landkreis de Lörrach
Signataires des conventions de coopération	Canton Bâle-Ville Canton Bâle-Campagne L'Etat Suisse	Landkreis de Lörrach Land de Bade-Wurtemberg
Planification et développement du projet	Monsieur Faller (Département de santé de Bâle-Ville) Monsieur Dürrenberger (Département de santé de Bâle-Ville)	Monsieur Zisselsberger (à l'époque, Directeur de l'AOK de Lörrach)

ETAPES

Le projet, dont l'élaboration a débuté en 2005, a pu démarrer avec la révision de la législation de l'assurance maladie suisse* en 2006. Cette dernière permet, grâce au nouvel article 36a, de réaliser des projets pilotes à durée limitée prévoyant pour des assurés résidant en Suisse une prise en charge financière de soins réalisés dans la zone frontalière. Parallèlement, le législateur allemand** a adapté la loi sur l'assurance maladie*** afin de donner à la Suisse le même statut qu'un autre Etat de l'Union européenne quant au remboursement de prestations de soins transfrontalières par des caisses d'assurance maladie ainsi que la possibilité pour des caisses d'assurance maladie allemandes de conclure des conventions de coopération avec des hôpitaux suisses.

* Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)

** le Ministère de la santé du Bade-Wurtemberg (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

*** SGB V (Sozialgesetzbuch- Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung)



Phase 1 (2007-2009):

Les soins, ouverts aux patients suisses dans la zone frontalière allemande, ont été préalablement définis dans une liste de prestations de soins. Les caisses d'assurance maladie allemandes et les hôpitaux bâlois étaient chargés d'établir, sous forme contractuelle, la liste des soins pouvant être effectués dans les hôpitaux suisses pris en charge par les caisses d'assurance maladie allemandes. Pour la première phase du projet-pilote, un parcours de soins entre les cliniques suisses chargées de la prise en charge de l'urgence et les cliniques allemandes chargées des soins de suite a pu relativement facilement se mettre en place. Par contre, d'autres objectifs prévus initialement dans le cadre du projet, n'ont pas ou peu été réalisés : côté allemand, par exemple, seulement 5 à 11 cas correspondaient aux conditions déterminées par le projet. Donc l'espoir que, par le jeu d'une concurrence contractualisée, l'intégration de l'offre de soins se ferait d'elle-même s'est révélé dans ce cas trompeur. De part et d'autre de la frontière on pense qu'il y avait un manque d'information et d'intérêt de la part des patients et des médecins pour le projet pilote. Lors de la première phase du projet, il est devenu clair qu'il faudrait une autre phase au projet pour pouvoir évaluer l'impact de cette coopération transfrontalière sur l'offre de soins.



Phase 2 (2010-2014):

Côté allemand la même règle de fonctionnement reste en vigueur alors que, côté suisse, on supprime la limite à certaines prestations de sorte que l'intégralité des prestations proposées par un hôpital impliqué dans le projet est ouverte à la coopération. S'est rajouté à cela qu'il y avait plus de caisses d'assurance maladie suisses associées à la convention de partenariat lors de la phase II du projet. Cependant, les tendances ne montrent pas un recours plus grand à des soins réalisés dans des cliniques allemandes dans le cadre du projet pilote. Comme il n'y a plus d'évaluation côté allemand, il est difficile de donner des résultats de la deuxième phase du projet pour la partie allemande.



Phase 3 (2015-2018):

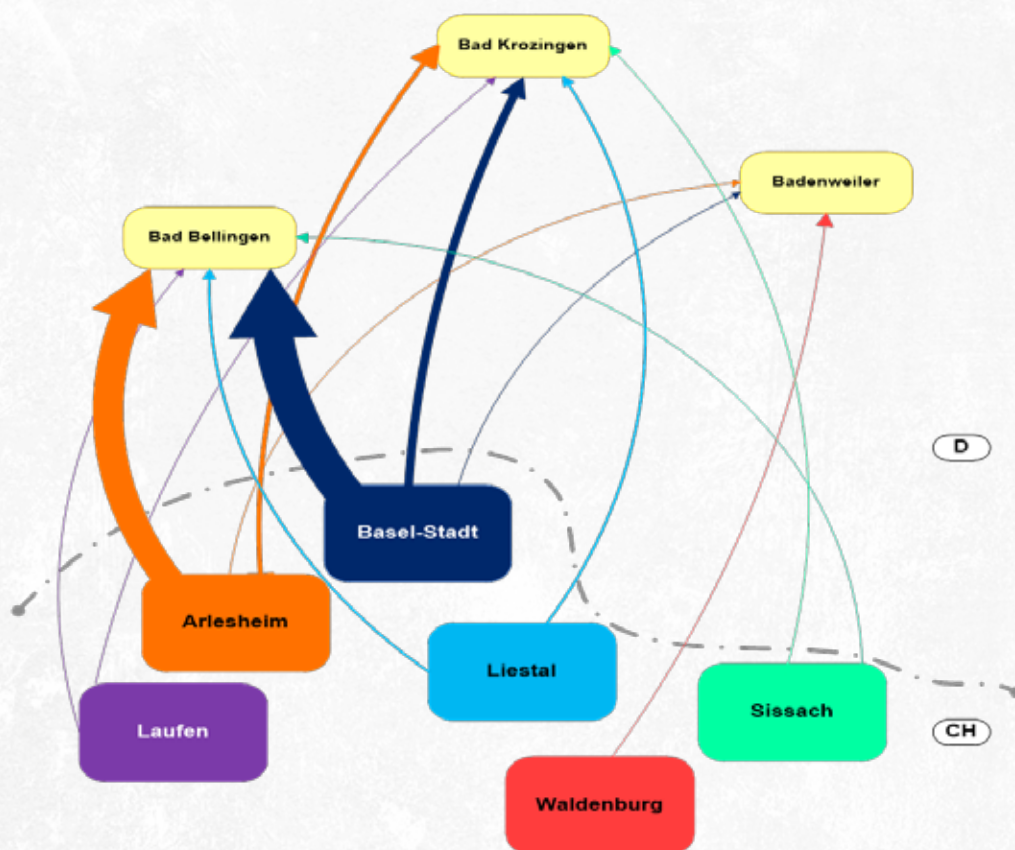
Dans cette phase le projet pilote est prolongé à l'identique de sa réalisation pendant la phase 2. Parallèlement, côté suisse, on lance une procédure législative qui permettrait d'avoir une base juridique permettant, sans limitation de durée, une coopération sanitaire dans la zone frontalière entre l'Allemagne et la Suisse mise en œuvre au plus tard à partir de 2019.

DÉFIS

- **Elaborer des bases juridiques :**
Les obstacles juridiques de base ont pu être dépassés grâce à de bons contacts au Bundesministerium für Gesundheit à Berlin et à son équivalent, l'Office fédéral de la santé publique à Bern.
- **Les taux de rémunération des prestations :**
Les taux différents de rémunérations des prestations sont et ont été les plus gros défis à relever pour le développement du projet. A ce sujet, il a été envisagé un temps de créer un fond permettant de compenser les coûts supplémentaire. Mais cette idée a été rejetée.
- **Etablir des contrats :**
Etablir des conventions entre les hôpitaux et les caisses d'assurance maladie (ou leur fédération) de l'autre pays constituait une réelle difficulté. Les signataires ont dû à chaque fois trouver eux-mêmes les solutions.
- **Informé :**
Un autre défi du projet a été que les médecins traitants ou les assurances maladie n'informaient souvent pas suffisamment les patients sur le projet et les avantages connexes. C'est un problème car les acteurs du système de santé sont ceux qui, en apportant une information appropriée, constituent la force motrice générant une demande en soins transfrontaliers. Malgré les campagnes d'information à travers divers canaux, il n'a pas été, pour l'instant, possible de solutionner ce problème.

RÉSULTATS

Le projet pilote a permis de créer une mobilité transfrontalière contrôlée des patients pour certaines prestations ; malgré cela, l'abaissement de la frontière n'a pas conduit à un changement notable du flux de patients. Sont concernés principalement des soins de suite effectués par des patients suisses en Allemagne. Cela représente 12% du total des soins de suite de Bâle-Ville et Bâle-Campagne, encore que le flux de patients provienne essentiellement de Bâle-Ville et alentours. Les patients concernés se montrent très satisfaits des soins transfrontaliers. On peut en déduire, de l'avis du Canton de Bâle-Ville, que l'offre transfrontalière de soins de suite pourrait devenir une offre établie. L'ouverture contrôlée de la frontière en matière d'offre de soins complète l'offre existante en Suisse de façon pertinente : en effet, les patients suisses peuvent aller en Allemagne pour les soins de suite de qualité équivalente à un coût moindre. Dans le cadre du projet, il avait été envisagé que les patients allemands viennent en Suisse pour des soins hautement spécialisés ; cette attente n'a pas pu être vérifiée. En 2013 les soins de suite représentaient 99% des cas de traitement transfrontalier réalisés dans le cadre du projet, c'est-à-dire que les cliniques et lieux de soins du périmètre concerné ne sont que partiellement utilisés et le flux de patients est constitué d'une majorité de citoyens suisses.



Le flux des patients entre les districts et les sites des cliniques, 2013

© Obsan

Les patients préfèrent être pris en charge dans leur propre région, le contact personnel avec le prestataire étant particulièrement important. La prise en charge médicale par-delà la frontière est considérée comme une possibilité supplémentaire, notamment pour des besoins spécifiques ne pouvant pas être satisfaits à proximité et dans le propre pays. On peut également en déduire que l'offre de soins à Lörrach et Bâle est déjà très complète et la prise en charge sanitaire transfrontalière ne correspond pas à une grande nécessité. A l'inverse cela signifie que pour les régions où l'offre de soins transfrontalière pourrait correspondre à un besoin, un tel projet peut être tout à fait pertinent.

POTENTIELS DE DÉVELOPPEMENT

- Pour les caisses d'assurance maladie suisses : reconnaître et profiter des avantages d'envoyer les assurés se faire soigner en Allemagne
- Pour les caisses d'assurance maladie allemandes : intensifier la coopération avec les hôpitaux suisses
- Autoriser la délivrance des médicaments prescrits sur ordonnance par-delà la frontière
- Etendre le projet aux soins ambulatoires
- Etendre la coopération transfrontalière à la partie française de la région des trois pays

FACTEURS DE RÉUSSITE

- Patience et persévérance - il est indispensable de construire le consensus à différents niveaux et dans différentes institutions
- Voir loin et identifier les situations gagnant-gagnant
- Avoir un responsable du projet dans chacun des pays impliqués
- „un réseuteur“ qui rassemble les personnes impliquées
- Prévisibilité et sécurité juridique

Cette description de projet s'appuie sur les interviews réalisées auprès de

- Monsieur Remigius Dürrenberger, Département de santé de Bâle-Ville
- Monsieur Günter Zisselsberger, ancien directeur de la caisse d'assurance maladie de l'AOK de Lörrach

Rédaction de la fiche projet : Julia Benzing

» CONVENTION DE COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE EN MATIÈRE DE CARDIOLOGIE

COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE EN MATIÈRE DE CARDIOLOGIE
ENTRE LES SHG-KLINIKEN DE VÖLKLINGEN ET LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL UNISANTE+ DE FORBACH

PARTENAIRES OPÉRATIONNELS :

C.H.I.C. Unisanté+ de Forbach et SHG Kliniken Völklingen

OBJECTIFS :

1. Le transfert et la prise en charge au HerzZentrum Saar des SHG Kliniken de Völklingen des patients des communes lorraines frontalières souffrants d'un infarctus du myocarde au stade aigu et résidant dans des communes lorraines proches de la frontière.
2. Le renfort de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs de cardiologie du CHIC de Forbach par des médecins des SHG Kliniken de Völklingen
3. La promotion des échanges en matière de bonnes pratiques

DURÉE (MONTAGE DU PROJET) :

10 ans

SIGNATURE :

19 mars 2013

NOMBRE DE PATIENTS CONCERNÉS :

3 par mois en moyenne

OBJET DE LA COOPÉRATION

Les unités de soins en cardiologie des hôpitaux de Forbach et de Völklingen ont inscrit leur coopération médicale durablement dans une convention locale transfrontalière en application de l'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière. La convention de coopération permet notamment la suppression de la nécessité d'une autorisation préalable pour accéder aux soins hospitaliers de l'autre côté de la frontière.

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM



Cette coopération repose sur trois axes complémentaires :

1. Le premier volet de la coopération concerne l'optimisation de la prise en charge en urgence des patients français atteints d'un syndrome coronarien aigu en incluant l'hôpital de Völklingen dans le réseau de soins lorrain afin de raccourcir le temps de transport du patient. Le patient issu de l'une des 27 communes lorraines identifiées peut ainsi être traité dans un hôpital beaucoup plus proche de son domicile que s'il était transféré au C.H.R. de Metz ou au C.H.U. de Nancy. Cependant, le patient reste libre de choisir son lieu de traitement. De plus, la coopération prévoit une continuité des soins pour le patient français traité en Allemagne qui, une fois son état stabilisé, est transféré au C.H.I.C. de Forbach. Il reçoit un dossier de sortie avec un compte-rendu de l'examen de coronarographie en français. La prise en charge des coûts et les modalités de facturation sont également détaillées dans la convention. En outre, un comité de suivi médical et administratif est prévu pour accompagner la mise en œuvre de la convention.
2. Le deuxième volet se rapporte au maintien d'une prise en charge du patient de haute qualité au C.H.I.C. de Forbach malgré les problèmes de démographie médicale. Les partenaires se sont inscrits dans une démarche de mise en place d'une équipe médicale transfrontalière afin d'attirer de jeunes spécialistes et d'assurer la pérennité de l'Unité de Soins Intensifs Cardiolgiques (USIC) de Forbach. Dans un premier temps, l'équipe médicale du C.H.I.C. Unisanté+ est renforcée par des médecins des SHG Kliniken de Völklingen pour assurer la permanence des soins.
3. Le troisième volet de la coopération est tout à fait complémentaire. Il traite de l'organisation pragmatique des échanges professionnels en matière de bonnes pratiques et prévoit la possibilité d'effectuer des stages d'observation en vue de la cohérence des pratiques entre les deux établissements. Il promeut également l'amélioration des compétences linguistiques du personnel médical et soignant par des cours de langue.

ACTEURS

	Suisse	Allemagne
Opérationnels	Equipes médicales et direction du Centre Hospitalier Intercommunal Unisanté + SMUR	Équipes médicales, direction et chargée de coopération transfrontalière des SHG-Kliniken Völklingen
Institutionnels	Agence régionale de santé de Lorraine	
Assurance-maladie	CNAMTS / CPAM 67	



Les SHG Kliniken de Völklingen



C.H.I.C. Unisanté+ de Forbach

REMARQUES

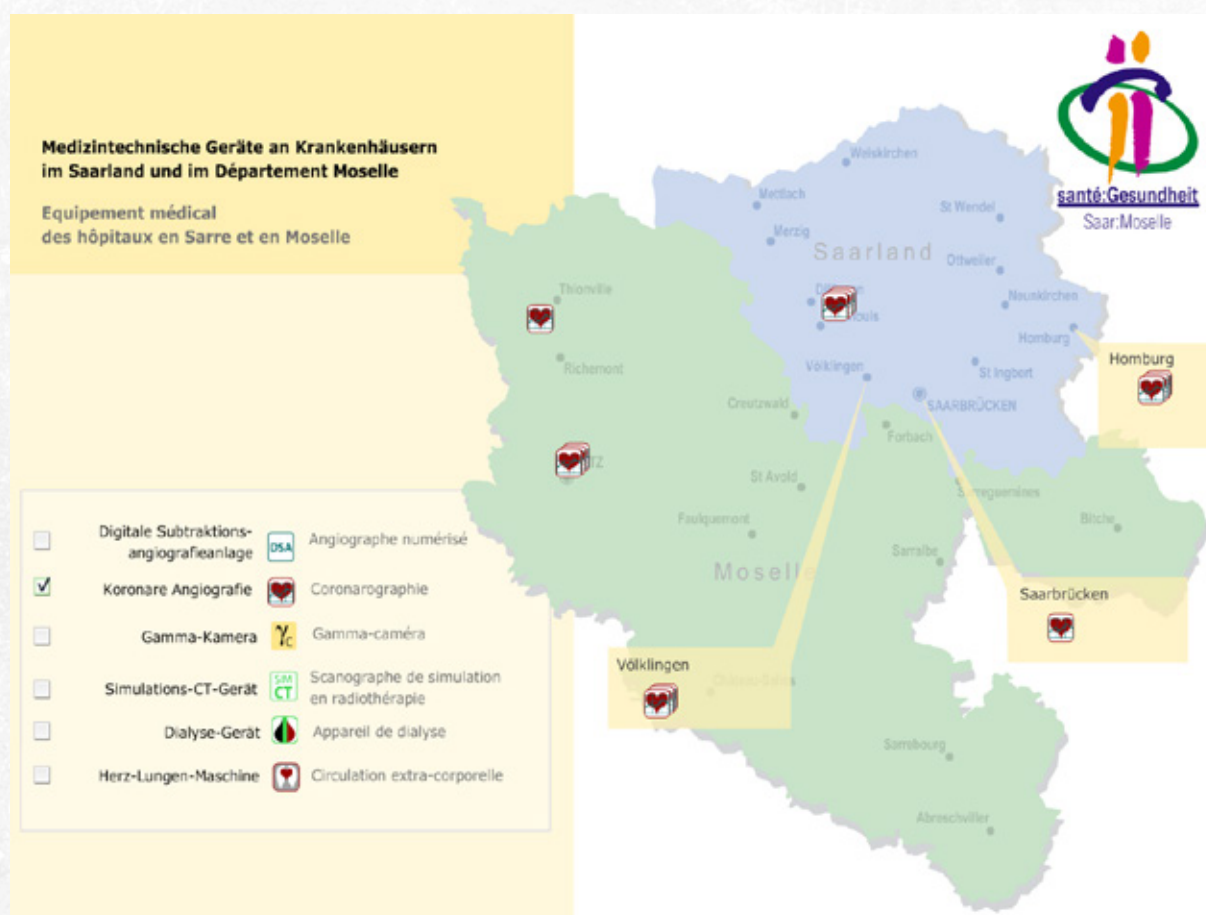
- Depuis 2012, la CPAM du Bas-Rhin en Alsace est la caisse référente pour le compte de l'Assurance Maladie française en matière de conventions transfrontalières avec l'Allemagne. De ce fait, c'est elle qui est impliquée pour ce projet même si son champ d'application géographique est en Moselle.
- On note également la présence du ministère de la Santé sarrois et des caisses d'assurance-maladie sarroise, invités en tant qu'observateur au début des négociations.

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

ETAPES

A l'origine, l'idée d'une coopération en matière de cardiologie entre le bassin houiller et la Sarre voisine est formulée par un cardiologue français libéral de Moselle-est et un cardiologue allemand de Völklingen qui se connaissaient bien. Le cardiologue français aurait aimé transférer des patients en Allemagne et intervenir sur le site pour les soigner. En 2002, des démarches sont entamées mais restent sans suite. Cette situation initiale est marquée par un manque de médecins croissant et un éloignement géographique du bassin houiller lorrain par rapport à Metz, ce qui pose question pour des soins cardiologiques qui doivent être prodigués d'urgence.



En 2007, la SHG-Kliniken Völklingen décide d'embaucher une personne chargée des relations transfrontalières, ce qui montre sa détermination à coopérer avec la France. En 2008, un projet est discuté entre les hôpitaux de Freyming-Merlebach et de Völklingen et la Caisse d'assurance maladie des mineurs (CARMI) mais celui-ci n'aboutira pas, les partenaires français étant en complète restructuration administrative. En effet, les services déconcentrés de l'Etat ARH, URCAM et DRASS fusionnent pour devenir l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cette période est donc moins prospère pour la coopération transfrontalière.

Dans le cadre de cette restructuration, il est décidé de transférer une Unité de Soins Intensifs en Cardiologie à l'hôpital de Forbach. Ce dernier, ayant des difficultés pour réunir les conditions nécessaires à sa mise en service, s'adresse à l'hôpital de Völklingen. En 2010, un projet de coopération est imaginé de manière à ce que les médecins des deux hôpitaux puissent se connaître, être formés et exercer ensemble sur chacun des sites. Du côté des partenaires opérationnels, un consensus très large existe. Le projet est présenté à l'ARS. Convaincue, elle réfléchit à l'éventualité d'inscrire cette coopération dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).

Mais une période de transition survient avec un changement de direction au niveau de l'ARS et le SROS est publié en janvier 2012 sans mention de la coopération en matière de cardiologie.

C'est en mars 2012 que l'ARS reprend contact avec les partenaires allemands et français et que la négociation d'une convention commence. La convention est écrite très rapidement (en deux mois environ). La seule difficulté qui émerge pendant les négociations et qui allonge légèrement les délais relève du volet « remboursement », la CPAM du Bas-Rhin devant s'accorder avec l'ARS de Lorraine. La convention est signée en mars 2013.

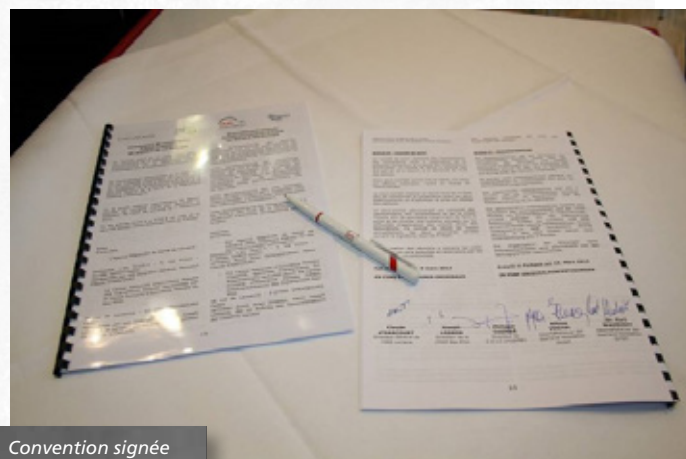
CHRONOLOGIE

- 2002: idée d'une coopération médicale en matière de cardiologie entre la Moselle et la Sarre et plus particulièrement la SHG-Kliniken de Völklingen
- 2007: embauche d'une personne chargée de la coopération transfrontalière à Völklingen
- 2008: Premier projet entre les hôpitaux de Freyming-Merlebach et de Völklingen
- 2010: Projet discuté entre les hôpitaux de Forbach et de Völklingen
- 2012-2013: Négociations de la convention
- 19.03.2013: Signature de la convention
- 02.04.2013: Entrée en vigueur de la convention

ENJEUX

Au cours du projet, les acteurs se sont adaptés au changement de personnel médical et administratif (notamment de la direction des deux hôpitaux et de la direction de l'ARH et de l'ARS). Ces remplacements inhérents à la culture administrative française ont été surmontés en montrant l'intérêt du projet et par le travail pédagogique des partenaires.

Les partenaires de coopération ont une proximité géographique évidente mais ils se situent bien de part et d'autre de la frontière franco-allemande. Un défi a été la prise de conscience de la différence, ce qui est indispensable pour ne pas minimaliser le développement des compétences linguistiques et interculturelles nécessaires au partenariat. Ces différences concernent aussi bien l'organisation des systèmes de santé en France et en Allemagne de manière générale que les systèmes de remboursement plus particulièrement.



Convention signée

Un autre défi de taille concerne l'accord-cadre franco-allemand de manière intrinsèque, son application et son évolution. En effet, du côté allemand, le partenaire et signataire de la convention est l'acteur opérationnel. Dans notre cas, il s'agit de la SHG-Kliniken de Völklingen. Or du côté français, l'hôpital de Forbach n'est pas, selon l'accord-cadre, habilité à signer la convention. C'est l'acteur administratif compétent, ici l'ARS de Lorraine, qui négocie la convention. Il y a donc une non-équivalence des rôles et missions des acteurs impliqués dans la négociation de la convention : l'ARS est une administration territoriale avec une mission de planification régionale de l'offre des soins sur le territoire français ; le partenaire allemand est un hôpital avec une mission de santé, un rôle opérationnel dans la coopération sans filiation avec l'administration régionale française. Les termes et le rapport de négociation restent à inventer. Il a été difficile pour le partenaire allemand de susciter l'intérêt de l'ARS à négocier avec un seul hôpital, et donc pas dans une perspective territoriale mais opérationnelle. De l'autre côté, l'ARS a pu souvent se sentir déconcertée par la faiblesse du soutien du ministère sarrois, alors qu'aux yeux de l'ARS le Ministère apparaissait comme l'homologue direct dans la négociation. Pour le Ministère de la santé sarrois, la coopération était du ressort et de la compétence de l'hôpital, la régulation de l'offre des soins, en Allemagne, se faisant principalement par la loi de l'offre et la demande et donc par la concurrence des hôpitaux. Par ailleurs, l'accord-cadre ne prévoit pas explicitement l'implication des caisses d'assurance maladie. Les partenaires allemands ont été surpris de cette évolution et auraient préféré les inviter dès le début du projet.

Un défi majeur dans la mise en place de cette coopération a été l'endurance en raison des revirements du projet, des changements d'acteurs et les périodes de transition. On note l'engagement de l'hôpital de Völklingen qui travaille à ce projet depuis 2002.

RÉSULTATS

- Une équipe binationale sur la voie du bilinguisme
- La mise en service de l'USIC au C.H.I.C. Unisanté+ à Forbach le 22 juillet 2013 avec une équipe médicale renforcée par du personnel de la SHG-Kliniken de Völklingen qui assure environ 8 gardes par mois
- Augmentation de l'attractivité du C.H.I.C. de Forbach et de son activité en cardiologie
- Un parcours de soins transfrontalier pour la prise en charge des infarctus du myocarde au stade aigu de patients résidants dans l'une des 27 communes lorraines proches de la frontière
 - Prise en charge de patients français à Völklingen
 - Transfert vers le C.H.I.C. de Forbach au bout de trois jours en moyenne
 - Dossier de sortie en français
 - 90% des remboursements effectués en moins de 45 jours
 - 100% de satisfaction des patients
 - 65% des patients « seulement » parlent l'allemand
- Un échange de bonnes pratiques mis en place par des stages, des symposia

FACTEURS DE RÉUSSITE DE LA COOPÉRATION

- Le travail d'équipe entre administrations et équipes médicales
- L'engagement très fort et de longue durée des partenaires opérationnels
- Un consensus large et une bonne entente des acteurs médicaux de part et d'autre de la frontière
- Une barrière linguistique surmontée par la mise en place de cours de langue pour le personnel médical et soignant
- Une confiance et une transparence totale entre les deux partenaires grâce à une coopération inscrite dans le temps
- La présence au niveau du SHG Völklingen d'un coordinateur, interlocuteur central pour les administrations, les institutions des deux pays et qui témoigne de la volonté de l'établissement de faire aboutir ses projets transfrontaliers
- La connaissance du système de santé du partenaire grâce :
 - aux projets INTERREG préalables
 - aux coopérations avec des établissements de formation initiale et continue (convention SHG-Kliniken- IFSI Sarreguemines par exemple)
- Le statut d'expert au sein de la délégation sarroise du comité économique et social de la Grande Région

Cette description de projet s'appuie sur les interviews réalisées auprès de :

Mme Karin Mertens, chargée de mission coopération transfrontalière aux SHG-Kliniken de Völklingen.

Rédaction de la fiche projet : Christelle Moussus

»» PROJET SEEK ET CONVENTIONS TRANSFRONTALIÈRES SANITAIRES HOSPITALIÈRES

POUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS ATTEINTS D'ÉPILEPSIE
ENTRE LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)
ET L'ÉPILEPSIEZENTRUM DE KORK (EZ)

PARTENAIRES OPÉRATIONNELS :

HUS, EZ et caisse d'assurance maladie allemande AOK

OBJECTIF :

Création d'un parcours de soins transfrontalier intégré basé sur une exploitation complémentaire des moyens des deux établissements et sur des progrès en matière de recherche et de traitement de l'épilepsie pour permettre aux patients français et allemands de bénéficier des techniques et des soins appropriés dans les meilleurs délais.

DURÉE :

2007-2014 (montage du projet INTERREG puis élaboration de deux conventions)

SIGNATURE DES CONVENTIONS :

14 novembre 2014

NOMBRE DE PATIENTS CONCERNÉS :

Environ 100 patients ont été pris en charge de manière transfrontalière depuis le début de la coopération.

OBJET DE LA COOPÉRATION

La coopération médicale et scientifique entre les hôpitaux de Strasbourg et de Kork en matière d'épilepsie est avant tout centrée sur les besoins des patients de cette zone géographique. Le savoir-faire des deux acteurs opérationnels est complémentaire, ce qui assure une meilleure prise en charge des patients. De plus, la prise en charge commune, à Strasbourg et à Kork, des cas d'épilepsies focales pharmaco-résistantes, garantit un suivi à proximité des patients.

NAVIGATION

»» SOMMAIRE »» INTRODUCTION »» PROGRAMME »» SYNTHÈSE »» PROJETS »» INFOS & IMPRESSUM

De 2009 à 2012, le projet INTERREG IV A **Strasbourg Épileptologie Eurodistrict Kork** (SEEK) a tout d'abord permis de donner un cadre à la coopération entre les établissements par la signature d'une convention entre établissements hospitaliers dont l'objet est la mise en commun des moyens et des recherches dédiés à l'épilepsie.

Le projet s'est ancré durablement dans le temps et avec une meilleure prise en charge des patients grâce aux deux conventions sanitaires transfrontalières signées le 14 novembre 2014 sur la base de l'accord-cadre franco-allemand. Ce dernier, signé le 22 juillet 2005 par les deux gouvernements, permet la signature de conventions locales transfrontalières.

Cet encadrement juridique a pour objet de lever certaines barrières administratives et permet notamment la suppression d'une autorisation préalable pour accéder à des soins hospitaliers identifiés de l'autre côté de la frontière. Les conventions permettent de simplifier et d'accélérer les procédures de remboursement avec un circuit de facturation directe entre les établissements et les caisses des patients français et allemands. Les questions de transports, d'assurance et de responsabilité y sont également déterminées. En bref, ces conventions consolident donc la coopération médicale et scientifique déjà existante en créant un parcours de soins transfrontalier véritablement intégré.

ACTEURS

France	Allemagne
Equipes des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg	Equipes de l'Epilepsiezentrum de Kork
Agence Régionale de Santé d'Alsace	(ponctuellement : le ministère des affaires sociales du Bade-Wurtemberg)
Caisse Primaire d'Assurance-Maladie du Bas-Rhin	AOK Bade-Wurtemberg
Direction Régionale du Service Médical	
Communauté Urbaine de Strasbourg et Eurodistrict Strasbourg-Ortenau (assistance lors de la phase initiale de la coopération et implication dans le projet INTERREG IV)	

ETAPES

La coopération permet de mettre en commun les compétences humaines et techniques en matière d'épilepsie focale ; elle est menée par deux hommes et leurs institutions: le professeur Hirsch des HUS et le professeur Steinhoff de l'EZ. Il s'agit d'une coopération à la fois médicale (pour le traitement des patients) mais aussi scientifique (recherche) car il n'y a pas d'amélioration des soins sans recherche préalable ; il est important de souligner que la confiance construite au sein des équipes médicales constitue la clé de voûte de la réussite médicale de la coopération.

Cette coopération prend initialement la forme d'un projet INTERREG dans le cadre du programme INTERREG IV A Rhin supérieur avec le soutien politique important de l'Euro-district Strasbourg-Ortenau et de ses présidents. Le montage du projet a lieu pendant les années 2007 et 2008. Puis, en 2009, le projet SEEK (Strasbourg Epileptologie Eurodistrict Kork) entre en phase de réalisation. Il a pour objectifs d'être la première plateforme transfrontalière dans le domaine de l'Epileptologie clinique, un modèle médico-économique transfrontalier d'accès aux soins pour les citoyens de l'Eurodistrict Strasbourg-Ortenau dans un premier temps, puis par la suite du Rhin supérieur, et potentiellement un centre d'excellence d'envergure européenne. Les échanges et la mutualisation des moyens humains et matériels (plateaux techniques complémentaires) sont au cœur du projet.

En 2012, les financements communautaires cessent mais les acteurs ont anticipé la fin du projet INTERREG. Il est question d'inscrire cette coopération dans le temps et de l'institutionnaliser grâce à un encadrement juridique et la clarification des moyens et flux financiers : en 2011, les discussions sont entamées pour élaborer une convention sur la base de l'accord-cadre franco-allemand. De nombreuses réunions ont lieu pour délimiter les enjeux administratifs et financiers, pour identifier les partenaires et chercher les solutions aux différents défis découverts au fil du projet. L'ARS Alsace, future signataire de la convention, joue alors le rôle de coordinateur autour de la table où de nombreux acteurs français et allemands participent de manière active.

La convention de coopération sanitaire transfrontalière pour la prise en charge de patients atteints d'épilepsie est élaborée (signataires : ARS, Epilepsiezentrum Kork, HUS). Cette convention assure la prise en charge des patients français et constitue une base pour la signature de conventions entre l'ARS, les HUS et des caisses allemandes pour la prise en charge des patients allemands. Elle est signée le 14 novembre 2014 à Offenbourg.



Devant, à gauche : Prof. Dr. Steinhoff, EZ Kork; Prof. Dr. Hirsch, HUS

En septembre 2013 commencent en parallèle les négociations avec la caisse d'assurance maladie allemande AOK du Bade-Wurtemberg. L'Épilepsiezentrum avait contacté l'AOK pour leur faire part de 5 patients, assurés à l'AOK, qui seraient concernés par le dispositif médical transfrontalier. Une deuxième convention est ainsi élaborée pour déterminer les modalités de prise en charge financière des patients atteints d'épilepsie assurés par l'AOK et qui nécessitent un traitement neurochirurgical effectué aux HUS avant d'être rapatriés à l'EZ. Les signataires sont l'ARS, les HUS et l'AOK Bade-Wurtemberg. Cette convention, signée également le 14 novembre 2014, concerne uniquement la prise en charge des patients allemands assurés par cette caisse. Il s'agit d'une base : d'autres conventions pourront être signées ultérieurement avec d'autres caisses d'assurance maladie allemandes.



Signature de la convention de coopération sanitaire transfrontalière

Devant, à gauche : Laurent Habert, ARS; Petra Spitzmüller, AOK; Rainer Baudermann, AOK; Christophe Gautier, HUS

ENJEUX

La coopération médicale avait déjà quelques années d'expérience et la question de sa pérennisation et de son optimisation s'est posée. Etablir une convention sanitaire transfrontalière sur la base de l'accord-cadre franco-allemand permet d'une part cette institutionnalisation et d'autre part de surmonter les frontières géographiques et administratives évidentes qui entravent la coopération purement médicale. Les défis étaient notamment d'améliorer l'accès aux soins des patients, de réduire le temps consacré par les équipes médicales aux problématiques administratives et de simplifier les systèmes de facturation pour les patients, les hôpitaux et les caisses d'assurance-maladie.

Pour monter ce projet de coopération entre les deux établissements, les partenaires ont réalisé un travail pionnier. Les conventions ont un caractère innovant à plusieurs égards :

- Il s'agit du premier projet inscrit dans l'accord-cadre où il existe un flux de patients dans les deux sens (vers la France et vers l'Allemagne), en dehors de la convention de l'aide médicale urgente.
- Cela implique pour la première fois un travail direct avec une caisse d'assurance maladie allemande pour le traitement de patients allemands en France.
- C'est également le premier projet qui ne concerne pas le domaine de l'urgence; il s'agit de soins programmés non urgents ou programmés.
- Enfin, le domaine de prise en charge est également nouveau puisque qu'aucune convention n'existait jusqu'alors pour les patients souffrant d'épilepsie.

Durant l'élaboration des conventions, la connaissance des différences de systèmes politico-administratifs et de santé a été un enjeu majeur. Si elle correspond à la logique des systèmes respectifs, la disparité des partenaires signataires de la convention de coopération, prévue par l'accord-cadre, contribue à brouiller les pistes de la recherche des partenaires de négociation. Côté français, « les Directions Régionales ou Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS ou DDASS), les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), [...], ainsi que les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) »*, donc depuis 2010 les Agences Régionales de Santé, ont la compétence de signature et de négociation. Côté allemand, « 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 »** , donc tous les acteurs de la santé, possèdent cette compétence.

Les rôles et fonctions différentes des partenaires français et allemand dans le développement, la négociation et la mise en œuvre du projet, mais aussi la répartition différente des missions et compétences entre les pays constituent une difficulté supplémentaire. Bien que n'étant pas directement impliqué dans le projet, le ministère de la santé du Land de Bade-Wurtemberg a été une aide précieuse pour le partenaire administratif français (ARS), notamment pour éclaircir des questions de compréhension concernant le système allemand, pour identifier et aiguiller vers des interlocuteurs pertinents.

D'un point de vue pratique, la question du coût des soins est une question centrale traitée par les caisses d'assurance-maladie. En effet, il a fallu vérifier que les prestations tarifaires des HUS n'étaient pas plus chères que les prestations d'un hôpital allemand dans lequel les prestations auraient pu être réalisées. En vue de ce travail de vérification, il a fallu transcrire très exactement les noms et codages des prestations dans le système allemand, ce qui a signifié une certaine complexité dans la réalisation de la convention de prise en charge financière.

La question de la langue est un autre enjeu lors de l'élaboration des conventions. La barrière linguistique a pu être surmontée grâce aux partenaires bilingues qui ont assuré la traduction pendant les réunions et à l'aide des médecins bilingues pour la traduction des termes techniques.

L'enjeu de la langue est également un défi quotidien pour les équipes médicales dans la mise en œuvre de la coopération. Les services concernés des établissements se tournent de plus en plus vers un personnel infirmier bilingue et il est également question de formation transfrontalière.

* Article 1§1 de l'Arrangement administratif 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.

** Article 1§2 de l'Arrangement administratif 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.

RÉSULTATS

- Un réel échange de patients avec un flux à double sens ; même si le nombre de patients concernés reste anecdotique, la complémentarité des équipes médicales et des équipements apporte une plus-value médicale pour les patients et leurs proches. De la proximité et des relations humaines entre les équipes des HUS et de l'EZ découlent une qualité des soins supérieure aux échanges virtuels, ce dont le patient se rend compte.
- La coopération est pérennisée par la signature de deux conventions jointes pour la coopération sanitaire transfrontalière en matière d'épilepsie : une convention « cadre » spécifiant l'objet de la coopération et une convention de prise en charge financière avec une caisse d'assurance maladie allemande. Les conventions donnent une sécurité administrative, financière à la coopération.
- Le projet a permis de développer des savoirs et des savoir-faire médicaux, administratifs et financiers.
- Les conventions signées constituent une base pour la signature de conventions déterminant les modalités de prise en charge des patients allemands avec d'autres caisses d'assurance maladie allemandes.
- Un dispositif d'évaluation des conventions a été mis en place avec un comité de suivi qui a pour mission de veiller à leur bonne mise en œuvre.

FACTEURS DE RÉUSSITE

- La bonne entente et la confiance professionnelle entre les médecins des deux institutions qui ont initié la coopération médicale et scientifique
- Le soutien de la direction des HUS et de l'EZ
- Le projet INTERREG SEEK et son soutien politique ; l'aide et l'assistance de l'Eurodistrict Strasbourg-Ortenau au démarrage du projet
- Une bonne connaissance mutuelle des partenaires grâce à :
 - des rencontres régulières entre acteurs médicaux et administratifs
 - un échange d'informations par des partenaires compétents en matière médicale, administrative et financière
 - la traduction de tous les éléments dans les deux langues et l'interprétariat pendant les réunions
- L'implication du maximum d'acteurs lors de l'élaboration des conventions, notamment d'une caisse d'assurance maladie pour le côté financier
- Le rôle de coordination de l'ARS et une chargée de mission bilingue et engagée

Cette description de projet s'appuie sur les contributions lors de la conférence et les entretiens menés avec les personnes suivantes :

- M. Edouard Hirsch, Professeur de neurologie à l'Université de Strasbourg
- Mme Sandra Lugbull-Krien, chargée de mission coopération transfrontalière, ARS Alsace
- M. Rainer Baudermann, Fachbereichsleiter Versorgungsmanagement, AOK Baden-Württemberg
- Mme Carola Giesinger, Referentin Grundsatz Leistungen, Fachbereich Versorgungsmanagement, AOK Baden-Württemberg

Rédaction de la fiche projet : Christelle Moussus

» MAISON DE SANTÉ TRANSFRONTALIÈRE – COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE DE MÉDECINS

CONTEXTE :

En Allemagne et en France, en lien avec les évolutions démographiques et les choix d'implantation des médecins libéraux, les zones rurales sont de plus en plus confrontées à un manque de médecins généralistes. L'idée était alors de chercher des solutions communes transfrontalières pour les patients et les médecins permettant, le cas échéant, de pallier le manque de médecin en zone rurale frontalière sous-dotée.

OBJECTIFS POTENTIELS D'UNE COOPÉRATION DANS LE DOMAINE :

1. Améliorer l'offre de soins ambulatoires grâce à des médecins pouvant exercer de façon transfrontalière – utiliser communément les structures existantes
2. Proposer des soins aux patients indépendamment de leur origine et de leur statut d'assuré (par ex. les travailleurs frontaliers) assurés par un médecin français ou allemand
3. Garantir la prise en charge financière des soins selon la grille tarifaire prévue par l'assurance maladie du patient

DURÉE :

le projet est en discussion et suivi depuis 2012 au sein du groupe d'experts Caisses d'assurance maladie et services de secours de la conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur (CRS)

REMARQUE PRÉALABLE : Au moment de la rédaction de cette fiche descriptive, la phase de définition du projet n'était pas encore terminée. Cependant il nous est apparu important d'intégrer la description de ce projet en cours de construction pour montrer et identifier les questions et problèmes qui se posent à ce stade de développement d'un projet transfrontalier.

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

L'OFFRE DE SOINS DANS LES ZONES RURALES : LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE, UNE SOLUTION POUR PALLIER LA PÉNURIE DE MÉDECINS ?

Dans les zones rurales, la désertification médicale est un risque avéré en France comme en Allemagne. Si la région du Rhin supérieur n'est pas dramatiquement touchée par le phénomène, dans certaines zones rurales l'offre de soins est inférieure aux moyennes régionales respectives et le besoin d'améliorer l'offre de soins a été confirmé par les acteurs institutionnels.

L'idée de développer une maison de santé transfrontalière a été lancée par les acteurs administratifs français et allemands du groupe d'experts Caisses d'assurance maladie et services de secours (de la CRS) dans l'objectif de mieux appréhender et de tester quels étaient les potentiels et les défis d'une telle coopération transfrontalière.

OBJET DE LA COOPÉRATION

La première zone identifiée pour la mise en œuvre d'un tel projet était la région de Lauterbourg en Alsace du Nord. Créer une maison de santé transfrontalière avec une offre complète de soins médicaux et para-médicaux à proximité de Lauterbourg aurait été une réponse au besoin de développer l'offre de soins dans cette zone. Un tel projet repose néanmoins sur l'implication et l'engagement des médecins ; cette idée a dû être abandonnée par manque de partenaire opérationnel reprenant le projet. Elle constitue néanmoins la première étape d'un deuxième projet qui va émerger dans le canton de Neuf-Brisach (F) qui, d'après les acteurs, a plus de chances d'aboutir. Le canton de Neuf-Brisach a effectivement une densité médicale faible alors que de l'autre côté de la frontière, la densité médicale est correcte.



© Dirk Fischbach

Cette deuxième étape vise à développer une coopération transfrontalière entre médecins dans le canton de Neuf-Brisach (F) (voir le chapitre Etapes ci-dessous). Actuellement le projet est au stade de l'élaboration de l'idée. Les objectifs ou les éléments principaux, tels que définis pour l'instant peuvent être formulés comme suit :

- Un médecin allemand ouvrirait un deuxième cabinet sur le sol français
- Le cabinet médical d'un médecin français, actuellement en exercice, serait partagé avec le médecin allemand
- Les patients pourraient être pris en charge indépendamment de leur origine et statut auprès de l'assurance maladie par les médecins français ou allemand.
- La prise en charge financière se fait selon les règles (française ou allemande) du régime d'assurance maladie du patient
- Une évaluation scientifique, un accompagnement et un suivi de la fréquentation du cabinet médical devraient permettre de relever les résultats et expériences.

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

ACTEURS

1) Acteurs impliqués dans le premier projet de maison médicale transfrontalière dans le Nord de l'Alsace (Lauterbourg)

	Suisse	Allemagne
Cadre général d'élaboration du projet	groupe d'experts Caisses d'assurance maladie et services de secours (de la CRS) (Président : Monsieur Fischbach, Gérant de la Barmer GEK)	
Développement du projet	Agence Régionale de Santé Alsace	
	Direction régionale du service médical d'Alsace-Moselle	Sozialministerium Baden-Württemberg
	Ordre des médecins du Bas-Rhin	Regierungspräsidium Karlsruhe / Arbeitsgruppe Gesundheit der Oberrheinkonferenz
		Barmer GEK
		Eurodistrikt REGIO PAMINA

2) Pour le deuxième projet de coopération entre médecins dans le canton de Neuf-Brisach

	Suisse	Allemagne
Cadre général d'élaboration du projet	groupe d'experts Caisses d'assurance maladie et services de secours (de la CRS) (Président : Monsieur Fischbach, Gérant de la Barmer GEK)	
Développement du projet	Agence Régionale de Santé Alsace	
	Direction régionale du service médical d'Alsace-Moselle	Sozialministerium Baden-Württemberg
		Regierungspräsidium Karlsruhe / Arbeitsgruppe Gesundheit der Oberrheinkonferenz
	Ordre des médecins du Bas-Rhin	
		Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
		Barmer GEK
	Dr. Ruetsch, médecin généraliste, membre de l'Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins Libéraux d'Alsace	

ETAPES – DU PROJET DE MAISON DE SANTÉ TRANSFRONTALIÈRE À LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE ENTRE MÉDECINS

- En réaction aux problèmes de désertification médicale dans les zones rurales le gouvernement français a mis en place des mesures pour promouvoir la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires. En Alsace, deux zones frontalières sont concernées par la désertification médicale : le canton de Lauterbourg en Alsace du Nord et le canton de Neuf-Brisach. Dans le cas de Neuf-Brisach, la zone adjacente côté allemand dispose de médecins généralistes, comme par ex. dans la commune de Breisach (commune jouxtant la commune française de Neuf-Brisach). C'est ainsi qu'est née l'idée d'utiliser la complémentarité transfrontalière de l'offre de soins.
- L'idée de créer une structure coopérative rassemblant des médecins français et allemand a été développée à l'origine au sein du groupe d'experts Caisses d'assurance maladie et services de secours de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur. Pour répondre au problème de démographie médicale, le Ministère de la santé français encourage, d'une manière générale, le regroupement des professionnels de santé, notamment les maisons de santé pluridisciplinaires, en proposant des aides financières. Les acteurs ont proposé d'essayer de mettre en place une maison pluridisciplinaire transfrontalière. Le projet est en cours de développement depuis 2012 et suivi par le groupe d'experts Caisses d'assurance maladie et services de secours de la CRS.
- En juillet 2013, le projet a fait l'objet d'une manifestation de présentation à Fribourg à laquelle des représentants de l'Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les Médecins Libéraux d'Alsace (URML) ont été invités. A l'occasion de cette rencontre, le Dr Ruetsch a indiqué qu'il serait prêt à coopérer avec un médecin allemand. Son cabinet médical, ouvert il y a 30 ans à Dessenheim dans le canton de Neuf-Brisach, offrirait, une surface de 200m² pour permettre à un médecin allemand de s'installer. Le Dr Ruetsch, membre de l'URML, encadre des jeunes médecins en formation et envisage de toute façon, avant de prendre sa retraite, de partager son cabinet avec un deuxième médecin.
- Le premier projet de maison médicale à Lauterbourg a, petit à petit, pris une autre forme. Le groupe d'experts en a conclu que, par manque d'intérêt de la part des médecins, le projet de maison pluridisciplinaire de santé transfrontalière n'avait que peu de chance d'aboutir sous cette forme et a fait évoluer le projet vers une coopération transfrontalière de médecins. Le groupe d'experts étant constitué d'experts de la santé cherchant communément des solutions aux problèmes se sont dit que compte tenu de la proximité et l'accessibilité du canton de Neuf-Brisach, il pourrait être possible de trouver un médecin allemand intéressé pour ouvrir un deuxième cabinet médical en coopération avec et dans les locaux du cabinet du Dr Ruetsch. L'objectif est toujours d'améliorer l'offre de soins et la prise en charge médicale des patients facturée conformément au système dans lequel ils sont assurés. Le groupe d'experts étudie actuellement comment surmonter les obstacles administratifs et envisage comment un tel projet pourrait être mis en œuvre, afin de pouvoir éventuellement à l'avenir transformer le projet en projet modèle pour la prise en charge transfrontalière de patients.



© Burkhard Frey

NAVIGATION

» SOMMAIRE » INTRODUCTION » PROGRAMME » SYNTHÈSE » PROJETS » INFOS & IMPRESSUM

- L'étape suivante est d'organiser une manifestation à Breisach avec la Kassenärztlichen Vereinigung et des médecins allemands, pour présenter le projet à des médecins allemands et susciter un intérêt pour la coopération entre médecins. D'ici là un certain nombre de questions pratiques devront être résolues.
- Dès que la coopération transfrontalière entre médecins fonctionnera, il serait intéressant qu'il y ait un accompagnement scientifique permettant une évaluation de la coopération. Les expériences permettraient notamment d'inspirer d'autres coopérations entre médecins à d'autres frontières.
- Au fond, elle représente finalement une première étape vers la création de maisons de santé pluridisciplinaires transfrontalières.

CHRONOLOGIE

- 2012 : Emergence de l'idée de créer une maison de santé transfrontalière
- 2013 : premières discussions dans le cadre du groupe d'experts Caisses d'assurance maladie et services de secours (de la CRS)
- Juillet 2013 : manifestation avec les chambres et représentants des médecins première ébauche du projet et évolutions du projet
- 2015 : Structuration et planification de la coopération entre médecins
- Printemps 2015 (envisagé) : session d'information pour les médecins allemands

DÉFIS

- Questions administratives
 - Conditions d'autorisation d'exercer pour un médecin allemand en France
 - Budget d'installation pour le médecin allemand
 - Questions liées aux cotisations retraite et assurance maladie – droit du travail
 - Aspects fiscaux
 - Infrastructure – Equipement – Instruments – assistant médical
 - Différence de rémunération (tarif et modalités)

- Questions interculturelles
 - Barrière linguistique
 - Différentes pratiques médicales : une médecine basée sur des examens médicaux côté allemand et une médecine prioritairement basée sur l'examen clinique côté français
 - Trouver un partenaire de coopération prêt à se lancer dans l'aventure
 - Connaissance du système du partenaire / échange entre médecins
 - Comportement des patients de la région frontalière – est-ce que l'offre transfrontalière serait acceptée ?

- Développement de la connaissance sur le système du pays voisin
 - Avoir une meilleure connaissance de : imposition, assurance retraite, reconnaissance des diplômes, autorisation d'exercer, modalités de facturation, etc.

- Aspects financiers
 - Il n'y a pas de financements propres attribués au développement du projet
 - Le travail investi jusqu'ici est un travail bénévole réalisé par les membres du groupe d'experts. A partir d'un certain stade de développement du projet, il est nécessaire d'avoir des ressources spécifiques pour la coordination des projets de coopération
 - Avoir les moyens d'un accompagnement scientifique et d'une évaluation pour rendre compte des obstacles et évaluer les perspectives d'avenir et la transférabilité du projet

- Management du projet
 - Qui coordonne la planification et la mise en œuvre du projet ?
 - Qui a le mandat ?

RÉSULTATS

Tout d'abord l'échange d'information entre membres du groupe d'experts nécessaire à l'élaboration du projet a permis de mieux connaître le fonctionnement du système du voisin.

Pour le projet de coopération entre médecins, théoriquement les conditions cadres nécessaires ont pu être clarifiées par les chambres professionnelles de médecins française et allemande, le Sozialministerium (du Bade-Wurtemberg et de Rhénanie-Palatinat), la Kassenärztlichen Vereinigung du Bade-Wurtemberg et l'Agence Régionale de Santé d'Alsace (ARS).

Il est intéressant de noter également que le questionnement lors du développement du projet se poserait complètement différemment si le projet était pensé dans l'optique de l'installation d'un médecin français sur le sol allemand.

Cette description de projet s'appuie sur les interviews réalisées avec

- D. Fischbach, Directeur régional de la Barmer GEK
- F. Seiller, Médecin conseil à l'ARS Alsace
- Dr. M. Ruetsch, médecin généraliste

Rédaction de la fiche : Christelle Moussus

INFOS & IMPRESSUM

Vous trouverez la plupart des présentations de la conférence sous le lien suivant :

http://www.euroinstitut.org/wFranzoesisch/5-Ressources/Documentation/2014-BMG_SANTE.php

CONCEPTION ET RÉALISATION DE LA CONFÉRENCE

Anne Dussap

IMPRESSUM

Rédaction et traduction :

Anne Dussap, Sarah Seitz, Euro-Institut

Mars 2015

Mise en page:

götzinger + komplizen Werbeagentur GmbH

www.goetzinger-komplizen.de

POUR PLUS D'INFORMATION

Euro-Institut

Institut pour la coopération transfrontalière

Rehfusplatz 11 · 77694 Kehl · Deutschland

Tél.: 0049 (0)7851 7407-0

E-mail: euroinstitut@euroinstitut.org

www.euroinstitut.org

