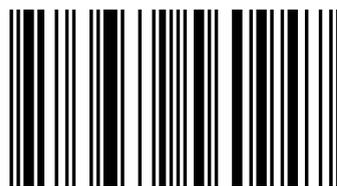


Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Großregion

Le présent ouvrage réunit les contributions écrites faisant suite au colloque « La coopération transfrontalière en Grande Région : état des lieux » organisé par le Centre juridique franco-allemand de l'Université de la Sarre le 11 octobre 2013, en coopération avec l'Institut François Géný de l'Université de Lorraine, avec le soutien déterminant de l'Université franco-allemande. Ces actes sont proposés en version bilingue intégrale. Ils réunissent dix-sept contributions portant sur de nombreux aspects de la coopération transfrontalière. / Das vorliegende Werk umfasst die schriftlichen Beiträge zum Kolloquium „Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Großregion: eine Bestandsaufnahme“, welches vom Centre juridique franco-allemand am 11. Oktober 2013 in Saarbrücken in Zusammenarbeit mit dem Institut Francois Géný der Universität de Lorraine sowie mit der maßgeblichen Unterstützung der Deutsch-Französischen Hochschule veranstaltet wurde. Diese Beiträge wurden in vollem Umfang übersetzt. Die 17 einzelnen Beiträge setzen sich mit sehr unterschiedlichen Aspekten der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit auseinander.



Als zweisprachige Institution nimmt das Centre juridique franco-allemand der Universität des Saarlandes seit über sechzig Jahren Lehr- und Forschungsaufgaben im Bereich des deutschen und des französischen Rechts sowie der Rechtsvergleichung wahr. www.cjfa.eu



978-3-639-56094-7

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit

Philippe Cossalter (Hrsg.)



Philippe Cossalter (Hrsg.)

Grenzüberschreitende Zusammenarbeit in der Großregion

La coopération transfrontalière en Grande
Région



Editions juridiques
franco-allemandes

Collection Revue générale du droit -

www.revuegeneraledudroit.eu

Série Colloques

Collection dirigée par Philippe Cossalter

Agrégé des facultés de droit

Chaire de droit public français de l'Université de la Sarre

<http://foer.cjfa.eu>

Philippe Cossalter (Hrsg.)

**Grenzüberschreitende
Zusammenarbeit in der Großregion**

La coopération transfrontalière en Grande Région

Editions juridiques franco-allemandes

Impressum / Mentions légales

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek: Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle in diesem Buch genannten Marken und Produktnamen unterliegen warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz bzw. sind Warenzeichen oder eingetragene Warenzeichen der jeweiligen Inhaber. Die Wiedergabe von Marken, Produktnamen, Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen u.s.w. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Information bibliographique publiée par la Deutsche Nationalbibliothek: La Deutsche Nationalbibliothek inscrit cette publication à la Deutsche Nationalbibliografie; des données bibliographiques détaillées sont disponibles sur internet à l'adresse <http://dnb.d-nb.de>.

Toutes marques et noms de produits mentionnés dans ce livre demeurent sous la protection des marques, des marques déposées et des brevets, et sont des marques ou des marques déposées de leurs détenteurs respectifs. L'utilisation des marques, noms de produits, noms communs, noms commerciaux, descriptions de produits, etc, même sans qu'ils soient mentionnés de façon particulière dans ce livre ne signifie en aucune façon que ces noms peuvent être utilisés sans restriction à l'égard de la législation pour la protection des marques et des marques déposées et pourraient donc être utilisés par quiconque.

Coverbild / Photo de couverture: www.ingimage.com

Verlag / Editeur:

Editions juridiques franco-allemandes
ist ein Imprint der / est une marque de

OmniScriptum GmbH & Co. KG

Bahnhofstraße 28, 66111 Saarbrücken, Deutschland / Allemagne

Email: info@omniscryptum.com

Für die Publikation verantwortlich / Responsable de la publication:

Association "Editions juridiques franco-allemandes"

contacts@ejfa-editions.eu

Herstellung: siehe letzte Seite /

Impression: voir la dernière page

ISBN: 978-3-639-56094-7

Copyright / Droit d'auteur © Philippe Cossalter (Hrsg.)

Copyright / Droit d'auteur © 2016 OmniScriptum GmbH & Co. KG

Alle Rechte vorbehalten. / Tous droits réservés. Saarbrücken 2016

La coopération sanitaire transfrontalière en Grande
Région : un contexte favorable

Olivier RENAUDIE*

* Professeur à l'Université de Lorraine (IRENEE)

La coopération transfrontalière en matière sanitaire peut se définir comme l'ensemble des actions menées conjointement par différents acteurs situés de part et d'autres de frontières, et relatives au domaine de la santé¹. Cette définition appelle plusieurs observations. D'abord, il convient de relever que le terme « santé » doit être apprécié largement : comme a pu le préciser l'Organisation Mondiale de la Santé, celui-ci renvoie à un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité² ». La coopération sanitaire transfrontalière ne se réduit donc pas, comme on le fait parfois, à la coopération hospitalière : elle va bien au-delà de la simple collaboration entre différents établissements hospitaliers situés de part et d'autre d'une frontière donnée. Ensuite, il n'est pas inutile de rappeler que la coopération sanitaire transfrontalière bénéficie du « bond qualitatif³ » de la coopération transfrontalière en général. Comme l'explique Anthony Taillefait, cette forme de coopération « s'est heurté un temps à la résistance des Etats souverains mais la volonté de satisfaire les besoins locaux transfrontaliers a été plus forte⁴ ». C'est particulièrement exact s'agissant de la Grande Région, laquelle est, on le rappelle un groupement européen de coopération territoriale associant diverses divisions territoriales de l'Allemagne, de la Belgique, de la France et du Luxembourg⁵. Enfin, il est essentiel de souligner que les actions relevant de la coopération sanitaire transfrontalière sont initiées par des acteurs particulièrement divers : des acteurs publics, principalement l'Etat, les collectivités territoriales et les établissements publics hospitaliers, mais également des acteurs privés comme les sociétés anonymes, les sociétés

¹ V. en ce sens Sandrine Perrot, « La coopération sanitaire transfrontalière : un cadre juridique en construction », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, p. 282.

² Organisation mondiale de la santé, Préambule adopté par la Conférence internationale sur la santé, New-York, 19-22 juin 1946.

³ Anthony Taillefait, « Coopération transfrontalière » in Jean-Bernard Auby et Jacqueline Dutheil de la Rochère, dir., *Traité de droit administratif européen*, 2^e éd., Bruylant, 2014, p. 1302.

⁴ *Ibidem*.

⁵ Sur la Grande Région, voir notamment Jean-Luc Deshayes et Georges Grenn, dir., *La construction des territoires en Europe : la Grande Région*, Presses universitaires de Nancy, 2010.

d'économie mixte ou encore les associations, auxquelles il convient par ailleurs d'ajouter les différents acteurs européens. Cette caractéristique n'est pas propre à la santé et s'applique à la plupart des domaines concernés par la coopération transfrontalière⁶.

Ainsi définie et précisée, la coopération sanitaire transfrontalière apparaît recouvrir un champ particulièrement large. Les actions susceptibles d'en relever poursuivent en effet des buts aussi divers que l'amélioration de l'état de santé des populations frontalières, l'accès à des soins de proximité, le développement de politiques communes entre les systèmes de santé, tant dans le domaine des soins, que de la prévention, la réduction des surcoûts liés à la territorialité des prestations ou encore la réalisation d'économies d'échelle⁷. A l'évocation de ces buts, on perçoit tout le potentiel de la coopération sanitaire transfrontalière. D'un côté, elle est susceptible de répondre aux besoins de soins des personnes mobiles et des patients des régions transfrontalières. De l'autre, elle est en mesure d'apporter des éléments de réponse aux défis contemporains auxquels est confronté le système sanitaire⁸ : l'évolution démographique, le développement de certaines pathologies, la rapidité de réponse aux situations d'urgence, la réduction de dépenses de santé, la pénurie de professionnels de santé, notamment dans certaines spécialités, la diminution de l'offre de soins en zone rurale ou encore les difficultés financières et structurelles auxquelles sont confrontés de nombreux établissements.

La coopération sanitaire transfrontalière ne saurait cependant constituer à elle seule le remède à tous les maux du système de soins. Ceci est

⁶ V. Henri Compte et Nicolas Levrat, dir., *Aux coutures de l'Europe. Défis et enjeux juridiques de la coopération transfrontalière*, L'Harmattan, 2006.

⁷ Sur les différents buts poursuivis par la coopération sanitaire transfrontalière, v. Jean-Philippe Mallé, *Rapport fait au nom de la Commission des affaires étrangères sur le projet de loi autorisant la ratification de l'accord-cadre entre la République française et le Royaume d'Espagne sur la coopération sanitaire transfrontalière*, Assemblée nationale, n° 1164, 2013, p. 11-13 et Observatoire Franco-Belge de Santé, *L'accès aux soins des populations transfrontalières*, 2013, p. 6-7.

⁸ Sur ces défis, v. notamment Claude Evin, « Des évolutions nécessaires de notre système de santé », *Le Monde*, 17 septembre 2013 et Anne Laude, Bertrand Mathieu et Didier Tabuteau, *Droit de la santé*, PUF, coll. « Thémis », 3^e éd., 2012, p. 9 et s.

d'autant plus vrai que son développement se heurte à de multiples obstacles, liés pour la plupart au fait que les systèmes de santé se sont construits « dans un relatif isolement ⁹ ». Edifiés pour répondre à des populations vivant sur des territoires nationaux définis, les systèmes de santé et de protection sociale ont en effet été pensés dans le cadre de l'Etat-Nation. Au regard de ces différentes opportunités et difficultés, l'on est conduit à s'interroger sur la mise en œuvre de cette forme de coopération sur le territoire de la Grande Région : quel état des lieux peut-on dresser aujourd'hui de la coopération transfrontalière en matière sanitaire dans la Grande Région ? Il semble possible d'affirmer que, même si des améliorations apparaissent assurément nécessaires, l'état des lieux susceptible d'être dressé, nous paraît globalement positif : la coopération sanitaire transfrontalière sur le territoire de la Grande Région est dynamique et se déploie dans un contexte favorable dans la mesure où de nombreux éléments s'avèrent propices à son développement. Ces éléments relèvent aussi bien du contexte européen (I), du contexte national (II), que du contexte local (III).

I. — LE CONTEXTE EUROPEEN

Le contexte européen peut être considéré comme favorable au développement de la coopération sanitaire transfrontalière dès lors que, d'une part, la coopération transfrontalière est de manière générale encouragée (A) et que, d'autre part, plusieurs textes, particulièrement une directive de 2011, encadrent le développement de la coopération transfrontalière en matière sanitaire (B).

⁹ Stéphane Jarlegand, « Le développement de la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé » in Mission opérationnelle transfrontalière, *Les territoires transfrontaliers : l'Europe au quotidien*, Actes du colloque des 8 et 9 novembre 2007, p. 92.

A. Une coopération encouragée

Ce point étant connu¹⁰, l'on se permettra d'être bref. La coopération transfrontalière a débuté en Europe dans les années 1960 dans le cadre du jumelage entre les villes. Elle s'est ensuite développée en deux temps.

Dans un premier temps, une convention a été adoptée dans le cadre du Conseil de l'Europe : la convention de Madrid du 20 mai 1980¹¹. Relativement peu contraignant, ce texte s'est avéré particulièrement utile en ce qu'il comportait en annexe des modèles d'accords « dans le but d'inciter les collectivités territoriales de part et d'autre des frontières à collaborer entre elles »¹².

Dans un second temps, à partir de la fin des années 1980, l'Union européenne a souhaité développer la coopération transfrontalière dans un double objectif : promouvoir la cohésion sociale et territoriale et renforcer la compétitivité et l'attractivité des territoires. Ce développement a, d'abord, pris une forme financière puisque la politique de coopération territoriale a disposé d'une enveloppe de 7, 75 milliards d'euros pour la période 2007-2013, financée par le Fonds européen de développement régional (FEDER)¹³. Il a, ensuite, pris une forme institutionnelle avec les groupements européens de coopération territoriale¹⁴. Pour la période 2014-2020, la Commission européenne a proposé de consacrer un règlement à part entière à la coopération territoriale au sein de l'Union européenne. Concernant spécifiquement la coopération transfrontalière, il est prévu que la Commission adopte une liste des zones transfrontalières

¹⁰ V. notamment Anthony Taillefait, « Coopération transfrontalière », *art. préc.* et Henri Labayle, dir., *Vers un droit commun de la coopération transfrontalière ?*, Bruylant, 2006.

¹¹ Convention-cadre européenne sur la coopération transfrontalière des collectivités et autorités territoriales, Madrid, 21 mai 1980.

¹² Anthony Taillefait, *art. préc.*, p. 1287.

¹³ Jean-Philippe Mallé, *Rapport préc.*, p. 9-11.

¹⁴ Règlement du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relatif au groupement européen de coopération de coopération territoriale. Sur ce texte, v. Jean-Charles Lubac, « Un nouvel outil communautaire de coopération : le groupement européen de coopération territoriale », *JCP A* 2006, n° 48, chron. 1295.

devant bénéficier d'un soutien sur la base d'objectifs thématiques comme par exemple, l'inclusion sociale par-delà les frontières ou encore la valorisation de la coopération juridique et administrative¹⁵, deux objectifs auxquels peut sans difficulté se rattacher la coopération transfrontalière en matière de santé.

B. Une coopération encadrée

Durant de longues années, aucun texte n'a encadré la coopération sanitaire transfrontalière. Cette dernière s'est ainsi développée « en dehors de tout cadre institutionnel pour répondre aux flux de patients transfrontaliers¹⁶ ». S'il en était ainsi, c'est en raison du fait que la santé demeure fondamentalement un domaine relevant de la compétence des Etats membres¹⁷. Cependant, comme le prévoient les Traités, d'une part, l'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur « l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies¹⁸ », d'autre part, l'Union « surveille les menaces transfrontalières graves sur la santé (...) et lutte contre celles-ci¹⁹ ». C'est dans le cadre de cette double mission qu'a été adoptée la directive du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers²⁰, laquelle a constitué une évolution majeure en la matière : désormais, la coopération sanitaire transfrontalière est encadrée au niveau européen. Sur ce point, il convient de souligner que l'intitulé de la directive est quelque peu trompeur : elle ne porte pas véritablement sur

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Sandrine Perrot, « La coopération sanitaire transfrontalière : un cadre juridique en construction », *Revue de droit sanitaire et social*, 2008, p. 284.

¹⁷ V. Sylvie Hennion, « Service public de santé et droit européen », *Revue de droit sanitaire et social*, 2013, p. 45-56.

¹⁸ Article 168 du Traité relatif au fonctionnement de l'Union européenne (TFUE).

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil. Sur ce texte, v. Nathalie de Grove-Valdeyron, « La directive sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers : véritable statut juridique européen du patient ou simple clarification d'un régime de mobilité ? », *Revue trimestrielle de droit européen*, 2011, p. 299-314.

les droits des patients mais bien sur les soins transfrontaliers. Son exposé des motifs est sans ambiguïté : il y est précisé que la directive a pour but d'« établir des règles visant à faciliter l'accès à des soins de santé transfrontaliers sûrs et de qualité élevée dans l'Union et de garantir la mobilité des patients ²¹ ».

A propos de cette directive, on doit plus particulièrement mettre l'accent sur les quatre points suivants. Le premier point est le champ d'application de la directive : si celle-ci porte sur les « soins de santé », elle n'est pas applicable à certains types de soins, principalement ceux de longue durée, les transplantations d'organes et les programmes de vaccinations publiques contre les maladies infectieuses²². Le deuxième point concerne les thèmes abordés par la directive : celle-ci cherche à faciliter l'accès aux soins transfrontaliers en posant un certain nombre de principes relatifs aux questions suivantes : la responsabilité des Etats en matière de soins transfrontaliers ; la création de points de contact nationaux d'information ; les soins soumis à autorisation préalable ; la prescription de médicaments ; l'évaluation des technologies de santé. Le troisième point est relatif à une question sensible : celle du remboursement des soins. Le principe posé par la directive est que les soins ambulatoires dispensés à l'étranger, sans autorisation médicale préalable, seront remboursés sur la base du tarif du pays où les droits sociaux du patient sont ouverts²³. L'idée est que le patient avance les frais et est remboursé par son système de sécurité sociale à partir du moment où il présente les documents liés aux prestations reçues à l'étranger. Le quatrième, et dernier, point concerne spécifiquement la coopération transfrontalière : l'article 10-3 de la directive énonce que la Commission « encourage les Etats membres à coopérer en matière de prestation de soins de santé transfrontaliers dans les régions frontalières » ; il est souligné par ailleurs les Etats membres doivent « faciliter la coopération en ce qui concerne la prestation de soins de santé transfrontaliers au niveau régional ²⁴ ». Ces

²¹ Paragraphes 5 et 64 de la directive précitée.

²² Article 1^{er} de la directive précitée.

²³ Article 7 de la directive précitée.

²⁴ Article 10 al. 2 de la directive précitée.

dernières dispositions sont assurément de nature à développer la coopération sanitaire transfrontalière dans la Grande Région, laquelle bénéficie par ailleurs d'un contexte national favorable.

II. — LE CONTEXTE NATIONAL

Il peut paraître paradoxal d'évoquer un contexte « national » à propos de la coopération transfrontalière. Il n'en demeure pas moins que le contexte juridique français, puisque c'est bien lui auquel il est ici fait référence, peut être considérée comme favorable au développement de la coopération sanitaire transfrontalière dans la Grande Région pour au moins deux raisons : d'une part, au regard de certains textes (A), d'autre part, au regard de certaines politiques (B).

A. Les textes

La coopération sanitaire transfrontalière dans la Grande Région apparaît d'autant plus facilitée que la réglementation française comprend depuis plusieurs années des textes relatifs à la prise en charge des soins reçus à l'étranger par des ressortissants²⁵. Parmi ces textes, deux méritent plus particulièrement d'être mentionnés.

Le premier est le décret du 19 mai 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France²⁶. Ce texte autorise les organismes de sécurité sociale et les établissements de soins situés de l'autre côté de la frontière à conclure des conventions afin de prévoir les conditions de séjour des assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état. Ce qui s'avère remarquable, c'est que les assurés bénéficiant de ces conventions sont dispensés d'obtenir une quelconque autorisation préalable. C'est ainsi, par exemple, dans ce cadre que sont négociées des

²⁵ Pour une analyse de ces différents textes, voir Observatoire Franco-Belge de Santé, *L'accès aux soins des populations transfrontalières*, *op. cit.*, p. 38 et s. voir aussi Steve Chrétien, *Droit européen des patients en matière de soins transfrontaliers*, Les Etudes Hospitalières, 2011.

²⁶ Décret n° 2005-386 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le Code de la sécurité sociale.

conventions de prise en charge des personnes handicapées françaises dans des établissements belges ou luxembourgeois.

Le second est la circulaire du ministre de la Santé du 27 mai 2005²⁷ relative à ce que l'on appelle le parcours de soin. Ce texte détermine les modalités d'application du parcours de soins coordonné s'agissant, d'un côté, des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger et, de l'autre, des assurés d'un régime étranger recevant des soins en France. Ce qui est essentiel du point de vue de la coopération sanitaire transfrontalière, c'est que cette circulaire prévoit que les praticiens étrangers des zones frontalières françaises sont intégrés dans le parcours de soins coordonné en ce qu'ils sont considérés comme se situant dans le « périmètre du lieu de résidence stable et durable de l'assuré français ²⁸ ». C'est ainsi notamment qu'à ce titre, un médecin étranger peut être choisi par un assuré français comme médecin traitant.

B. Les politiques

Plusieurs politiques initiées ces dernières années en France doivent être considérées comme de nature à faciliter le développement de la coopération sanitaire transfrontalière. Parmi celles-ci, on peut plus particulièrement en évoquer deux.

La première politique est celle visant à mettre en place un dossier médical personnel (DMP)²⁹, qui est un outil de stockage des données personnelles de santé. Créé par une loi du 13 août 2004³⁰, le dossier médical personnel s'est heurté à une série d'obstacles, notamment techniques,

²⁷ Circulaire DSS/DACI/2005/75 relative aux conditions d'inscription dans le parcours de soins des assurés d'un régime étranger recevant des soins en France et des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger.

²⁸ Article 12 de la circulaire précitée.

²⁹ Sur le dossier médical personnel, v. notamment Camille Bourdaine-Mignot, « Le dossier médical personnel : un outil de stockage des données en vue d'une utilisation partagée », *Revue générale de droit médical*, 2012, n° 44, p. 295-311.

³⁰ Article 3 de la loi n° 2004-810 précitée.

avant d'être relancé par la loi dite « HPST » du 21 juillet 2009³¹. C'est un fait que la coopération sanitaire transfrontalière ne saurait fonctionner valablement et pleinement sans un tel outil, qui permet aux professionnels de santé, français et étrangers, de partager des informations relatives à un patient³². Il est heureux qu'un tel outil ait été mis en place même s'il est actuellement en phase de déploiement sur l'ensemble du territoire national et que sa généralisation tarde à se réaliser. L'on peut penser qu'à terme, l'un des enjeux du développement de la coopération sanitaire transfrontalière sera la création d'un dossier médical personnel européen.

La seconde politique mise en œuvre est celle relative à la télémédecine³³. Définie comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ³⁴ », la télémédecine renvoie à deux hypothèses distinctes : celle d'une relation à distance entre un médecin et un patient (téléconsultation) ; celle d'une relation à distance entre plusieurs médecins (téléexpertise)³⁵. Comme a pu le souligner la ministre de la Santé Roselyne Bachelot, « la télémédecine n'est pas un sujet comme les autres mais le système qui, dans les années à venir, va transformer les pratiques médicales, voir la manière dont nous concevons la santé ³⁶ ». On s'explique dès lors que les pouvoirs publics français aient investi près de 180 millions sur 5 ans afin de soutenir son développement. Les finalités poursuivies par la télémédecine sont multiples : égal accès aux soins ; amélioration de la qualité des soins, notam-

³¹ Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

³² Comme le souligne Camille Bourdairé-Mignot, « cet outil est indispensable au développement des pratiques qui impliquent une centralisation des données de santé auxquelles le professionnel de santé doit pouvoir accéder à distance » (*art. préc.*, p. 311).

³³ Sur la télémédecine, v. Maïalen Contis, « La télémédecine, nouveaux enjeux, nouvelles perspectives juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, 2010, p. 235-246 et Olivier Renaudie, « Télémédecine et téléservice public », *Revue française d'administration publique*, 2013, n° 146, p. 381-391.

³⁴ Article 78-I de la loi n° 2009-879 précitée.

³⁵ Décret n° 2010-1229 relatif à la télémédecine.

³⁶ Discours d'ouverture du colloque sur 'Les systèmes d'information de la santé', 6 novembre 2008.

ment en facilitant le suivi à distance ; réduction des coûts et utilisation optimale des ressources mobilisables³⁷. Au-delà de ses finalités principales, la télémédecine peut également être considérée comme un outil au service de la coopération sanitaire transfrontalière³⁸ dans la mesure où elle permet de faciliter, d'une part, les soins transfrontaliers et, d'autre part, les échanges d'informations entre professionnels de santé d'un côté et de l'autre de la frontière. Le contexte s'avère tout aussi favorable au développement de la coopération sanitaire transfrontalière au niveau local.

III. — Le contexte local

La Grande Région constitue un territoire propice au développement de la coopération sanitaire transfrontalière. Cela tient aussi bien à ses caractéristiques propres (A), qu'aux initiatives en découlant (B).

A. Les caractéristiques

La Grande Région est un groupement européen de coopération territoriale qui s'étend sur une superficie de 65 400 km² entre le Rhin, la Moselle, la Sarre et la Meuse. Elle est composée des membres suivants : la région Lorraine ; le Land allemand de la Sarre ; le Land allemand de la Rhénanie-Palatinat ; le Grand-Duché du Luxembourg et la région belge de la Wallonie. La Grande Région a émergé dans les années 1960 et a été consolidée dans les années 1980 dans le but d'améliorer la coopération politique et économique entre les différents acteurs concernés³⁹.

³⁷ V. en ce sens Pierre Lasbordes, *La télésanté : un nouvel outil au service de notre bien-être*, Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé et des Sports, 2009.

³⁸ V. en ce sens la directive européenne 2011/24/UE précitée et le rapport de Pierre Lasbordes précité.

³⁹ Pour une histoire de la Grande Région, voir Camilo Carneiro Filho, « La Grande Région, région transfrontalière européenne », *Confins*, 2012, n° 16 (<http://confins.revues.org/7908>).

Au-delà des considérations d'ordre topographique et historique, la principale caractéristique de la Grande Région tient au fait qu'elle est traversée de manière permanente par des flux de travailleurs et de consommateurs transfrontaliers. Il faut en effet rappeler que 200 000 travailleurs « grands régionaux » se rendent dans un État autre que le leur quotidiennement, dont 145 000 vers le seul Luxembourg⁴⁰. L'importance et la permanence de ces flux ont très rapidement conduit à réfléchir à la manière dont il était possible d'offrir à ces personnes mobiles des formes de soins adaptées à leurs besoins et facilitées par des procédures administratives uniformisées, particulièrement s'agissant de la prise en charge financière. On s'explique dès lors les nombreuses initiatives prises en la matière dans ce cadre.

B. Les initiatives

La Grande Région n'a pas attendu la confection de normes, européennes ou françaises, pour mettre en œuvre un certain nombre de projets en matière sanitaire. De nombreuses initiatives ont ainsi été lancées à partir des années 1990 dans le but d'« assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière, de garantir une continuité des soins (...) et de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques »⁴¹. C'est ainsi qu'aujourd'hui, la Grande Région peut être considérée comme un laboratoire d'idées et d'expériences. Un rapport parlementaire récent portant sur la coopération sanitaire transfrontalière entre la France et l'Espagne considère d'ailleurs la Grande Région comme une référence en la matière⁴².

Parmi ces nombreuses initiatives⁴³, on peut citer la convention passée entre les Centres hospitaliers de Tourcoing (France) et de Mouscron

⁴⁰ STATEC, *Statistiques de la Grande Région*, Luxembourg, 2012.

⁴¹ Sandrine Perrot, « La coopération sanitaire transfrontalière : un cadre juridique en construction », *art. préc.*, p. 284.

⁴² « Associant également plus de deux pays, le programme 'Grande Région' est sans doute l'un des meilleurs exemples d'un projet d'Europe sans frontière » (Jean-Philippe Mallé, *rapport préc.*, p. 12).

⁴³ Pour un panorama plus complet de ces initiatives, on se permet de renvoyer à la contribution de Valérie Scheffzek qui figure dans le présent ouvrage.

(Belgique), laquelle est entrée en vigueur en juin 1994, c'est-à-dire bien avant l'adoption de certains textes réglementant ou facilitant la coopération transfrontalière⁴⁴. D'un côté, le Centre hospitalier de Mouscron ne disposait pas d'un laboratoire de référence en matière de maladies infectieuses : il ne pouvait dès lors prendre en charge intégralement les patients atteints de maladies infectieuses graves. C'est pourquoi il orientait ces patients vers une unité de soins spécialisés située souvent à plus de 100 km de leur lieu de résidence. Et ce, alors même que le Centre hospitalier de Tourcoing, situé à 2 km de l'autre côté de la frontière, disposait d'un tel laboratoire. De l'autre côté, le Centre hospitalier de Tourcoing ne disposait pas de poste de dialyse. C'est pourquoi il orientait ses patients vers les services de néphrologie situés à Lille ou à Roubaix. Et ce, alors même que le Centre hospitalier de Mouscron disposait de plusieurs postes de dialyse. C'est ainsi que les deux Centres hospitaliers ont passé une convention permettant, d'une part, à des patients belges, atteints d'une maladie infectieuse grave de recevoir des soins au Centre hospitalier de Tourcoing et, d'autre part, à des patients français atteints d'insuffisance rénale d'être dialysés au Centre hospitalier de Mouscron⁴⁵. Cet exemple montre que les premières initiatives en matière de coopération sanitaire transfrontalière sont relativement anciennes, mais surtout antérieures à l'adoption des textes encadrant ce type de coopération.

Le contexte, européen, national et local, est très largement favorable au développement de la coopération sanitaire transfrontalière sur le territoire de la Grande Région. Les différents éléments évoqués, associés à une volonté politique forte, ont permis d'édifier de nombreux projets et, de manière plus générale, d'enclencher une dynamique de santé sans frontière. Il ne faut cependant pas tomber dans l'optimisme béat et sous-estimer les obstacles au développement de la coopération sanitaire transfrontalière. Parmi ces obstacles, on peut par exemple mentionner la bar-

⁴⁴ Sur cette convention, v. Observatoire Franco-Belge de Santé, *L'accès aux soins des populations transfrontalières*, *op. cit.*, p. 42-45.

⁴⁵ Cette seconde partie de la convention n'a plus lieu d'être depuis la création de la Zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) 'MRTW URSA', laquelle donne accès à l'ensemble de l'offre de soins du centre hospitalier de Mouscron pour les patients français de la zone concernée.

rière de la langue ou encore l'absence de formations communes des personnels de santé. C'est notamment sur ces points que doit désormais porter l'effort des acteurs de la coopération sanitaire transfrontalière dans la Grande Région.