

## **Synthèse des discussions du 17.11.2014**

### **Laurent Habert, Directeur Général, ARS Alsace**

Merci. Il me revient donc la tâche et l'honneur de résumer les riches échanges que nous avons eus hier. Je serai soutenu dans cette tâche par Dr. Indra et M. Zeisberger. Difficile de résumer des interventions aussi riches mais qui nous ont permis de dégager à la fois la plus-value, les obstacles, les facteurs de réussite des projets de coopération transfrontalière et c'est dans cet ordre que je vais les aborder.

La plus-value d'abord, nous l'avons vue au travers des quatre exemples de coopération transfrontalière qui ont été présentés, je le rappelle, SEEK, Völklingen, la convention germano-suisse sur la radiothérapie entre Lörrach et l'Hôpital universitaire de Bâle, la coopération portant sur la réhabilitation entre Bâle et Lörrach également. Je ne vais pas revenir sur ces quatre conventions mais plutôt essayer de dégager des points communs.

Un premier point commun que je souhaite signaler est que ces quatre conventions se sont à chaque fois développées sur des besoins, des périmètres de soins bien définis. Je le mentionne parce que c'est une façon de faire de la coopération qui est différente de celle que l'on va aborder ce matin, à travers notamment des ZOAST qui visent une coopération entre populations sur une base beaucoup plus large.

Un autre point commun à l'ensemble de ces conventions est bien sûr qu'elles sont fondées sur des besoins, des intérêts respectifs des deux parties, des intérêts respectifs basés sur l'identification d'un besoin concret en règle générale, mais parfois aussi sur l'intérêt économique des parties à conclure la convention. Besoins de santé, on l'a vu, c'est le moteur principal de cette opération. Ils s'expriment souvent ou ils s'identifient notamment dans les situations où il y a l'urgence, où la coopération semble naturelle du fait de la proximité de l'absence de réponse sur un territoire et la disponibilité d'une réponse à proximité sur le territoire de l'autre Etat-membre. Et c'est assez naturellement la base de la coopération qui s'est, par exemple, construite autour de Völklingen ou l'aide médicale urgente entre parties allemande et française. C'est aussi la base de la convention qui existe depuis maintenant 5 ans entre l'Unfallklinik de Ludwigshafen et la Région Alsace pour la prise en charge des « grands brûlés ». On a vu également que des coopérations pouvaient être construites sur des soins programmés dans le cadre d'échanges entre établissements de soins, en vue d'une meilleure prise en charge du patient.

Considération économique, cela nous est apparu comme un fondement important de la coopération germano-suisse notamment, avec un double intérêt, si je puis dire: l'intérêt pour des établissements très importants comme l'Hôpital universitaire de Bâle de disposer d'un champ de patientèle relativement élargi. On a identifié le fait que, pour un hôpital de cette taille, un bassin de population d'un million d'habitants était nécessaire et donc c'était une des motivations. Intérêt également né de la différence des coûts de structure, des coûts de production des soins entre globalement la Suisse et l'Allemagne, et la France qui est là entre la Suisse et l'Allemagne. On a vu qu'il y avait un écart de 1 à 3/3,5 qui pouvait être une des motivations d'une coopération.

Ces coopérations ont pour point commun également qu'elles bâtissent un cadre coopératif satisfaisant pour l'une et l'autre partie. Exemple très concret: la convention

sur l'épilepsie entre l'Epilepsiezentrum et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Ces deux établissements reconnus chacun pour leur expertise trouvent les moyens, trouvent intérêt à collaborer, non seulement par la mise en commun de plateaux techniques mais aussi au-delà, c'est ce que le Professeur Hirsch a expliqué de façon intéressante, ce sont des approches différentes dans la culture du soin et la façon de prodiguer les soins qui peuvent apporter une plus-value pour le patient.

Autre exemple intéressant de cette coopération, de cet apport respectif : la convention de Völklingen. Elle part du constat d'un déficit très net d'offre et donc d'un risque pour la santé publique du côté français, avec une absence d'offre en cardiologie pour toute une partie du territoire. Elle se traduit par une convention qui offre aussi la possibilité du côté de l'hôpital de Forbach de mettre en place une unité de soins intensifs par la mise à disposition et la participation de trois médecins allemands sur huit vacations pour renforcer le service. Donc on a une coopération équilibrée et intéressante pour les deux parties.

Dernier point sur les plus-values : C'est peut-être la limite de ces coopérations. Je reprendrais les mots du Professeur Hirsch qui, constatant le nombre de patients auxquels ces coopérations s'adressent, a constaté leur caractère anecdotique. Effectivement, si l'on s'en tient simplement au flux concerné, cela concerne assez peu de patients. Quelques données : à peu près 100 patients sur la durée de la convention entre l'Epilepsiezentrum et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg, 260 patients par an dans le cadre de la convention GRÜZ, entre 10 et 15 patients pour la convention entre l'Unfallklinik et la Région Alsace. Donc pour l'instant, des coopérations qui restent des coopérations de niche, très spécialisées. Et cela reste des coopérations de niche parce que probablement et cela a aussi été le constat, il y a des obstacles objectifs au développement de ces coopérations.

Ont été pointées très naturellement les différences culturelles, la différence de langue essentiellement entre la partie française et ces voisins mais aussi les différences de culture. Et là je reprends une expression de M. Frey dans le cadre de la coopération entre l'Hôpital universitaire de Bâle et Lörrach qui parlait d'un "choc culturel". Celui-ci s'est traduit très concrètement par des difficultés à appréhender la législation de l'autre pays en matière de droit du travail, de droit de la sécurité sociale, de reconnaissance mutuelle des professionnels, de droit des autorisations sur la partie allemande.

De façon encore plus profonde, ce qui est ressorti naturellement, c'est la différence de structure politique et sanitaire des pays et la méconnaissance et la sous-estimation par chacun de ces différences. Ce n'est pas parce qu'on a l'impression de connaître le pays et qu'on y va régulièrement, de façon privée ou à titre informel, qu'en fait on connaît son droit et ses règles. Systèmes politiques, politico-administratifs, différents avec une place respective des trois acteurs majeurs que sont les structures étatiques, les établissements de santé, les caisses de sécurité sociale, un rôle respectif dans les trois pays qui diffère et qui, très concrètement, pose des problèmes de repérage des différents interlocuteurs indispensables pour mener une coopération transfrontalière. Des exemples ont été donnés, le terme de jungle a été cité, des difficultés réelles à identifier ses interlocuteurs et une multiplicité des interlocuteurs. On rappelait notamment les 131 caisses de sécurité sociale existantes en Allemagne.

Derrière cette difficulté et ces différences de systèmes politico-administratifs, des systèmes sanitaires également différents, avec en particulier dans les différents pays

un rôle différent de la planification hospitalière et de l'intervention de l'Etat dans cette planification, qu'elle soit hospitalière ou pour des équipements lourds, des différences de règles pour la prise en charge de l'assurance maladie etc. Tout cela se traduit très concrètement par un temps extrêmement long des recherches, un tâtonnement et un temps très long pour bâtir ces différentes coopérations. Pour mémoire, Völklingen, c'est un projet d'environ 13 ans. Pour SEEK, entre le début des relations entre le Professeur Hirsch et le Professeur Steinhoff et l'aboutissement concret de la coopération, c'est quasiment 5 ans et on prévoit 5 patients. Donc on a pris quasiment 1 an par patient. A ce rythme-là, si on veut bâtir une coopération large, il nous faudra quelques siècles.

Très naturellement de l'identification de ces obstacles est né en creux, si je puis dire, des opportunités et des facteurs de réussite. A la base, très clairement, c'est toujours un projet centré sur les besoins du patient, un partenariat solide, une collaboration médicale bien identifiée, des besoins non couverts, constatés, évidents, par exemple dans le cadre de l'urgence. Mais cela a été rappelé par un des intervenants, cela peut aussi être des besoins émergents, liés notamment à un défi commun à l'ensemble de ces économies sur des thérapeutiques extrêmement coûteuses qui nécessitent la mobilisation de compétences, de compétences scientifiques, de conditions économiques, de conditions de recherche qu'il est difficile de réunir sur un seul territoire et qui sont plus faciles à envisager avec une alliance de l'ensemble de ces territoires.

Quatre types de facteurs de succès:

- En premier lieu la stabilité juridique et la stabilité financière. C'est apparu comme un élément important. On a rappelé l'existence d'un accord-cadre franco-allemand depuis 2005, qui donne une base très concrète à la collaboration, à la coopération entre France et Allemagne, la perspective d'un accord franco-suisse probablement l'année prochaine, l'intérêt rappelé par la partie suisse que le dispositif expérimental qui existe depuis 2006, l'article 36 je crois, puisse être pérennisé par le Parlement fédéral, de façon à ce que cela devienne une base très solide de la coopération entre la Suisse et l'Allemagne.

- Deuxième élément favorable et condition indispensable, c'est la connaissance mutuelle des hommes, des établissements, des professionnels de santé. Bien sûr, la pratique de la langue et il a été rappelé que, dans les coopérations qui existent, les formations en langue sont une des conditions à la fois d'incitation et surtout pour nourrir cette coopération. Mais au-delà, l'accent a été beaucoup mis sur la formation et les échanges d'étudiants et/ou de professionnels.

- Troisième condition, et je crois qu'on est là au cœur du sujet, de l'efficacité de nos coopérations transfrontalières, nous faisons le constat que **coopérer, c'est aussi un métier** et qu'il y a une forme d'organisation qui permet d'être efficace. Trois points je pense à retenir : l'intérêt réel pour les trois parties de disposer d'éléments de connaissance des systèmes respectifs fiables, qui peut se fonder notamment sur un partage de données statistiques comparables entre les pays, ce qui n'existe pas, le constat a été fait que ce n'est pas encore le cas. Certes il y a des données de santé sur chacun des systèmes mais pas forcément des données qui permettent des comparaisons objectives et un dialogue commun sur ces sujets de santé.

Deuxième point sur cette connaissance mutuelle: l'intérêt d'avoir un coordonnateur. Un des facteurs d'efficacité, c'est l'existence, on l'a vu à chaque fois, d'un

coordonnateur, d'un chef de projet capable d'emmener les équipes à la fois administratives et médicales. L'échange régulier entre les équipes a été identifié comme un facteur d'efficacité. Mais c'est apparu pour tout le monde comme probablement insuffisant, c'est-à-dire que le pas suivant qui serait intéressant, c'est d'avoir de façon permanente un référent permanent commun en charge de ces questions, en capacité de repérer les opportunités et de lancer les impulsions sur ces projets de coopération.

A la fois sur les sujets statistiques et l'existence de ce référent commun, l'intérêt d'avoir un dispositif, éventuellement un cas d'INTERREG, a été rappelé.

-Ce qui fait une transition pour le quatrième facteur identifié de réussite, c'est la recherche, la possibilité de mener des actions de recherche communes, qui par exemple dans le cadre du projet SEEK a permis d'enclencher une coopération cette fois-ci sur le volet clinique, le volet du soin. Nous ont été exposées l'existence de beaucoup d'opportunités en matière de recherche. D'abord le programme INTERREG mené à la fois dans la région du Rhin supérieur et dans la Grande Région avec des montants importants (109 millions du côté du Rhin supérieur, 140 millions dans le cadre de la Grande Région) avec une augmentation très substantielle de l'ordre de 60% par rapport au programme précédent. Les conditions sont particulières. Elles ont été renforcées : insistance forte sur la nécessité de justifier des résultats, peut-être même d'ailleurs ai-je compris cette nécessité un peu excessive probablement et qui prend le pas sur le fonds des projets, en tout cas c'est ce que j'ai cru comprendre. Donc des opportunités dans ce cadre-là même si la santé n'est pas repérée formellement comme un des objectifs d'INTERREG mais il y a possibilité de relier, de rattacher ce sujet de la santé à d'autres objectifs et donc il y a une vraie capacité dans ce cadre à former des projets de recherche. Même si, cela a été rappelé, INTERREG c'est 50% du financement et donc intérêt également à reproduire des dispositifs de type Offensive Sciences qui avait été mise en œuvre et qui permettait de compléter le financement.

Autre financement disponible, cette fois-ci de façon plus large dans le cadre des projets de l'Union européenne, la Commission européenne, le projet Horizon 2020 ou les projets très spécifiques Eurostar ou ERA-NET. A signaler que la partie suisse développe également dans le cadre de sa nouvelle politique régionale des aides à la recherche qui permettent de participer à cet effort collectif de recherche.

Voilà en quelques mots, sans être plus long, à la fois la plus-value, les obstacles et surtout les capacités d'initiative et de progrès en matière de coopération transfrontalière. Merci.