

Vers une nouvelle approche de la gouvernance transfrontalière en matière de santé publique entre le Hainaut belge et la région Hauts-de-France

(Directeur : M. Dominique – Paule DECOSTER)

Mémoire de fin d'études présenté par

Lionel PAHULYCZ

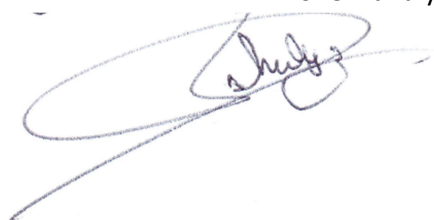
En vue de l'obtention du diplôme

- de Master en politique économique et sociale,
à finalité spécialisée en gestion des politiques
économiques et sociales

Je déclare sur l'honneur que ce manuscrit est le fruit de mon travail personnel et que tout élément provenant d'une autre source a été dûment référencé.

Fait à Mons,
Le 14-08-17

Lionel Pahulycz

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Lionel Pahulycz', with a large, sweeping flourish extending from the bottom left.

Remerciements

Ce travail a représenté pour moi à la fois un aboutissement et un tournant, et il m'est par conséquent nécessaire de faire un bilan sur mon avancement. Un aboutissement, car il constitue la fin d'un très long chemin entamé en 2008 déjà en ce qui s'appelait à l'époque Université de Mons Hainaut, entre temps devenue UMonS par la force des fusions successives de différents établissements. Un tournant, car s'il marque la fin (provisoire ?) de mon parcours académique, il constitue également le tremplin vers une autre vie, pleine de responsabilités, et offrant d'autres possibilités. Par conséquent, les remerciements que j'adresse via cette tribune débordent largement du cadre strict de l'accomplissement de ce travail. Je pense que pour comprendre réellement la portée que représente pour moi ce travail, il est nécessaire de revenir en arrière.

Mon parcours a été long, et m'a permis de rencontrer de très nombreuses personnes. Il a commencé en 2008 à la Faculté de Médecine et de Pharmacie, une première étape couronnée par l'obtention d'un master en sciences biomédicales en juin 2014. J'ai énormément apprécié l'accomplissement de mon premier mémoire dans le service de Physiologie et de Pharmacie du professeur Alexandre Legrand. Mr Legrand a véritablement représenté pour moi une source d'inspiration et m'a certainement beaucoup appris. Et je me dois par conséquent de remercier l'ensemble de son service pour l'expérience formidable que cela a représenté pour moi, et le souvenir que j'en garde encore aujourd'hui.

Mon parcours s'est ensuite poursuivi à la Faculté Warocqué d'Économie et de Gestion, pour des raisons diverses. Cela a été l'occasion pour moi de découvrir une toute autre approche de la gestion d'une faculté (débarrassée au passage des innombrables problèmes et multiples réformes de l'enseignement de la médecine en Fédération Wallonie – Bruxelles !), avec une démarche qualité revendiquée et mise en application. Je dois dire que cette expérience m'a été étrange : je ne m'y suis jamais pleinement senti étudiant « à temps plein ». Mais cela ne m'a pas empêché d'y apprécier les enseignements dont j'ai bénéficiés, et d'y faire la connaissance d'une équipe pédagogique et administrative pleinement impliquée dans son travail. Je souhaite donc par la présente leur adresser collectivement mes plus vifs remerciements. Parmi les noms marquants qui me viennent à l'esprit en rédigeant ces lignes, je pourrais citer les professeurs Decoster, Destatte, Heldenberg, Mahy, Pagano, Vassart, ou encore le PhD Vandernoot. Et bien entendu, je remercie également certains camarades de classe rencontrés à cette occasion. Se retrouver « à temps partiel » dans des études n'est pas quelque chose qui est toujours compris et accepté, mais cela a été un réel plaisir que de rencontrer certaines personnes peut-être plus compréhensives que la moyenne. Maxime, c'est tout particulièrement à toi que je pense ici, tant nos situations personnelles présentent des similitudes !

Enfin, mon cheminement à l'UMonS ne serait pas complet si je n'abordais pas mon implication dans la représentation étudiante et ce que cela a représenté pour moi. Débuté dès ma troisième bachelier en biomed, cet investissement – important – s'est poursuivi jusqu'à aujourd'hui. À l'heure d'écrire ces lignes, et même si tout doucement une page se tourne, je suis certainement le représentant étudiant le plus ancien, avec six années de présence au Conseil d'Administration de l'UMonS et à l'Organisation Représentative des Étudiants dont j'ai eu l'insigne honneur d'être le vice-président pendant quatre ans. Je n'évoquerai pas les multiples mandats dérivés que j'ai eu l'occasion d'occuper, mais il est important de souligner que par-delà l'expérience énorme que ces engagements

m'ont permis d'engranger, ils m'ont aussi et surtout permis de rencontrer des personnes qui me sont chères, et qui pour certaines sont devenues des amis. Merci donc à Mourad, Alex, Max, Matthieu et bien d'autres encore qui se reconnaîtront.

Plus largement, ces engagements étudiants m'ont permis de découvrir une autre facette de l'UMons, probablement ignorée ou à tout le moins sous-estimée par la plupart des étudiants : sa dimension humaine qui, au-delà d'un simple slogan commercial, est une réalité que j'ai pu constater dans sa gestion au quotidien. Merci donc à l'ensemble des responsables de l'université, Mr Conti en tête, pour votre politique et votre vision de l'enseignement supérieur réellement au service de la communauté estudiantine montoise.

L'UMons a également été pour moi source de différents jobs étudiants. Merci entre autres à Jérôme et Sarah pour avoir été des collègues si agréables dans le principal d'entre eux !

Concernant plus spécifiquement le présent travail, il me convient de remercier tout particulièrement Mme Dominique – Paule Decoster, promotrice sans laquelle il n'aurait pu être réalisé. Madame, ce sont sans doute vos enseignements si particuliers qui sont les plus marquants du master en politiques économiques et sociales que vous incarnez si bien, et c'est donc tout naturellement que je me suis tourné vers vous, tant pour l'encadrement de mon stage de fin d'étude que pour l'organisation de ce travail, dont l'accomplissement n'aurait été possible sans vos conseils avisés et votre disponibilité. Votre sympathie, votre bonne humeur, mais également vos critiques sont autant d'éléments à porter à votre crédit.

Merci également à mes parents, qui m'ont toujours poussé à entreprendre des études et soutenu dans les moments difficiles. Cela n'aurait sans doute pas été possible sans vous.

Pour terminer, et sur un plan plus personnel, je me dois également de remercier ma compagne qui a été à mes côtés durant ce master, et qui a probablement dû être à un certain niveau désespérée de me voir reprendre des études ! Je me doute qu'il n'a pas toujours été facile de devoir me supporter face aux difficultés présentées par une reprise d'étude, tout particulièrement dans un master au programme chargé, crédits complémentaires de bachelier obligeant. Ma chérie, merci.

Il est temps maintenant de boucler cette section à la longueur sans doute inhabituelle pour un mémoire, mais je n'aurais pu faire autrement pour les raisons exposées précédemment. Si j'ai oublié de mentionner certaines – nombreuses – personnes (et c'est le cas !), je leur prie de bien vouloir m'en excuser. Ce n'est certainement pas par manque de considération à leur égard, mais bien parce qu'il me serait impossible d'énumérer toutes les personnes importantes dont j'ai croisé la route durant cette longue période universitaire, à moins d'en dresser une liste aussi longue que rébarbative en énième annexe de ce travail !

À tous, merci.

Résumé du travail en français

La santé publique fait partie des compétences partagées, c'est-à-dire des compétences gérées essentiellement par les états-membres avec l'assistance, si nécessaire, de l'Union Européenne. Cependant, parce que les soins de santé rentrent dans le champ du marché unique des biens et services, l'Union garde une influence considérable sur la santé publique, ainsi que sur ses déterminants.

C'est ainsi que l'Union Européenne a favorisé la mobilité des patients, en adoptant une directive sur les soins de santé transfrontaliers pour garantir aux usagers des systèmes de santé le respect de leurs droits dans un autre état-membre de l'Union.

L'Europe a de plus développé des outils, financiers et juridiques, pour inciter à des collaborations transfrontalières locales allant jusqu'à la mise en place d'infrastructures communes. L'exemple le plus poussé d'une telle collaboration est l'hôpital franco-espagnol de Cerdagne. Bien qu'encore jeune, ce projet unique constitue une référence en matière de collaboration transfrontalière en Europe.

La région Hauts-de-France présente un profil sanitaire défavorable par comparaison à la France métropolitaine. S'il existe une Agence Régionale de Santé pour ce territoire, la politique de santé publique relève de l'état français, et l'on peut donc légitimement se demander si elle est pleinement adaptée à la région.

Le même constat peut être fait en ce qui concerne la gestion de la santé publique dans la province du Hainaut, en Belgique. Cette province présente en effet un profil socio-économique et sanitaire particulièrement défavorable, comparativement plus faible que la moyenne nationale belge. La question de la pertinence des politiques de santé menées par la Belgique par rapport à la province du Hainaut peut donc être remise en question. Il en va de même pour la région wallonne, certes moins défavorisée que la province du Hainaut mais malgré tout en dessous de la moyenne belge.

La province du Hainaut et la région des Hauts-de-France sont plus proches l'une de l'autre sur le plan sanitaire qu'elles ne le sont de leurs états respectifs. Cette proximité de fait entre ces deux territoires est un argument en faveur d'une approche globale, commune et transfrontalière de la politique de santé publique à leur échelle. Ce rapprochement doit se faire à plusieurs niveaux pour une organisation systémique : une politique générale de santé à l'échelle d'une supra-région transfrontalière peut ainsi être matérialisée au niveau local par des collaborations autour de projets soutenus par l'Union Européenne, et doit intégrer dans sa gouvernance l'utilisateur des systèmes de santé, c'est-à-dire le citoyen habitant ce territoire.

Mots-clés : Union européenne, gouvernance, santé publique, collaborations transfrontalières, frontière franco-belge.

Résumé du travail en anglais

Public health is part of the shared competences between European Union and member states, which means they are elaborated at a national level, with limited assistance from Europe. Nevertheless, because healthcare is considered part of the European common market of goods and services, European Union keeps a considerable impact on public health and its determining factors.

European Union promotes patient's mobility, by adopting a directive concerning cross-border healthcare to ensure access to public healthcare everywhere in Europe, as well as respect for patients' rights.

Europe also developed financial and juridical tools to encourage local cross-border collaborations as far as common infrastructures. The most relevant example is the French – Spanish hospital of Cerdagne. Despite being a relatively new project, this unique prospect is a reference in cross-border collaboration in Europe.

The French region Hauts-de-France exhibits an unfavourable health profile compared with metropolitan France. Despite the instauration in 2010 of health regional agencies in charge with local application of public health policies, we can legitimately question their efficiency in regard of the local context.

The same observation may be made concerning the management of public health in the Belgian province of Hainaut. This province exhibits particularly low socio-economic and health profiles compared with Belgian national levels. The efficiency of federal healthcare policies of Belgium in this territory remains controversial and raises questions. The same goes for the Walloon region, which is certainly less disadvantaged than the province of Hainaut but still below the Belgian average.

The province of Hainaut and the Hauts-de-France region are closer to each other in terms of health than they are in their respective states. This de facto proximity between these two territories is an argument in favour of a global, common and cross-border approach to public health policy at their scale. This rapprochement must take place at several levels for a systemic organization: a general health policy at the level of a cross-border supra-region can thus be materialized at the local level through collaborations around projects supported by the European Union.

In order to be successful, any project must integrate into its governance the users of health systems: citizens residing in the territory.

Keywords : European Union, governance, public health, cross-border collaborations, French-Belgian border.

Liste des abréviations utilisées dans le cadre de ce travail

AEM : Agence Européenne du Médicament

ALD : Admissions de Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité

CEPCM : Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies

CJUE : Cours de Justice de l'Union Européenne

ComPlan : Commission de Planification de l'offre médicale

CPAS : Centre Public d'Action Sociale

CRS : Conférence Régionale de Santé

CRSA : Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie

CTS : Conseil Territorial de Santé

FEDER : Fonds Européens de Développement Régional

GECT : Groupement Européen de Coopération Territoriale

GECT-HC : GECT – Hôpital de Cerdagne

HCTC : Hôpital Commun Transfrontalier de Cerdagne

IDEA : Intercommunale de Développement Économique et d'Aménagement du Cœur du Hainaut

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie – Invalidité

IWEPS : Institut Wallon de l'Évaluation, de la Prospective et de la Statistique

LR : Les Républicains

LUSS : Ligue des Usagers des Services de Santé

MR : Maison de Repos

MRS : Maison de Repos et de Soins

OFBS : Observatoire Franco – Belge de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé, dite aussi WHO (World Health Organization)

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONSS : Office National de Sécurité Sociale

OSH : Observatoire de la Santé du Hainaut

PME : petites et moyennes entreprises

PRS : Politique Régionale de Santé

PS : Parti Socialiste

RIS : Revenu d'Intégration Sociale

SMUR : Service Médicaux d'Urgence et de Réanimation

SPF : Service Public Fédéral

TBTS : Tableau de Bord Transfrontalier de la Santé

TFUE : Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne

UCL : Université Catholique de Louvain

UE : Union Européenne

ULB : Université Libre de Bruxelles

ULG : Université de Liège

UMons : Université de Mons

UNamur : Université de Namur

VAS : cancer des voies aérodigestives supérieures

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZOAST : Zones Organisées d'Accès et de Soins de Santé

Table des matières

Remerciements	2
Résumé du travail en français	4
Résumé du travail en anglais.....	5
Liste des abréviations utilisées dans le cadre de ce travail.....	6
Table des matières	8
I. Introduction générale.....	12
II. Première partie : contextualisation et approche théorique	15
1. Contexte : le cadre législatif européen	16
2. La traduction par la commission : stratégie européenne pour la santé	20
2.1 Ensemble pour la santé.....	20
2.2 Investir dans la santé : plan de 2013	23
2.3 Stratégie européenne pour la santé 2014 – 2020.....	24
2.4 Un mot sur la stratégie européenne pour les personnes handicapées	26
3. Collaborations transfrontalières dans le domaine de la santé : les initiatives européennes ...	29
3.1 Généralités	29
3.2 Rapport sur le fonctionnement de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de santé	31
4. De la convention cadre de Madrid aux GECT	35
4.1 La convention de Madrid.....	35
4.2 Les Groupements Européens de Coopération Territoriale (GECT)	36
5. Initiatives européennes : situation, aspects critiques et perspectives d'évolution	37
6. L'hôpital transfrontalier de Cerdagne	41
6.1 Présentation générale	41
6.2 Contexte territorial.....	41
6.3 Historique du projet	43
6.4 Description de l'hôpital et des services fournis, fonctionnement	44
6.5 Impact et bilan.....	46
6.5.1 Rapport du sénat français de 2014 sur la coopération transfrontalière franco-espagnole	47
6.5.2 Rapport de François Calvet, sénateur des Pyrénées Orientales	50
6.5.3 Autres éléments de bilan	51
6.5.4 En conclusion.....	52
6.6 Européanisation de la frontière en Cerdagne : particularités et raisons d'un succès.....	53
7. Conclusions.....	56

III. Deuxième partie : approches méthodologiques d’une coopération transfrontalières entre le Hainaut et la région Hauts-de-France	57
8. Stratégie Santé de la région Hauts-de-France.....	58
8.1 Caractérisation du territoire et principaux indicateurs	58
8.1.1 Découpage politique et administratif	58
8.1.2 Indicateurs humains	59
8.1.3 Indicateurs économiques	59
8.2 Offre et besoins en matière de soins de santé à l’échelle régionale	62
8.2.1 Besoins.....	62
8.2.2 Offre médicale	64
8.2.3 Conclusions sur l’état sanitaire de la population des Hauts-de-France	65
8.3 Politique régionale en matière de santé et gouvernance territoriale.....	66
8.3.1 Gouvernance territoriale en matière de santé	66
8.3.2 Agences régionales de santé	70
8.3.3 Politique régionale de santé (PRS)	71
9. Approche de la santé en province du Hainaut en terme de gouvernance multi-niveau	74
9.1 Délégation de compétence en matière de santé dans l’état fédéral belge	74
9.2 Limitation découlant de cette répartition de la gouvernance en matière de santé publique : le cas de la « crise des INAMI »	75
9.3 Compétences santé de la Wallonie et de la Communauté Française de Belgique	78
9.4 Politique de santé publique : compétences provinciales.....	80
9.5 Démocratie sanitaire en Belgique : droits du patient	81
10. Diagnostic Santé du Hainaut	83
10.1 Caractérisation du territoire et principaux indicateurs.....	83
10.1.1 Découpage politique et administratif	83
10.1.2 Indicateurs humains	83
10.1.3 Indicateurs économiques	84
10.2 Offres et besoins en matière de santé à l’échelle du territoire	86
10.2.1 Besoins	86
10.2.2 Offre médicale	90
10.2.3 Conclusions sur l’état sanitaire du territoire.....	92
11. Coopérations transfrontalières Franco-belges dans le domaine de la santé.....	93
11.1 Cadre général	93
11.2 L’Observatoire Franco-Belge de la Santé (OFBS).....	94

11.3 Tableau de Bord Transfrontalier de la Santé.....	95
11.4 Les coopérations transfrontalières en matière de santé dans le cadre du programme Interreg IV.....	96
11.5 Les coopérations transfrontalières en matière de santé dans le cadre du programme Interreg V.....	97
11.6 Les coopérations transfrontalières en matière de santé dans le cadre de l’Eurométropole Lille – Courtrai – Tournai	98
11.7 Conclusions.....	99
IV. Conclusions et recommandations.....	101
12.1 Généralités	102
12.2 En matière territoriale.....	103
12.3 En matière de gouvernance	105
12.4 En matière de démocratie sanitaire	107
12.5 En matière de projets locaux.....	107
12.6 Conclusions générales	109
V. Sources	110
a. Bibliographie en peer review	110
b. Documents officiels publics.....	113
c. Sitographie	115
d. Articles de presse	117
e. Autres	118
VI. Annexes	119
Annexe 1 : articles du Traité sur le Fonctionnement de l’Union Européenne concernant la mise en place d’une santé communautaire.....	120
Annexe 2 : articles du TFUE et de la Charte des droits fondamentaux protégeant les personnes handicapées.....	124
Annexe 3 : convention-cadre sur la coopération transfrontalières et collectivités ou autorités territoriales.....	125
Annexe 4 : règlement concernant la mise en place des GECT	128
Annexe 5 : cartes des différents territoires mentionnés dans le cadre de ce travail	136
Territoire couvert par l’hôpital de Cerdagne	136
Territoire de la région Hauts-de-France.....	136
Territoire couvert par Cœur du Hainaut	137
Territoire de l’Eurométropole Lille – Courtrai – Tournai.....	138
Annexe 6 : évolution du différentiel de mortalité et de diverses causes de pathologies pour la région Hauts-de-France par rapport à la France Métropolitaine.....	139

Annexe 7 : détail de l'offre médicale des différentes spécialités en région Hauts-de-France.....	142
Annexe 8 : index des tableaux, cartes et illustrations repris dans notre travail	143
Tableaux	143
Cartes.....	144
Illustrations.....	144

I. Introduction générale

La santé est probablement l'un des enjeux des politiques publiques les plus sensibles qui soit, car elle touche directement au bien-être du citoyen¹. Elle est également l'un des domaines les plus vulnérables, notamment en période de crise économique comme celle que l'Europe subit depuis 2008^{2 3}, et l'un des plus impactés par les inégalités socio-économiques, avec des conséquences dramatiques^{4 5}.

Il n'est donc pas étonnant qu'à ce titre, il s'agisse d'une des compétences qui reste quasi-intégralement laissée aux états-membres de l'Union Européenne. Si l'Union Européenne peut donner de grandes orientations générales aux politiques de santé publique et peut prendre des initiatives pour tenir compte de la mobilité des citoyens européens au sein du marché unique, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de celles-ci relèvent encore largement des états-membres. Or, force est de constater que les territoires des états-nations reçus en héritage d'une histoire complexe sont marqués par une forte hétérogénéité remettant en question la pertinence de l'exercice de la compétence de santé publique à cette échelle. D'autres échelles territoriales, marquées par une plus grande cohésion, peuvent en effet paraître mieux adaptées à cet exercice en répondant à des besoins précis émanant de caractéristiques particulières des déterminants en matière de santé. L'existence et la détermination de tels territoires ne sont pas exclusives de l'existence en leur sein de frontières nationales.

Les problématiques liées à la santé débordent également largement du cadre national, et l'histoire de la construction européenne a été émaillée d'événements d'ordre sanitaire qui ont nécessité une réponse transnationale. Dans le domaine sanitaire, nous pouvons citer différents scandales comme ceux ayant eu trait aux poches de sang contaminées, à la vache folle, ou plus récemment au Mediator. De plus, dans le cadre de l'instauration du marché unique des biens et services, la protection des consommateurs (compétence communautaire) passe par l'établissement de normes sanitaires. L'Europe a donc une influence capitale en matière de santé publique, qui déborde largement du simple cadre de la gestion de l'offre et des besoins en matière médicale.

Face à ces considérations, l'Europe peut mettre en place des outils facilitant les coopérations transfrontalières permettant de concrétiser des projets de santé à l'échelle d'un territoire régional caractérisé par une plus grande proximité et une meilleure adaptation aux besoins propres de sa population qu'une politique purement nationale. Ces outils peuvent être de deux ordres : financier d'abord, via par exemple les fonds Interreg du programme FEDER. Juridique ensuite, via la création

¹ «Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948»

² Matos, Ana Raquel, & Serapioni, Mauro. (2017). The challenge of citizens' participation in health systems in Southern Europe: a literature review. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1), e00066716. Epub January 23, 2017.

³ Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JPA. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *The BMJ*. 2016;354:i4588. doi:10.1136/bmj.i4588.

⁴ Arena R, McNeil A, Sagner M, Hills AP, : The Current Global State of Key Lifestyle characteristics : Health and Economic Implications. *Prog Cardiovasc Dis*. 2017 Mar - Apr;59(5):422-429.

⁵ Lopez-Valcarcel, B.G. & Barber, P. Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain. *Appl Health Econ Health Policy* (2017) 15: 13.

d'un statut particulier : le Groupement Européen de Coopération Territoriale (GECT). À une approche globale de la santé à l'échelle communautaire, guidée par des stratégies relativement générales, vient dès lors s'ajouter une autre couche, locale, plus adaptée dans certains contextes aux particularismes locaux qu'une politique purement nationale.

Dans le cadre de notre présent travail, nous allons tout d'abord aborder les compétences de l'Europe en matière de santé, telles qu'on les retrouve énoncées dans le TFUE. Nous évoquerons par la suite avec un regard critique les initiatives des institutions européennes (et en particulier de la Commission européenne) qui en découlent, notamment les stratégies et plans successifs courant jusqu'à l'horizon 2020. Nous évoquerons ensuite la politique de l'Union Européenne en matière de soins transfrontaliers, et les outils qui ont été mis en place à cette fin.

L'exemple le plus abouti (et jusqu'à présent unique) de coopération transfrontalière au sein de l'Union est l'Hôpital de Puigcerdà – Cerdagne, mis en place pour répondre à des contraintes territoriales particulières de cette région transfrontalière située entre la France et l'Espagne. Cet hôpital constitue en effet l'exemple le plus remarquable d'une utilisation pertinente des outils mis en place par l'Union Européenne pour répondre à des besoins particuliers découlant directement de contraintes territoriales caractéristiques, et c'est pourquoi nous allons présenter le projet, mais également nous attarder sur sa mise en œuvre, et les premiers enseignements qui en ressortent, notamment sur le plan de la gouvernance (tant au stade d'élaboration du projet que de l'utilisation de l'outil qui en résulte et qui en constitue l'aboutissement).

Nous allons ensuite aborder notre développement pratique par un diagnostic territorial de la région Hauts-de-France, frontalière de la Belgique. Cette partie comprendra non seulement toute une série de caractéristiques propres au territoire, permettant d'en dresser l'état de santé socio-économique, mais également la politique portée par ce territoire en matière de santé et les éléments clés de gouvernance ayant permis l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique. Un travail similaire sera ensuite réalisé pour le Hainaut belge qui est frontalier de ce territoire. Nous terminerons cette partie par une évocation des collaborations transfrontalières existant déjà entre ces deux territoires européens.

Nous allons ainsi démontrer que les territoires du Hainaut belge et de la région Haut-de-France, frontalière de la Belgique, ont des caractéristiques socio-économiques proches ayant des conséquences similaires sur le plan de la santé, en gardant à l'esprit la définition qu'en donne l'OMS, à savoir que « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Notre postulat de recherche, dans le cadre de ce travail, est que les caractéristiques socio-économiques proches de ces deux territoires devraient appeler à une réponse transfrontalière commune en matière de santé publique, indépendamment des politiques nationales actuellement menées. Une telle approche nécessite une adaptation et une fusion des institutions régionales françaises et belges en charge de l'élaboration des politiques de santé publique dans ces deux régions, pour en arriver à une gouvernance intelligente du territoire qui les englobe. La mise en place de ces nouvelles instances de gouvernance présente également une opportunité majeure d'adoption et de mise en commun des bonnes pratiques existant actuellement, notamment sur le plan de la démocratie sanitaire. Enfin, et en parallèle à l'instauration de cette « région européenne de la santé », il est également possible de mettre en place à une échelle méso-territoriale des projets

concrets répondant à des besoins spécifiques, sur le modèle de l'hôpital de Cerdagne entre la France et l'Espagne. Une telle approche, tout à fait réalisable, permettrait d'apporter une réponse efficace aux problématiques de santé propres à ce territoire transfrontalier, tout en mettant en place un modèle de bonne gestion des ressources publiques, par nature limitées, au bénéfice de la population y vivant.

II. Première partie : contextualisation et approche théorique

Dans le cadre de cette partie théorique, nous allons tout d'abord nous attarder sur la place accordée aux politiques de santé publique dans les traités fondateurs de l'Union Européenne ainsi que la répartition de compétences entre les échelons communautaires et nationaux. Nous présenterons ensuite les initiatives politiques de la Commission Européenne, les textes régissant les soins de santé transfrontaliers dans le cadre du marché unique des personnes, biens et services et les outils mis en place par l'Union Européenne pour favoriser les collaborations transnationales dans le domaine de la santé. Nous verrons que les soutiens financiers et juridiques de l'Union sont de nature à permettre l'émergence de projets transfrontaliers concrets. Ce dernier point sera largement illustré par la présentation de l'hôpital franco-espagnol de Cerdagne qui constitue l'aboutissement actuel le plus poussé de collaboration entre états-membres dans le domaine de la santé utilisant les outils européens. Au terme de cette partie, nous aurons ainsi démontré que l'ensemble de ces éléments permettent d'avoir une approche de la santé à l'échelle d'un territoire autre que celui, purement national, qui se limite aux frontières d'un état membre.

1. Contexte : le cadre législatif européen

Comme nous allons le voir à la lecture de différents articles du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (cf annexe 1) dont nous allons reproduire des extraits dans la présente section, l'Union Européenne aborde parmi ses compétences la santé publique avec une approche orientée sur plusieurs axes que nous allons mettre en évidence. Il convient cependant de noter d'emblée que la santé est une compétence dite partagée, c'est-à-dire qu'en matière de hiérarchie des normes, la législation communautaire vient compléter celle des états membres, mais ne prime pas sur celle-ci.

Dans le cadre de ce travail, nous ne limitons pas la santé à sa seule dimension curative, mais nous l'élargissons à la prévention et à l'environnement. Nous verrons par la suite que c'est en tenant compte de cette approche élargie de la santé que l'on peut réellement mesurer l'influence de l'Union Européenne sur celle-ci.

L'article 4 du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne⁶ (TFUE) précise tout d'abord que la santé ne fait pas partie des compétences exclusives de l'Union :

« Les compétences partagées entre l'Union et les États membres s'appliquent aux principaux domaines suivants:

[...]

les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique, pour les aspects définis dans le présent traité. »

L'article 6 du même traité stipule également que :

« L'Union dispose d'une compétence pour mener des actions pour appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres. Les domaines de ces actions sont, dans leur finalité européenne:

⁶ Disponible à l'adresse : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

- a) la protection et l'amélioration de la santé humaine; »

L'article 114 quant à lui instaure une forme de principe de précaution :

« La Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base un niveau de protection élevé en tenant compte notamment de toute nouvelle évolution basée sur des faits scientifiques. Dans le cadre de leurs compétences respectives, le Parlement européen et le Conseil s'efforcent également d'atteindre cet objectif. »

Les articles 151 et 153, au chapitre de la politique sociale de l'Union Européenne, mettent en avant le fait que la promotion de conditions de travail adéquates répond notamment à des considérations de santé publique :

« L'Union et les États membres, conscients des droits sociaux fondamentaux, ..., ont pour objectifs la promotion de l'emploi, l'amélioration des conditions de vie et de travail, permettant leur égalisation dans le progrès, une protection sociale adéquate, le dialogue social, le développement des ressources humaines permettant un niveau d'emploi élevé et durable et la lutte contre les exclusions. »

Et (article 153) « En vue de réaliser les objectifs visés à l'article 151, l'Union soutient et complète l'action des États membres dans les domaines suivants:

- a) l'amélioration, en particulier, du milieu de travail pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs; »

L'ensemble du Titre XIV du TFUE précise les grands principes de complémentarité des normes communautaires et des normes nationales en matière de santé publique.

Nous en retiendrons notamment :

Article 168 « Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique, la prévention des maladies et des affections humaines ainsi que les causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission, leur prévention et l'information/éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci. L'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

... Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières »

« le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribuent à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant, afin de faire face aux enjeux communs de sécurité:

a) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes;

b) des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique;

c) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical. »

« Le Conseil, sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article. »

Enfin, l'article 169 place la santé au centre des considérations en ce qui concerne le droit des consommateurs.

« Afin de promouvoir les intérêts des consommateurs et d'assurer un niveau élevé de protection des consommateurs, l'Union contribue à la protection de la santé, de la sécurité et des intérêts économiques des consommateurs... »

Premièrement, nous remarquons à la lecture de ces traités que la santé n'est pas une compétence exclusive de l'Union Européenne, mais est une compétence partagée (articles 4 et 6), c'est-à-dire que l'action de l'Union ne prime pas exclusivement sur le droit national, mais vient compléter celui-ci en ce qui concerne les enjeux communs à l'ensemble des états-membres. La volonté de l'Union n'est donc pas de se substituer à ceux-ci mais bien de les accompagner dans leurs actions.

Nous pouvons également résumer les différents articles légaux de l'action de l'Union Européenne en matière de santé en les rangeant dans trois axes, selon la finalité de leurs actions :

- un axe orienté vers la protection des consommateurs, en particulier dans un cadre de marché unique. Cet axe instaure comme principes de fonctionnement deux caractéristiques importantes :
 - o d'une part, l'instauration d'un principe de précaution (article 114) avec un niveau de protection élevé. Par défaut, le plus haut niveau de protection est appliqué ;
 - o d'autre part, la protection à appliquer est établie sur base de faits scientifiques rigoureusement démontrés.
- Un axe orienté vers la protection des travailleurs. Cette action de l'Union Européenne considère en effet que la santé sur le lieu de travail est l'une des raisons premières des normes sociales et du dialogue visant à les établir. L'Union affirme ainsi sa volonté d'encourager l'instauration de conditions de travail décentes dans une optique d'amélioration de la santé publique. Cet axe ainsi que le précédent peuvent être inclus dans les politiques de prévention.
- Enfin, un axe orienté sur la santé transfrontalière. Cet axe est à mettre en lien avec deux enjeux majeurs :
 - o les grandes menaces (pandémies, bioterrorisme,...) impliquant potentiellement l'Union Européenne dans son ensemble ;
 - o les soins transfrontaliers, organisés selon une logique territoriale de complémentarité plutôt que nationale.

S. Guigner⁷ souligne que, si l'Union Européenne délaisse largement le domaine des soins aux états membres, son action est cependant importante dans l'amélioration de l'état de santé de la population, et ce depuis le traité de Maastricht de 1992. On trouve ainsi différents programmes, consacrés par exemple au cancer, à la promotion de la santé ou à la surveillance de celle-ci. Ces limitations sont héritées des réticences de certains états membres qui dès le début n'ont pas souhaité l'insertion de l'Union dans ce domaine⁸. L'auteur va plus loin en avançant que c'est grâce au fait que de nombreux acteurs ne pensent la santé qu'à l'échelle du curatif, délaissant dès lors le préventif, que l'Union a pu investir ce dernier domaine.

En favorisant les collaborations entre états membres et en mettant en place des instances centralisées comme l'Agence Européenne du Médicament (AEM)⁹ ou le Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies (CEPCM)¹⁰, ou encore en agissant au niveau de la formation pour garantir une équivalence de compétences entre les diplômes délivrés par les différents états membres, pour la médecine, les soins infirmiers¹¹ ou autre, on peut dire que l'eupéanisation de la santé se fait à la fois sur un axe horizontal et sur un axe vertical¹². L'axe vertical se compose de l'ensemble des directives à transposer dans le droit national des états membres, comme celle portant sur la formation des infirmiers ou celle portant sur les soins transfrontaliers, que nous aborderons dans ce travail, tandis que l'axe horizontal est décrit par C. Radaelli comme « *un processus où il n'y a pas de pression pour se conformer à des modèles européens* », c'est-à-dire un processus où l'harmonisation se fait par imitation. P. Garel¹³ ne dit pas autre chose lorsqu'il considère que les systèmes de santé des états membres sont largement sous l'influence des normes et politiques édictées par l'Union.

A. Emeriau¹⁴ considère pour sa part que le principe de libre circulation au sein du marché commun, les articles consacrant les règles de protection des consommateurs et des travailleurs qui en découlent, ainsi que l'interprétation juridique qui en est faite par la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne, viennent ajouter beaucoup de matière à la stricte approche nationale en matière de santé curative.

Dans le cadre de notre travail, nous allons nous intéresser tout particulièrement aux soins transfrontaliers et à la façon dont l'Union Européenne peut agir pour encourager ceux-ci.

⁷ Sébastien Guigner, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : eupéanisation verticale et horizontale », Sciences sociales et santé 2011/1 (Vol. 29), p. 81-106. DOI 10.3917/ss.291.0081

⁸ Guigner S., 2003, « L'Odyssée de l'administration européenne de la santé : une administration en quête de leadership », Politique Européenne, 11, 31-55

⁹ https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ema_fr

¹⁰ https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_fr

¹¹ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex:32013L0055>

¹² Radaelli C., 2003 : « The europeanization of public policy », In : Featherstone K., Radaelli C., eds, The politics of europeanization, Oxford, Oxford University Press, 27-56.

¹³ Pascal Garel, « Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence », *Quaderni*, 82 | 2013, 17-26.

¹⁴ Arnaud Emeriau et al., « Union européenne et Protection sociale : focus sur quelques dossiers d'actualité, le fonctionnement de l'Union et le rôle de la REIF », *Regards* 2014/1 (N° 45), p. 87-101.

2. La traduction par la commission : stratégie européenne pour la santé

Maintenant que nous avons déterminé le cadre légal dans lequel se déploie la politique européenne de santé, nous allons pouvoir développer la façon dont celle-ci se développe. À cet effet, nous allons dans la présente section présenter le livre blanc de la Commission européenne « Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008 – 2013 ». Nous aborderons également le plan réalisé en 2013 « investir dans la santé » et enfin la stratégie développée à partir de 2014 « troisième programme ». L'ensemble de la présente section est basée sur les textes de la Commission¹⁵.

2.1 Ensemble pour la santé¹⁶

La stratégie rappelle en préambule que la santé reste une compétence partagée, et qu'à ce titre l'UE n'a pas la volonté de se substituer à ses états membres. Cependant, et étant donnée la volonté affirmée que chaque politique de l'UE soit mise en œuvre en gardant un niveau élevé de protection de la santé, il va de soi que la santé des citoyens européens demeure une préoccupation commune. De plus, le fait de considérer les liens existant entre la prospérité économique et la santé renforce encore l'importance de celle-ci au regard de l'Union Européenne.

Dans le cadre d'un marché unique des citoyens, des biens et des services, l'action de l'Union Européenne en matière de santé prend de l'importance si l'on considère que la santé est, par exemple, profondément liée aux considérations écologiques, à la sécurité de la chaîne alimentaire ou encore à la sécurité tout court (que l'on pense au risque d'épidémies qui par nature ne s'arrêtent pas aux frontières nationales ou au risque certes marginal mais bel et bien existant lié au bioterrorisme). Or, toutes ces compétences relèvent au moins partiellement de l'Europe.

Le livre blanc de 2007 relève les considérations suivantes à prendre en compte :

- le vieillissement de la population modifiant les schémas pathologiques pèse également sur la viabilité des systèmes de santé européens. Ce vieillissement doit être anticipé par une politique de prévention mise en place tout au long de la vie pour qu'il se déroule dans les meilleures conditions. De plus, la lutte contre les inégalités associées à des facteurs sociaux et environnementaux est étroitement liée à l'objectif stratégique global de solidarité visé par la commission ;
- les pandémies et risques biologiques majeurs, lesquels sont notamment modifiés par l'évolution du climat, génératrice de nouvelles menaces ;
- les nouvelles technologies de l'information et de la communication, parmi d'autres nouvelles technologies, ont également une influence sur le fonctionnement des systèmes de santé. Or, la promotion de ces nouvelles technologies, depuis l'aspect recherches et développement jusqu'à l'exploitation, en passant par l'installation, fait également partie des objectifs majeurs de la commission.

¹⁵ Disponibles à l'adresse suivante : https://ec.europa.eu/health/strategy/policy_fr

¹⁶ « Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008 – 2013 », Commission européenne

Suite à des consultations élargies tenant compte des challenges précédemment évoqués, la commission a élaboré un consensus sur différents principes majeurs devant guider son action dans le domaine de la santé. Il en ressort notamment que les préoccupations sanitaires doivent guider toutes les politiques communautaires, que l'union doit mettre l'accent sur la réduction des inégalités, elles-mêmes génératrices de défis en matière de santé publique, mais également sur la recherche, la promotion de la santé et une meilleure information la concernant. Il en ressort également l'importance, pour les états de collaborer pour dégager des synergies dans divers domaines.

Pour guider son action, la commission a ainsi défini des principes majeurs sous-tendant son action, ainsi que des actions visant à leur concrétisation.

Le tableau suivant détaille ces grands principes, ainsi que les actions qui y sont liées :

Principes	Actions
Une stratégie fondée sur des valeurs partagées dans le domaine de la santé	- adoption d'une déclaration sur les valeurs fondamentales de la santé ; - système d'indicateurs communautaires de la santé (avec mécanismes communs pour la collecte de données) ; - autres travaux sur les moyens de réduire les inégalités en matière de santé ; - promotion de programmes favorisant les connaissances en matière de santé.
La santé est le plus précieux des biens	- élaboration d'un programme d'études analytiques consacrées aux liens économiques entre état de santé, investissement dans le secteur et croissance économique.
La santé dans toutes les politiques	- accroître l'intégration des questions de santé dans l'ensemble des politiques au niveau de la Communauté, des états membres et des régions.
Faire mieux entendre la voix de l'UE dans le domaine de la santé au niveau mondial	- améliorer la position de la Communauté au sein des organisations internationales et intensifier la coopération en matière de santé avec les partenaires et pays stratégiques ; - garantir l'intégration appropriée de la santé dans les mécanismes d'aide extérieure de l'UE et encourager l'application des accords internationaux dans le domaine de la santé

Tableau 1 : Principes et actions de la stratégie « Ensemble pour la santé » de la Commission européenne.

Enfin, et au-delà de ces grands principes directeurs sous-tendant l'action de l'Union Européenne, la commission a également déterminé des objectifs stratégiques comme principaux domaines d'action dans les années à venir. Les objectifs opérationnels plus spécifiques devront quant à eux être déterminés en collaboration avec les états membres.

Le tableau suivant reprend les trois objectifs stratégiques majeurs, ainsi que les actions proposées pour leur mise en œuvre.

Objectifs stratégiques	actions
Favoriser un bon état de santé dans une Europe vieillissante	- mesures en faveur de la santé des personnes âgées, des enfants et des jeunes ; - développement et mise en œuvre de mesures ciblant le tabac, la nutrition, l'alcool et la santé mentale ; - nouveau guide sur le dépistage du cancer ; - suivi de la communication sur le don et la transplantation d'organes.
Protéger les citoyens des menaces pour la santé	- Renforcer les mécanismes de surveillance et réaction aux menaces pour la santé ; - Aspects sanitaires des adaptations au changement climatique.
Agir en faveur de systèmes de santé dynamiques et des nouvelles technologies	- Cadre communautaire pour des services de santé sûrs, de qualité et performants ; - Mesures destinées à assister les états membres et les régions dans la gestion de l'innovation dans les systèmes de santé ; - Mesures à l'appui de l'application et de l'interopérabilité des dispositifs de santé en ligne.

Tableau 2 : Objectifs stratégiques et actions de la stratégie "Ensemble pour la santé" de la Commission européenne.

Pour la mise en œuvre de cette stratégie, la commission prévoit la mise en place d'un nouveau mécanisme de coopération à l'échelon communautaire visant à conseiller la commission et à faciliter la coopération entre les états membres. Il aura notamment pour but d'identifier les priorités, de définir les indicateurs, d'élaborer les orientations et les recommandations, de favoriser les échanges de bonnes pratiques et de mesurer les progrès accomplis.

La commission a également pour ambition de développer des partenariats avec des organismes tels que le forum de la santé, le forum européen « alcool et santé » et la plateforme « alimentation, activité physique et santé ».

Enfin, la commission définit via son livre blanc les instruments financiers permettant sa mise en œuvre. On peut notamment citer parmi ceux-ci les programmes-cadres de recherche et les programmes de fonds structurels en matière de politique régionale.

2.2 Investir dans la santé : plan de 2013¹⁷

Le document de travail de la commission européenne « investir dans la santé » est une sorte de plan intermédiaire entre le plan 2008-2013 et le plan 2014 – 2020, qui sert de préparation à l'élaboration de ce dernier, en tenant compte notamment des effets de la crise économique ayant débuté en 2008, des conséquences à plus long terme de celle-ci sur la santé des citoyens européens et enfin des difficultés à récupérer de cette crise.

En conséquence de cette crise économique majeure, le document se focalise surtout sur la valeur ajoutée économique de la santé au sens large. Non seulement une population en bonne santé est plus productive (capital humain meilleur et force de travail plus conséquente) et pèse moins sur les systèmes de sécurité sociale en terme de finances publiques, mais la santé est également une opportunité énorme aussi bien pour le développement des nouvelles technologies que pour l'emploi, ce secteur étant l'un des plus gros pourvoyeurs de travail en Europe. La santé y est alors décrite comme pouvant contribuer à l'objectif général du plan Europe 2020 de développer une croissance qui soit à la fois intelligente, inclusive et soutenable.

Cependant, le document fait également le constat que les systèmes de santé pèsent lourd sur les finances publiques, et qu'il serait possible d'optimiser le « retour sur investissement » en améliorant l'efficacité de ces systèmes. Enfin, une limite est également constatée par le rapport : celle de se baser sur un indicateur de santé « moyenne » ne renseignant pas sur les inégalités énormes entre citoyens européens. Les personnes pauvres ont une espérance de vie plus faible et pèsent également plus lourd en matière de soins de santé pour les systèmes de sécurité sociale.

L'investissement en matière de santé, selon le document, doit se faire selon 4 axes :

- L'investissement soutenable dans des systèmes de santé. Les systèmes de santé doivent être réformés pour être plus efficaces budgétairement parlant, en conciliant la nécessité d'une maîtrise des finances publiques avec une très haute qualité des prestations offertes aux citoyens européens. En 2010, les dépenses en matière de santé représentaient environ 15% des dépenses publiques totales de l'Union Européenne, avec un taux de croissance important expliqué notamment par le vieillissement de la population. L'augmentation des dépenses est estimée à 1/3 d'ici à 2060. Face à ces constatations, la commission doit notamment aider les états membres à concevoir et à mettre en place des réformes visant à améliorer l'efficacité des systèmes de soins de santé et à développer la recherche dans ces domaines ;
- L'investissement dans la santé vue comme un capital humain qui permet de renforcer l'employabilité des personnes et donc rend les politiques actives d'emploi plus efficaces, contribuant ainsi à améliorer la croissance économique. Cela passe notamment par la constatation selon laquelle il est vital de maintenir les travailleurs en bonne santé, pour qu'ils

¹⁷ « Investir dans la santé », document de travail des services de la Commission, février 2013.

puissent travailler plus longtemps et donc rapporter au lieu de coûter. De plus, les investissements dans la prévention permettent également de réduire les coûts futurs, ce qui doit également s'accompagner par la mise en place d'une force de travail suffisante dans le domaine de la santé. Il faut noter à ce titre qu'entre 2008 et 2011, le secteur de la santé a généré 2,8 millions d'emplois en Europe et pourrait en générer 8 millions supplémentaires entre 2013 et 2020 ;

- L'investissement dans la réduction des inégalités, ce qui contribue à renforcer la cohésion sociale, à briser le cercle vicieux de la pauvreté résultant en l'exclusion sociale et à la pauvreté. Il faut noter qu'au sein même de l'UE, l'espérance de vie varie pour les femmes de 7,9 ans et pour les hommes de 11,6 ans. Les inégalités sociales, en plus d'être une perte importante de capital humain, représentent également une perte économique conséquente estimée entre 1,5 et 9,5 points de PIB selon les études. Ces pertes sont notamment liées au fait que les personnes plus pauvres seront plus facilement exclues des systèmes de santé, et par conséquent ont une espérance de vie plus courte et une morbidité plus importante diminuant d'autant leurs capacités. Par conséquent, des investissements dans la santé, en réduisant ces effets liés aux inégalités, peuvent renforcer la force de travail disponible et générer de la croissance ;
- Enfin, ces investissements doivent également se faire grâce à un support adéquat des fonds européens disponibles. Ces fonds ont 4 objectifs :
 - Contribuer à l'innovation dans le domaine de la santé ;
 - Accroître l'accès à des soins de santé de meilleure qualité pour les citoyens européens ;
 - Promouvoir la bonne santé et prévenir les maladies ;
 - Protéger les citoyens contre les menaces transfrontalières pour la santé.

En conclusion, le plan de la santé de 2013 préconise donc à la fois d'investir dans la santé pour compter sur le retour sur investissement contribuant à la croissance économique et à réformer les systèmes de soins de santé actuels pour les rendre plus performants sur le long terme.

2.3 Stratégie européenne pour la santé 2014 – 2020¹⁸

La stratégie suivante mise en place par l'Union Européenne, la troisième concernant la santé, reprend une bonne partie des conclusions formulées dans le plan de santé de 2013. Il s'agit essentiellement d'une adaptation de la précédente stratégie, réactualisée et tenant compte du contexte de récupération de la crise économique de 2008 et de ses conséquences néfastes. Cette stratégie est également complétée de stratégies spécifiques pour l'enfance et les jeunes d'une part, pour les personnes handicapées d'autre part.

¹⁸ Regulation (EU) No 282/2014 of the Parliament and the Council of Parliament and the Council of 11 March 2014

« On the establishment of a third Programme for the Union's action in the field of health (2014-2020) and repealing Decision » No 1350/2007/EC

À la lecture de cette stratégie, cependant, on ne peut que constater les grandes similitudes avec les constats déjà effectués lors de la rédaction de la stratégie précédente, ce qui mène à penser que celle-ci n'a pas atteint la totalité de ses objectifs.

Ainsi, les principaux challenges identifiés dans la stratégie 2014 – 2020 sont les suivants :

- Un contexte démographique défavorable, notamment lié au vieillissement de la population menaçant ainsi la viabilité sur le long terme des systèmes de santé européens ;
- Une récupération économique lente et fragile limitant les possibilités d'investissements en matière de santé ;
- Une augmentation des inégalités de santé au sein même des états membres et entre eux ;
- Une augmentation de la prévalence de maladies chroniques, lesquelles pèsent lourd sur le long terme tant sur les systèmes de santé que sur la force de travail de la population européenne.

Si le vieillissement de la population est évidemment une préoccupation à laquelle il est difficile de remédier, force est de constater que le coût de ce vieillissement n'a semble-t-il pas été pleinement anticipé malgré les avertissements déjà formulés dans la précédente stratégie. Enfin, il est clair que l'augmentation des inégalités est quant à elle une conséquence directe de la crise économique de 2008 qui n'a fort logiquement pas été anticipée lors de la rédaction de la stratégie précédente. À ce titre, comme évoqué dans le document de 2013, l'absence de marges de manœuvres financières permettant des investissements dans les soins de santé est elle-même de nature à augmenter ces inégalités, ce qui est l'un des mécanismes liant crise économiques et inégalités.

Les objectifs généraux rédigés face à ces constats sont les suivants :

- Améliorer la santé des citoyens européens et réduire les inégalités ;
- Encourager l'innovation dans la santé et accroître la soutenabilité des systèmes de santé ;
- Une focalisation sur les problèmes de santé communs aux états membres ;
- Un support et un encouragement à la coopération entre les états membres.

Pour atteindre ces objectifs généraux, déclinés en objectifs spécifiques et en objectifs opérationnels, la Commission prévoit un budget de 449,4 millions d'euros entre 2014 et 2020 pour soutenir des projets de coopération à l'échelon européen, mais aussi des actions entreprises par les états membres et la coopération avec des organisations internationales. De plus, ces fonds doivent permettre de soutenir des appels à projets annuels. Enfin, un retour concernant l'implémentation de ces programmes et leurs résultats doivent être présentés chaque année au Parlement et au Conseil européens.

2.4 Un mot sur la stratégie européenne pour les personnes handicapées¹⁹

Enfin, nous allons conclure cette section en abordant la stratégie européenne spécialement dédiée aux personnes handicapées.

La prise en charge du handicap, de léger à lourd, constitue également un défi à l'échelle de l'Europe. En effet, près d'un Européen sur six (soit 80 millions de personnes) est atteint d'un handicap lourd ou léger, ce qui d'une part constitue une charge pour la communauté, mais également un manque à gagner important si l'on considère la diminution de la masse de travail correspondante. L'accès à l'emploi des personnes handicapées étant limité, le taux de pauvreté parmi celles-ci est de 70% supérieur à la moyenne européenne. Enfin, si l'on considère que près de la moitié des personnes âgées de plus de 75 ans sont également atteintes d'un handicap, on comprend aisément que ce problème est amené à empirer à l'avenir avec le vieillissement de la population.

La Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne comprend des points spécifiquement dédiés aux personnes handicapées. Ainsi, son article premier stipule que « la dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée », tandis que son article 26 prévoit que « l'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté ». Enfin, l'article 21 interdit toute discrimination fondée sur un handicap, principe qui est également rappelé par les articles 10 et 19 du Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne (cf annexe 2).

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées définit quant à elle les personnes handicapées par des individus qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

La Commission européenne vise à travers sa stratégie à mettre l'accent sur la suppression des entraves auxquelles se heurtent les personnes handicapées. À cette fin, elle a identifié 8 principaux domaines d'action qui sont repris dans le tableau suivant.

¹⁹ Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions : « Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées: un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves », Novembre 2010.

Domaines d'action	Actions
Accessibilité	- Garantir aux personnes handicapées l'accessibilité des biens, des services et des dispositifs d'assistance.
Participation	- Permettre de tirer parti des avantages de la citoyenneté européenne ; - Éliminer les entraves administratives et comportementales qui empêchent une participation totale et équitable ; - Fournir des services de proximité de qualité, y compris une assistance personnalisée.
Égalité	- Éliminer dans l'Union toute discrimination fondée sur le handicap.
Emploi	- Permettre à davantage de personnes handicapées de gagner leur vie sur le marché du travail.
Éducation et formation	- Promouvoir l'éducation accessible à tous et l'apprentissage tout au long de la vie.
Protection sociale	- Promouvoir des conditions de vie décentes pour les personnes handicapées.
Santé	- Favoriser l'égalité d'accès aux services de santé et aux établissements les délivrant.
Action extérieure	- Promouvoir les droits des personnes handicapées dans le cadre de l'action extérieure de l'Union

Tableau 3 : Principaux axes d'actions de la Commission européenne en faveur des personnes handicapées.

La mise en œuvre de la stratégie doit quant à elle passer par trois axes requérant l'engagement commun des institutions de l'Union et de ses états membres. Ces trois axes sont :

- La sensibilisation. Celle-ci doit s'adresser aussi bien au public européen qu'aux personnes handicapées elles-mêmes pour assurer notamment un libre accès à l'information. Il s'agit de sensibiliser l'ensemble de la société aux questions de handicap et faire en sorte que les personnes handicapées soient mieux informées de leurs droits et sachent les exercer.

- Le soutien financier. Il s'agit grâce à cet axe d'optimiser l'utilisation des instruments financiers de l'Union en faveur de l'accessibilité et de la non-discrimination, mais également de mieux faire connaître les possibilités de financement des mesures en faveur des personnes handicapées dans les programmes.
- Recueil de statistiques et de données. Pour juger de la pertinence des politiques mises en œuvre mais également de leurs effets, il est essentiel pour l'Union de compléter les statistiques recueillies sur le handicap. Cela doit notamment se faire au moyen des enquêtes sociales européennes.

On le voit, cette stratégie vise essentiellement à favoriser l'insertion des personnes handicapées pour normaliser les relations que celles-ci peuvent avoir au sein de la société. En axant ses efforts sur cette thématique et en anticipant le vieillissement de la population amplifiant l'importance de celle-ci, la Commission entend avoir une incidence concrète sur la qualité de vie d'une partie de plus en plus importante de la population.

3. Collaborations transfrontalières dans le domaine de la santé : les initiatives européennes

3.1 Généralités

Le parlement et le conseil européen ont adopté en 2011 une directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins transfrontaliers²⁰. Cette directive se fonde notamment sur les prérogatives offertes en matière de santé par le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, mais également sur une proposition de la Commission, ainsi que sur l'avis du Comité économique et social européen et sur celui du Comité des régions.

Cette directive se base également sur toute une série de considérations dont les principales sont rappelées ici :

- Il existe un ensemble de principes de fonctionnement communs aux systèmes de santé dans l'Union, nécessaires à assurer la confiance des patients dans les soins de santé transfrontaliers ;
- Tous les soins médicaux relèvent du champ d'application du TFUE ;
- Il est nécessaire d'harmoniser les règles de remboursement de soins médicaux dispensés dans un état membre autre que celui de résidence du bénéficiaire ;
- Les soins de santé font partie des services inclus dans le marché unique européen ;
- Il est essentiel que les informations sur les soins de santé dispensés dans un pays soient également disponibles pour tout citoyen de l'UE ;
- Les données à caractère personnel nécessaire à la dispense de soins de santé de qualité doivent être transférables d'un état à l'autre, tout en préservant les droits fondamentaux des personnes ;
- Il est important que le patient ne perçoive pas d'avantage financier à se faire traiter dans un autre état, en conséquence de quoi la prise en charge des coûts doit se limiter aux coûts réels des soins reçus ;
- Les méthodes de traitement n'étant pas comprises dans les listes de prestation, il est important de garantir le remboursement par l'état d'affiliation d'une prestation même si la méthode de traitement utilisée n'est pas disponible sur son propre territoire, dès lors que la prestation en tant que telle l'est. Il en va de même pour les médicaments prescrits dans l'état de traitement qui ne le seraient pas dans l'état d'affiliation ;
- Les flux de patients entre états membres sont limités, la plupart des patients préférant être soignés à proximité de leur domicile à l'exception de certains soins hautement spécialisés ;
- Les états membres devraient cependant pouvoir exiger des formalités d'accès aux soins, pour autant que celles-ci soient proportionnées ;

²⁰ « Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers », Le Parlement européen et le Conseil de l'Union Européenne.

- Pour assurer des soins transfrontaliers sûrs, les états membres devraient harmoniser un maximum la coopération entre les prestataires de soins de santé, en particulier dans les régions frontalières ;
- Les prescriptions réalisées dans un état membre devraient être reconnues dans un autre état membre, pour autant que le médicament prescrit soit autorisé dans celui-ci. Il convient donc de supprimer les obstacles réglementaires et administratifs à la bonne application de ce principe ;
- Il convient de réaliser l'interopérabilité des services de santé en ligne tout en respectant les réglementations nationales ;
- Les progrès technologiques ayant un impact majeur sur la santé, il convient d'améliorer l'évaluation de ces nouvelles technologies dans le domaine de la santé pour réaliser des économies d'échelle et éviter les doubles emplois.

Le contenu en lui-même de la directive peut se résumer comme suit.

Son champ d'application comprend la prestation de soins de santé aux patients indépendamment de leur mode d'organisation, de prestation ou de financement, mais à l'exception des soins de longue durée. Il couvre également l'accès au don d'organe.

Le pays dispensant le traitement doit veiller :

- À ce que les informations utiles soient fournies aux patients ;
- À ce que des procédures permettant de déposer plainte soient mises en place ;
- À ce que le droit à la vie privée soit respecté ;
- À ce que les honoraires soient les mêmes que pour les patients nationaux.

Le pays où le patient est assuré doit veiller :

- À ce que les coûts des soins dispensés soient remboursés selon le barème d'honoraire qu'il applique sur son territoire national ;
- À ce que les informations concernant les droits des patients soient disponibles ;
- À ce que les patients aient accès à tout suivi médical nécessaire ;
- À ce qu'ils aient accès à leur dossier médical.

Des points de contact nationaux doivent également être mis en place pour servir à fournir des informations sur les associations de patients, les prestataires et les assureurs.

Les prestataires doivent quant à eux fournir des informations sur les possibilités thérapeutiques, les prix, la disponibilité, la qualité, la sécurité et leur statut en matière d'autorisation ou d'enregistrement.

Une autorisation peut être demandée au pays d'origine du patient avant son départ à l'étranger pour recevoir un traitement si les soins médicaux impliquent le séjour du patient à l'hôpital et/ou nécessitent un recours à des équipements hautement spécialisés et coûteux. L'autorisation peut être refusée par une autorité nationale si elle estime que les soins de santé peuvent être dispensés sur son territoire dans un délai acceptable.

Les demandes de soins doivent être traitées dans un délai raisonnable sur le plan médical et les prescriptions établies dans un pays seront valides dans un autre.

Les autorités nationales sont tenues de coopérer dans le cadre de la mise en œuvre de la directive et doivent notamment développer des réseaux européens de référence entre prestataires de soins et centres d'expertise.

Enfin, à des fins de suivi, la Commission européenne est tenue d'établir tous les trois ans un rapport sur le fonctionnement du système et sur l'application de la directive. Le premier rapport, établi en 2015, fait l'objet de la section suivante.

3.2 Rapport sur le fonctionnement de la directive relative à l'application des droits des patients en matière de santé

Comme énoncé précédemment, la Commission européenne est tenue d'évaluer au moins tous les trois ans un rapport sur le fonctionnement et l'application de la directive sur les soins transfrontaliers. Ce rapport doit informer au minimum sur les flux de patients, les dimensions financières de cette mobilité et la mise en place des réseaux européens de référence. La première évaluation date de 2015, et en voici les principaux points²¹.

Tout d'abord, force est de constater que l'application de la directive est loin d'être complète et efficace, puisqu'en 2013 pas moins de 26 états membres ont fait l'objet d'une procédure d'infraction pour notification tardive ou incomplète des mesures correspondantes. Au 1^{er} juillet 2015, quatre de ces procédures étaient toujours ouvertes, avec cependant des engagements de la part des états membres concernés de se mettre en ordre au plus vite.

Pour mémoire, la directive autorise les états membres à faire l'usage d'un système d'autorisation préalable pour les soins de santé menant à une hospitalisation et/ou si le traitement dont il est question expose le patient ou la population à un risque particulier. La liste des soins soumis à autorisation préalable doit cependant être rendue publique par les états membres. En pratique, 14 états membres ont recours au critère du séjour à l'hôpital pour exiger une autorisation préalable, mais aucun n'a spécifié quel traitement est couvert par ce critère. Il en ressort que les patients ne sont pas correctement informés et ont donc recours à des autorisations préalables même quand ce n'est pas nécessaire. 6 autres états exigent une autorisation préalable pour une liste détaillée de traitement, tandis qu'un état exige une autorisation pour tous les soins à l'exception d'une consultation de spécialiste par an et par patient.

Concernant les remboursements, la directive autorise les états membres à limiter ceux-ci pour des raisons impérieuses d'intérêt général, pour autant que ces limitations soient nécessaires et proportionnées. Il s'avère qu'au moins trois états ont adopté des pratiques de remboursements basées sur les coûts qui auraient été supportés pour des soins reçus d'un prestataire privé ou non-

²¹ Disponible à l'adresse suivante :

http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_fr.pdf

conventionné, qui sont sensiblement plus bas que le taux de remboursement des soins de prestataires publics ou conventionnés. Trois états demandent également que tout patient qui demande le remboursement de soins de santé transfrontaliers démontre pourquoi il lui a été nécessaire de se faire traiter à l'étranger. Douze états membres imposent également aux patients de passer par une recommandation d'un médecin généraliste avant de se faire traiter par un spécialiste, et cinq d'entre eux imposent même que ce médecin généraliste exerce sur leur territoire, ce qui contrevient au principe général de reconnaissance des qualifications. Au moins quatre états exigent également que les patients fournissent une traduction assermentée des factures, l'un d'entre eux imposant même de faire certifier tous les documents par leur consul, ce qui contrevient clairement à l'article 10 de la directive qui impose aux points de contact nationaux de se prêter assistance mutuelle pour la compréhension des factures.

Pour avoir une idée du nombre de patients concernés, une approche consiste à interroger les 21 états exigeant des autorisations préalables. 17 d'entre eux ont fourni des données, indiquant que sur un total de 560 demandes d'autorisation, 360 ont été accordées. En revanche, concernant les traitements qui ne sont pas soumis à autorisation, la Finlande, la France et le Luxembourg ont indiqué avoir effectué respectivement 17 142, 422 680 et 117 962 remboursements, mais ces chiffres comprennent des autorisations au titre des règlements de sécurité sociale et de la directive. 20 états ont communiqué les chiffres se référant exclusivement aux remboursements dans le cadre de la directive, ce qui a donné un total de 39 826 remboursements, dont 31 032 pour le Danemark uniquement.

Si le réseau de points de contact nationaux est quant à lui opérationnel, il apparaît cependant que très peu de citoyens européens sont au courant de leur existence : à peine 1/10. Les chiffres varient d'un état membre à l'autre, en allant de 6% de la population du Royaume-Uni à 24% de la population de Malte. Les associations de patients, quant à elles, dénoncent des « labyrinthes d'informations déroutantes, parfois insuffisantes et parfois trop détaillées ». Il apparaît également que les niveaux d'informations délivrées par les états varient fortement. Si certains permettent de consulter aisément l'ensemble des documents juridiques nécessaires, d'autre au contraire ne mentionnent rien sur la sécurité ou la qualité des soins, alors qu'il s'agit d'une obligation de la directive.

Concernant la reconnaissance des prescriptions, la situation est facilitée par le fait que la majorité des mesures qui y sont afférentes, notamment la reconnaissance mutuelle des prescriptions, ont été reprises dans la directive d'exécution 2012/52/UE qui établit une liste d'éléments communs à inclure dans les prescriptions transfrontalières. Cette liste comprend notamment une dénomination commune du produit prescrit, selon une nomenclature internationale. À la date du 1^{er} juillet 2015, deux états font toujours l'objet d'une procédure d'infraction concernant l'application tardive ou incomplète de la directive d'exécution, les deux états s'étant cependant engagés à se mettre en ordre dans les plus brefs délais.

Un autre point important de la directive concerne la mise en place de réseaux de référence de prestataires de soins de santé. Un premier appel à proposition concernant la mise en place de ces réseaux a été émis au début de 2016. À la date de l'évaluation présentement commentée, ces réseaux ne sont donc pas encore en fonction, mais leur application est prévue.

L'objet principal de la directive restait cependant l'application d'une véritable collaboration transfrontalière en matière de soins de santé. Il s'avère qu'en 2015, au moment de l'évaluation, très

peu d'initiatives et de projets transfrontaliers ont été mis en œuvre, et il est donc difficile de tirer des enseignements sur leur mise en place. Il faudra donc encore déterminer des domaines dans lesquels des collaborations peuvent être développées autour de thématiques créatrices de valeur ajoutée.

La première conclusion qui saute aux yeux à la lecture de ce rapport, c'est que le niveau de mobilité des patients qui se rendent à l'étranger pour recevoir des soins programmés est extrêmement faible. Plusieurs raisons sont avancées à cela :

- Certains états ont tardé à mettre en œuvre la directive ;
- De nombreux citoyens ne sont pas informés de leurs droits en matière de soins transfrontaliers et, quand ils le sont, ils ne savent pas forcément comment les exercer en pratique ;
- Enfin, même dans le cas où des pays ont appliqué la directive et que leurs citoyens en sont informés, il subsiste encore trop souvent des complications administratives, liées par exemple à la politique des autorisations préalables.

À côté de cela, les patients peuvent eux-mêmes se montrer réticents à aller se faire soigner à l'étranger. Cela peut en effet être perçu comme une source de complications inutiles et un éloignement par rapport à la famille ou à l'environnement au sens large, quand il n'y a pas en plus des problèmes de compréhension linguistique.

Il faut cependant noter du côté des observations positives que la directive pousse également certains pays à revoir leurs systèmes de soins de santé, notamment dans le but d'une meilleure harmonisation et d'une recherche d'efficacité. La directive permet également d'améliorer la transparence générale vis-à-vis des patients et facilite également l'échange d'informations. De plus, le fait de mettre en avant les soins à l'étranger peut à terme mener à des collaborations transfrontalières accrues permettant une meilleure efficacité globale quant à l'approche de la santé qui est faite en Europe. Un exemple mis en avant dans l'analyse qui est faite de l'application de la directive est que les collaborations transfrontalières permettent notamment de mieux faire face à des pathologies pour lesquelles l'expertise est limitée à l'échelle de l'Europe, comme des maladies rares par exemple. Un autre exemple concerne l'évolution des techniques de santé et des progrès technologiques qui peuvent être plus facilement développés et utilisés.

En 2012, c'est-à-dire avant la mise en place de cette directive, G. Filhon et al.²², considéraient que la mobilité des patients au sein de l'Union, bien que ne représentant qu'un phénomène marginal (de l'ordre de 1% de l'ensemble des dépenses publiques de santé soit 10 milliards par an²³), était un enjeu capital car renvoyant directement au principe de libre circulation au sein du marché unique. L'avis de JF Nys²⁴ n'est pas différent et vient compléter celui de G. Filhon en mettant en avant le fait que cette mobilité transfrontalière des soins ne fait que répondre à la mobilité des défis en matière de santé publique.

²² G. Filhon et al., « La mobilité des patients dans l'Union européenne : les enjeux de la prise de décision », *Pratiques et Organisation des Soins* 2012/4 (Vol. 43), p. 285-294. DOI 10.3917/pos.434.0285

²³ Commission européenne. Questions/réponses : Les droits des patients dans les soins de santé transfrontaliers. Bruxelles : Communauté européenne ; 19 janvier 2011.

²⁴ Jean-François Nys, « Les nouveaux flux de migrations médicales », *Revue internationale et stratégique* 2010/1 (n° 77), p. 24-35. DOI 10.3917/ris.077.0024

Il faut cependant noter que la façon dont les états membres implémentent dans leur législation nationale la directive n'est pas dépourvue d'intérêt politique. Ainsi Kowalska-Bobko et al.,²⁵ soulignent que dans son application de la directive, la Pologne semble tout mettre en œuvre pour devenir un « paradis de santé touristique » tout en décourageant sa population d'aller se faire soigner ailleurs en étant restrictif en matière d'autorisation.

Selon J. Hanefeld et al.²⁶, le phénomène du tourisme de santé existait cependant déjà en Europe, en particulier entre le Royaume-Uni et le continent, et nécessitait donc d'autant plus d'harmoniser les règles en vigueur. Dans cette perspective, la directive répond donc à un réel besoin. S. Kleijnen et al.²⁷, considèrent quant à eux que l'un des enjeux majeurs de toute collaboration à l'échelle européenne ne peut se faire qu'en identifiant les barrières, parmi lesquelles l'implémentation dans les pratiques nationales de toute forme de directive européenne. À ce titre, il est essentiel que les besoins des états membres de petite taille ne soient pas « écrasés » par ceux des états plus imposants.

²⁵ Kowalska-Bobko, Iwona et al. « Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad? ». *Health Policy*, Volume 120, Issue 11, 1233 - 1239

²⁶ Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D. and Lunt, N. (2014), « What Do We Know About Medical Tourism? A Review of the Literature With Discussion of Its Implications for the UK National Health Service as an Example of a Public Health Care System. » *J Travel Med*, 21: 410–417. doi:10.1111/jtm.12147

²⁷ Kleijnen, Sarah et al. « European collaboration on relative effectiveness assessments: What is needed to be successful? ». *Health Policy*, Volume 119, Issue 5, 569 - 576

4. De la convention cadre de Madrid aux GECT

4.1 La convention de Madrid²⁸

La nécessité de faire collaborer des collectivités territoriales locales entre elles est apparue relativement tôt dans l'histoire de la construction européenne et a mené, dès 1980, à la rédaction d'une convention cadre, dite de Madrid (cf. annexe 3)²⁹, fixant les principes généraux permettant cette collaboration.

Par cette convention, les collectivités territoriales s'engagent à faciliter et à promouvoir la collaboration transfrontalière dans les domaines relevant de leurs compétences. La définition de la collaboration transfrontalière est ainsi très large, laissant toute latitude aux parties contractantes pour déterminer l'objet de leur collaboration. Les collectivités territoriales concernées peuvent quant à elles inclure toutes les autorités publiques exerçant des fonctions locales et régionales, et considérées comme publiques dans le droit interne de chaque état. Enfin, il revient aux collectivités de définir la façon dont elles collaborent, en prenant pour modèle toute forme d'accord interétatique, bilatérale ou multilatérale.

En dehors de la large autonomie laissée aux collectivités territoriales dans l'établissement de leurs relations (pour autant que celles-ci respectent le droit interne de chaque partie), on notera que l'accent est notamment mis sur le respect mutuel, la confiance et la bonne information réciproque sur un même pied d'égalité.

Pour être officialisée, une collaboration transfrontalière doit être proposée par les parties contractantes au Secrétaire général du Conseil de l'Europe, qui la soumet en retour au Conseil des Ministres, lequel décide de la réponse à y donner. Toute partie contractante peut également dénoncer une collaboration auprès du Secrétaire général du Conseil de l'Europe.

Il est à noter, enfin, que le Conseil des Ministres est également compétent pour inviter tout état européen non membre à adhérer à la convention, et que sa portée n'est donc pas limitative au territoire de l'Union en tant que telle.

Cette convention cadre européenne de coopération transfrontalière a été renforcée par deux protocoles additionnels dédiés à la coopération transfrontalière (1995) et interterritoriale (1998), c'est-à-dire ouverte cette fois aux collaborations entre territoires sans continuité géographique. Précédemment et à défaut de ce cadre, les acteurs locaux ont par exemple eu recours à des structures établies selon le modèle des groupements européens d'intérêt économique.

²⁸ Conseil de l'Europe : « Convention-cadre européenne sur la coopération transfrontalière des collectivités ou autorités territoriales », Madrid, 1980.

²⁹ Disponible à l'adresse suivante : <https://rm.coe.int/1680078b15>

4.2 Les Groupements Européens de Coopération Territoriale (GECT)

La politique de cohésion de l'Union, principalement axée autour du programme Interreg qui en constitue l'outil majeur, a apporté un soutien important aux projets portés par des acteurs locaux, dans le cadre des priorités stratégiques définies par les différents plans d'action de l'Union européenne.

L'outil Interreg³⁰ passe par des appels à projets transnationaux et transrégionaux, et a pour but de financer des initiatives de coopération. Le premier appel à projets, couvrant la période 1990 – 1993 était ainsi doté d'un budget de plus d'un milliard d'euros. La période 2014 – 2020, actuellement en cours et constituant le 5^{ème} appel à projet, est dotée d'un budget de 10,1 milliard d'euros. Les projets doivent avoir parmi leurs objectifs jusqu'à 4 thématiques prioritaires qui vont du soutien à la recherche en passant par la lutte contre le réchauffement climatique, en passant par l'inclusion sociale, l'éducation ou une plus grande efficacité de l'administration publique. Les territoires couverts vont de l'échelle transfrontalière locale à de plus grandes zones couvrant par exemple l'ensemble de la mer Baltique, la région Alpine ou la Méditerranée.

Enfin, et sur base d'une proposition initiale de la Commission formulée en 2004, l'Union s'est munie d'un instrument spécialement dédié, le groupement européen de coopération territoriale (GECT) adopté en 2006. Cet instrument a vocation à « réduire les obstacles et difficultés rencontrés lors de la gestion des actions de coopération transfrontalière, transnationale et interrégionale dans le cadre de différents droits et procédures nationaux ». Le texte fondateur du GECT a été adopté par le règlement CE 1082/2006 (annexe 4), d'application immédiate sur le territoire depuis le 1^{er} août 2007.

Le GECT est donc un outil de coopération territoriale européenne bénéficiant aux 27 états membres et ouvert à un très large partenariat. Il n'a pas vocation à remplacer les autres outils existants mais les complète en s'inscrivant dans un ensemble d'instruments juridiques utilisables dans les droits internes, les accords internationaux et le droit communautaire.

Cet outil s'inscrit dans les acquis de la Convention de Madrid mais vient en palier les lacunes, liées notamment au fait que tous les pays européens n'ont pas ratifié les protocoles additionnels visant à compléter la convention cadre. Concrètement, le GECT peut se présenter sous trois formes :

- Gestion d'un programme opérationnel par la mise en place d'une « grande région » ;
- Gestion d'un projet de coopération cofinancé par le FEDER ou d'autres fonds communautaires ;
- Gestion d'un projet de coopération dépourvu d'une contribution financière européenne communautaire.

L'avantage du GECT est donc de conférer à un projet de collaboration transfrontalière une forme de structure permettant sa pérennité.

La création d'un GECT passe par trois étapes successives :

³⁰ L'ensemble du programme est consultable à l'adresse suivante : <https://www.interregeurope.eu/>

- Une phase de recherche d'un consensus politique des futurs membres sur les éléments essentiels ;
- Une phase technique permettant de rédiger la convention constitutive ;
- Une phase administrative de constitution, elle-même subdivisée en trois étapes :
 - Adoption du projet de convention par chacune des parties ;
 - Transmission aux autorités compétentes en vue de recevoir l'autorisation de participer au GECT ;
 - Procédure de création et de publication des statuts conditionnant l'acquisition de la personnalité juridique.

Parmi les principaux projets s'étant dotés de cette structure, nous pouvons notamment citer l'Eurométropole Lille – Courtrai – Tournai et l'hôpital transfrontalier de Cerdagne et Capcir, ce dernier étant présenté ci-après en détail.

5. Initiatives européennes : situation, aspects critiques et perspectives d'évolution

Pour Y. Charpak³¹, l'eupéanisation de la santé est à la fois une opportunité de rénovation de systèmes nationaux parfois déficients et une nécessité face à l'évolution des besoins en matière de santé. Ainsi, certaines problématiques ne peuvent plus être pensées sur un plan purement national, alors que leur territoire déborde de ce cadre. On pourrait citer pour l'exemple les catastrophes sanitaires rampantes comme l'obésité ou les maladies mentales et du cerveau³². Les crises mondiales infectieuses, l'internationalisation de la connaissance scientifique et médicale, la mondialisation du marché des services et des médicaments ou encore la nécessité d'une réponse globale à la crise amplifiant les inégalités³³ sont autant de raisons d'avoir une gouvernance supranationale dans le domaine de la santé. À ce titre, l'Europe peut avoir plus d'implication que le principe de subsidiarité de compétence par rapport aux états nationaux ne le laisse deviner. Le simple fait qu'il existe une obligation de publier certains indicateurs³⁴ qui servent ensuite de base de comparaison entre les états membres pousse ceux-ci à des évolutions qui n'existeraient pas en cas de cloisonnement strict. Il s'agit d'une véritable « pression à l'adaptation » par laquelle une décision de l'Union devient contraignante sans imposer pour autant un modèle à adopter, celui-ci pouvant l'être par simple mimétisme d'un modèle national tiers jugé « plus performant » au regard d'indicateurs statistiques

³¹ Yves Charpak, « Notre Europe de la Santé », Santé Publique 2014/1 (Vol. 26), p. 5-7.

³² H.U. Wittchen et al., « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe », European Neuropsychopharmacology, 21, 655-679, 2011.

³³ Health policy responses to the financial crisis in Europe », European Observatory on Health Systems and Policies & Commission/DG EMPL, OMS-EUR, 2012.

³⁴ ECHI : European Community Health Indicators, base de données accessible sous « Heidi tool » : http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

publiés (Dobbin et al., 2007)³⁵. Ces coopérations, illustration d'une ère européenne plus intégrative, sont également de nature à permettre des gains d'efficience³⁶.

Les compétences de l'Union Européenne en matière de santé découlent notamment des différentes crises sanitaires auxquelles elle a été soumise dans les années 90 : on peut par exemple citer la crise « de la vache folle » et du « sang contaminé », qui ont nécessité une réponse dépassant le cadre national. Les articles concernant la prévention en matière de santé, notamment sur le lieu de travail, en découlent directement. Plus récemment les scandales dits « du Médiateur » ou des « prothèses PIP » ont montré une réponse encore insuffisante et inadaptées, et sont selon l'auteur autant d'arguments en faveur d'une implication plus contraignante des institutions européennes. Le traité de Lisbonne va dans ce sens en fixant des normes élevées de qualité, lesquelles sont elles-mêmes renforcées par la directive Européenne de 2010 sur la pharmacovigilance³⁷.

Enfin, et concernant les soins transfrontaliers Y. Charpak considère que l'objectif de l'Union d'améliorer la complémentarité des soins de santé constitue une « brèche dans la subsidiarité » dans le sens où elle impose des actions de coopération pour lesquelles les législations nationales ne sont par nature pas directement compétente. S'il s'agit d'une avancée certaine, il est cependant dommage que la publicité autour de cette initiative ait été plus que réduite. D'autres initiatives telle que la législation sur les marchés publics imposant par exemple à recourir à une publicité européenne pour des politiques publiques de vaccinations sont autant d'arguments de nature à européaniser la santé publique. Par conséquent et en conclusion, la répartition de compétences entre les niveaux nationaux et européens n'est pas figée mais est au contraire en constante évolution.

G. Filhon *et al.*³⁸, soulignent pour leur part que la mobilité des patients dans l'UE mêle à la fois des principes clés du marché intérieur, de la liberté de circulation et de la souveraineté des états membres, et qu'il est par conséquent nécessaire de rechercher des compromis dans l'élaboration de toute tentative de réglementation par l'Union Européenne. La directive sur les soins transfrontaliers en est l'exemple même, dans le sens où son adoption a failli être rejetée devant les divergences d'opinions et de perceptions entre états membres, à tel point que le simple fait d'avoir pu adopter un tel texte compte plus pour le développement communautaire que le contenu lui-même.

B. Hauray³⁹ considère que l'influence de l'Europe en matière de santé déborde largement du cadre législatif strict que nous avons évoqué précédemment. S'il qualifie ainsi de « faibles » les compétences attribuées à l'UE en matière de santé publique « directe », celles concernant le marché unique, qui touche également aux médicaments et aux produits alimentaires, a déjà une influence

³⁵ Dobbin F., Simmons B., Garrett G., 2007, « The global diffusion of public policies: social construction, coercion, competition, or learning? », *Annual Review of Sociology*, 33, 449-472.

³⁶ Pascal Garel, « Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence », *Quaderni*, 82 | Automne 2013
DOI : 10.4000/quaderni.737

³⁷ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32010L0084>

³⁸ G. Filhon et al., « La mobilité des patients dans l'Union européenne : les enjeux de la prise de décision », *Pratiques et Organisation des Soins* 2012/4 (Vol. 43), p. 285-294. DOI 10.3917/pos.434.0285

³⁹ Boris Hauray, « Mécanismes d'européanisation et politiques de santé. Commentaire », *Sciences sociales et santé* 2011/1 (Vol. 29), p. 107-115. DOI 10.3917/sss.291.0107

considérable qui est largement sous-estimée. Il est rejoint en ce point par S. Guigner⁴⁰ qui distingue lui une européanisation verticale de la santé publique, par le pouvoir contraignant de l'Union sur les états membres via la hiérarchie des normes communautaires par rapport aux législations nationales, et une européanisation horizontale, passant par l'apprentissage de nouvelles pratiques et politiques appliquées par un autre état membre et la diffusion d'idées⁴¹ ainsi que la coopération et la transnationalisation de la santé publique favorisées par les fonds de type Interreg du FEDER dont l'enveloppe est en constante augmentation. La mise en place du nouvel outil qu'est le GECT est également identifiée par l'auteur comme une opportunité en ce sens, tandis que la coopération européenne peut également être abordée sous l'angle de la rationalisation économique de la santé publique, objectif justement affiché par de nombreux acteurs nationaux de la santé publique.

T. Kostera⁴² souligne quant à lui le rôle de la Cours de Justice de l'Union Européenne dans l'européanisation de la santé (dans une approche *top down*), dans le sens où c'est cet organe qui a à plusieurs reprises exprimé l'avis selon lequel les systèmes de santé des états membres doivent se conformer aux règles du marché unique⁴³. Selon l'auteur, la politique de santé constitue un cas emblématique de l'accroissement de l'influence de l'Union sur les états membres, mais n'exclut pas des différences de réactions de ceux-ci en matière d'intégration européenne. En retour, ce sont justement la mise à disposition par l'Europe d'outils et de cadres de travail (telle la directive sur les soins transfrontaliers) et surtout l'utilisation qui en est faite par les acteurs nationaux qui permettent à ceux-ci de promouvoir leurs intérêts dans une perspective *bottom-up*^{44 45 46}. Enfin, l'auteur avance l'hypothèse selon laquelle l'application des directives européennes en matière de santé, obligeant à une européanisation plus large, est d'autant plus facile dans les pays qu'il qualifie « d'états providence typiquement bismarckiens ». Il s'agit des pays organisés en états fédéraux au sein desquels les usagers ont déjà un libre choix des traitements et d'une couverture individuelle d'assurance maladie (l'Autriche en est l'exemple-type). Cependant, l'usage de l'Europe dans ce cadre se heurte aux intérêts corporatistes (et est par conséquent limité par ces derniers).

Pour F. Sauer⁴⁷, le Centre Européen de Contrôle des Maladies créé en 2005 et l'Agence Exécutive pour le Programme Santé et Consommateurs, associant dans leurs travaux les associations de patients et par extension la société civile⁴⁸ sont autant d'outils permettant d'étendre les mandats à priori limités de l'Union Européenne en matière de santé, mais pâtiennent d'un manque évident de

⁴⁰ Sébastien Guigner, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », Sciences sociales et santé 2011/1 (Vol. 29), p. 81-106.

⁴¹ Radaelli C., 2003, The europeanization of public policy, In : Featherstone K., Radaelli C., eds, The politics of europeanization, Oxford, Oxford University Press, 27-56.

⁴² Thomas Kostera, « Quand les acteurs s'abstiennent de faire usage de l' Europe. Le cas d'un système de santé bismarckien », Politique européenne 2013/2 (n° 40), p. 72-92. DOI 10.3917/poeu.040.0072

⁴³ Arrêt Kohll-Decker de la CJUE de 1998 (affaires C-158/96 et C-120/95)

⁴⁴ Jacquot Sophie et Woll Cornelia (2003), « Usage of European Integration: Europeanisation from a Sociological Perspective. », European Integration Online Papers, vol. 7, n° 12.

⁴⁵ Jacquot Sophie et Woll Cornelia (2004), « Les usages de l'Europe. Acteurs et transformations européennes. », Paris, L'Harmattan.

⁴⁶ Jacquot Sophie et Woll Cornelia (2008), « Action publique européenne : Les acteurs stratégiques face à l'Europe. », Politique européenne, n°, 25, p. 161-192.

⁴⁷ Fernand Sauer, « Une Europe de la santé idéale », Les Tribunes de la santé 2012/4 (n° 37), p. 43-49. DOI 10.3917/seve.037.0043

⁴⁸ F. Sauer, « Émergence des droits des patients européens », Gazette du Palais, n° 302, 29 octobre 2010, p. 23-25.

publicité et de vulgarisation qui limite par conséquent la portée de leurs travaux. L'auteur qualifie également la directive européenne sur le droit des patients en matière de soins transfrontaliers comme « majeure », mais plaide pour que la carte européenne d'assistance maladie soit améliorée sur le modèle de la Carte Vitale en vigueur en France.

Si l'on résume les différents avis exprimés par les auteurs rapportés dans la présente section, il en ressort que, malgré une « apparence » de subsidiarité (et donc d'une certaine faiblesse dans une approche *top down*), les compétences en matière de santé de l'UE sont en réalité bien plus larges qu'il n'y paraît, notamment par l'influence que d'autres compétences, « purement » européennes celles-ci, ont sur les déterminants de la santé publique. De même, l'obligation de publicité par rapport à certains indicateurs sur la santé de la population pousse également les états membres, parce qu'ils se retrouvent mis dans une forme de course aux résultats, à collaborer pour s'adapter. Les outils financiers et juridiques fournis par l'Union vont clairement dans le sens d'une simplification et d'une incitation aux collaborations, qui ne va pas d'ailleurs sans un objectif de rationalisation de l'utilisation des moyens publics. Cependant, pour diverses raisons allant de la préservation des intérêts corporatistes à une publicité relativement légère des possibilités qui sont offertes aux citoyens européens, les moyens actuellement mis à disposition pour favoriser ces collaborations sont actuellement sous-utilisés, sans que cette utilisation soit pour autant figée.

Le cas de l'hôpital transfrontalier de Cerdagne, développé dans le chapitre suivant, montre que des collaborations extrêmement poussées peuvent tirer parti des outils européens pour être mises en place, à la condition que les acteurs locaux aient des raisons fortes de s'y impliquer.

6. L'hôpital transfrontalier de Cerdagne

6.1 Présentation générale

Un des exemples les plus aboutis de coopération transfrontalière, et à fortiori dans le domaine de la santé, est la mise en place de l'hôpital de Cerdagne, institué sous forme de Groupement Européen de Coopération Territoriale le 26 avril 2010. Cet hôpital couvre en effet un territoire situé à cheval sur la frontière franco-espagnole et a par conséquent été cofinancé et est cogéré par les deux états, dans le cadre d'une coopération transfrontalière, avec l'aide de l'Europe via les fonds FEDER de l'Interreg III.

Nous allons dans cette section présenter les particularités du territoire qui ont mené à l'instauration de cette coopération transfrontalière importante ainsi que l'historique du projet, sa mise en œuvre et enfin une évaluation de son fonctionnement, en tant que solution éventuellement transposable à d'autres endroits.

6.2 Contexte territorial

La nécessité de développer un système de santé à l'échelle du territoire de la Cerdagne est directement liée à la configuration géographique de celui-ci. En effet, située dans les Pyrénées, la Cerdagne est essentiellement axée sur un plateau montagneux nettement délimité par plusieurs massifs et sommets, et l'ensemble n'a été accessible jusqu'en 1987 que par plusieurs cols montagneux fréquemment enneigés : le col du Puymorens vers Toulouse, celui de la Perche vers Perpignan, et le défilé du Baridà vers l'Espagne. En 1987, le tunnel de Cadi a été ouvert, permettant ainsi une liaison routière plus aisée vers la Catalogne (Barcelone étant à 2h de route). Le plateau cerdan est le plus élevé des Pyrénées, avec une altitude allant de 1000 à 1700m, et a une superficie de plus de 1 300km².

À ce contexte géologique particulier donnant à la région une relative unité géographique s'ajoute également un effet de division lié aux frontières humaines. En effet, et suite au Traité des Pyrénées de 1659 mettant fin à la Guerre Franco-Espagnole entre Philippe IV d'Espagne et Louis XIV de France au prix de l'annexion par celui-ci d'une partie de la Catalogne, la Cerdagne, jusque-là espagnole, s'est retrouvée en deux parties (la Basse-Cerdagne désignant la partie espagnole, tandis que la Haute-Cerdagne désigne la partie française). De plus, la ville de Llívia étant la capitale historique de ce territoire jusque-là intégralement espagnol, elle est restée espagnole alors qu'elle se situe sur le territoire de la Haute-Cerdagne, instaurant ainsi de fait une enclave espagnole sur le territoire français.

Aujourd'hui, le plateau cerdan est peuplé de 32 000 habitants, la population étant en hausse (environ 25 000 habitants en 1990). L'activité économique principale reste le tourisme, le plateau étant réputé pour ces activités en montagne. En hiver, ce ne sont pas moins de 13 stations de ski qui contribuent à multiplier la population par 4 lors de la saison touristique.

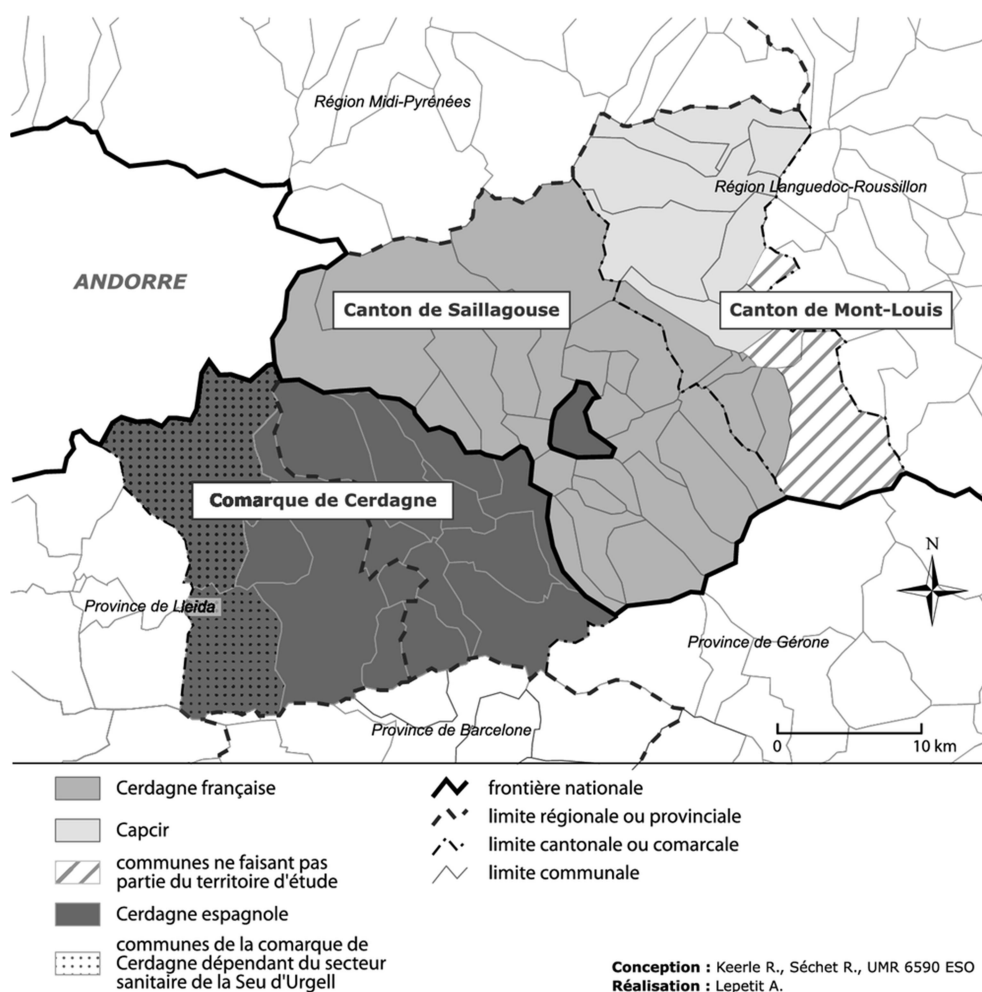
Le territoire est divisé administrativement en 53 communes, 17 espagnoles et 36 françaises, en incluant le Capcir, partie haute du plateau qui ne fait pas partie de la Cerdagne mais y est rattaché pour des raisons de facilité. La répartition entre la France et l'Espagne se fait comme suit :

	Basse Cerdagne	Haute C. et Capcir	Total
Superficie	546 km ²	794 km ²	1340 km ²
Communes	17	36	53
Population	18 549	14 399	32 948

Tableau 4 : Caractéristiques physiques et démographiques du Plateau Cerdan.

Il est également à noter que la Cerdagne a connu une longue période d'exode rural, avant que la population ne se stabilise et que l'évolution démographique ne redevienne positive tant par les soldes naturels que migratoires. Le principal pôle urbain du territoire est constitué par la petite ville espagnole de Puigcerdà (9022 habitants en 2009) et la ville française de Bourg-Madame (1201 habitants en 2014). Les deux villes sont séparées par la rivière El Rahur/Angoustrine marquant la frontière franco-espagnole, elle-même affluent du Sègre, principale rivière drainant le plateau Cerdan.

La géographie administrative du territoire est présentée à la carte suivante. Le territoire en gris clair est français, celui en gris foncé est espagnol. À noter, l'enclave de Llivia en territoire français.



Carte 1 : Territoires concernés par le développement de l'hôpital de Cerdagne

Avant la mise en place d'un projet d'hôpital commun pour les deux régions espagnole et française, il faut noter que cette dernière était relativement bien fournie en matière de soins hospitaliers, de nombreux établissements étant construits dès les années 1920 pour profiter des bienfaits de l'ensoleillement et de la sécheresse de l'air ambiant, pour une capacité globale de l'ordre de 2200 lits en 1985. Par la suite, les logiques de rationalisation des soins de santé ont mené à des réductions de l'offre, d'autant plus que les différentes législations ayant donné entre 1991 et 1996 le rôle de régulateur de l'offre de soins de santé à la Région administrative ont incité les citoyens à se faire soigner à proximité de leur résidence. Par conséquent, le nombre de patients extrarégionaux accueillis en Cerdagne a fortement diminué, au profit notamment de Perpignan. En 2010, ce ne sont plus que 500 lits qui étaient à la disposition de la population de Cerdagne, d'où une mobilisation importante du pouvoir politique en faveur du projet.

6.3 Historique du projet⁴⁹

Le projet remonte à 2003 et a mis 11 ans à voir le jour.

Concrètement, l'idée de développer un hôpital transfrontalier sur cette région remonte à 2003, date d'un accord entre le président du Conseil Régional du Languedoc-Roussillon français et le président de la Généralité de Catalogne. Suite à cet accord, une étude de viabilité a été réalisée concernant le futur hôpital et ses missions.

En 2007, l'accord formel de création de l'hôpital a été signé entre les administrations des deux régions frontalières. À cette date, la structure permettant la construction et la gestion du futur hôpital a été mise en place, par le biais d'un Groupement Européen de Coopération Territoriale, soit un an après la création de cet outil par l'Union Européenne. Un accord sur le financement a également été conclu. Tenant compte de la répartition globale de la population entre la France et l'Espagne, 60% des frais sont à la charge de celle-ci, tandis que les 40% restant sont à la charge de la France.

Entre 2008 et 2009, cet accord de financement a été concrétisé. Le Gouvernement de la Généralité de Catalogne a en effet approuvé un budget global de 31 millions d'euros pour la construction. En 2009, les fonds FEDER (Fond Européen de Développement Régional) ont débloqué une enveloppe de 18 600 000€ (soit 65% des coûts des travaux), le solde étant réparti entre la France et l'Espagne selon une clé de répartition 40-60.

En 2010, les instances dirigeantes du GECT-HC (Hôpital de Cerdagne) ont à leur tour été constituées, avec en particulier la nomination du Conseil d'Administration et du Conseil Consultatif de l'entité.

En 2011 a suivi la nomination des coordinateurs catalans et français, ainsi que de l'ensemble de l'équipe opérationnelle du GECT-HC.

⁴⁹ Hôpital de Cerdagne : « Hôpital de Cerdagne – dossier information », 2016

Le 26 septembre 2012, les travaux de l'hôpital ont été achevés et le plan d'équipement établi. Là encore, le coût des équipements, évalué à 10 000 000€, a été réparti entre la France et la Catalogne, toujours suivant la même clé 40-60.

Enfin, le 19 septembre 2014 à 7h, l'hôpital a été inauguré et est officiellement entré en fonction.

Pour l'année 2015, le budget de fonctionnement de 20 000 000€ a été apporté par les systèmes de santé publique catalan et français, toujours selon le pourcentage établi en fonction du poids de la population.

Les principaux partenaires du projet sont les suivants :

Acteur public	Opérateur(s)
Communauté européenne	- Union Européenne (FEDER) ; - Communauté de travail des Pyrénées
Catalogne	- Généralité de Catalogne ; - Département de Santé ; - Service Catalan de la Santé ;
Espagne	- Ministère de la Santé et de la Consommation ;
France	- Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes ; - Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon ; - La Région Languedoc-Roussillon ; - Assurance Maladie.

Tableau 5 : Principaux partenaires publics impliqués dans le projet du GECT-HC.

6.4 Description de l'hôpital et des services fournis, fonctionnement⁵⁰

Dès le départ, le projet européen de santé de la Cerdagne a débordé du cadre de la construction d'un nouvel hôpital. En effet, l'intérêt même du projet est d'optimiser l'offre de soins sur le territoire concerné, par exemple en évitant les doublons qu'aurait provoqué une offre hospitalière limitée à chacun des deux pays couvrant le plateau cerdan.

Dans cette optique, le projet consiste notamment à tirer profit des infrastructures de soins existantes déjà, pour profiter des meilleures spécialisations de chaque système. Ainsi, les deux instances régionales impliquées dans le projet (Département de Santé de la Généralité de Catalogne et Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon) ont travaillé en commun pour développer une prestation complète de soins sur base de réseaux.

⁵⁰ Hôpital de Cerdagne, *op-cit*

À ce titre, le GECT-HC réalise des conventions de coopérations avec différentes structures existantes :

Partenaire	Type(s) de soin
Fondation Hôpital de Puigcerdà	- Soins primaires ; - Soins médico-sociaux ; - Pédiatrie ; - Réhabilitation hospitalière ;
Centre Hospitalier de Perpignan	- Imagerie médicale ;
GCS – Pôle Sanitaire Cerdan	- Hôtellerie ; - Réhabilitation et soins palliatifs ; - Hygiène ;
Althaia	- Oncologie ; - Endocrinologie ; - Hématologie ; - Urologie ; - Ophtalmologie ; - Néphrologie ; - Santé mentale ; - Anatomie pathologique ;
Maison Sociale de Proximité, Services du Conseil Général	- Service protection mère-enfant ;
Fondation Saint Hôpital de La Seu d’Urgell	- Pharmacie ;

Tableau 6 : Principales structures hospitalières collaborant avec le GECT-HC.

L'accès à l'ensemble de ce réseau peut se faire administrativement à l'aide de la Carte Vitale française ou la Carte Sanitaire Individuelle catalane, de telle sorte que les usagers des deux côtés de la frontière peuvent bénéficier de l'ensemble des services proposés.

L'hôpital de Cerdagne en tant que tel est un hôpital local offrant un service de proximité à la population du plateau cerdan. Étant situé dans une région touristique montagneuse, il est également spécialisé dans les interventions et les traitements en rapport avec les activités sportives et de montagne. À ce titre, de nombreux partenariats ont été conclus par l'hôpital avec d'autres structures hospitalières situées en région montagneuse française ou espagnole, notamment à des fins de recherches.

Les services propres à l'hôpital lui permettent donc d'assurer les soins de santé « courants » à la population locale, laquelle peut également bénéficier de conventions conclues par l'hôpital pour d'autres spécialités qui se retrouvent donc traitées par des consultants externes au GECT-HC. Le personnel quant à lui utilise couramment, tant en interne qu'en externe, l'une ou plusieurs des trois langues officielles reconnues que sont le français, l'espagnol et le catalan.

Enfin, il convient également de mentionner que la mise en place du projet du HCTC s'inscrit dans un cadre plus large de construction d'un espace de santé transfrontalier sur l'eurorégion Pyrénées – Méditerranée, lequel comprend également deux autres projets dans le secteur de la santé.

Le premier de ces projets est l'installation à l'hôpital de Perpignan d'équipements médicaux lourds, dont un PET scan, destiné à répondre aux besoins d'un bassin de population de 900 000 habitants, aussi bien français qu'espagnols. Ce type d'équipement, particulièrement coûteux, n'aurait pu être acquis par l'hôpital seul. Il apparaît cependant qu'en 2003, l'acquisition d'autres équipements n'a pu se faire, le centre de médecine nucléaire de Barcelone s'étant entre-temps retiré du projet.

L'autre projet consiste quant à lui à la mise en place dans le cadre de l'Interreg IIIA d'un opérateur de formation et de recherche sanitaire, entre l'université de Gérone et l'université de Perpignan. Cet opérateur pourrait, à terme, devenir l'opérateur privilégié de formation pour le HCTC. Une nouvelle faculté des sciences et de la médecine a ainsi été mise en place à l'université de Gérone dans le cadre de ce projet, grâce à la mobilisation dans le projet de tous les acteurs locaux de part et d'autre de la frontière.

6.5 Impact et bilan

Par bien des aspects, le GECT-HC est une construction tout à fait originale en Europe. Cette structure répond à un besoin clairement identifié, qui découle lui-même d'un contexte géographique et institutionnel particulier, en utilisant au passage un outil (le GECT) mis en place par l'Europe très récemment. L'hôpital, et l'ensemble du projet qui l'englobe, est donc une forme de laboratoire à taille réelle de ce que peut donner la coopération transfrontalière en Europe. À ce titre, le GECT-HC a reçu en 2016⁵¹ le prix de la « meilleure initiative de coopération transfrontalière » (« Building Europe Across Borders ») avec en commentaire « Le jury a été impressionné par les dimensions du projet, lequel va plus au-delà de ce qui est habituel dans des projets de coopération transfrontalière et apporte une vraie valeur ajoutée européenne au jour le jour pour les citoyens ».

La plus-value de ce genre de structure est donc potentiellement énorme, en permettant d'une part d'économiser sur les coûts de santé des partenaires respectifs en évitant de doubler les structures médicales permettant d'accueillir le patient (et donc de réaliser des économies d'échelle), mais également en développant une offre de santé répondant précisément aux besoins locaux de la région concernée. Enfin, on se doit également de souligner l'important symbole que cette structure constitue pour la construction européenne.

Cependant, la question se pose de savoir à l'heure actuelle quelle est l'efficacité réelle de cet outil et quelles en sont les limites, tout en gardant à l'esprit qu'il est difficile d'avoir du recul sur le fonctionnement d'une structure inaugurée il y a moins de trois ans et dont on peut légitimement supposer qu'elle n'a probablement pas eu le temps de régler toutes ses « maladies de jeunesse ».

Nous allons donc dans cette section nous pencher sur diverses études réalisées sur le sujet, ainsi que sur des audits publics.

⁵¹ <https://portal.cor.europa.eu/egtc/news/Pages/European-award-'Building-Europe-across-Borders'-2016.aspx>

6.5.1 Rapport du sénat français de 2014 sur la coopération transfrontalière franco-espagnole

Le rapport de 2014 du sénat français sur la coopération transfrontalière franco – espagnole⁵² a une portée plus large que le domaine des soins de santé. Cependant, il peut être intéressant de le recontextualiser.

Ce rapport insiste d’abord sur l’historique et l’ancienneté de ces collaborations, en mettant en avant le fait que la Commission internationale des Pyrénées, ou CIP, instaurée en 1875, est la plus ancienne structure de ce type créée en Europe, avec une compétence étendue sur l’ensemble de la frontière franco-espagnole. Les coopérations entre collectivités territoriales ont quant à elles été renforcées comme nous l’avons vu par la convention cadre de Madrid de 1980 et son protocole additionnel de 1995, ainsi que le Traité de Bayonne de 1995 organisant les conditions de ces coopérations.

Les réalisations récentes comprennent des projets divers :

- Infrastructure ferroviaires : l’inauguration en 2011 de la liaison à grande vitesse Perpignan – Figueras a permis d’augmenter le volume de marchandises échangées de 70%, ainsi que l’achèvement de la ligne à grande vitesse Paris – Barcelone – Madrid⁵³ ;
- Mise en service en 2014 d’une ligne à très haute tension, concrétisée notamment par le percement d’un tunnel, d’une longueur de 65km, et permettant de doubler la capacité d’échange d’électricité entre les deux pays ;
- Renforcement des gazoducs existant actuellement entre la France et l’Espagne pour permettre à celle-ci de réexporter vers le nord de l’Europe ses surcapacités gazières structurelles ;
- Collaborations transfrontalières dans le domaine de la santé, dont l’HCTC constitue le paroxysme mais, nous l’avons vu, n’est pas le seul projet puisqu’il est complété par un accord portant sur la formation des professionnels de la santé.

Le rapport insiste ensuite sur la pertinence des outils européens mis en place dans le cadre de la coopération transfrontalière, et qui sont de deux ordres :

- La mise en place de l’outil juridique que constitue le Groupement Européen de Coopération Territoriale. On note toutefois certaines limites posées par l’utilisation de cet outil, en particulier concernant certains contrats de personnel. Cependant, la Commission européenne a d’ores et déjà soumis des propositions de modifications de règlement pour mettre un terme à ces difficultés constatées sur le terrain. Lors de la présentation du rapport au Sénat, celui-ci note qu’il y a déjà 16 groupements qui ont été concrétisés, avec 21 autres en préparation ;

⁵² Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi, adopté par l’assemblée nationale, autorisant la ratification de l’accord-cadre entre la République française et le Royaume d’Espagne sur la coopération sanitaire transfrontalière, par M. Raymond COUDERC, N° 304, Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 janvier 2014.

⁵³ Stéphane Dubois, « TGV : un quart de siècle de bouleversements géoéconomiques et géopolitiques », *Géoéconomie* 2010/1 (n° 52), p. 89-104. DOI 10.3917/geoec.052.0089

- Les moyens financiers accordés via les programmes FEDER et qui sont en augmentation. Ainsi, si la période 2007 – 2013 a bénéficié d’une enveloppe de 7,75 milliards d’euros entièrement dédiés à ces projets, l’appel 2014 – 2020 a quant à lui pu compter sur un budget de 11,7 milliards d’euros⁵⁴.

Enfin, le rapport passe en revue des accords similaires existant déjà dans le domaine de la santé avec d’autres partenaires européens, dont la Belgique (voir ci-après) et l’Allemagne.

Concernant plus particulièrement les coopérations sur la santé dans la région transfrontalière franco – espagnole, les points forts mis en avant comprennent notamment le fait que ces collaborations permettent de répondre à des contraintes géographiques particulières (cas de la Cerdagne) tout en réalisant des économies d’échelle, à l’heure où les restrictions budgétaires rendent celles-ci particulièrement attrayantes pour les pouvoirs publics et les collectivités locales.

Le rapport souligne également le fait que les coopérations sont bien plus nombreuses que celle – par nature plus « visible » – constituée par l’hôpital de Cerdagne. On peut ainsi citer :

- Des coopérations ponctuelles locales, formalisées ou non (plans de secours en montagne, organisation de l’aide médicale d’urgence,...) ;
- Un accord bilatéral concernant la prise en charge des patients résidant à Andorre ;
- Une convention du tiers – payant au sujet de la prise en charge par l’assurance maladie des urgences et accouchements de ressortissants français réalisés à l’hôpital de Puigcerdà.

Enfin, s’il ressort de la lecture du rapport une impression globalement positive, celui-ci s’attarde également sur l’énumération de certaines difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de projets transfrontaliers à vocation sanitaire :

- Complexité liée aux procédures administratives et financières divergentes entre les administrations françaises et espagnoles ;
- Prise en charge des patients et facilités d’accès aux soins de santé différentes entre les deux populations nationales ;
- Complexification des procédures de prise en charge des soins et de l’organisation du transport sanitaire ;
- Absence de garantie de continuité des soins ;
- Vulnérabilité au retrait unilatéral d’un acteur, comme cela a été le cas en 2003 avec le retrait du centre de médecine nucléaire de Barcelone, laissant aux seuls acteurs français la charge de l’acquisition et de l’exploitation de matériel médical (avec dissolution du Groupement Européen d’Intérêts Économiques spécialement mis en place pour l’occasion).

Concernant cette fois spécifiquement l’hôpital transfrontalier de Cerdagne, la Commission de la Santé et des Affaires sociales de l’Assemblée nationale française a, en 2014, souligné les « points de blocage » suivants :

- Le GECT-HC a pris pour principe d’avoir recours à des partenariats externes pour assumer les missions de soins incombant à l’hôpital de Cerdagne, celui-ci ne gardant en main propre que des compétences de gestion et de direction. Cependant, cette approche pose la

⁵⁴ http://ec.europa.eu/regional_policy/fr/funding/available-budget/

problématique d'une répartition équitable entre d'autres acteurs de part et d'autre de la frontière. À titre d'exemple, les activités de médecine, chirurgie et obstétrique sont déléguées à l'hôpital de Puigcerdà, lequel dispose déjà des compétences nécessaires. Cependant, ces activités constituant la majorité des activités de l'hôpital de Cerdagne, la partie française y voit une inégalité dans la répartition des tâches. Une solution pourrait être de favoriser l'embauche par l'hôpital de Puigcerdà de personnel médical français. Mais le droit européen empêchant les distinctions fondées sur l'origine des salariés, imposer un quota minimum de personnel d'origine française est prohibé. Dès lors, assurer une forme de compensation en faveur de la partie française, par exemple en garantissant un box de consultations avancées à des médecins spécialistes français est également difficile à mettre en place, notamment parce que cela nécessiterait d'une part la mise en place de procédures administratives plus lourdes, d'autre part parce que les consultations seraient alors comprises comme une prestation de services globale, accordée indépendamment de la qualité des praticiens, alors-même que l'hôpital verrait sa responsabilité engagée sur les soins prodigués ;

- Le personnel employé par l'hôpital de Cerdagne est en fait mis à disposition par les autres institutions partenaires du projet, ce qui pose la question du cadre juridique dans lequel ces personnes sont amenées à intervenir. Là encore, le fait que leur responsabilité (y compris civile) est engagée complique les choses. Selon l'accord – cadre de mise en place du HCTC, et la coopération sanitaire transfrontalière de 2008, c'est le droit local qui s'applique de part et d'autre. Les obligations légales en matière d'assurance étant différentes entre des praticiens français et espagnol, la mise en place d'un hôpital binational selon des principes de droits locaux revient à faire cohabiter sous un même toit du personnel engagé selon deux statuts potentiellement très différents, et amené malgré tout à collaborer ;
- Toujours au niveau du personnel la question de la langue constitue également une difficulté. Si le Groupement a statutairement trois langues officielles, obliger l'ensemble du personnel à avoir la capacité de s'exprimer dans les trois langues revient à restreindre les engagements aux natifs du plateau cerdan ;
- L'uniformisation des pratiques médicales. Les protocoles de soins étant divergents en France et en Espagne, leur uniformisation constitue une difficulté supplémentaire, qui impose la constitution d'une « commission des processus cliniques » ainsi que d'une harmonisation en matière de pharmacie, y compris jusqu'au remboursement des prescriptions ;
- Questions en matière de l'inscription à l'état civil des naissances et des décès. Ces inscriptions doivent être réalisées par un officier de l'état civil local ou par l'officier de l'état civil consulaire territorialement compétent. S'il y a naissance ou décès à l'étranger, l'officier d'état civil consulaire doit en assurer la transcription au registre d'état civil national. En ce qui concerne cette fois le transfert du corps à l'étranger, la procédure est plus complexe puisqu'elle implique un contenant disposant de certaines caractéristiques régies par l'accord de Strasbourg de 1973.

Les points mentionnés ci-avant constituent autant de difficultés à une mise en service opérationnelle de l'hôpital de Cerdagne s'ajoutant aux difficultés techniques inhérentes à toute infrastructure hospitalière.

Ces difficultés se traduisent au niveau de la gouvernance du HCTC, qui est tentée de les surmonter en faisant preuve d'une certaine forme de pragmatisme. En pratique, la partie espagnole pèse en effet pour 60% du conseil d'administration et du financement de la structure et a par conséquent tendance à vouloir gérer celle-ci en y appliquant un cadre de référence espagnol. La partie française ne pesant que 40% est en mesure de constituer une majorité de blocage retardant l'ensemble du processus. À cet égard, le rapport de la Commission considère qu'il s'agit d'une « erreur stratégique fondamentale » de ne pas avoir instauré dès le départ une clé de répartition de 50/50. Allant plus loin, le rapport suggère d'utiliser le financement français, de 8 millions annuels, comme étant un levier de pression sur la partie espagnole pour forcer celle-ci à revoir les dispositions de la gouvernance du HCTC.

En résumé, on retient des rapports de la Commission Santé et Affaires sociales de l'Assemblée nationale, et du Sénat français que, si le projet a été relativement aisé à mettre en place techniquement, notamment grâce aux puissants leviers fournis par l'Union européenne, il en va autrement de sa gestion au quotidien, laquelle a mis en évidence des problématiques qui avaient été peu ou pas anticipées par les promoteurs du projet.

6.5.2 Rapport de François Calvet, sénateur des Pyrénées Orientales

Après deux années d'utilisation de l'outil offert par le HCTC, François Calvet, sénateur Les Républicains pour la 3^{ème} circonscription des Pyrénées Orientales, a rédigé un rapport sur le bilan de l'action du projet⁵⁵.

Le rapport note dans les points positifs que l'usage du HCTC est en augmentation depuis son entrée en fonction. On note par exemple que l'activité des urgences est en augmentation de 11% en 2016 par rapport à 2015, première année complète d'utilisation. Pareillement, les interventions chirurgicales sont passées à 1281 en 2016 contre 1044 en 2015. Enfin, l'activité radiologique a elle aussi été en augmentation de 12,8%. Ces résultats traduisent la réponse apportée par le HCTC à de réels besoins, mais on peut également y voir une plus grande efficacité de l'outil en tant que tel, qui serait dès lors dans une phase de montée en puissance.

Au niveau des difficultés, le rapport souligne certains points déjà mentionnés auparavant, notamment en ce qui concerne le transport des corps de personnes décédées et l'obtention de la nationalité française pour les enfants nés via l'hôpital sur le territoire espagnol. Parallèlement, des réponses ont été apportées à ces mêmes craintes. On peut ainsi noter que, si une entreprise de pompe funèbre espagnole est nécessaire pour la mise en bière, et une seconde entreprise française l'est pour l'enterrement en lui-même, une seule facture est dorénavant présentée à la famille, ce qui n'était pas le cas avant. Les caractéristiques physiques du cercueil ont également été allégées.

Par rapport au précédent rapport présenté au sénat français en 2014, on note donc déjà une amélioration liée au fonctionnement pratique de l'outil.

⁵⁵ <http://www.francois-calvet.com/actualites/actualites/2368-2017-06-28-10-25-33>

6.5.3 Autres éléments de bilan

L'ouverture d'un hôpital transfrontalier, qui constitue une première en Europe, constitue évidemment un sujet d'intérêt pour la presse. Nous allons donc ici nous intéresser à certains avis qui ont suivi cette ouverture, et qui mettent en évidence certains points d'intérêt pour notre présent travail.

Ainsi, La-Clau.fr note, en décembre 2014⁵⁶, que si la fréquentation globale de l'établissement donne pleine et entière satisfaction, celui-ci peine à séduire les patients français, notamment à cause des problèmes de rapatriement de corps en cas de décès ou, plus cocasse mais non moins révélateurs des différences de pratiques médicales entre la France et la Catalogne, à cause de la prescription par des médecins catalans de médicaments interdits en France. Le journal attribue notamment ces défaillances à un « manque de gouvernance française » ayant « fait l'impasse sur des réalités européennes faussement identiques ».

L'inspectrice hors classe Catherine Barnole⁵⁷, de l'Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon parle quant à elle de différences de compétences énormes entre la Catalogne très autonome, et les collectivités territoriales françaises qui doivent répondre à une grande centralisation du pouvoir menant à une difficulté d'établissement de règles communes conformes aux législations des deux pays.

Toujours en décembre 2014, Gestions-hospitalières.fr souligne⁵⁸ qu'en terme de cadre, l'établissement emploie 210,84 ETP : 164,44 catalans et 65,5 français, soit une clé de répartition 77/23 en faveur de la partie catalane.

Francebleu.fr note, en décembre 2016⁵⁹, que ces difficultés ressenties par les patients français font que ceux-ci ne constituent que 7% des admissions de l'hôpital, et préfèrent en général se déplacer jusqu'à Perpignan ou Toulouse. Même en ce qui concerne les urgences, seuls 16% des malades sont français. En revanche, on note une amélioration pour la maternité, 26% des naissances étant de mères françaises. L'objectif des pouvoirs publics est que les Français constituent 40% de la patientèle après 5 ans.

Pour le 60^{ème} anniversaire de l'Union Européenne, Le Figaro cite, dans son édition du 24 mars 2017⁶⁰, le HCTC comme une illustration majeure du processus européen.

⁵⁶ <http://www.la-clau.net/info/9590/des-medicaments-interdits-en-france-a-lhopital-de-cerdagne-9590>

⁵⁷ <http://www.espaces-transfrontaliers.org/actualites/news/news/show/hopital-de-cerdagne-leditorial-de-catherine-barnole-ars-languedoc-roussillon/>

⁵⁸ Entretien : le premier hôpital transfrontalier européen, gestion-hospitaliere.fr N° 543 février 2015

⁵⁹ L'hôpital franco-espagnol de Puigcerda a encore du mal à attirer les patients français, francebleu.fr 4 décembre 2016

⁶⁰ Ces projets français réalisés grâce aux aides européennes, Le Figaro, 24 mars 2017

6.5.4 En conclusion

En résumé de ces différentes informations, nous pouvons noter les points suivants :

- Le projet répond à un besoin clairement établi, découlant lui-même d'une part d'une situation géographique particulière d'un territoire enclavé en haute montagne, coupé en deux par une frontière d'état, et d'autre part d'un processus de centralisation de la gestion des soins de santé côté français ayant mené à une diminution de l'offre hospitalière sur le territoire concerné ;
- Le projet a été porté sur le plan politique, aussi bien côté français qu'espagnol. Côté français, les motivations transpartisanes répondent au constat formulé au point précédent, c'est-à-dire un réel besoin de la population. Le projet a également été porté tant au niveau local qu'à des échelons supérieurs, remontant jusqu'au ministre de la santé. Côté catalan, la motivation est particulière, et répond au besoin d'autonomie par rapport au pouvoir central espagnol. On se trouve donc au croisement d'intérêts particuliers propres à cette situation : il serait dès lors hasardeux d'en transposer le modèle à d'autres contextes ;
- La mise en place d'outils en provenance de l'Union européenne, tant en matière de financement qu'en terme de structure juridique a également constitué un atout indéniable sans lequel le projet n'aurait sans doute pu se concrétiser. En terme de structure et de montage du projet, le HCTC semble donc être un succès ;
- Néanmoins, nous sommes frappés par le défaut d'anticipation concernant certaines problématiques. Ainsi, que des questions aussi fondamentales dans le fonctionnement d'un hôpital que le statut juridique des naissances ou des décès n'aient pas été prises en compte en amont de l'ouverture est surprenant. On peut se demander s'il s'agit réellement d'un manque de prévoyance, ou alors du résultat d'une trop grande précipitation (le projet a tout de même mis 10 ans à se concrétiser...) ;
- Ce défaut d'anticipation se traduit d'ailleurs par une certaine réticence des patients français à s'y faire soigner. Partant de ce constat, nous pouvons légitimement nous interroger sur la capacité de l'hôpital à répondre aux besoins de la population du plateau cerdan et, par extension à considérer avec prudence l'utilité même de cette infrastructure ;
- On constate également une certaine méfiance du côté français par rapport au « partage du gâteau », notamment dans la délégation d'actes médicaux à des tiers français ou espagnols. Ce point illustre parfaitement la difficulté d'établir une relation de confiance en matière de gouvernance entre des partenaires qui, au-delà d'un agenda commun, ont également chacun leurs considérations propres ;
- Enfin, et au chapitre des difficultés, notons également que les dispositions prises par l'Union européenne dans sa politique de santé transfrontalière ne suffisent pas à harmoniser complètement les pratiques des acteurs de santé nationaux. En témoignent par exemple les prescriptions incompatibles d'un pays à l'autre ;
- Cependant malgré ces difficultés, et avant de tirer toute conclusion sur le fonctionnement du HCTC, il convient de noter que celui-ci est encore un outil caractérisé par sa relative jeunesse, qui est encore en phase de montée en puissance et n'a sans doute pas encore eu le temps de régler toutes ses maladies de jeunesse. À cet égard, notons que, d'une part, la partie française elle-même se donnait 5 ans avant d'avoir une « part de marché » de patientèle équivalente à la proportion des fonds engagés par la France et, d'autre part, que

des solutions pratiques sont appliquées, parfois avec pragmatisme, aux problèmes qui n'avaient été qu'insuffisamment anticipés.

En conclusion, ce projet complexe qui découle d'une situation bien particulière et incarne la convergence des intérêts des divers acteurs qui y sont impliqués n'est pas exempt de défauts. Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que d'une part ce projet constitue une première à l'échelle du continent (du monde ?), mais aussi et surtout qu'il n'en est encore qu'à ses débuts, ce qui empêche à ce stade d'en tirer toute conclusion.

6.6 Européanisation de la frontière en Cerdagne : particularités et raisons d'un succès

L'aboutissement du projet d'hôpital transfrontalier constitue un cas particulier de coopération transfrontalière dans un territoire donné, et dont l'analyse de la réussite pourrait mener à élargir cette collaboration sur l'ensemble des Pyrénées-Orientales et de la Catalogne, en y incluant d'ailleurs d'autres secteurs que la santé, comme par exemple la gestion de l'eau et l'éducation, deux domaines qui sont également intrinsèquement liés au territoire qu'ils recouvrent. Il faut noter que la particularité de l'Hôpital de Cerdagne, est que sa mise en œuvre s'est faite à l'initiative d'acteurs locaux, ce qui constitue donc un modèle d'européanisation du bas vers le haut⁶¹.

Il faut cependant noter que, si ce projet a finalement abouti avec semble-t-il un certain succès, diverses études réalisées en amont (Mancebo en 1999⁶² et Harguindeguy en 2007⁶³) et ayant trait à la faisabilité d'autres collaborations transfrontalières en Cerdagne avaient conclu au contraire qu'il y avait d'immenses difficultés à réaliser ces collaborations.

Ainsi, selon la thèse de F. Mancebo, la frontière franco-espagnole a de tout temps contribué à l'élaboration du territoire cerdan et à la construction des identités cerdanes, et les conflits entre les parties française et espagnole, notamment en matière de gestion de l'eau (la partie amont du Sègre étant situé en France) et concernant l'accès des Espagnols à l'enclave de Llívia ont été nombreux. De même, au sein d'un même pays, les acteurs structurant le territoire ont du mal à s'entendre, notamment en ce qui concerne les coopérations intercommunales françaises. En 1990, 6 communes françaises et la commune espagnole de Puigcerdà se sont associées pour un projet Interreg visant à mettre en place un réseau de musées consacrés au rôle de la frontière. Cette collaboration a échoué à cause de l'incapacité des communes françaises à s'entendre sur l'utilisation des fonds européens alloués au projet. F. Mancebo conclut sa thèse en défendant l'idée selon laquelle les Cerdans, français ou espagnol, se sont toujours servis de l'existence d'une frontière divisant leur territoire pour affirmer leurs identités respectives, et que par conséquent l'ouverture des frontières serait « vécue comme une menace pour les cadres mentaux et comportementaux habituels ».

⁶¹ Keerle R., Séchet R., « Le projet d'hôpital transfrontalier du Puigcerdà : vers l'européanisation de la frontière en Cerdagne »

⁶² Mancebo. F., « La Cerdagne et ses frontières : conflits et identités transfrontalières. », Canet, Llibres del Trabucaire, 1999, 211p.

⁶³ Harguindeguy J.-B., « La frontière en Europe : un territoire ? : coopération transfrontalière franco-espagnole. », Paris, L'Harmattan, 2007, 319p.

Le travail de JB Harguindéguy, quant à lui, s'est intéressé à la mise en œuvre du programme communautaire Interreg III A (2000 – 2006) sur la frontière franco-espagnole dans son ensemble, et en particulier sur la thématique de la dissolution des frontières étatiques sous l'effet de la coopération transrégionale. Il attribue l'échec du pôle muséal transfrontalier au fait que les communes françaises se sont placées sous la dépendance du Conseil général des Pyrénées orientales et du Conseil régional de Languedoc – Roussillon, lesquels étaient à ce moment opposés par un conflit partisan. Il considère donc que le cas cerdan illustre très bien les réalités des « luttes entre collectivités territoriales françaises rendant difficile l'émergence d'une stratégie de développement homogène ».

La coopération transfrontalière en Cerdagne dans le domaine de la santé va à l'encontre des conclusions précédemment formulées par ces deux auteurs.

Il faut noter qu'en matière de santé, les établissements de soins français sont autorisés depuis la loi hospitalière de 1991 à conclure des accords de coopération transfrontalière. Cependant les acteurs locaux n'ont que très rarement pris l'initiative de mettre en place de telles coopérations, même si on peut noter quelques exceptions comme par exemple la possibilité qui est offerte depuis 1996 aux patients français d'avoir accès au service des urgences de l'hôpital de Puigcerdà. La rationalisation de l'offre de soins de santé, qui a mené notamment à fermer la maternité de Prades, a poussé les acteurs locaux à s'unir de part et d'autre de la frontière, au risque de perdre certaines compétences médicales.

Le développement du projet de l'hôpital de Cerdagne a donc été permis par l'établissement d'un besoin avéré de la population locale, ayant poussé les acteurs locaux de part et d'autre de la frontière à s'unir en mettant de côté leurs différents. De plus, si la coopération a été initiée au niveau local, le projet a très vite été repris à des échelons supérieurs. Ainsi, la déclaration conjointe d'intention sur la coopération en matière de soins de santé en Cerdagne a été signée par le ministre français de la Santé et des Solidarités Xavier Bertrand, et son homologue à la généralité de Catalogne, Marina Geli, le 17 octobre 2017. Cette coopération a été elle-même rendue possible par le traité de Bayonne de 1995⁶⁴ comblant l'absence de cadre légal aux projets communs des collectivités territoriales françaises et espagnoles.

La réussite du projet constitue un contre-exemple des thèses de Mancebo et Harguindéguy énoncées ci-avant. Les raisons avancées à ce succès sont les suivantes :

- Contrairement aux cas étudiés par les auteurs précédents, le HCTC a été caractérisé par une grande constance dans la volonté des acteurs qui l'ont porté. Ainsi, en amont d'un accord intergouvernemental devant lever toute insécurité juridique, les acteurs espagnols ont mis en place une fondation privée de droit catalan ;
- L'implication d'acteurs hybrides, à la fois porteurs de projet et impliqués dans l'exécution de celui-ci, dont des médecins catalans et français ayant prôné des collaborations encore plus larges débordant de l'espace territorial de la Cerdagne ;
- La mise entre parenthèses des rivalités et de la concurrence existant entre les acteurs politiques locaux. Le projet a en effet été soutenu côté français aussi bien par des

⁶⁴ Textes de la coopération transfrontalière : « Traité de Bayonne – Traité entre la République française et le Royaume d'Espagne relatif à la coopération transfrontalière entre collectivités territoriales. », 1995

personnalités socialistes tel Christian Bourquin (président du Conseil général des Pyrénées orientales depuis 1998) ainsi que par des ténors de l'UMP comme Xavier Bertrand ;

- L'engagement très fort des Espagnols pour répondre à des appels d'offre européens visant à débloquent des fonds de financement permettant de développer des projets transfrontaliers, comme dans le domaine de l'enseignement supérieur où les coopérations sont très fortes entre les universités de Montpellier, Perpignan, Toulouse et celles de Catalogne ;
- L'engagement très fort du pouvoir politique catalan peut également s'inscrire dans une aspiration d'autonomie croissante par rapport au pouvoir politique central d'Espagne (Cultiaux – Vuillon, 1999). Dans cette optique, la Catalogne montre une volonté à l'eupéanisation croissante, dans le cadre non plus d'une Europe des nations mais bien d'une Europe des régions.

Cependant, Keerle & Séchet soulignent que, si l'ensemble du projet semble être selon eux une réussite, contrairement aux précédents analysés par Mancebo et Harguindéguy, la coopération transfrontalière ne suffit pas à effacer pleinement la frontière séparant le territoire⁶⁵. Ainsi, il faut noter que la notion de soins de santé diverge entre les Espagnols (qui ont plus tendance à avoir recours aux soins ambulatoires) et les Français (qui ont plus tendance à avoir recours à une hospitalisation en établissements spécialisés). Enfin, si les résultats du HCTC sont encourageants, leur extrapolation à d'autres domaines de coopération reste à l'heure actuelle du domaine de la spéculation, dans la mesure où les approches française et espagnole en matière d'action publique se font avec deux modes nationaux différents de territorialisation.

Suite à ce projet, Christian Bourquin développe⁶⁶ d'ailleurs depuis 2006 avec la Généralité de Catalogne un projet d'eurodistrict pour permettre une gouvernance territoriale transfrontalière, ce qui laisse inaugurer de collaborations futures dans des domaines autres que la santé, et sur une échelle plus large que la Cerdagne⁶⁷.

⁶⁵ Séchet R., Keerle R., Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable, *Annales de géographie*.

⁶⁶ https://www.lesechos.fr/24/04/2007/LesEchos/19905-025-ECH_pyrenees-orientales---le-conseil-general-valide-le-projet-d-eurodistrict.htm

⁶⁷ <http://www.eurodistricte.cat/fr/quest-ce-que-lespace-catalan-transfrontalier>

7. Conclusions

De cette partie, nous pouvons retenir qu'en partant de compétences communautaires à priori limitées en matière de santé publique, l'Union Européenne dispose néanmoins d'une influence considérable sur celle-ci, en forçant par exemple les états-membres à accepter la mobilité des patients dans le cadre du marché unique.

Bien plus, la mise en place de financements adéquats et d'outils tels que le GECT permettent à des acteurs régionaux issus de plusieurs états-membres de collaborer entre eux, indépendamment de leurs politiques nationales respectives, pour répondre à des problématiques particulières.

Cette double combinaison d'une approche globale de la santé publique, dépassant le simple cadre de la médecine curative, et d'une incitation aux collaborations entre entités territoriales proches sur base de leurs besoins communs, permet de démultiplier les possibilités d'action de celles-ci pour répondre plus efficacement aux déterminants de la santé de leur population que ne le permet une simple approche nationale. L'exemple de l'hôpital de Cerdagne en est l'illustration, même si ce modèle n'est pas totalement exempt de défaut et nécessite une certaine période de maturation.

III. Deuxième partie : approches méthodologiques d'une coopération transfrontalières entre le Hainaut et la région Hauts-de-France

Dans cette partie, nous allons tout d’abord présenter la politique de santé publique de la région Haut-de-France, c’est-à-dire la région française frontalière du Hainaut belge. Nous allons caractériser le territoire sur les plans administratifs, humains et économiques, en nous attardant tout particulièrement sur l’état sanitaire de sa population. Nous présenterons ainsi l’état de l’offre et de la demande en matière de soins de santé, en comparant l’ensemble de ces indicateurs à leurs équivalents nationaux. Nous en viendrons ainsi à la politique régionale de santé publique, et à la gouvernance encadrant sa mise en œuvre. Nous présenterons au passage la notion de démocratie sanitaire, et la façon dont la gouvernance territoriale tient compte de cet aspect.

Nous réaliserons ensuite un travail similaire concernant le Hainaut belge. Pour se faire, nous présenterons brièvement la répartition des compétences en matière de santé publique entre les différentes entités de l’état fédéral belge. Nous aborderons également certaines des conséquences négatives de cette répartition, qui sont autant d’arguments en faveur d’une autre approche territoriale.

Enfin, nous évoquerons les collaborations transfrontalières existant déjà entre des entités territoriales françaises et belges. Nous verrons qu’il existe une grande diversité d’actions entre ces entités, incarnée par la multitude des projets financés notamment par les fonds FEDER de l’Union Européenne.

Au terme de cette section, nous verrons que les similitudes socio-économiques entre les Hauts-de-France et le Hainaut belge, qui aboutissent à des conséquences – néfastes – sur le plan sanitaire qui sont équivalentes entre les deux territoires plaident pour une collaboration plus poussée entre ceux-ci, voire une approche globale commune en matière de santé publique.

8. Stratégie Santé de la région Hauts-de-France

La politique en matière de santé de la région Hauts-de-France, elle-même issue de la fusion des anciennes régions du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie, reprend les stratégies santé de ces dernières. Nous allons donc nous y intéresser dans la présente section.

8.1 Caractérisation du territoire et principaux indicateurs⁶⁸

8.1.1 Découpage politique et administratif

Administrativement, elle est divisée en 5 départements :

- L’Aisne ;
- Le Nord ;
- L’Oise ;
- Le Pas-de-Calais ;
- La Somme.

⁶⁸ Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France : « Diagnostic territorialisé, Hauts-de-France, territoires de proximité »

Le Conseil régional des Hauts-de-France en est l'assemblée délibérante pour les compétences qui sont les siennes. Il est présidé par Xavier Bertrand, du parti de droite Les Républicains (LR). Il convient également de noter que la région est relativement neuve, puisque qu'elle est issue de la réforme territoriale de 2015, prenant effet au 1^{er} janvier 2016. Le chef-lieu de la nouvelle région est Lille, qui en est également le principal centre urbain avec 233 897 habitants en intramuros.

8.1.2 Indicateurs humains

Au niveau des caractéristiques physiques, humaines et administratives de la région, notons qu'elle s'étend sur 31 813km², comprend au 1^{er} janvier 2014 une population de 6 006 156 habitants (soit une densité de 189 hab/km²), ce qui en fait la 3^{ème} région la plus peuplée de France et celle disposant de la 2^{ème} plus importante densité de population après l'Île-de-France. En termes de démographie, nous pouvons également noter que la part des moins de 25 ans représente 30% de la population, contre 15% pour les plus de 65 ans, ce qui fait de la région celle disposant de la population la plus jeune de France. Cette jeunesse relative de la population s'explique par une fécondité plus élevée dans la région (2,08 enfants/femme contre 1,98 dans le reste du pays).

La croissance de la population est freinée par un solde migratoire négatif. En effet, si l'on note un excédent de naissances par rapport aux décès (+ 0,45% par an), le solde migratoire est quant à lui en déficit avec - 0,25% par an. Ainsi, entre 2009 et 2014, la région a perdu 14 805 habitants, ce qui s'explique par une attractivité limitée de la région.

Au niveau des mouvements humains internes à la région, on note que les communes de plus de 30 000 habitants voient, à l'exception de Lille, Valenciennes et Calais, leur population diminuer de 0,02% en moyenne annuelle entre 2009 et 2014, là où les petites communes de moins de 2 000 habitants font face à une dynamique démographique favorable avec une croissance démographique de +0,45% sur la même période. La constatation est identique pour les communes entre 2 000 et 5 000 habitants, qui soutiennent une croissance de 0,22% de leur population. Les explications avancées sont la taille et le coût des logements, plus attractifs dans les communes périurbaines que dans les centres urbains.

Au niveau cette fois des territoires de proximité subdivisant la région, on constate un clivage nord-sud en matière de densité de peuplement, celle-ci étant plus importante autour de Lille et dans la partie nord-est (frontalière avec le Hainaut) de la région. Concernant cette fois le vieillissement de la population, si on note également de fortes disparités entre les territoires de proximité, la part de la population âgée de plus de 75 ans oscillant entre 6,6% et 10,7% de la population, les territoires frontaliers avec la province belge du Hainaut sont dans la moyenne de la région, avec 7,5%.

8.1.3 Indicateurs économiques

Entre 1990 et 2012, la croissance économique de la future région Hauts de France a été de 1,1% par an en moyenne, contre une moyenne nationale de 1,5%. Cependant, ces chiffres inférieurs à la moyenne s'expliquent notamment par le solde migratoire négatif. En effet, rapportée au nombre d'habitants, cette croissance a été similaire à celle des autres régions française. Rapportée cette fois

au nombre d'emplois, la croissance a été de 2,2% en Hauts de France, contre 2,4% de moyenne nationale.

La région a pour principal atout sa situation avantageuse, à un carrefour entre la France, le Bénélux et le Royaume-Uni auquel elle est connectée à la fois par des liaisons maritimes et par le tunnel sous la Manche. La connectivité du territoire est marquée par la présence de 150 gares, dont 3 gares TGV internationales, 6 aéroports (2 internationaux), 21 ports fluviaux (avec deux plateformes multimodales).

La région est historiquement marquée au niveau socio-économique par un passé d'industries lourdes et de charbonnage, et est encore en cours de reconversion industrielle. À l'heure actuelle, on y compte 100 parcs d'activités, avec 157 sites classés SEVESO (30 116 emplois). Au niveau des entreprises, on en dénombre 280 000, dont 350 employant plus de 300 salariés. L'héritage industriel de la région se traduit notamment par la proportion d'emplois occupés dans les entreprises de plus de 100 salariés, notablement plus importante que dans le reste de la France métropolitaine (0,3% contre 0,2%). On note également que 34 000 entreprises ont été créées en 2014, contre 4 700 qui ont dû cesser leurs activités.

La région compte 1 400 000 emplois salariés. Les principaux secteurs d'activité sont les suivants :

Secteur	Nombre d'entreprises	Emplois total
Commerce	67 000	200 000
Bâtiments – travaux publics	300	108 000
Mécanique	200	60 000
Tourisme		60 000
Agro-alimentaire	290	50 000
Chimie	260	35 000
Énergie	1 100	35 000
Sidérurgie	150	16 800
Papier carton	180	8 000
Nautique	200	5 200
Imprimerie	170	700

Tableau 7: Entreprises et emplois par secteurs d'activité dans la région Hauts-de-France.

Le taux de chômage dans la région est supérieur au taux de chômage national (différentiel de 3,4%) et cet écart est particulièrement marqué dans les arrondissements de Calais, Lens, Valenciennes, Maubeuge, Thiérache, Saint-Quentin et Tergnier. La situation est pire pour les jeunes (tranche d'âge

15-24ans), avec cette fois un écart de +8,2%, ce qui représente 36,5% de la population active. Ce taux est le plus élevé de France.

L'enseignement supérieur comprend 210 000 étudiants dans près de 100 établissements (dont 24 universités), essentiellement concentrés dans les centres urbains que sont Lille, Valenciennes et Amiens. Enfin, il faut noter qu'en termes de proportion du PIB consacré à la recherche, la région se classe 137^{ème} sur 265 régions européennes. Si on s'intéresse maintenant au taux de diplômés, on constate que la part des personnes peu ou pas diplômées représente 16,6% des 25-34 ans, contre une moyenne nationale de 14,7%. À l'inverse, la part des personnes âgées de 25-34 ans et disposant au minimum d'un BAC+2 est de seulement 37,4% en Hauts-de-France, contre 43,3% en moyenne nationale.

En ce qui concerne cette fois les revenus moyens, ceux-ci sont inférieurs dans la région par rapport au reste du pays (22 954€/foyer fiscal vs 26 199€/foyer fiscal). Seule la Corse présente une moyenne inférieure à celle des Hauts-de-France. La situation est cependant inversée pour les foyers ruraux situés en milieu rural, la région affichant cette fois-ci une moyenne supérieure à la moyenne nationale (25 908€ vs 24 887). La part des foyers fiscaux exonérés d'impôts sur le revenu est la plus élevée des régions françaises, avec 59,8% contre 53,8%, cette différence étant supérieure en milieu urbain, mais inversée en milieu rural (55,5% en Hauts-de-France contre 57,3% en moyenne nationale).

Ces différences de niveau de vie se traduisent également par la proportion de personnes/ménages percevant des allocations. Le taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) est le plus élevé également (12,1% vs 8% de moyenne nationale). Le constat est plus important encore pour les bénéficiaires du RSA majoré, c'est-à-dire les familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (18,2% contre 12,1% du total des familles monoparentales avec enfant). Le taux de ménages percevant une allocation logement est de 26,8% contre 22,7%. Enfin, le taux d'allocataires de la caisse d'allocations familiales ayant 3 enfants ou plus est de 26% contre 22,9%. Toutes les différences citées ici sont plus importantes encore si l'on s'attarde sur le milieu urbain exclusivement. En revanche, en ce qui concerne le milieu rural, les moyennes sont systématiquement inférieures aux données nationales, renvoyant à une image d'un exode des villes vers les zones rurales périurbaines des personnes aisées, appauvrissant en retour d'autant plus les milieux urbains.

On le voit, tous ces indicateurs semblent particulièrement défavorables. Que l'on s'intéresse au niveau de vie moyen, à la proportion de diplômés du supérieur ou encore au taux de bénéficiaires de différentes allocations, la région Haut-de-France cumule une série impressionnante de positions en queue de peloton du classement des régions de France. Cependant, la question suivante qui nous vient à l'esprit est de savoir comment ces indicateurs se traduisent en termes de santé publique, quelles sont leurs répercussions sur la population, et quelle est la réaction des autorités publiques face à ces constatations.

Le territoire de l'Avesnois, frontalier, est quant à lui fortement impacté par les différentes fragilités familiales. Comme indicateurs, nous pouvons ainsi citer la proportion de personnes seules de 75 ans et plus (43%), la proportion de familles de 3 enfants et plus (13,5%), la proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans (27%) ou encore la proportion d'enfants de moins de 25 ans vivant au sein d'une famille sans actif occupé (25,5%), toutes supérieures aux moyennes nationales et régionales.

8.2 Offre et besoins en matière de soins de santé à l'échelle régionale

8.2.1 Besoins

Tout d'abord, nous allons passer en revue différents indicateurs marquants de l'état de santé de la population de la région et établir un aperçu rapide de l'offre de soins et de services disponible actuellement pour les patients, par comparaison avec l'état « moyen » de la France pour ces mêmes indicateurs.

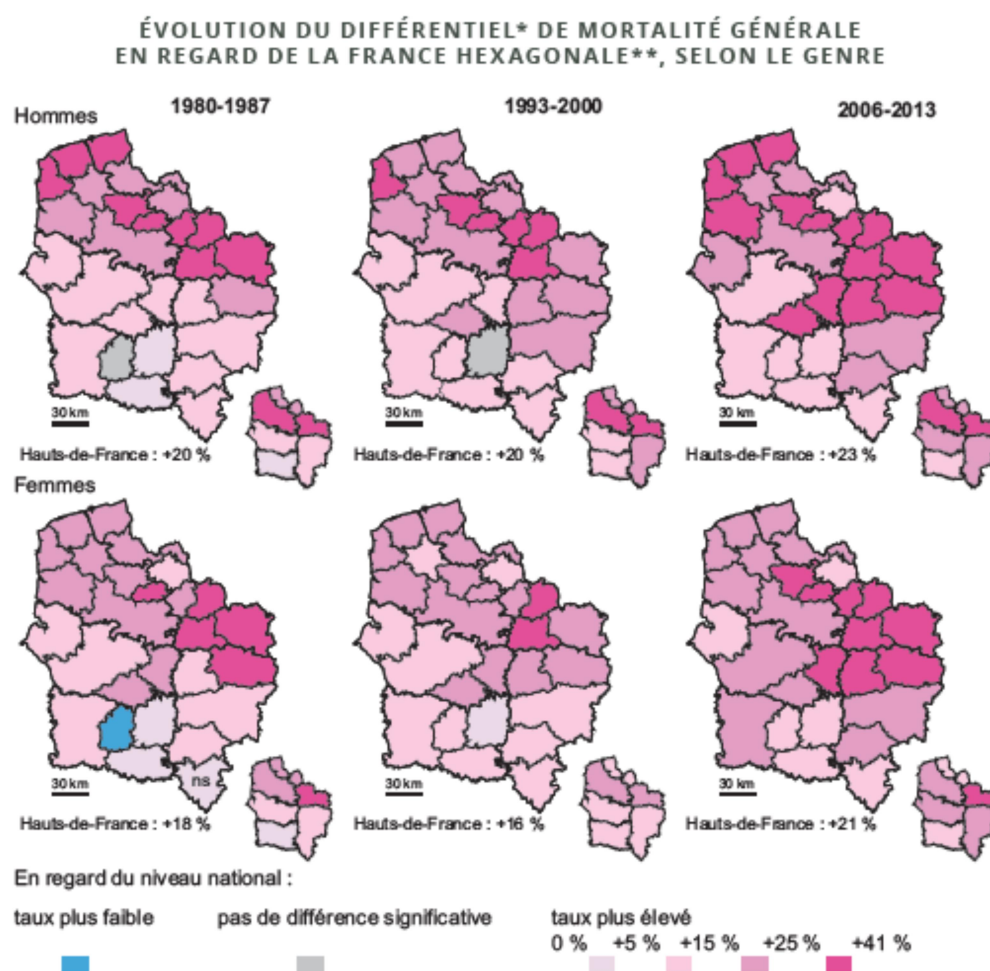
Le premier indicateur marquant de santé en Haut-de-France est la mortalité affectant sa population. Cette mortalité, ainsi que la fréquence comparée de différentes pathologies, sont exprimées dans le tableau suivant par comparaison avec les moyennes nationales (de France métropolitaine).

Critère de comparaison	Hommes	Femmes
Mortalité	+23%	+21%
- Dont centres urbains (+ 100 000 habitants) ;	+28%	+25%
- Milieu rural ;	+10%	+10%
- Dont >65 ans ;	+33%	+26%
o Dont centres urbains	+40%	+30%
Cancers	+22%	+14%
- Dont milieu urbain ;	+28%	+17%
- Dont voies aérodigestives supérieures ;	+60%	+45%
- Dont poumon ;	+27%	-13-18%
Maladies cardiovasculaires	+20%	+20%
Causes extérieures de traumatismes (hors accidents de la route)	+20%	+20%
Maladies respiratoires	+50%	+30%
Infections parasitaires	+30%	+30%
Pathologies du système nerveux	+20%	+20%
Diabète de type II	+20%	+29%
Asthme	-28%	-22%
Troubles mentaux	-20%	-16%
Espérance de vie	-2,8 ans	-2,1 ans

Tableau 8 : Comparaison de différents indicateurs de santé entre la région Hauts-de-France et leurs moyennes nationales respectives.

Ces chiffres reflètent une réalité alarmante, à quelques rares exceptions près surlignées en gras dans le tableau précédent. Les écarts par rapport à la moyenne nationale sont d'autant plus importants que la région Hauts-de-France caracole seule en tête pour certaines données. Ainsi, en ce qui concerne la surmortalité à laquelle est confrontée sa population, celle-ci est non seulement plus importante que la moyenne nationale (+20%), mais elle reste également très forte par rapport à la deuxième région la plus défavorisée de France (la Bretagne) dans ce classement macabre (+13% pour les hommes et +16% pour les femmes).

Il convient également de mentionner que, au niveau des territoires de proximité, la situation est encore pire pour les territoires du nord-est de la région, c'est-à-dire ceux qui sont contigus à la frontière franco-belge. Ainsi, pour la mortalité, ces territoires du nord-est sont caractérisés par un taux supérieur de 30% par rapport à la moyenne nationale. L'évolution est également négative dans le temps pour ces territoires, avec des taux de mortalité en augmentation depuis la période 1980 – 1987. Cette évolution est similaire pour les autres facteurs cités (cf annexe 5).



Carte 2 : Évolution du différentiel de mortalité entre 1980 et 2013 par rapport à la France métropolitaine, par arrondissement.

Si l'on s'intéresse à certaines causes explicatives de cette surmortalité, nous pouvons reprendre des indicateurs majeurs dans le tableau suivant, toujours par comparaison avec la moyenne nationale.

Cause	Hommes	Femmes
Tabac	+29%	+10%
- Dont moins de 65 ans	+37%	NS
Alcool	+62%	+91%
Suicide	+37%	+19%

Tableau 9 : Différentiel de causes de mortalité majeures par rapport à la France métropolitaine, par sexe.

Il faut cependant noter que si les admissions de longue durée (ALD) liées à ces causes sont elles aussi supérieures à la moyenne nationale, elles le sont cependant moins que les décès (tabac : ALD +7%). Parallèlement, la part de fumeurs dans la population est équivalente à la moyenne nationale, et si la part de personnes souffrant d'une dépendance à l'alcool est elle aussi supérieure (29,2% vs 24,5% pour les hommes, 10,5% vs 6,3% pour les femmes), elle l'est moins que la mortalité liée à cette cause. Ces indicateurs pourraient donc suggérer un pronostic relativement moins favorable des pathologies liées à ces facteurs comparativement aux moyennes nationales.

Ici encore, en ce qui concerne les territoires, nous pouvons constater que ceux du nord-est figurent quasi systématiquement parmi les plus touchés, quel que soit l'indicateur auquel on s'intéresse, et ce avec une évolution globalement négative dans le temps (cf annexe 5).

D'autres indicateurs, que nous ne développerons pas ici dans le détail, sont également défavorables pour la région. Nous pouvons à cet égard citer le surpoids/l'obésité, la malnutrition ou le manque d'activité physique, autant d'indicateurs défavorables par rapport à la moyenne nationale.

Nous pouvons également noter, par rapport aux critères de comparaison repris précédemment, que la plupart de ceux-ci sont inversement corrélés dans la littérature médicale avec le niveau socio-économique. C'est le cas notamment pour les cancers des voies aérodigestives supérieures, les cancers du poumon, les maladies cardiovasculaires, mais encore les infections parasitaires et le diabète de type II.

8.2.2 Offre médicale

À côté de ces indicateurs donnant une idée des besoins en matière de santé publique, il est également important d'avoir un aperçu de l'offre médicale couvrant la région.

Les premiers indicateurs intéressants concernent la densité de professionnels de santé de différentes catégories, reprises dans le tableau suivant, en praticien pour 100 000 habitants, par comparaison entre la région et la moyenne nationale. Le détail des spécialités est fourni en annexe (cf annexe 6).

Praticiens	Hauts-de-France	France métropolitaine
Médecins généralistes	126,1	130,1
Médecins spécialistes	83,6	99
Chirurgie	33	39,1
Infirmiers	922	955,1
Masseurs/kinés	123,3	131,1
Chirurgiens-dentistes	46,6	62,9
Pharmaciens libéraux	45,2	47,8

Tableau 10 : Comparaison des densités médicales entre la région Hauts-de-France et la France métropolitaine, par spécialité.

Comme nous pouvons le constater, ces indicateurs témoignent d'une offre médicale inférieure pour la région comparativement aux moyennes nationales dans les différentes catégories de praticiens mentionnées ici. Si cette différence existe en milieu rural, elle est plus marquée, au moins pour les professions libérales, en milieu urbain, particulièrement dans les centres de plus de 100 000 habitants. Si ces chiffres semblent témoigner d'une pénurie à l'échelle de la région, ils ne sont pas suffisants pour caractériser celle-ci. Nous devons en effet à ces données rajouter celles concernant l'offre en matière d'établissements de soins de santé et de consommation d'actes médicaux.

En termes de capacité d'accueil, les établissements de soins de courte durée offrent une capacité de 13 000 lits en médecine, 7 900 lits en chirurgie et 2 100 lits en gynécologie obstétrique. Rapportés à la population, les deux premiers indicateurs sont dans la moyenne nationale, tandis que le dernier lui est supérieur. En matière de consommation d'actes médicaux, celle-ci est en 2015 supérieure de 20% par rapport à la moyenne nationale. À ces chiffres viennent s'ajouter ceux concernant les hospitalisations à domicile (consommation supérieure de 35% à la moyenne nationale) ainsi que les soins de réadaptation, dont la consommation est cette fois similaire à la moyenne nationale. Enfin, en ce qui concerne le taux d'équipement pour l'accueil des personnes âgées ainsi que celui pour l'accueil des adultes en situation de handicap, ceux-ci sont légèrement inférieurs à la moyenne nationale.

Derniers chiffres évoqués dans la présente section, ceux concernant le nombre d'actes médicaux par habitant et les montants remboursés par l'Assurance maladie :

/habitant	Hauts-de-France	France métropolitaine
Actes remboursés	25,3	23,3
Somme remboursée	287€	295€

Tableau 11 : Actes médicaux et sommes remboursés par an et par habitant de la région Hauts-de-France.

8.2.3 Conclusions sur l'état sanitaire de la population des Hauts-de-France

À ce stade, il est certainement utile de faire un rapide récapitulatif des sections précédentes concernant les indicateurs socio-économiques et de santé que nous avons abordés jusqu'à présent.

Tout d'abord, nous pouvons constater que la population de la région Hauts-de-France est particulièrement précarisée, et par conséquent fragile socialement parlant. Le niveau de diplôme, l'accès à l'emploi, les revenus moyens ou encore les transferts sociaux sont autant d'indicateurs défavorables, pour certains parmi les pires observés en France.

La conséquence de cette situation socio-économique est l'impact particulièrement délétère sur la situation sanitaire de la région, tous les indicateurs évoqués étant eux aussi défavorables, qu'il

s'agisse du taux de mortalité ou de l'espérance de vie. En ce qui concerne les causes de ces mortalités, nous constatons une forte augmentation de pathologies telles que les cancers du poumon ou des voies aérodigestives, associée à un tabagisme plus fréquent. Ces facteurs ont largement corrélés dans la littérature médicale à un faible niveau socio-économique^{69 70 71}, même s'il ne s'agit pas du seul élément significatif influençant l'émergence de ces pathologies⁷².

Paradoxalement, et alors que les besoins sont comparativement plus importants que dans le reste de la France, la couverture médicale lui est quant à elle inférieure, au contraire de la consommation de soins de santé.

La région se présente par contre comme un territoire largement hétérogène pour pratiquement tous les indicateurs répertoriés ici, avec une double opposition villes/campagnes et nord/sud. Les zones rurales se distinguent ainsi par un niveau de vie supérieur, incarné notamment par un revenu moyen plus élevé, ce qui est associé à une santé globalement meilleure en milieu rural par rapport aux centres urbains. De la sorte, si les indicateurs sont globalement plus mauvais en zone rurale des Hauts-de-France par rapport aux moyennes nationales, cette différence est moindre.

L'autre hétérogénéité concernant la région apparaît entre la partie nord (voire nord-est) et le reste de la région. Pratiquement tous les indicateurs font ainsi des territoires de proximité du Valenciennais, du Cambrésis, de la Sambre Avesnois et de Guise-Hirson un territoire particulièrement sinistré (vestige d'un ancien bassin minier), auquel on peut rajouter, mais dans une moindre mesure le Boulonnais (ancien bassin houiller). Il faut aussi noter que, si le reste de la région s'en sort mieux, rares sont les territoires de proximité qui font mieux que la moyenne nationale pour un ou plusieurs indicateurs relevés ici.

8.3 Politique régionale en matière de santé et gouvernance territoriale

8.3.1 Gouvernance territoriale en matière de santé

La loi du 26 janvier 2016 portant sur la modernisation du système de santé⁷³ (dite « Loi Touraine ») a instauré, en matière de gouvernance, différentes instances consultatives adaptées à des échelles de territoire diverses, dans le but notamment de promouvoir la « démocratie sanitaire ».

Ainsi, la première structure mise en place par la loi de 2016 est la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie (CRSA), qui se présente⁷⁴ comme étant le « parlement régional de la santé ». Cet organe ayant une voix délibérative à l'échelle de la région et étant composé de représentants de

⁶⁹ Vohra J, Marmot MG, Bauld L, Hiatt RA. « Socioeconomic position in childhood and cancer in adulthood: a rapid-review. », *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016;70(6):629-634.

⁷⁰ Torre L.A., Siegel R.L., Jemal A. (2016) « Lung Cancer Statistics. In: Ahmad A., Gadgeel S. (eds) *Lung Cancer and Personalized Medicine*. », *Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 893. Springer, Cham

⁷¹ Nordahl H. « Social inequality in chronic disease outcomes. », *Dan Med J*. 2014 Nov ;61(11) :B4943.

⁷² Sommer I, Griebler U, Mahlke P, et al. « Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. », *BMC Public Health*. 2015;15:914.

⁷³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

⁷⁴ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/la-concertation-pour-agir-au-plus-pres-des-usagers-et-des-territoires>

l'ensemble du secteur de la santé a pour mission d'émettre un avis sur le projet régional de santé, d'organiser des débats publics sur le sujet mais également de mener des travaux au sein de commissions spécialisées pour émettre des propositions. Elle se compose de près de 100 membres répartis en 8 collèges, auxquels s'ajoutent avec voix consultative le préfet de région, le président du Conseil économique et social régional, des représentants de l'assurance maladie et le directeur général de l'Agence régionale de la santé.

En termes de fonctionnement, la CRSA peut proposer au directeur général de l'Agence Régionale de Santé des orientations en matière de santé publique, et fonctionne sur base de groupes de travail chargés de questions spécifiques.

Cette CRSA est l'héritière des Conférences Régionales de Santé (CRS) instaurées en 2004 en tant qu'instances consultatives permanentes pour la santé publique. En tant que lieu d'expression de la société civile, la CRS s'est placée au cœur du principe de démocratie sanitaire. La loi de 2016 confirme donc l'existence des CRS, devenues CRSA, et étend leurs prérogatives, notamment en obligeant le directeur général de l'Agence Régionale de Santé à venir y présenter son bilan annuellement et en lui attribuant la fonction d'évaluation du respect des droits des usagers, en particulier en ce qui concerne l'égalité d'accès aux soins de santé.

Il convient cependant de noter que la grosse limite de la CRSA est qu'elle ne peut émettre d'avis contraignant, mais est limitée à formuler des avis et des évaluations qui n'engagent pas l'ARS. Parallèlement, l'autre grosse difficulté à laquelle la CRSA est confrontée est le manque de moyens mis à sa disposition. Par exemple, la mission d'évaluation de l'égalité d'accès aux soins suppose d'avoir accès à de nombreuses informations concernant les usagers, lesquelles sont détenues par des organismes différents. La tâche de collecte de ces informations est à elle seule un travail difficile susceptible d'entrer en contradiction avec le respect à la vie privée⁷⁵. De plus, les résultats obtenus par la CRSA d'une région dépendent à la fois de l'implication des personnes qui en sont membres, mais également de la qualité des relations maintenues avec l'ARS.

À côté de cette instance, que l'on retrouve dans toutes les régions de France, on note également l'instauration de Conseil Territoriaux de Santé (CTS). Ces CTS ont été mis en place début 2017 par arrêtés régionaux, pour une installation effective le 2 février 2017. La région Hauts-de-France a été la première à concrétiser cette disposition.

Le principe de Conseil territorial de santé, c'est-à-dire une instance chargée de faire dialoguer l'ensemble des acteurs de la santé pour « faire émerger une expertise partagée » sur un « territoire de démocratie sanitaire ». Typiquement, un tel CTS est un organe consultatif comprenant 34 à 50 membres organisés autour de 5 collèges visant à une intelligence territoriale collective :

- Professionnels et offreurs des services de santé ;
- Usagers et associations d'usagers ;
- Collectivités territoriales ;
- Représentants de l'état et des organismes de sécurité sociale ;
- Personnalités qualifiées.

⁷⁵ Devictor Bernadette, « Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? », Santé Publique, 2010/1 (Vol. 22), p. 121-129.

Ces organes consultatifs ont notamment pour missions :

- La participation à l'élaboration du diagnostic territorial partagé ;
- Une contribution à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé ;
- La conservation des spécificités des démarches locales fondées sur la participation des habitants ;
- Participation à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers, ainsi que la qualité des prises en charge et des accompagnements.

Il revient au directeur général de l'Agence Régionale de Santé de déterminer, au sein de son territoire, les délimitations de ces territoires subrégionaux, afin de répondre au double objectif d'une cohérence des projets de l'ARS, des professionnels et des collectivités territoriales, et de la prise en compte de l'expression des acteurs du système, en ce y compris les usagers. Le directeur général doit également recueillir l'avis préalable du préfet de région, de la CRSA et des collectivités locales concernées.

Logiquement, et pour tenir compte de territoires existant déjà, il a été prévu de se reposer sur les délimitations géographiques des départements. Cependant, le département du Nord étant relativement plus peuplé que les autres départements français, il a été divisé en deux parties : Métropole-Flandres et Hainaut, pesant respectivement 1 594 516 habitants et 992 612 habitants.

Cet organe s'inscrit dans le cadre de la mise en place du principe de démocratie sanitaire. Ce principe est lui-même défini comme étant l'un des trois piliers de la Stratégie Nationale de Santé et a pour but de renforcer l'efficacité des politiques publiques en matière de santé autour d'une stratégie partagée. En pratique, elle vise à associer l'ensemble des acteurs dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi d'une politique de santé à l'échelle d'un territoire avec pour buts ultimes l'amélioration de la participation des acteurs de santé et le renforcement des droits individuels des usagers.

Dans son fonctionnement, le CTS travaille en collaboration avec le CRSA, avec lequel il réalise d'ailleurs l'évaluation des droits des usagers.

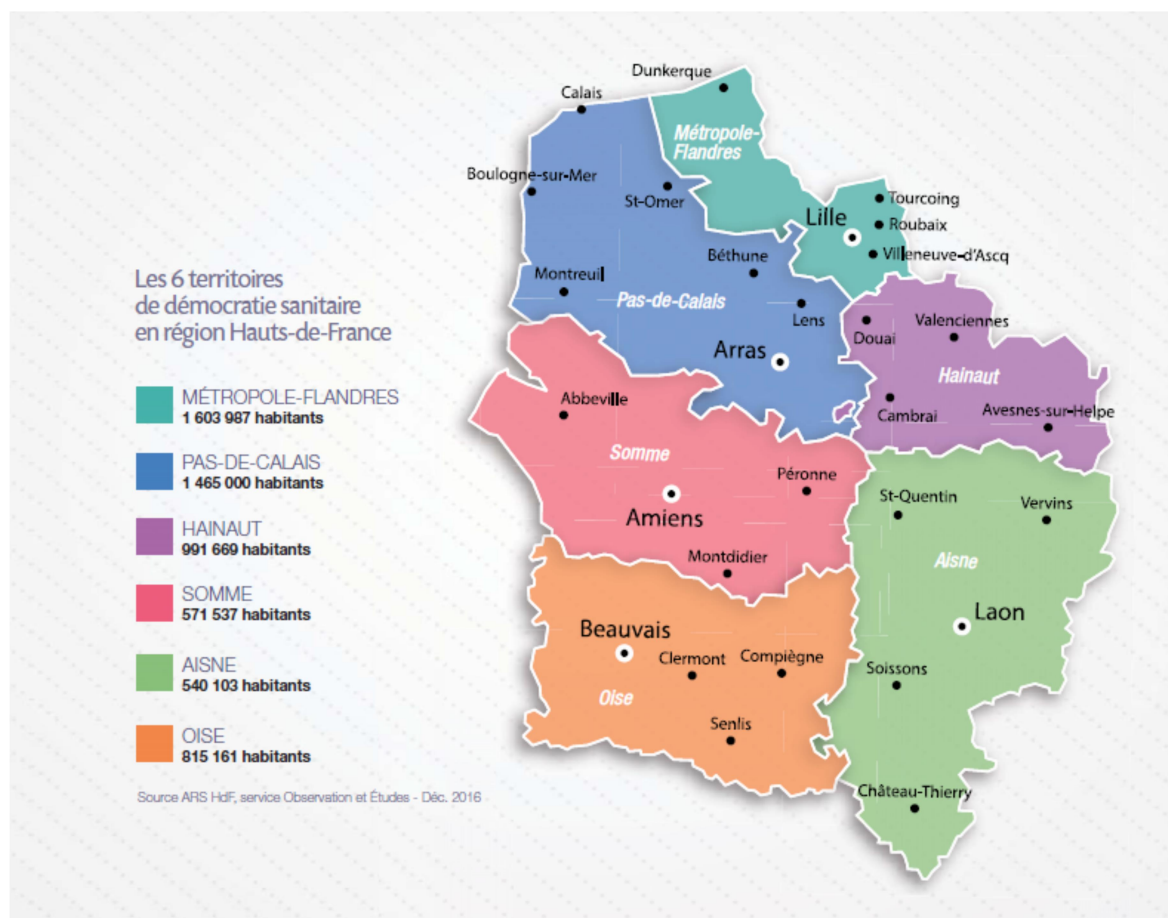
Il vise à répondre à une implication de plus en plus importante de la société civile dans le débat public⁷⁶. L. Demailly⁷⁷ va plus loin en opposant l'idée de « démocratie sanitaire » à la fois au pouvoir de la technocratie et des organismes étatiques centralisés, responsables selon elle de « prises de décisions dangereuses sans concertation », aux dominations professionnelles corporatistes dont découle notamment l'attitude des médecins en opposition avec le droit du patient à exprimer son avis, et aux discriminations menant aux exclusions. Il convient également de noter que tout membre du CTS peut se porter candidat au poste de président ou de vice-président, ces postes étant attribués par vote en assemblée plénière. La fonction de membre est exercée à titre gratuit.

⁷⁶ Arveiller, Jean-Paul, et Philippe Tizon. « Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? », *Pratiques en santé mentale*, vol. 62e année, no. 2, 2016, pp. 2-2.

⁷⁷ Lise Demailly, « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 18 juin 2014, consulté le 06 août 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/4653>

D'après JL Salomez et PM Lebrun⁷⁸, la principale force d'un organe tel que le CTS est l'obligation qu'ont les Agences Régionales de Santé de leur soumettre leurs politiques, et le fait que les avis émis par les CTS soient rendus publics. Les mêmes auteurs notent cependant que l'efficacité globale de ces outils dépend fortement de l'implication des personnes qui y siègent. Par ailleurs, les avis émis ne sont pas destinés à être le résultat de « consensus mous » dans une logique de vote d'un texte, mais bien l'expression d'une forme de synthèse visant à refléter l'ensemble des positions.

La région Hauts-de-France a instauré un découpage territorial comprenant 6 territoires, chacun étant doté d'un CTS.



Carte 3 : Conseils Territoriaux de Santé de la région Hauts-de-France.

Le CTS qui nous intéresse dans le cadre de ce travail, car il est frontalier de la province belge du même nom, est le CTS Hainaut, comprenant les agglomérations de Valenciennes, Avesnes, Cambrai et Douai. Comme nous l'avons vu précédemment, il s'agit pour beaucoup d'indicateurs du territoire le plus défavorisé de la région Hauts-de-France. Ce CTS venant juste d'être installé, il est impossible à l'heure actuelle d'avoir un recul par rapport à ses travaux et à l'exécution des missions qui lui sont confiées.

⁷⁸ <http://www.orsnpdc.org/wp-content/uploads/2015/07/5051-43.pdf>

8.3.2 Agences régionales de santé

Parallèlement aux instances de pilotage et de consultation mises en place par la Loi Touraine, il existe en France depuis 2010 des agences régionales de santé, ayant statut d'établissements publics administratifs de l'état chargé de la mise en œuvre de la politique de santé à l'échelle d'une région. Ces agences qui disposent notamment de la tutelle financière en matière de santé publique sont également chargées de rationaliser l'offre de soins et plus largement de veiller à une bonne gestion des dépenses médicales. Pour atteindre ces objectifs, elles sont tenues de se munir d'un projet régional de santé guidant leur action. Elles sont placées directement sous la tutelle du ministre disposant de la Santé publique dans ses attributions.

Une agence régionale de santé est gérée par un directeur général qui dispose notamment du pouvoir d'accorder les autorisations des établissements de santé, et elle est placée sous le contrôle d'un conseil de surveillance lequel renvoie en France à un organe non-exécutif veillant au bon fonctionnement d'un organisme ou d'une entreprise. Ces conseils de surveillance sont eux-mêmes constitués de représentants de l'état, des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, des organisations syndicales, des organisations d'usagers du système de santé et de personnalités qualifiées en matière de santé. Le directeur général est quant à lui assisté dans ses fonctions par deux comités exécutifs.

Les agences régionales de santé s'inscrivent dans la réforme « Hôpital, patients, santé et territoire » de 2009 qui avait pour but de rationaliser l'offre de soins (c'est-à-dire essentiellement de maîtriser les coûts). Cette rationalisation a eu pour effet de favoriser une approche gestionnaire et financière de la santé, ce qui ne va pas sans soulever des critiques de la part de la Fédération hospitalière de France, celle-ci dénonçant une étatisation et une dérive bureaucratique à des fins de rentabilité⁷⁹.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales publié en décembre 2011 et visant à faire un premier bilan de la mise en place et du fonctionnement des ARS soulignait que, près de deux ans après leur implantation, ces agences étaient encore trop jeunes pour être pleinement appréciées. Il notait cependant la réelle plus-value qu'il y avait à avoir une approche transversale de la santé à l'échelon d'un territoire, à condition toutefois de disposer des moyens pour la mettre en œuvre. Le rapport note que la coordination régionale faisait généralement défaut avant la mise en place des ARS, mais que l'on peut également déplorer le manque d'ambition de celles-ci en ce qui concerne l'instauration d'un réel axe « environnement » en matière de santé. Enfin et dans les points négatifs, le rapport note que l'on peut déplorer certaines réorganisations d'anciennes collaborations fructueuses mises au point au travers de réseaux, aujourd'hui déstructurés par l'approche centralisée des ARS, ce qui risque dans certains cas jugés rares d'accentuer les tensions missions-moyens.

⁷⁹ <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/A-quoi-jouent-les-Agences-regionales-de-Sante>

C. Rolland et F. Pierru⁸⁰ quant à eux, parlent également des ARS comme étant des établissements pris dans une « nasse de régulations et de contraintes » caractéristique d'une administration déconcentrée, symptôme d'une « verticalisation croissante du système de santé ». Ainsi, les directeurs généraux de ces agences ont en pratique une autonomie d'action restreinte, les missions régaliennes restant de la prérogative de l'état central. On peut citer à titre d'exemple le fait qu'en cas de crise sanitaire, les moyens de décisions sont mis à disposition des préfets de départements, ou encore que les moyens financiers mis à disposition des ARS restent contrôlés par le ministère des Finances. En pratique, ce contrôle fortement centralisé nuit à la mission affichée lors de la création des ARS et visant à territorialiser les politiques de santé.

Le 26 février 2014, J. Le Menn et A. Milon ont présenté un rapport au Sénat⁸¹ qui est le résultat d'une mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. Si ce rapport insiste sur l'apport positif de ces structures dans la territorialisation des politiques de santé, il relève également des défauts de répartition des responsabilités entre l'état et l'assurance maladie dans leur pilotage, ainsi qu'un défaut de démocratisation. Le rapport considère également que ces ARS ont gagné en autonomie par rapport aux organismes régionaux qui les ont précédées mais, paradoxalement, le fait que les ARS aient récupéré des compétences qui relevaient jusqu'à présent des directeurs d'hôpitaux entraîne que, du point de vue du personnel du secteur des soins de santé, la gestion s'est effectivement centralisée. Le rapport note enfin que, de par la gestion centrale exercée par l'ARS, la politique de santé au sein d'un territoire a gagné en transversalité.

En résumé de ces différentes contributions, nous pouvons souligner le potentiel remarquable d'un outil régional au service de la santé, ayant une approche à la fois globale et territoriale de celle-ci et des enjeux qui y sont liés. Cette approche, munie des moyens adéquats pour remplir ses missions, est à même à la fois de dépasser les enjeux corporatistes mais aussi de tenir compte des besoins particuliers d'un territoire. Cependant, le risque présenté par une telle structure est de mettre en place une gestion purement budgétaire et bureaucratique de la santé publique au détriment du patient. Il faut également veiller à y inclure tous les acteurs de la santé, dont les utilisateurs, pour pouvoir l'inscrire dans une démarche de démocratie sanitaire.

8.3.3 Politique régionale de santé (PRS)

La politique régionale de santé de la Picardie a été adoptée en décembre 2012. Il s'agit d'un document qui fixe les objectifs et priorités de santé pour les 5 années qui suivent.

L'effort principal doit porter sur trois axes principaux :

⁸⁰ Christine Rolland, Frédéric Pierru « Les Agences Régionales de Santé deux ans après: une autonomie de façade », Santé Publique 2013/4 (Vol. 25), p. 411-419.

⁸¹ Rapport d'information de MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales : « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance. », n° 400 (2013-2014) - 26 février 2014

- La prévention. L'approche doit être globale à ce niveau, et agir sur les déterminants de la santé, les lieux de vie et les addictions. Les principales actions doivent concerner la nutrition, le dépistage des cancers, la lutte contre les addictions, la prévention du suicide, la qualité de l'air intérieur, des eaux de consommation et l'habitat ;
- L'offre de soins. Celle-ci doit répondre aux besoins de la population, notamment en fidélisant les professionnels de la santé (effort à fournir pour faciliter l'installation en ville). L'action doit également être portée sur l'accès à cette offre de soin, notamment en assurant une prise en charge d'urgence en moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire, en développant un réseau de maisons de santé et en consolidant le maillage des établissements de santé ;
- L'offre médico-sociale. À destination principalement des personnes âgées et des personnes souffrant d'un handicap, l'offre doit être diversifiée pour permettre aux personnes concernées d'exercer un libre choix de vie et de parcours de soins, en favorisant le maintien en milieu de vie ordinaire.

La politique régionale de santé du Nord - Pas de Calais pour la même période est relativement similaire. Nous y ajouterons cependant différents aspects qu'il nous a semblé intéressant d'aborder, ne serait-ce que par les articulations qui les rattachent à la gouvernance évoquée ci-après :

- La lutte contre les inégalités en matière de santé et d'accès aux soins. Pour être efficace, cette lutte doit d'abord passer par une caractérisation des déterminants majeurs de ces inégalités sociales, mais également territoriales ;
- La territorialisation des politiques de santé est quant à elle une nécessité. Le territoire doit alors être délimité en fonction des habitudes de vie de ses habitants et de leur appartenance à une communauté rurale ou urbaine, dans le but d'adapter les moyens de ces territoires aux besoins et aux caractéristiques de leur population ;
- La démocratie sanitaire qui est érigée en principe de fonctionnement et partie prenante du processus de définition, d'application et de suivi de la politique régionale de santé.

Faisant suite à la création de la région Hauts-de-France, la nouvelle région se doit de prendre le relais en matière de santé publique. Pour se faire, elle a d'abord procédé à une évaluation des deux politiques régionales de santé qui l'ont précédée (PRS Picardie et PRS Nord-Pas-de-Calais), ainsi qu'à un diagnostic territorialisé de la région (qui nous a largement servi de base pour les sections précédentes relatives à l'état sanitaire de la population des Hauts-de-France). Sur base de ces différents documents, la nouvelle politique régionale de santé est actuellement en cours d'élaboration. Elle devra couvrir la période 2018 – 2027. Dans l'intervalle, les PRS des anciennes régions restent applicables jusqu'au 31 décembre 2017, la nouvelle politique régionale étant d'application au plus tard au 1^{er} janvier 2018.

Au niveau de la méthodologie, et dans le but de disposer dans un temps contraint d'un projet qui soit utile aux différents partenaires, lisible et doté d'objectifs concrets identifiables, le travail a été divisé en une vingtaine de chantiers répartis en autant de groupes de travail. Ces groupes sont formés par l'agence régionale de santé, et leur travail est suivi sur base régulière par la commission permanente de la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie, ceci n'excluant pas des échanges avec les commissions spécialisées. De plus, et à partir du diagnostic territorial, chaque Conseil Territorial de Santé est appelé à identifier les priorités à prendre en compte dans la rédaction de la politique régionale.

La composition de la politique régionale de santé comprend trois nouvelles branches :

- Un cadre d'orientation stratégique chargé de déterminer les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans pour améliorer l'état de santé et lutter contre les inégalités sociales et territoriales l'influençant ;
- Un schéma régional unique, qui aura essentiellement pour objectif de suivre l'évolution aussi bien de l'offre que des besoins en matière de santé publique et leur bonne adéquation, en établissant également des prévisions à moyen terme ;
- Un programme régional d'accès à la prévention et aux soins, ciblant tout particulièrement les besoins des personnes les plus démunies.

9. Approche de la santé en province du Hainaut en terme de gouvernance multi-niveau

Après nous être intéressé à la façon dont est élaborée et mise en œuvre la politique de santé dans la région Haut-de-France, nous allons maintenant examiner quelles sont les compétences de la région wallonne et de la Province du Hainaut en matière de santé publique, comment sont déterminées, mises en œuvre et suivies les politiques équivalentes sur ces territoires et comment s'organise la gouvernance. Enfin, nous allons nous attarder sur le diagnostic santé d'une partie du territoire hennuyer, à partir de l'Atlas socio-économique de Cœur du Hainaut.

9.1 Délégation de compétence en matière de santé dans l'état fédéral belge

Stricto sensu, la santé (du moins tout ce qui touche à la santé curative) relève de l'état fédéral belge. Le Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement⁸² a en effet été créé en 2001 en reprenant les compétences de deux ministères auparavant distincts : le ministère des Affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement, et le ministère de l'Agriculture, entre-temps régionalisé. Il convient cependant de noter qu'en pratique, différents ministres se partagent les compétences du SPF⁸³ :

- Maggie de Block pour le domaine de la Santé publique ;
- Marie-Christine Marghem pour l'Environnement ;
- Willy Borsus pour la Sécurité Alimentaire ;
- Bart Tommelein pour le Milieu Marin.

Le SPF est assisté dans ses missions par différentes institutions scientifiques qui lui sont liées, pour des études de soutien ou l'émission d'avis, parmi lesquelles le Centre d'Étude et de Recherches vétérinaires et agrochimiques, l'Institut scientifique de Santé Publique, le Conseil Supérieur de la Santé, et l'Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire, qui est plus spécifiquement chargée de l'ensemble des contrôles concernant la sécurité des aliments. Enfin, il convient également de noter que le SPF est l'interlocuteur officiel de la Belgique sur la scène internationale pour tout ce qui concerne les compétences qui lui sont attribuées.

La plus grosse structure dépendant directement de l'autorité de ministre ayant dans ses attributions la Santé publique et les Affaires sociales est l'Institut National d'Assurance Maladie – Invalidité (INAMI)⁸⁴ qui remplit une double mission :

- D'une part, assurer l'adéquation entre l'offre et les besoins en matière de santé, en régulant l'offre de soins à disposition des usagers ;

⁸² <https://www.health.belgium.be/fr/a-propos-de-nous>

⁸³ Contrat d'administration – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2016 – 2018.

⁸⁴ <http://www.riziv.fgov.be/fr/inami/Pages/missions-inami.aspx#.WWzAwIjyiUk>

- D'autre part, assurer aux usagers d'avoir accès à ces soins, en rendant ceux-ci accessibles financièrement parlant, et en permettant également aux usagers de bénéficier d'un revenu de remplacement en cas d'incapacité.

Il convient ici de souligner le rôle extrêmement important de l'INAMI dans la régulation de l'offre médicale. En effet, dans la législation belge, pour qu'un acte médical ou une prescription puisse être soumis à un remboursement pour l'utilisateur qui en bénéficie, il faut non seulement que cet acte soit reconnu par l'INAMI comme étant éligible à un remboursement, mais également que le praticien qui l'a prescrit soit habilité à le faire. Pour se faire, un médecin (quelle que soit sa spécialité, à l'exception de la médecine non curative, c'est-à-dire la médecine du travail et la médecine légale) se voit attribué, à l'issue de sa formation générale, un « numéro INAMI » permettant d'identifier ses prescriptions et de soumettre celles-ci à un remboursement dans le chef du patient. Un médecin étranger ou formé à l'étranger exerçant en Belgique reçoit également un numéro INAMI, à condition que sa formation soit reconnue par l'état belge. En pratique, le numéro INAMI est donc attribué à un médecin avant sa spécialisation, et son attribution conditionne l'accès à celle-ci. Il s'agit donc d'une méthode efficace pour réguler indirectement l'accès à la profession, étant donné qu'un nombre de numéros INAMI fixé à l'avance par arrêté royal est attribué pour chaque spécialisation médicale, régulant ainsi le nombre de spécialistes habilités à exercer sur le territoire.

L'estimation du nombre de spécialistes nécessaires est effectuée par la Commission de Planification de l'Offre Médicale (ComPlan). Cet organe, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et en se basant sur les données disponibles via l'INAMI, établit l'état des lieux de l'offre médicale en Belgique ainsi que l'évolution de celle-ci, et réalise en parallèle une estimation des besoins de la population. En combinant les deux, la Commission de Planification peut donc estimer le nombre de médecins qu'il est nécessaire de former à moyen terme pour faire correspondre l'offre et la demande au sein d'un territoire. Sur base de ses avis (qui ne sont cependant pas contraignants), le Roi arrête le nombre de numéros INAMI qui peut être attribué sur une période donnée.

9.2 Limitation découlant de cette répartition de la gouvernance en matière de santé publique : le cas de la « crise des INAMI »

Ce système ne va pas sans poser quelques problèmes⁸⁵. En effet, si l'accès à la profession médicale est donc régulé au niveau fédéral de l'état belge, l'accès aux études de médecine est laissé entièrement à la compétence des communautés francophone et néerlandophone, avec une clé de répartition des numéros INAMI disponibles de 40/60. Si la communauté néerlandophone a, depuis 1997, limité le nombre d'étudiants en médecine admis dans la filière en fonction du nombre de numéros INAMI qu'il lui est permis de délivrer en fin de cursus général, la communauté francophone a quant à elle expérimenté différentes sélections successives, avant de lever toute restriction à l'accès aux études en 2008, ce qui a en retour provoqué une explosion du nombre d'étudiants en médecine. Il convient de noter que cette augmentation est notamment due à l'afflux de très nombreux étudiants français, la France appliquant pour sa part un concours à l'entrée des études. Cette régulation différenciée entre un accès aux études déterminé par les communautés et un accès

⁸⁵ Denise Delière : « Numérus clausus : trop d'émotion. », La Libre Belgique, 28 août 2008.

à la profession limité par un Service Public Fédéral a provoqué une situation devenue explosive en octobre 2014⁸⁶, quand il est apparu qu'il y avait, à cette date, 3167⁸⁷ étudiants en médecine en communauté française en surplus par rapport aux numéros INAMI disponibles pour les diplômés des promotions 2014 à 2020. Ces étudiants étaient à ce moment menacés de ne pouvoir exercer la médecine curative, malgré leur formation. Cet état de fait, largement dénoncé par les différentes organisations étudiantes, a provoqué une crise politique grave de près de trois ans entre la ministre fédérale en charge de la Santé publique, Maggie de Block, et le ministre du gouvernement de la Fédération Wallonie – Bruxelles (Communauté Française) en charge de l'Enseignement Supérieur et la Recherche Scientifique, Jean-Claude Marcourt, les deux se renvoyant la responsabilité de la crise.

Pour Mme de Block, la situation est entièrement de la responsabilité de la Fédération Wallonie – Bruxelles, laquelle aurait manqué de clairvoyance par rapport à un problème qui était largement prévisible⁸⁸. Pour éviter une situation similaire, la Communauté Néerlandophone a sélectionné les candidats aux études de médecine à l'entrée de leurs études, ce qui a limité le nombre de surnuméraire sur la même période à environ 500⁸⁹. La limitation du nombre de médecins autorisés à exercer se justifie selon la ministre par la théorie économique de la « *demande induite par l'offre* », selon laquelle une augmentation du nombre de médecins entraîne mécaniquement une augmentation des prestations de soins de santé donnant lieu à un remboursement, et donc à une augmentation des coûts pour la sécurité sociale.

Mr Marcourt en revanche réfute la pertinence de la théorie de la *demande induite par l'offre*, laquelle fait en effet débat dans la littérature scientifique^{90 91 92}, et n'est en pratique que rarement vérifiée⁹³, les coûts des dépenses liées aux remboursements de soins n'étant pas automatiquement corrélés au nombre de praticiens en exercice. De plus, Mr Marcourt souligne que l'estimation de l'offre médicale ne tient pas compte du nombre de médecins réellement en activité (certains médecins détenteurs d'un numéro INAMI ont largement dépassé l'âge de la retraite, tandis que d'autres sont partis exercés à l'étranger, un numéro INAMI étant attribué à vie). Mr Marcourt attire également l'attention sur le fait que nombre d'étudiants « surnuméraires » sont des expatriés français cherchant à contourner leurs propres limitations nationales et qu'il serait injuste de les décompter des quotas communautaires⁹⁴. Il souligne que Mme Deblock ne respecte même pas les

⁸⁶ RTBF info : « Numéro INAMI : en 2018, 2300 à 2500 étudiants resteront sur le carreau. », 30 octobre 2014.

⁸⁷ Denise Delière et Étienne de Clercq : « Suggestions pour la fixation des futurs contingents de médecins. », Centre d'information sur les professions médicales et paramédicales, document de travail (21/12/2015).

⁸⁸ RTL info : « Maggie de Block promet un numéro INAMI à tous les étudiants... à une condition. », 15 septembre 2016.

⁸⁹ Dr Jean-Jacques Rombouts : « Examen d'entrée flamand : 20 ans après. », Le journal du médecin, 14 septembre 2016.

⁹⁰ L. Rochaix, S. Jacobzone : « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. » Économie et prévision, 1997, Volume 129/pp25-36.

⁹¹ Bardey David, « Demande induite et réglementation de médecins altruistes », Revue économique, 2002/3 (Vol. 53), p. 581-588. DOI : 10.3917/reco.533.0581.

⁹² Richardson JR, Peacock SJ : « Supplier-induced demand: reconsidering the theories and new Australian evidence. », Appl Health Econ Health Policy. 2006;5(2):87-98.

⁹³ Léonard C., Stordeur S., Roberfroid D., : « Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence. », Health Policy. 2009 Jul;91(2):121-34. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.11.013. Epub 2009 Jan 16

⁹⁴ Dominique Delhalle : « De nombreux médecins français n'utilisent pas leur numéro INAMI. », RTBF info, 17 novembre 2014

recommandations établies par la Commission de Planification, celle-ci ayant appelé la ministre de la Santé à modifier la clé de répartition 40/60 en faveur de la Communauté Francophone, ce qui n'a pas été suivi d'effet⁹⁵. Enfin, il convient également de noter que de nombreux facteurs démographiques et socio-économiques concourent à perturber le rapport offre/demande médicale, particulièrement en Wallonie et à Bruxelles, c'est-à-dire sur les territoires couverts par la Communauté Francophone :

- Le vieillissement démographique⁹⁶ ;
- L'augmentation de l'âge moyen des médecins⁹⁷ ;
- La féminisation de la profession⁹⁸ ;
- La paupérisation de la population et l'accroissement des inégalités⁹⁹ ;

Pour l'année académique 2015 – 2016, et en se basant sur des études consacrées à l'efficience d'un filtre à l'entrée des études, la Communauté Française avait organisé un concours à l'issue de la première année des études de médecine, conditionnant l'accès à la suite du cursus. Le nombre de lauréats de ce concours était basé sur la limitation fédérale du nombre de numéros INAMI attribués en fin de cursus. Des étudiants lésés ayant introduit un recours auprès du Conseil d'état ont eu gain de cause, au motif que la limitation fédérale du nombre de numéros INAMI disponibles était insuffisamment motivée, que par conséquent le nombre d'étudiants admis au concours communautaire n'était pas lui non plus motivé, ce qui ne justifiait donc pas l'interdiction qui était faite aux étudiants lésés de poursuivre leurs études¹⁰⁰.

La situation est similaire pour l'année académique 2016 – 2017, où le système de sélection à l'issue de la première année est maintenu, malgré l'absence de justification des quotas fédéraux. Si le concours a bien eu lieu, il est fort probable que ses résultats soient à leur tour annulés, le pouvoir public (quel que soit le territoire concerné) n'ayant pas répondu aux points soulevés par le Conseil d'état. En revanche, l'année académique 2017 – 2018 verra l'instauration d'un examen d'entrée pour les études de médecine en Communauté Française, sur le modèle de ce qui se fait déjà en Communauté Néerlandophone¹⁰¹.

Quoi qu'il en soit, il apparaît que les deux partis ont des arguments solides, mais qui renvoient à deux conceptions différentes de la régulation en matière de santé publique. En la matière, le problème provient ici du fait que la formation médicale et la régulation de l'offre médicale, deux composantes essentielles de la politique de santé publique, sont exercées à des échelons différents de l'état fédéral belge couvrant chacun des territoires également différents. Dans un contexte de tensions communautaires vives et avec une asymétrie politique entre ces différents niveaux de pouvoir, l'établissement d'un dialogue de confiance entre les deux parties est d'autant plus problématique, ce qui accentue encore ce problème de gouvernance.

⁹⁵ 7sus7.be : « Le fédéral ne touche pas à la clé de répartition 60/40. », 15 septembre 2016.

⁹⁶ Liza Van Eenoo, et al., « Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe—a review. », *European Journal of Public Health*, Volume 26, Issue 2, 1 April 2016, Pages 213–219

⁹⁷ Sandra Durieux : « Le manque de médecins plus criant en Hainaut qu'ailleurs. », *Le Soir*, 18 février 2015.

⁹⁸ Lapeyre Nathalie, Le Feuvre Nicky, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, p. 59-81.

⁹⁹ H. Van Oyen, P. Deboosere, V. Lorant, R. Charafeddine : « Les inégalités sociales de santé en Belgique. », Programme « Société et avenir », Ed. Academia Press.

¹⁰⁰ Conseil d'état, section du contentieux administratif, arrêt n°235.543 du 26 juillet 2016.

¹⁰¹ <http://www.ares-ac.be/fr/etudes-superieures/en-pratique/conditions-d-acces/exmd>

9.3 Compétences santé de la Wallonie et de la Communauté Française de Belgique

La Communauté Française de Belgique, dite aussi Fédération Wallonie – Bruxelles, joue un rôle important en matière de santé publique.

Tout d'abord, c'est elle qui est compétente pour organiser l'essentiel de l'enseignement en matière de santé. La médecine est ainsi enseignée dans 5 des 6 universités qui dépendent de la Communauté, au moins pour le premier cycle de bachelier (UMons, ULG, UCL, ULB et UNamur). Le second cycle menant au grade de docteur en médecine est quant à lui organisé dans trois de ces établissements (ULB, UCL et ULG), de même que les spécialités dont l'accès est conditionné par l'obtention d'un numéro INAMI.

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, l'organisation des études de médecine par la Communauté Française reste cependant limitée dans la mesure où ce pouvoir organisateur ne peut diplômer qu'un nombre limité d'étudiants en médecine, ce nombre étant fixé par le gouvernement fédéral belge.

À côté des études de médecine, l'enseignement des autres disciplines en lien avec la santé est également du ressort de la Communauté Française, qu'il s'agisse de diplômes octroyés à l'issue d'un ou de deux cycles de l'enseignement supérieur (soins infirmiers, kinésithérapie, pharmacie,...) ou de l'enseignement secondaire technique et professionnel (brevet infirmier). Cependant, l'autonomie de la Communauté Française reste là aussi limitée. Si par exemple elle dispose de toute liberté pour diplômer des étudiants en pharmacie, l'installation d'une officine reste règlementée par le gouvernement fédéral¹⁰². De même, la reconnaissance par l'UE des compétences nécessaires pour être reconnu en tant que praticien conditionne certaines modalités d'organisation des cours dans le secteur de la santé. On peut ainsi citer pour exemple la reconnaissance par l'Union Européenne des compétences nécessaires à l'exercice des soins infirmiers¹⁰³ qui pousse la Communauté Française à réorganiser complètement l'enseignement des soins infirmiers¹⁰⁴.

Toutefois, depuis 2014, et dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'état, la compétence d'agrément des prestataires de soins de santé est transférée aux communautés¹⁰⁵. Ce transfert de compétence n'est pas rétroactif, et ne permettra pas de régler la problématique des numéros INAMI pour les médecins ; en effet, ceux-ci ouvrent la voie à un remboursement des soins prestés, ce qui reste bien une compétence fédérale.

À côté de cet aspect important, les communautés belges étaient également responsables en matière de promotion de la santé et de la prévention. À cet effet, ce sont les communautés qui étaient

¹⁰² [https://www.fagg-](https://www.fagg-afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/distribution/pharmacies_ouvertes_au_public)

[afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/distribution/pharmacies_ouvertes_au_public](https://www.fagg-afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/distribution/pharmacies_ouvertes_au_public)

¹⁰³ « Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur («règlement IMI»). », Le Parlement et le Conseil de l'UE.

¹⁰⁴ <http://gouvernement.cfwb.be/r-forme-des-tudes-en-soins-infirmiers-nouvelle-organisation-des-cursus-en-f-d-ration>

¹⁰⁵ <http://www.enseignement.be/index.php?page=27056>

compétentes pour déterminer leur politique de vaccination¹⁰⁶. Entre 2016 et 2018, cependant, l'essentiel des compétences exercées par la Communauté Française en matière de santé sont en cours de transfert vers la Région Wallonne¹⁰⁷ (ou la Cocof pour le territoire bruxellois), toujours dans le cadre de la 6^{ème} réforme de l'état (y compris pour la politique de vaccination, confiée à l'Office de la Naissance et de l'Enfance). Dans le cadre de cette réforme et pour s'apprêter à exercer ces nouvelles compétences, le gouvernement wallon a doté la région d'une Agence pour une Vie de Qualité, chargée de la mise en œuvre des politiques en matière de santé, de handicap et de la famille, conformément à ce qui était annoncé dans la Déclaration de Politique Régionale 2014 – 2019.

Ce document¹⁰⁸ précise la politique de santé du gouvernement wallon en lui donnant les objectifs suivants :

- Mettre le médecin de famille au cœur de la première ligne de soin : c'est ainsi que le médecin généraliste doit rediriger le cas échéant le patient vers un autre niveau de soin. Il doit être aidé dans sa tâche par l'informatisation du réseau médical wallon facilitant ainsi le suivi du patient ;
- Favoriser les coopérations entre hôpitaux. Le but est ici clairement d'adapter l'offre de soins aux besoins, en rationalisant les dépenses ;
- Assurer la cohérence des dispositifs de promotion de la santé et adopter une approche globale de la problématique des drogues. L'action en matière de prévention doit se faire à tous les niveaux, et englober tous les déterminants de la santé : travail, logement, alimentation, exercice physique, environnement, etc. Pour une action efficace, le document insiste sur l'importance des réseaux d'information et de la coopération entre tous les acteurs potentiellement impliqués ;
- Promouvoir le don d'organes, en créant une base de données complète des donneurs ;
- Apporter des réponses immédiates au mal-être des jeunes.

L'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) est un organisme d'intérêt public. Il s'agit d'une personne morale de droit public créée par un décret qui a pour vocation de remplir une mission de service public. Le décret¹⁰⁹ portant sur la création de l'AVIQ a été voté le 2 décembre 2015 par le parlement wallon¹¹⁰ pour une mise en place au 1^{er} janvier 2016. Ses missions sont de trois ordres :

- Santé : prévention et promotion en matière de santé, remboursement des prestations en maison de repos et de soins, organisation de la première ligne de soins, aides à domicile ;
- Handicap : financement des politiques d'emploi, politiques relatives à l'accueil et à l'hébergement des personnes, sensibilisation et information ;
- Allocations familiales : gestion des budgets et contrôle des caisses, définition des prestations.

Mises ensemble, les politiques budgétaires régissant ces compétences représentent 1/3 du budget total de la région, soit 4,4 milliards d'euros. En matière de personnel, les 800 agents de l'AVIQ

¹⁰⁶ <http://www.vaccination-info.be/>

¹⁰⁷ <http://sante.wallonie.be/?q=transfert-competences-sante>

¹⁰⁸ « Déclaration de politique régionale 2014 – 2019 : oser, innover, rassembler. », Wallonie.

¹⁰⁹ Gouvernement wallon. Décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, 3 décembre 2015.

¹¹⁰ <http://www.wallonie.be/fr/actualites/creation-de-laviq-lagence-pour-une-vie-de-qualite>

proviennent des différentes administrations régionales, communautaires et fédérales qui exerçaient précédemment ses compétences.

En matière d'organisation interne, l'AVIQ comprend trois conseils généraux et trois comités, ainsi que des commissions subrégionales de coordination.

Les trois conseils sont :

- Le conseil général, chargé de la direction générale de l'Agence ;
- Le conseil de monitoring financier et budgétaire élaborant le budget, sous contrôle du conseil général ;
- Le conseil de stratégie et prospective, chargé de l'élaboration et du suivi des politiques dans les différentes missions de l'Agence.

Les trois comités concernent chacun l'une des attributions de l'Agence, à savoir la santé, la politique familiale et le handicap. Des commissions thématiques sont également organisées.

La composition du conseil général se fait comme suit¹¹¹ :

- 5 représentants des organisations représentatives des employeurs et des organisations représentatives des travailleurs indépendants ;
- 5 représentants des organisations représentatives des travailleurs salariés ;
- 5 représentants de l'autorité publique ;
- 3 représentants des organismes assureurs.

On constate de suite que, contrairement aux instances équivalentes existantes en France, il n'y a aucun représentant des usagers des systèmes de soins, pourtant les premiers concernés.

9.4 Politique de santé publique : compétences provinciales

Comme nous l'avons vu dans les sections précédentes, l'essentiel des politiques de santé sont menées en Belgique par l'état fédéral et les régions. Cependant, les provinces disposent malgré tout d'attribution qui leurs permettent également d'agir dans le domaine de la santé, en particulier en matière de prévention. Il convient cependant de noter que, si les provinces sont des entités autonomes, elles n'en demeurent pas moins soumises à la tutelle régionale¹¹².

Pour assumer les missions qui sont les siennes dans le domaine de la santé, et en particulier concernant la prévention et la promotion de la santé, la province du Hainaut a mis en place l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH) depuis 1995¹¹³. Au-delà des missions de promotion et de prévention, l'OSH mène également un diagnostic sanitaire de la province, et est donc une source d'informations importante sur l'état de santé de sa population. Nous développerons plus loin l'état sanitaire de la population hennuyère en nous basant sur les données recueillies par l'OSH.

¹¹¹ <http://prevot.wallonie.be/aviq-composition-du-conseil-g-n-ral>

¹¹² https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/provinces/competences

¹¹³ <http://www.hainaut.be/sante/osh/template/template.asp?page=missions&navcont=10,0,0&branch=1>

L'Observatoire de la Santé du Hainaut, en tant qu'institut provincial de promotion de la santé, mène également à bien différents projets notamment dans le cadre des Interreg, et est également chargé de l'application d'un plan d'action triennal de promotion de la santé.

9.5 Démocratie sanitaire en Belgique : droits du patient

L'expression « démocratie sanitaire » a été traduite en termes de loi en France en 2002. C'est la même année qu'en Belgique les droits du patient ont fait l'objet d'une loi¹¹⁴ aux enjeux similaires¹¹⁵, à savoir la participation des usagers au système de soins. Il apparaît que cette préoccupation semble liée à la conjoncture d'au moins trois causes :

- La multiplication et la montée en puissance des mouvements associatifs dans le secteur de la santé ;
- L'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, nécessitant une participation des patients à leur traitement ;
- La remise en cause des prises de décisions publiques en matière de santé suite à divers scandales sanitaires.

Par ailleurs, la participation des patients et leur implication présentent de nombreux avantages. Citons par exemple une prise de décision plus éclairée, recherchée sur le plan éthique, menant à un consentement éclairé, une amélioration de la qualité des soins liée à la prise en charge des plaintes, ou encore une meilleure gestion des moyens¹¹⁶.

Cependant, la participation d'associations de patients pose diverses questions, comme par exemple la légitimité de celles-ci à représenter les patients, ou encore leur niveau de compétence pour produire une expertise menant à des prises de décisions politiques¹¹⁷. Pour remédier à ces problèmes, la loi française du 4 mars 2002 portant sur la démocratie sanitaire conditionne la participation de telles associations à un agrément délivré au niveau national par la Haute Autorité de Santé, et régional par les Conférences Régionales de Santé.

La loi de 2002 porte notamment sur la qualité des soins, le libre choix du médecin ou encore le principe de consentement libre et éclairé du patient, la protection de la vie privée en matière de santé ou la possibilité d'introduire une plainte. La participation du patient est cependant envisagée ici au niveau strictement individuel, sans tenir compte de la place des associations dans le processus.

Les associations de patients sont de deux types : les « spécialisées », plus petites, disposant de moins de moyens, et centrées sur le soutien mutuel et l'information de patients atteints d'une pathologie, et les « généralistes », orientées sur des questions de santé plus larges. Les sources de financement

¹¹⁴ Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002

¹¹⁵ <http://questionsante.org/nos-publications-periodiques/bruxelles-sante/anciens-numeros/bs-64/democratie-sanitaire>

¹¹⁶ Guy Tegenbos, « Soins de santé et politique de santé : avec la participation du patient, c'est mieux. », Bruxelles, Fondation Roi Baudoin, juin 2008.

¹¹⁷ « La démocratie sanitaire en question. Expériences croisées de concertation et de participation de la société civile aux politiques publiques de santé. », proposition de travail, Paris, juin 2010.

proviennent quant à elles de ressources internes (cotisations des membres), de dons privés, ou de subsides publics, ces derniers étant plutôt réservés aux « grosses » associations¹¹⁸. Il convient également de souligner que, si ces associations sont reconnues de facto, elles ne le sont pas de jure. Cette absence de reconnaissance comme acteurs à part entière du système de santé belge est attribuée par A. Denis et M. Teller à la place majeure accordée aux mutualités dans le modèle de concertation qui constitue le socle du système d'assurance-maladie en Belgique. Les mutualités prennent en effet directement part aux choix politiques en tant que représentants des assurés, alors même qu'elles ont également une mission de gestionnaire¹¹⁹.

La reconnaissance au niveau fédéral et par l'INAMI des mouvements de patients « Ligue des Usagers des Services de Santé » (LUSS) et « Vlaams Patiëntenplatform » permet notamment à ces associations d'être représentées à l'Agence du Médicament. À la Communauté Francophone, la LUSS est également présente au Conseil Supérieur de Promotion de la Santé, mais ne bénéficie en revanche que d'un soutien timide au niveau de la région wallonne.

Contrairement à la situation française où le concept de démocratie sanitaire s'exerce pleinement au niveau collectif par l'inclusion de représentants de patients dans les processus décisionnels en matière de santé publique, ce n'est pas le cas en Belgique où les droits des patients restent avant tout centrés sur le respect des droits du patient en tant qu'individu. Il en résulte, pour N. Hamarat, un véritable déficit de la démocratie sanitaire en Belgique ce qui fait que, si la médecine traite bel et bien la pathologie, elle faillit à sa tâche de soigner le malade et l'expérience sociale qu'il a de sa pathologie¹²⁰.

¹¹⁸ Alain Denis et Lut Mergaert, « La situation financière des associations de patients en Belgique. », Bruxelles, Fondation Roi Baudoin, mars 2009.

¹¹⁹ Alain Denis et Michel Teller, Leviers pour une meilleure participation des patients. Nouvelles pratiques et possibilités de reconnaissance et de financement, Bruxelles, Fondation Roi Baudoin, septembre 2011.

¹²⁰ HAMARAT N. (2012), « Du corps mutilé : action associative et modalités d'engagement individuel dans la lutte contre le cancer du sein. », Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Master en sociologie, Université libre de Bruxelles.

10. Diagnostic Santé du Hainaut

10.1 Caractérisation du territoire et principaux indicateurs

10.1.1 Découpage politique et administratif

L'Intercommunale de Développement Économique et d'Aménagement du Cœur du Hainaut (IDEA) est une intercommunale créée en 1956 par l'association de plusieurs communes hennuyères concernées par les problèmes de démergement liés à l'activité minière. À partir de cette mission première, les activités de l'intercommunale se sont diversifiées pour englober de nombreux aspects de l'aménagement du territoire qui comprend aujourd'hui 25 communes pour 500 000 habitants. IDEA contribue ainsi à la gestion de divers projets, dont une plateforme trimodale train – route – canal à La Louvière ainsi que 42 zones d'activités économiques accueillant en 2015, 688 entreprises pour 18 000 emplois, ou encore 22 stations d'épuration. On peut également citer la gestion du seul réseau belge de géothermie, permettant entre autres de chauffer 300 logements sociaux et un hôpital dans la région de Mons.

Le territoire couvert par l'intercommunale, dit Cœur du Hainaut, est organisé autour de deux centres urbains majeurs : Mons (94 981 habitants au 1^{er} janvier 2015) et La Louvière (80 579 habitants au 1^{er} janvier 2015). L'essentiel de la population du territoire est concentrée dans les aires urbaines respectives de ces deux communes, c'est-à-dire le Borinage autour de Mons et la Région du Centre autour de La Louvière. Ces agglomérations partagent des caractéristiques communes, et sont notamment soumises à une reconversion socio-économique importante, rendue nécessaire à la suite d'un passé industriel aujourd'hui en grande partie révolu.

À la suite de la fermeture de Duferco à La Louvière en 2013, et de Doosan à Frameries (Mons) en 2014, un important travail de diagnostic du territoire a été effectué au travers de deux études, l'une concernant Mons – Borinage, l'autre La Louvière – Centre. Ces études ont eu pour vocation d'identifier les forces, faiblesses, menaces et opportunités pesant sur leurs territoires respectifs. En parallèle, l'équipe technique de Cœur du Hainaut, dépendant d'IDEA, met à jour tous les deux ans un atlas socio-économique du territoire de l'ensemble des 25 communes du projet de territoire. Nous allons essentiellement utiliser les données issues de ces différents travaux dans la présente section.

Le territoire Cœur du Hainaut regroupe 25 communes de Mons – Borinage et La Louvière – Centre, au sein desquelles résident 527 490 habitants sur 1 191km² (carte : cf annexe 5).

10.1.2 Indicateurs humains¹²¹

Les 527 490 habitants du Cœur du Hainaut donnent au territoire une densité de population de 443 hab/km², soit une densité supérieure à la fois aux moyennes belge (369 hab/km²), wallonne (214 hab/km²) et hennuyère (353 hab/km²), principalement répartie le long du sillon industriel de la rivière Haine, témoignage du passé minier de la région. La population a connu une croissance de

¹²¹ Cœur du Hainaut, centre d'énergies : « Atlas socio-économique, 3^{ème} édition, 2017. »

3,9% entre 2006 et 2016, avec une projection de l'ordre de 3,6% à l'horizon 2025 et de 7,4% à l'horizon 2035. Cette croissance démographique est supérieure à celle anticipée pour le reste de la province du Hainaut pour la même période, et est liée au solde migratoire positif (+1241 habitants entre 2015 et 2016). Le solde naturel est quant à lui négatif avec -546 habitants entre 2015 et 2016. La population de nationalité étrangère représente 12% du total, au-dessus des moyennes belges (11,5%), wallonne (9,9%) et hennuyère (11,8%).

En termes de composition des ménages, les personnes seules forment la catégorie la plus représentée, avec 34,8% des ménages. Viennent ensuite les couples avec enfants (27,6%), les couples sans enfants (21,4%) et enfin les familles monoparentales (14,1%). Par comparaison avec la moyenne belge, ces chiffres sont respectivement de 39,2%, 25,3%, 28,7% et 9,9% à l'échelle nationale.

On peut également noter que, si la croissance du nombre de logement est bien réelle sur le territoire (+7,4% entre 2005 et 2015), elle est cependant plus faible que dans le reste du Hainaut (+8,5% sur la même période), de la région wallonne (+9,9%) et de la Belgique (+9,5%). Le parc locatif se singularise également par son âge, 33,5% des logements datant d'avant 1900 et 56,7% d'avant 1945 (contre respectivement 16 et 37,7% en Belgique). Le potentiel foncier (soit le rapport entre la superficie des terrains théoriquement encore disponibles sur l'ensemble des terrains affectés en zone d'habitat) est de 22%, contre 31,7% à l'échelle wallonne. Il en résulte une pression immobilière importante et en augmentation, mais moins qu'à l'échelle nationale ou régionale.

10.1.3 Indicateurs économiques

Le territoire est caractérisé par une période de reconversion industrielle, témoignant d'un passé minier et industriel lourd avec la combinaison des charbonnages et des aciéries aujourd'hui majoritairement fermés.

En termes d'emplois, le territoire compte 140 618 travailleurs salariés et 34 326 travailleurs indépendants. Les travailleurs salariés sont répartis entre 0,2% dans le secteur primaire, 18,7% dans le secteur secondaire et 81,1% dans le secteur tertiaire. 15,4% des employés sont des fonctionnaires. Ainsi, le taux d'emploi de 52,4% est inférieur aux taux hennuyer (53,7%), wallon (56,8%) et belge (61,3%). À une échelle plus petite, on constate un taux d'emploi plus faible le long de l'ancien sillon industriel, descendant jusqu'à 45% dans la commune de Colfontaine. Le taux d'emploi a globalement diminué de 0,2% entre 2013 et 2014, même s'il a remonté depuis 2004 (+2,3%), moins cependant que dans le Hainaut (+2,4%) mais plus qu'en Wallonie (+2%) et en Belgique (+1,6%). Le taux d'activité quant à lui (65%) est en décroissance depuis 2004 (-0,3%) contrairement aux tendances wallonne (+0,3%) et belge (+1,1%). Enfin, le taux de chômage présente des niveaux particulièrement alarmants, avec en juin 2016 15,8% contre des valeurs de respectivement 15,6%, 13,2% et 9,3% pour le Hainaut, la Wallonie et la Belgique. Parmi les chômeurs, le taux de chômeurs de longue durée (supérieure à deux ans) est élevé, avec 38,6%, là encore au-dessus des moyennes hennuyère (38,2%) et wallonne (37,1%).

En décembre 2014, 9 798 établissements sont assujettis à l'ONSS, occupant 129 414 travailleurs. Dans le secteur secondaire (industries), 65,8% des établissements constituent le secteur de la construction, suivis par la fabrication de produits métalliques (8,1%). Dans le tertiaire, la vente de détail arrive en tête avec 22% des établissements suivi par la restauration (9,7%). Parmi les secteurs économiques pourvoyeurs d'emplois sur le territoire, on peut également citer l'industrie pétrochimique, la logistique, ou encore le secteur touristique (manifesté par l'organisation de l'événement culturel « Mons capitale européenne de la culture en 2015). Enfin, 1083 entreprises agricoles sont présentes sur le territoire. 95% des établissements sont des PME et des TPE, tandis que seules trois entreprises emploient plus de 1 000 travailleurs. Si l'on déduit le taux de cessation d'activité du taux de création d'entreprise, on arrive sur le territoire à un solde positif de 1,3%, supérieur à la moyenne hennuyère (1,1%), mais inférieur aux moyennes wallonne (1,5%) et belge (2,3%).

En matière de formation, le territoire présente une part importante de personnes ne disposant que d'un diplôme de l'enseignement primaire (13,2%) qui est supérieure à la moyenne wallonne (12,5%) et à la moyenne belge (12,8%). À l'inverse, 20,8% de la population dispose d'un diplôme de l'enseignement supérieur (de type court ou long), ce qui est cette fois inférieur à la fois aux moyennes wallonne (23,9%) et belge (25,1%). Entre les deux, 51,4% de la population de Cœur du Hainaut dispose d'un diplôme de l'enseignement secondaire, contre 49,4% des Wallons et 46,1% des Belges. Or, ce diplôme est considéré comme le minimum requis pour s'insérer pleinement dans la société au niveau socio-professionnel. Selon l'IWEPS, les taux d'emploi en fonction du niveau de diplôme en Wallonie sont les suivants :

Diplôme	Taux d'emploi
Primaire	35%
Secondaire	73%
Supérieur	88%

Tableau 12 : Taux d'emploi en fonction du niveau de diplôme en Wallonie.

Enfin, concernant les revenus, la situation du territoire est également mauvaise. Le revenu moyen par habitant s'élève à 27 242€, en diminution par rapport au revenu moyen hennuyer (-190€), wallon (-2 353€) et belge (-4 413). Sans surprise, c'est encore la commune de Colfontaine, où l'on trouve le plus faible taux d'emploi, qui présente également le revenu moyen le moins important, avec 23 269€. En 2014, si 12,1% de la population de Cœur du Hainaut a déclaré des revenus supérieurs à 50 000€, 13,7% en ont déclaré moins de 10 000€. 4,9% de la population âgée de 18 à 64 ans a perçu un Revenu d'Intégration Sociale (RIS) auprès d'un Centre Public d'Action Sociale (CPAS).

10.2 Offres et besoins en matière de santé à l'échelle du territoire

Les données permettant de poser un diagnostic médical du Hainaut proviennent de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Malheureusement, nous ne disposons pas de données restreintes au territoire de Cœur du Hainaut pour illustrer l'état sanitaire de ce territoire. Cependant, l'Observatoire de la Santé du Hainaut permet d'avoir une image précise de l'état de santé de la population de l'ensemble de la province via son rapport de santé annuel « Tableau de bord de la santé – province du Hainaut »¹²². Nous allons donc présenter ici des données issues de l'Observatoire, tout en gardant à l'esprit qu'elles correspondent à un territoire englobant le Cœur du Hainaut, ce qui peut mener à certaines disparités. Comme nous l'avons vu, la situation économique se distingue par toute une série d'indicateurs comparativement moins bons par rapport aux moyennes provinciales. Nous pouvons donc légitimement supposer que l'état sanitaire du territoire restreint à Cœur du Hainaut est dans le meilleur des cas dans la moyenne de la Province.

10.2.1 Besoins

La mortalité sur la Province du Hainaut est 17% plus élevée que la moyenne belge, ce qui se traduit par un excédent annuel de 2 200 décès. On constate également comme marqueur intéressant que 30% des décès surviennent avant l'âge de 65 ans, contre 24% pour la Belgique. Fort logiquement, l'espérance de vie est inférieure en Hainaut, avec une différence de 3 ans entre la moyenne provinciale et la moyenne belge pour les hommes.

	Hommes	Femmes
Belgique	78,9	83,2
Wallonie	77	82
Hainaut	75,9	81,6

Tableau 13 : Espérance de vie dans le Hainaut en fonction du sexe, par comparaison aux moyennes régionale et nationale.

Si l'on s'attarde sur les principales causes de décès, on constate une prédominance inquiétante de diverses causes pouvant être reliées à un niveau socio-économique bas, comme les troubles cardiovasculaires ou les pathologies de l'appareil digestif, mais pas de réel bouleversement du classement des principales causes de décès par rapport aux chiffres nationaux. Les causes de décès sont réparties comme suit :

¹²² Disponible à l'adresse : http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/Sante_en_Hainaut_12_TBS-2016_full_v2.pdf

Causes de décès (%)	Belgique	Wallonie	Hainaut
Appareil circulatoire	28,8	28,9	29,3
Tumeurs	26	24,5	24,2
Appareil respiratoire	10,4	10,5	10,4
Morts non naturelles	6,5	7,4	7,1
Appareil digestif	4,5	4,8	5,3
Système nerveux, organes des sens	5	5,6	5,5
Troubles mentaux	4,2	3	3,1
Maladies endocriniennes	2,7	3,2	3,4
Maladies infectieuses et parasitaires	2,4	2,5	2,9
Autres causes	9,4	9,6	8,8

Tableau 14 : Principales causes de décès dans le Hainaut, en Wallonie et en Belgique.

Comme nous l'avons vu précédemment, les décès prématurés (c'est-à-dire survenant avant 65 ans) sont plus nombreux dans le Hainaut qu'en Wallonie et en Belgique. Les principales causes sont résumées dans le tableau suivant, pour les hommes et pour les femmes.

Cause (%)	Hommes	femmes
Cancer :	30,7	39,5
- Dont poumon ;	- 10,7	- 8,5
- Dont VAS ;	- 4,2	- 2,2
- Dont intestin ;	- 2,2	- 2,8
Maladies de l'appareil circulatoire	19,1	16,4
Morts non naturelles	17,9	11,8
- Dont suicides	- 7,8	- 4,9
Autres causes	32,3	32,4

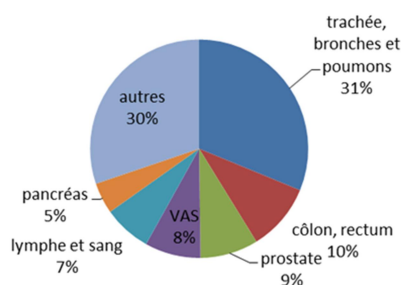
Tableau 15 : Principales causes de décès dans le Hainaut, par sexe.

Enfin, si la mortalité infantile est en constante diminution depuis 40 ans (début des données dont nous disposons) en passant de 9,3 pour 1 000 naissances en 1987 à 4,0 en 2010, elle est cependant supérieure à la moyenne wallonne (3,4/1 000) et belge (3,6/1 000).

Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité en Hainaut, avec une proportion du nombre de décès supérieure aux moyennes wallonne et belge. Ces pathologies constituent également la première source de pathologies chroniques en Hainaut, avec 22,8% du total des maladies chroniques (contre 22,3% pour la Wallonie et 21,2 pour la Belgique). L'hypercholestérolémie est la seconde cause de maladies chroniques (20,6%). Ces troubles sont directement liés au tabagisme, à l'alcoolisme, à l'alimentation et au manque d'activité physique.

Les cancers forment, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la seconde cause de mortalité. Les principaux types de cancers rencontrés sont, par incidence, les suivants :

Mortalité par type de cancer, chez l'homme



Mortalité par type de cancer, chez la femme

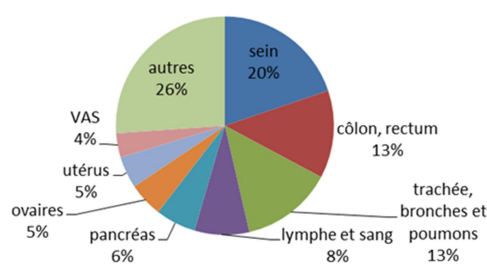


Figure 1 : Mortalité par type de cancer et par sexe dans le Hainaut.

Pour l'anecdote, on trouve dans le Hainaut (population étrangère non-comprise) une incidence de la tuberculose supérieure aux moyennes régionale et belge (4,9/100 000 vs 4,6/100 000). Les fumeurs ont un risque plus élevé de développer cette pathologie.

L'indicateur suivant qui est particulièrement élevé concerne le taux de diabétiques comparativement aux moyennes régionale et nationale. Il s'établit comme suit :

	Hommes	Femmes
Belgique	5,4	5,2
Wallonie	6,7	4,8
Hainaut	7,6	5,1

Tableau 16 : Incidence du diabète en Hainaut, Wallonie et Belgique, par sexe.

Si la proportion de diabétiques n'est pas significativement différente entre la province et la région, elle l'est cependant par rapport à la moyenne nationale pour le sexe masculin. On note également que la proportion a presque doublé chez les femmes entre 2008 et 2013. Enfin, il apparaît que cette proportion est de 12% chez les hommes non diplômés contre 3% dans la catégorie éducation supérieure. La corrélation est donc très forte entre le niveau d'étude (et le niveau socio-économique qui en découle) et l'incidence de la pathologie.

Parmi les bonnes nouvelles, on peut cependant noter une incidence moindre du VIH dans le Hainaut (4/100 000) qu'en Wallonie (5,1/100 000) et qu'en Belgique (10,2/100 000).

L'alimentation joue un rôle important dans le développement de plusieurs pathologies citées ci-avant (cancer colorectaux¹²³, maladies cardiovasculaires¹²⁴, diabète¹²⁵). Toujours d'après l'OSH, 51% de la population hennuyère présentent un excès de poids, 25% étant en surcharge pondérale ou en état d'obésité. 50% des habitants manquent d'activité physique, tandis que 59% des garçons de 16 ans et 48% des filles déclarent consommer au moins un soda sucré par jour, alors que moins de 25% des jeunes hennuyers seulement consomment au moins un fruit ou un légume sur une base journalière. La consommation de légumes est de 27% en Hainaut contre 39% en Wallonie et 40% en Belgique. Pour l'anecdote, 11% des habitants déclarent manger des frites tous les jours.

La consommation de tabac, bien qu'en diminution par rapport à 2004, est élevée dans la province et concerne 24,2% des habitants de plus de 15 ans, contre 21,5% en Wallonie et 18,9 en Belgique. Il en va de même pour la consommation d'alcool quotidienne, avec respectivement 14%, 11,9% et 9,8% de la population en 2013.

Un autre indicateur d'une consommation de soins importante est le vieillissement de la population. La lecture du tableau suivant donne la répartition de différentes classes d'âge pour la Belgique, la Wallonie et le Hainaut. Nous constatons que, si le Hainaut est à un niveau similaire à la Wallonie pour le poids de la classe « 65 ans et + », celle-ci pèse cependant moins lourd que la moyenne belge. Ces résultats sont concordants avec une espérance de vie inférieure. Le ratio de dépendance démographique est quant à lui similaire aux moyennes belge et wallonne, et stable dans le temps (0,7 pour le Hainaut, 0,69 pour la Wallonie et la Belgique).

	Belgique	Wallonie	Hainaut
<20 ans	22,6	23,5	23,5
20 – 64 ans	59,3	59	58,9
65 ans et plus	18,1	17,5	17,6

Tableau 17 : Répartition de la population par classes d'âge dans le Hainaut, en Wallonie et en Belgique.

¹²³ P. Favoriti et al., « Worldwide burden of colorectal cancer : a review. », Updates in Surgery, March 2016, volume 68, issue 1, pp7-11.

¹²⁴ Bronzato S, Durante A. A « Contemporary Review of the Relationship between Red Meat Consumption and Cardiovascular Risk. », International Journal of Preventive Medicine. 2017;8:40.

¹²⁵ Kolb H, Martin S. « Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. », BMC Medicine. 2017;15:131.

Si l'on résume les différents indicateurs présentés dans la présente section, on constate qu'ils sont globalement mauvais comparativement à la situation wallonne, elle-même en-dessous de la moyenne belge. Le document émis par l'Observatoire de la Santé du Hainaut avance comme causes principales celles listées parmi les indicateurs humains et socio-économiques défavorables du territoire, en particulier la faible proportion de diplômés, les revenus plus faibles, le taux de chômage et de personnes dépendantes d'un revenu d'intégration plus important pour une situation socio-économique globalement mauvaise.

10.2.2 Offre médicale

Les indications concernant l'offre médicale sur la Province du Hainaut sont également issues du rapport annuel 2016 de l'Observatoire de la Santé du Hainaut.

Présentons d'abord la densité médicale en termes de lits disponibles dans les hôpitaux, les hôpitaux psychiatriques, les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS), par 1 000 habitants (de 65 ans et plus pour les MR et les MRS).

	Hôpital	Hôpital psychiatrique	MR (65+)	MRS (65+)
Belgique	4,3	1,4	32,3	35,5
Wallonie	4,2	1,2	40,2	35,9
Hainaut	4,9	1,1	45,5	38,7

Tableau 18 : Densité médicale en maisons de repos et maisons de repos et de soins.

Comme on le voit, ces chiffres sont globalement satisfaisants et au-dessus de la moyenne, sauf en ce qui concerne les places disponibles en hôpital psychiatrique. La situation est cependant moins favorable en ce qui concerne les médecins en exercice. Rappelons que l'INAMI comptabilise comme étant en exercice un médecin pratiquant au moins 500 contacts sur un an. Pour les médecins généralistes, le Hainaut compte 89 médecins pour 100 000 habitants, quand la moyenne wallonne est de 98 et la moyenne belge de 94. La situation est encore pire si l'on tient compte du fait que 61% des généralistes ont 55 ans ou plus, contre 56% en Wallonie et 52% en Belgique. Concernant les médecins spécialistes, on en compte 162 pour 100 000 habitants dans la province contre 222/100 000 hab en Wallonie et 216/100 000 hab en Belgique. La situation est particulièrement alarmante pour la gynécologie, la pédiatrie, la gériatrie, l'ophtalmologie ou les anesthésistes. La moyenne d'âge de ces spécialistes est également plus importante que dans le reste du pays.

Il convient également de noter ici que, d'après les projections de l'INAMI effectuées jusqu'en 2037, la situation est appelée à empirer, notamment à cause du vieillissement des praticiens en activité. Par ailleurs la « crise des INAMI » évoquée plus haut concernant les étudiants en médecine a également un impact sur cette évolution négative. En effet, il est prévu de « rattraper » les numéros INAMI

surnuméraires actuels sur les quotas des années suivantes, par le mécanisme dit du « lissage négatif ». À l'heure actuelle, les modalités de ce lissage (ampleur et durée) sont encore inconnues.

Pour les professions médicales et paramédicales, nous pouvons également noter les données suivantes (en professionnels/100 000hab) :

Profession	Hainaut	Wallonie	Belgique
Dentistes	57	75	84
Kinésithérapeutes	262	316	275
infirmiers	943	813	724

Tableau 19 : Densité paramédicale en Hainaut, Wallonie et Belgique.

Dans les données dont nous disposons, il n'y a que pour les infirmiers que la situation est plus favorable dans le Hainaut qu'ailleurs en Belgique.

En matière maintenant de consommation de soins de santé, nous disposons des données suivantes :

Actes médicaux	Hainaut	Wallonie	Belgique
Visites médecin généraliste (par an et par hab)	3,8	3,8	4,1
- Dont à domicile	- 1,4	- 1,3	- 1,1
- Dont consultation en cabinet	- 2,4	- 2,5	- 3
Consultations chez un spécialiste, par an et par habitant	2,7	2,5	2,4
Consultations d'un spécialiste au cours des 12 derniers mois (% de la pop)	56,3	57,3	61,6
Admissions à l'hôpital (/100 000hab)	317,55	296,98	315,13
Consommation de médicaments prescrits (% de la pop sur les deux dernières semaines)	50,9	51,9	51,4
- Dont >50 ans	- 25	- 20	- 17,4
Couverture vaccinale contre la grippe (% de la pop à risque). Recommandation WHO : 75%	51,9	47,1	56,1
Dépistages cancer du sein (% pop féminine)	55	55,6	62,7
Dépistages cancer colorectal (% 50-74 ans)	15,7	16,4	16,5

Tableau 20 : Consommations comparées des soins de santé entre le Hainaut, la Wallonie et la Belgique.

Ces chiffres permettent de dresser un bilan mitigé. On constate que, globalement, la consommation en soins de santé est moins importante qu'en Wallonie et en Belgique en ce qui concerne les consultations chez des médecins, généralistes, mais la situation est inversée concernant les spécialistes. La répartition des consultations de généralistes est également différente : elle a plus tendance à se faire à domicile dans le Hainaut. La consommation de médicaments est légèrement inférieure dans le Hainaut, sauf en ce qui concerne la population âgée de plus de 50 ans, avec un différentiel de +43% par rapport à la moyenne belge. Par contre, les admissions à l'hôpital sont dans la moyenne nationale. En revanche, on constate un net recul en ce qui concerne la médecine préventive, comme illustré par la couverture vaccinale des populations à risque grippal ou encore le dépistage de différents types de cancer, alors que paradoxalement la population hennuyère y est plus sensible. Il est également à noter que, d'une manière générale, on anticipe une augmentation de la consommation de soins de santé par le vieillissement de la population.

10.2.3 Conclusions sur l'état sanitaire du territoire

Globalement, l'état sanitaire de la province est mauvais comparativement au pays et à la région. D'une part, les indicateurs socio-économiques sont tous inférieurs à la fois aux moyennes régionale et nationale, ce qui se traduit par des indicateurs de santé alarmants, débouchant sur une surmortalité à l'échelle du territoire. D'autre part, l'offre médicale est globalement mitigée. Si la couverture en termes de places disponibles dans les structures d'accueils semble satisfaisante, il n'en va pas de même pour le nombre de praticiens exerçant sur la Province, à l'exception notable du personnel qualifié en soins infirmiers. Le déficit en médecins, spécialistes ou généralistes, est à ce titre d'autant plus inquiétant qu'il est appelé à se creuser dans les années futures par l'effet combiné du vieillissement des médecins en activité, du futur lissage négatif des numéros INAMI attribués, et de l'augmentation de la consommation de soins par la population.

Pour toutes ces raisons, nous pouvons qualifier la situation d'inquiétante, et de relativement similaire aux constatations formulées concernant la région Haut-de-France. Cette situation étant globalement équivalente entre les deux territoires, nous pouvons nous pencher sur les solutions globales qui y sont à l'heure actuelle apportées. Nous allons à cet effet présenter dans la section suivante des initiatives communes qui sont prises en matière de soins transfrontaliers.

11. Coopérations transfrontalières Franco-belges dans le domaine de la santé

11.1 Cadre général

En 2017, il existe déjà un cadre de coopération transfrontalière entre la France et la Belgique dans le domaine de la santé, matérialisé par divers projets, réalisés notamment dans le cadre des appels à projets Interreg du fond FEDER. Dans la présente section, nous allons donc déterminer ce cadre légal et l'illustrer par diverses concrétisations déjà mises en place.

L'accord-cadre de coopération entre la Belgique et la France fait partie d'une série d'accords conclus par celle-ci avec ses voisins entre 2005 et 2008, ayant principalement trois objectifs¹²⁶ :

- Établir, pour les opérateurs de santé, un cadre légal facilitant la coopération entre acteurs locaux ;
- Favoriser, pour les patients, les soins transfrontaliers et en particulier leurs remboursements par des accords entre organismes de sécurité sociale et établissements de santé ;
- Organiser l'intervention de professionnels de santé en dehors de leurs établissements tout en bénéficiant d'une couverture responsabilité civile.

L'accord franco-belge a été signé à Mouscron le 30 septembre 2005¹²⁷. Le périmètre couvert par cet accord comprend 4 régions françaises frontalières de la Belgique et 13 arrondissements de celle-ci, allant de la Mer du Nord à la frontière luxembourgeoise. Il convient cependant de noter que des acteurs locaux et des établissements de soins avaient déjà engagé des rapprochements et des coopérations bien avant 2005¹²⁸. L'illustration en est la création de l'Observatoire Franco-belge de la Santé (OFBS), constitué sous la forme juridique d'un groupement européen d'intérêt économique, qui comprend les acteurs de l'assurance-maladie et de l'offre de soins de part et d'autre de la frontière. On peut également noter l'existence de « zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers » qui permettaient, avant la directive européenne en la matière, d'assurer la continuité des soins et la mobilité des patients.

Un autre point important à prendre en considération est l'accord concernant l'aide médicale d'urgence, signé le 20 mars 2007, et permettant d'officialiser la coopération existant déjà entre les services d'urgence des deux pays. Concrètement, cet accord permet aux services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) français et belge d'intervenir chacun sur le territoire frontalier de l'autre pays.

Basés sur le modèle de ces différents accords, d'autres partenaires régionaux ont à leur tour initié des rapprochements. Nous pouvons ainsi citer pour l'exemple les coopérations existant entre les

¹²⁶ Ségolène Neuville, « Avis au nom de la Commission des Affaires Sociales 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, quatorzième législature, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 juin 2013.

¹²⁷ Avec approbation autorisée en France par la loi n° 2007 – 1419 du 3 octobre 2007, et application formelle le 1^{er} mars 2011 après ratification par le parlement fédéral de Belgique.

¹²⁸ Convention « dialyse » entre la Clinique des Sœurs Noires et le Centre hospitalier de Bailleul, ou la convention « IRM-Scintigraphie » entre les hôpitaux de Mouscron et de Tourcoing, datant de 1994.

départements français de la Meuse et de la Meurthe et Moselle, et la province belge du Luxembourg. Ces accords, portant sur un territoire comprenant environ 200 000 habitants, portent sur la coopération médicale d'urgence, la définition d'une zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers et le développement de coopérations « d'hôpital à hôpital » pour mettre en commun une part de leurs moyens humains et matériels dans le but de répondre aux besoins de la population locale. Concernant la convention signée en 2008 entre la Lorraine et la Wallonie sur l'aide médicale d'urgence, le principe général retenu est de faire intervenir le SMUR étranger le plus proche si celui-ci permet de faire gagner au moins 10 minutes par rapport à une intervention « nationale ».

11.2 L'Observatoire Franco-Belge de la Santé (OFBS)

L'Observatoire Franco-Belge de la Santé est un groupement d'intérêts économiques créé en 2002 pour promouvoir la mise en place de coopérations transfrontalières dans le domaine de la santé. Cet organe regroupe 59 partenaires belges et français¹²⁹ :

- Alliance nationale des mutualités chrétiennes ;
- Union nationale des mutualités socialistes ;
- Union nationale des mutualités neutres ;
- Union nationale des mutualités libres,
- Union nationale des mutualités libérales ;
- Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité ;
- Plusieurs mutualités régionales ;
- Observatoire de la santé du Hainaut ;
- Plusieurs hôpitaux ;
- Cram Nord Picardie et Nord Est ;
- Plusieurs caisses d'assurance maladie ;
- Mutualité sociale agricole du Nord ;
- Fédération nationale de la mutualité française ;
- Agence régionale d'hospitalisation Nord-pas-de-Calais ;
- Observatoire régionale de la santé Nord-pas-de-Calais et Picardie ;
- Agence d'Urbanisme de Dunkerque.

L'OFBS vise à faire collaborer l'ensemble des acteurs impliqués dans les soins de santé en Belgique et dans le nord de la France pour améliorer l'accès aux soins des populations locales par une double mobilité des patients et des prestataires de soins et par le partage des équipements et ressources, proposer une politique régionale d'offre de soins, améliorer les politiques de prévention et, dans un cadre plus large, favoriser les politiques transfrontalières entre la France et la Belgique.

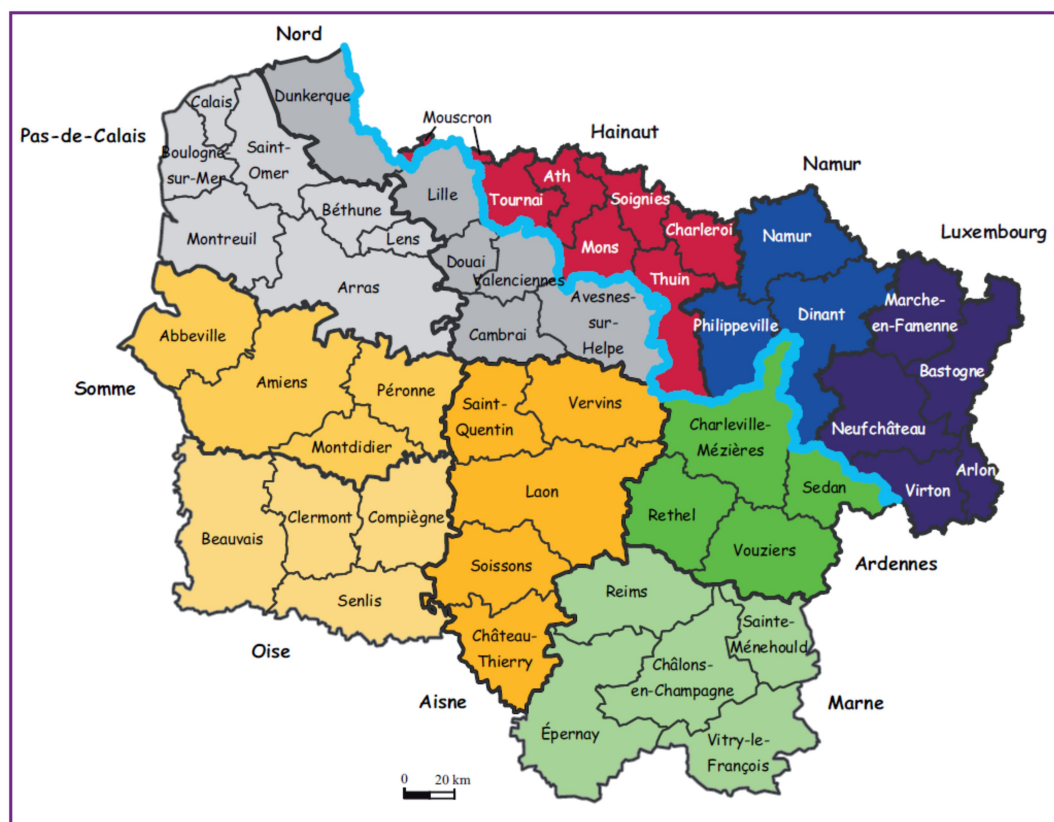
Concrètement, l'OFBS œuvre à la mise en place de la coopération transfrontalière franco-belge en proposant et pilotant des projets soutenus par l'Europe via les fonds FEDER et en faisant la publicité

¹²⁹ <http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/projets/projects/project/show/observatoire-franco-belge-de-la-sante/>

de cette coopération par l'organisation de divers événements, tant à destination du public que des prestataires de soins et plus largement des acteurs impliqués dans la politique de santé¹³⁰.

11.3 Tableau de Bord Transfrontalier de la Santé

Dans le cadre du programme Interreg III (2000 – 2006), l'Union Européenne a financé la mise en place d'un projet visant à collecter et analyser des données concernant l'état de la santé au sein d'un territoire recouvrant le département français des Ardennes, celui de l'Aisne et la province belge du Hainaut, auxquels se sont rajoutés le département du Nord et la province de Namur¹³¹. Le programme Interreg IV qui a suivi a vu l'addition des départements français de la Marne, de l'Oise, du Pas-de-Calais et de la Somme et, côté belge, de la province du Luxembourg.



Carte 4 : Territoire couvert par le Tableau de Bord Transfrontalier de la Santé.

¹³⁰ <http://www.interreg-fwvl.eu/fr/forum-de-la-sante-transfrontalier>

¹³¹ Tableau de Bord Transfrontalier de la Santé : présentation.

La source de ces données comprend les différentes institutions de santé publique de part et d'autre de la frontière. L'Observatoire de la Santé du Hainaut est le partenaire hennuyer du projet dont les objectifs généraux sont :

- Identifier des priorités de santé en termes de problèmes et de déterminants de santé ;
- Analyser l'offre de soins et de services ;
- Constituer une base de données de référence pour tous les acteurs du secteur de la santé.

Le but final, à travers ces objectifs, est de faciliter l'intégration des soins transfrontaliers et de raisonner, pour se faire, à l'échelle d'un territoire qui partage de nombreuses caractéristiques communes comme nous l'avons évoqué précédemment.

Les données collectées couvrent les domaines suivants :

- Démographie ;
- Prestataires de soins ;
- Offre hospitalière ;
- État de santé ;
- Comportements de santé ;
- Causes de décès.

Dès le début, le projet a été pensé à travers une dimension territoriale dans le but de faciliter une politique de santé publique commune.

11.4 Les coopérations transfrontalières en matière de santé dans le cadre du programme Interreg IV

Le quatrième programme Interreg, partie A (coopérations transfrontalières) a été l'occasion de renforcer les liens sanitaires existant entre les régions frontalières belges et françaises, grâce au financement de différents projets¹³². Parmi les projets financés, on peut citer un accord-cadre portant sur la prise en charge des personnes handicapées, et sur l'organisation d'un « maillage sanitaire » des régions frontalières franco-belges par la mise en place de six « Zones Organisées d'Accès aux Soins de Santé » (ZOAST). L'objectif de ce découpage territorial est double : d'une part permettre une meilleure accessibilité aux soins de santé pour les personnes concernées, d'autre part faire correspondre l'offre médicale aux besoins de la population. L'idéal ainsi affiché est d'assurer des soins de santé de qualité à proximité du lieu de vie du patient sans investissement en matériel et/ou en ressources humaines.

L'Observatoire Franco-Belge de la Santé a été le pilote administratif et financier des projets, qui ont été mis en œuvre sur la période 2008 – 2014. Le cadre législatif a été fourni par l'Accord cadre transfrontalier de coopération sanitaire franco-belge de 2005 et la Convention d'aide médicale urgente transfrontalière franco-belge de 2007, évoqués précédemment.

¹³² Flash Santé Transfrontalière, éditio, n°6 août 2015

En plus de la mise en œuvre des différentes ZOAST, qui a été progressive sur la période considérée, l'OFBS a également développé et implémenté un outil informatique permettant l'enregistrement informatique des patients à partir de leur carte Vitale (pour les Français) ou de leur carte SIS (pour les Belges), dans le but de faciliter le suivi administratif et le remboursement de ces patients. Enfin, l'OFBS a également rédigé et publié différents rapports de suivi sur l'application des coopérations transfrontalières et leur bilan, ainsi que des événements d'information et de discussion tels que des colloques.

11.5 Les coopérations transfrontalières en matière de santé dans le cadre du programme Interreg V

Les coopérations mises en place dans le cadre du programme Interreg IV ont été complétées par d'autres projets remis dans le cadre de l'appel à projet suivant, l'Interreg V, couvrant la période 2015 – 2020¹³³. Ces projets couvrent différents aspects liés à la santé, allant de la prévention à la prise en charge des patients pour les soins à domicile, et ont également été pilotés par l'OFBS. On peut citer notamment les projets suivants :

- COPETRANSAN¹³⁴ : réunion en un seul dispositif des 6 ZOAST créés lors de l'appel précédent, dans le but de faciliter la gestion administrative et financière dans les espaces transfrontaliers, avec le développement d'outils informatiques permettant le suivi des patients. Ce projet vise également à créer un accord-cadre franco-belge concernant le transfert des patients décédés, besoin déjà constaté lors de la création de l'hôpital de Cerdagne ;
- Après l'hospitalisation : vers une coordination transfrontalière des services à domicile¹³⁵. Ce projet part du constat selon lequel l'accompagnement des patients à leur sortie de l'hôpital varie beaucoup entre la France et la Belgique. Il vise notamment à lister l'ensemble des aides disponibles et à mettre en place une structure de suivi permettant d'améliorer les procédures ;
- GEDIDOT : gestion et diffusion de données transfrontalières¹³⁶. Le but du projet est de mettre en place une base de données commune à la Wallonie et à la Flandre pour toutes les données sociosanitaires, ainsi qu'un infocentre de santé publique. Cette plateforme se destine aux acteurs de la santé, notamment pour permettre d'évaluer l'évolution des politiques publiques ;
- Alimentation Durable Inclusive¹³⁷. Ce projet est entièrement dédié à la prévention en matière de santé, en permettant aux personnes vulnérables d'avoir accès à une alimentation durable. Les axes de travail incluent : un diagnostic du territoire et une participation directe des citoyens ;

¹³³ Flash Santé Transfrontalière, édito, n°9 mars 2015

¹³⁴ Consultable à l'adresse : <https://www.fhf.fr/Europe-International/Europe-la-cooperation-transfrontaliere/COPETRANSAN-PROJET-INTERREG-V>

¹³⁵ Consultable à l'adresse : http://www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/coserdo_fr.pdf

¹³⁶ Consultable à l'adresse : <https://www.iweps.be/projet/gedidot-interreg/>

¹³⁷ Consultable à l'adresse : http://www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/ad_in_fr.pdf

- L'aide aux aidants de personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie¹³⁸. Ce projet a pour ambition de créer un réseau de professionnels spécialisés dans l'aide aux aidants de personnes âgées, notamment pour faire face au défi du vieillissement de la population, tout en essayant de maintenir un maximum les personnes âgées à domicile.

11.6 Les coopérations transfrontalières en matière de santé dans le cadre de l'Eurométropole Lille – Courtrai – Tournai

L'Eurométropole est un Groupement Européen de Coopération Territoriale (GECT) créé en janvier 2008 pour promouvoir la coopération transfrontalière entre la France et la Belgique à l'échelle d'un territoire comprenant pour principales agglomérations Lille côté français et Courtrai et Tournai côté belge. En tout, 152 communes sont associées au projet¹³⁹, couvrant 3 550km² pour une population totale de l'ordre de 2 millions d'habitants (cf annexe 5). Le GECT réunit 14 partenaires publics, parmi lesquels le département du Nord ou la République Française côté français, la Wallonie, la Flandre et la Province du Hainaut, ainsi que des intercommunales d'aménagement du territoire (IDETA et IEG) côté belge.

La gouvernance est assurée par plusieurs structures :

- L'Assemblée, comprenant 84 membres représentant les partenaires du projet. Il s'agit de l'organe « législateur » du projet, chargé notamment du vote du budget ou des modifications de statut ;
- Le Bureau, élu en son sein par l'Assemblée et qui en constitue l'instance exécutive ;
- Le comité directeur exécutif, comprenant le président et les trois vice-présidents, qui exécutent les décisions de l'assemblée et du bureau ;
- Le forum, qui comprend 80 membres issus de la société civile pour représenter celle-ci ;
- Les rencontres eurométropolitaines, sorte de conférence des bourgmestres à l'échelle de l'ensemble des communes du territoire couvert par l'eurométropole ;
- L'Agence de l'eurométropole, qui est un organe purement administratif et technique, chargé de la mise en œuvre des décisions prises par le Bureau et votées par l'Assemblée.

En 2013, l'Eurométropole a publié un document de travail faisant le récapitulatif des différentes actions qui ont été menées sur les 5 premières années de son existence¹⁴⁰. Si les initiatives prises dans le domaine de la santé sont relativement modestes, on notera toutefois que la section « secteur social, sanitaire et médico-social » du document mentionne cependant les actions suivantes :

- Mise en place d'un réseau de crématorium dans l'Eurométropole permettant de faciliter le transport transfrontalier des défunts¹⁴¹ ;
- Organisation d'un séminaire sur l'hébergement des personnes âgées en collaboration avec l'OFBS. Ce séminaire a permis de faire un état des lieux¹⁴² concernant la prise en charge des

¹³⁸ Consultable à l'adresse : http://www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/ap_reseau-service_fr.pdf

¹³⁹ Consultable à l'adresse : <http://fr.eurometropolis.eu/qui-sommes-nous/presentation.html>

¹⁴⁰ Consultable à l'adresse :

http://fr.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/5ans/5ansdeeurometropole.pdf

¹⁴¹ Consultable à l'adresse : <http://www.crematorium-eurometropole.com/fr/>

- personnes âgées, mais également de lancer une série d'initiatives, par exemple une cartographie des structures d'accueil existantes, ou encore un accord cadre franco-wallon ;
- Élaboration d'un accord-cadre entre la France et la Wallonie pour l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées. Il s'agit dans le cadre de cet accord de référencer les structures existantes et de mettre en œuvre un système d'inspection commun de ces structures ;
 - Réalisation d'un projet mettant en commun les centres publics d'action sociale français et belges.

Enfin, l'Eurométropole a publié sa stratégie d'action pour la période 2014 – 2020¹⁴³ qui comprend un axe socio-économique. Cet axe a notamment pour objectif de promouvoir l'excellence dans le secteur de la santé et des soins.

Partant du constat que le territoire couvert par l'Eurométropole est à la fois fortement peuplé et pourvu d'une forte densité de structures médicales, le secteur de la santé est vu comme l'un des leviers économiques sur lequel appuyer le développement économique du territoire. Soumise à certains défis, notamment au niveau de vieillissement tant de la population que des infrastructures, cette approche suggère de développer les collaborations transfrontalières pour dégager des synergies. Si on applique ce principe à la problématique du vieillissement, le document souligne qu'il est important par exemple de mettre en place un réel réseau de structures d'accueil à l'échelle de l'Eurométropole, ou encore d'assurer une réelle mobilité des allocations nationales pour les personnes décidant d'être hébergées dans des établissements étrangers à leur pays d'origine.

11.7 Conclusions

Comme on le voit, le besoin de développer des coopérations transfrontalières entre la France et la Belgique s'est déjà fait ressentir depuis longtemps entre des acteurs locaux, pour des raisons essentiellement liées aux territoires concernés. C'est le cas par exemple des accords existant pour l'organisation des soins d'urgence.

Le fait d'avoir à la fois établi une structure, l'Observatoire Franco-Belge de la Santé, et un cadre légal, via l'accord signé en 2005, permet de structurer un ensemble de pratiques préexistantes, avec cette fois un objectif de rationalisation des moyens qui vient s'ajouter à l'efficacité dans leur utilisation.

Ce cadre relativement général n'exclut cependant pas d'autres formes de collaborations poussées : on le voit avec la mise en place de l'Eurométropole Lille – Courtrai – Tournai, qui utilise par ailleurs le même statut que l'hôpital de Cerdagne, à savoir celui du GECT. Bien entendu, dans le cas de l'Eurométropole, ses compétences débordent largement du domaine de la santé, mais sa constitution, son fonctionnement et son action répondent à des besoins réels identifiés à l'échelle

¹⁴² Consultable à l'adresse :

http://fr.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/Documentation/Synthese_Seminaire_23mai_V3_BD.pdf

¹⁴³ Consultable à l'adresse :

http://fr.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/Documentation/FR_strategie2014-2020.pdf

d'un territoire, presque indépendamment de la frontière nationale coupant celui-ci. Ce territoire étant caractérisé par des éléments communs dont découlent des besoins similaires, notamment en matière de santé, est plus à même de gérer ses compétences en fonction de ses besoins.

En retour, le fait de disposer de structures clairement déterminées permet à celles-ci d'être le moteur de projets concrets, pouvant bénéficier par exemple des aides de l'Europe. La multitude des projets remis dans le cadre des appels Interreg depuis la création de l'OFBS en témoigne.

Le cadre légal général existe, et est pleinement exploité à l'échelle d'autres territoires comme celui couvert par l'Eurométropole. Par conséquent, il serait intéressant de voir sur ce modèle quelles seraient les pistes de collaborations possibles et souhaitables entre le territoire de Cœur du Hainaut et les territoires frontaliers français qui y correspondent.

IV. Conclusions et recommandations.

12.1 Généralités

Plusieurs éléments ressortent de notre travail, qu'il convient de résumer et de commenter ici. Nous pouvons à cet effet porter une réflexion sur divers aspects notamment :

- Les convergences certaines existant entre le Hainaut et la région Haut-de-France pour de nombreux indicateurs humains, socio-économiques et sanitaires ;
- La possibilité qui en découle d'aborder la santé à l'échelle d'un territoire englobant ces deux régions frontalières ;
- Les schémas organisationnels possibles en matière de gouvernance, à partir des outils et instances existant déjà sur ces deux territoires ;
- Les gains envisageables en matière de démocratie sanitaire, au bénéfice de l'écoute de l'utilisateur final du système de soins de santé, c'est-à-dire le citoyen habitant sur ce territoire ;
- Les forces d'une politique de santé à l'échelle de ce territoire transfrontalier ;
- La possibilité de mettre en place, à une échelle méso-territoriale, des outils répondant à des besoins précis sur le modèle de l'hôpital de Cerdagne.

Comme nous l'avons évoqué, la nécessité de collaborer par-delà les frontières nationales en Europe s'est imposée très tôt, que ce soit par des contextes territoriaux particuliers qui ont poussé à chercher d'autres solutions que des politiques purement nationales, une réelle volonté politique d'acteurs locaux de collaborer dans le but de répondre à des objectifs particuliers qui leur sont propres, ou encore par prise de conscience d'enjeux communs partagés à l'échelle d'un territoire, indépendamment de la présence ou non d'une frontière coupant celui-ci.

La politique de santé, dans une approche limitée, peut-être définie comme l'ensemble des initiatives publiques visant à faire correspondre l'offre et la demande en matière de soins de santé curatifs. Cependant, cette définition restreinte omet totalement les autres déterminants de l'état sanitaire d'une population. Celui-ci ne dépend en effet pas uniquement de la médecine curative, mais doit également être considéré dans une approche englobant la prévention. Or, le concept même de prévention dans le domaine de la santé renvoie à une réalité très complexe avec de multiples facettes, étant donné que l'état de santé d'une population est fortement corrélé à son environnement et son statut socio-économique. On pourrait dès lors considérer que toute politique d'emploi ou d'insertion sociale, par exemple, peut être incluse dans le domaine de la santé publique de par ses conséquences. À une échelle encore plus large, rappelons que l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Le fait de considérer cette approche globale de la santé élargit considérablement les champs d'actions possibles des politiques publiques, et donc l'étendue des collaborations transfrontalières qui sont possibles entre états-membres de l'Union Européenne. En effet, si l'approche purement curative relève essentiellement des politiques nationales, il n'en va pas de même pour les autres éléments entrant dans la prévention, ce qui ouvre le champ à des collaborations poussées entre état dans le domaine de la santé, tout en préservant l'initiative nationale en matière de médecine curative et de remboursement des soins.

12.2 En matière territoriale

Dans le cadre de ce travail, nous avons évoqué différentes échelles territoriales. Au sujet du territoire hennuyer et pour les indicateurs de l'état socio-économique, nous nous sommes plus spécifiquement attardés sur Cœur du Hainaut, qui ne constitue qu'une partie de la province belge du Hainaut. Ce choix est lié aux données précises dont nous disposons, et qui sont elles-mêmes issues de l'équipe technique Cœur du Hainaut, travaillant pour l'intercommunale IDEA.

Par comparaison avec le reste de la province, les indicateurs socio-économiques de Cœur du Hainaut sont globalement mauvais, tandis que ceux de la province sont moins bons que les indicateurs wallons, eux-mêmes inférieurs à la moyenne belge. Le fait que les indicateurs socio-économiques de Cœur du Hainaut sont moins bons que ceux de la Province indique une certaine hétérogénéité au sein de celle-ci, avec des territoires mieux lotis que d'autres.

Concernant cette fois l'état sanitaire du territoire, nous avons obtenu des données à l'échelle de l'ensemble de la Province. Si l'on part du principe que ces données découlent largement de l'état socio-économique (ce qui est démontré dans la littérature), nous pouvons extrapoler et considérer que l'état sanitaire de Cœur du Hainaut doit globalement être *au moins aussi mauvais* que celui de la Province toute entière, étant donné que c'est le cas pour les indicateurs socio-économiques.

Côté français, notre réflexion s'est faite à l'échelle de l'ensemble de la région Hauts-de-France. Cette région étant nouvelle, sa stratégie de santé est encore en cours d'élaboration. En revanche, le diagnostic socio-économique et sanitaire du territoire est déjà établi, et dénonce d'une part une situation globalement très mauvaise par rapport à la situation nationale (la région étant la moins bien classée de France métropolitaine), et d'autre part une certaine hétérogénéité au sein de la région, la situation la plus mauvaise étant localisée au niveau des arrondissements frontaliers du Hainaut belge.

Tant dans le Hainaut belge que dans la région Hauts-de-France, ces territoires sont marqués sur le plan socio-économique par un fort taux de chômage, un revenu moyen par habitant inférieur à leurs moyennes nationales respectives, un taux de diplômés de l'enseignement supérieur bas et une dépendance vis-à-vis des systèmes sociaux élevée. Au niveau sanitaire cette fois, ces territoires sont marqués par une espérance de vie faible, une prévalence et une incidence de nombreuses pathologies corrélées à un faible niveau socio-économique (cancers des VAS, cancers colorectaux, pneumopathies, diabète, maladies cardio-vasculaires,...) élevées, et paradoxalement par une offre de soins disponibles faible (caractérisée notamment par un faible nombre de médecins en activité).

De ces observations, nous pouvons déduire que :

- D'une part, les territoires analysés (Hauts-de-France et Hainaut belge) dans le cadre de notre travail sont en moins bon état que les territoires nationaux (belge et français) dont ils sont issus, tant sur le plan socio-économique que sanitaire ;
- D'autre part, on observe au sein de ces territoires une hétérogénéité, la « plus mauvaise » situation étant rencontrée d'un côté comme de l'autre le long de la frontière franco-belge, c'est-à-dire côté français dans les arrondissements de l'Avesnois, du Valenciennois et du Cambrésis, et côté belge dans les communes regroupées au sein de Cœur du Hainaut.

Ces observations constituent à notre sens un argument en faveur d'un rapprochement poussé entre la région Haut-de-France et le Hainaut belge en ce qui concerne la gestion de la santé publique, pour constituer un nouveau territoire transfrontalier. Ce territoire est en effet marqué historiquement par une évolution économique similaire, avec actuellement un lourd héritage industriel et charbonnier à gérer, ce qui mène à une reconversion économique. Les conséquences socio-économiques sont, nous l'avons vu, similaires. L'état sanitaire découlant pour partie de cet état socio-économique, et pour partie des politiques publiques en matière de santé (ces politiques étant à même de définir une stratégie de prévention, ainsi qu'une offre de soins adéquates), nous considérons qu'il serait opportun de mutualiser ces politiques publiques, pour apporter une réponse commune à des considérations et des problématiques relativement équivalentes.

Bien entendu, notre travail ne constitue qu'une première approche de cette question. Aussi, nous recommandons d'effectuer une recherche sur le territoire optimal à considérer.

En effet, nous pourrions également adopter une approche plus large, où le territoire belge considéré ne se limiterait non pas au Hainaut, mais à l'ensemble de la Wallonie qui est elle-même défavorisée sur bien des indicateurs par rapports aux moyennes belges. Divers arguments poussent en ce sens :

- D'une part, l'état socio-économique et sanitaire de la Wallonie, plus proche de la région Hauts-de-France que des moyennes nationales belges, même si l'élargissement à l'ensemble de la Wallonie induirait une source d'hétérogénéité supplémentaire ;
- D'autre part, dans un contexte de « détricotage » de l'état belge au profit des régions, celles-ci gagnent en autonomie, et notamment en ce qui concerne la politique de santé publique ;
- Le fait de maintenir à l'échelon fédéral belge la gestion de l'offre médicale défavorise la région wallonne, qui se trouve marquée par une pénurie de l'offre accentuée par rapport à la moyenne nationale. En particulier, nous avons vu les problématiques qui en découlent en matière d'accès à la profession de médecin, cadencé par l'état fédéral ;
- La reconnaissance des diplômes médicaux et paramédicaux entre la France et la Belgique permet une large mobilité de ces professions. Il en découle d'ailleurs que de nombreux étudiants français suivent leurs études de médecine ou de soins infirmiers, pour ne citer que ces domaines, en Belgique francophone ;
- La région wallonne, dans son ensemble, pèse plus lourd que la Province du Hainaut tant en termes de population que de poids économique. Tout autre découpage territoriale se limitant, côté belge, à la Province du Hainaut pourrait aboutir à un déséquilibre en faveur de la partie française qui y serait associée.

En conséquence de l'ensemble des observations formulées précédemment, nous nous trouvons donc, dans une approche transfrontalière, confrontés à au moins trois possibilités :

- Un territoire restreint limité aux arrondissements français de l'Avesnois, du Cambrésis et du Valenciennois et, côté belge, aux communes de Cœur du Hainaut. Ce territoire comprendrait ainsi une population de 1 180 000 habitants sur 4 120km² ;
- Un mésoterritoire associant la région française des Hauts-de-France à la Province belge du Hainaut. Ce territoire comprendrait 7 365 000 habitants sur 35 600km² ;
- Un territoire élargi associant la région française des Hauts-de-France à la région Wallonne. Ce territoire comprendrait 9 616 000 habitants sur 48 657km². Ce territoire aurait un PIB de 245 milliards d'euros.

Territoire	Population	Superficie	PIB
Wallonie ¹⁴⁴	3 610 089hab	16 844km ²	90,6M
Hainaut ¹⁴⁵	1 335 471hab	3 786km ²	-
Cœur du Hainaut	527 490hab	1 191km ²	-
Hauts-de-France ¹⁴⁶	6 030 300hab	31 813km ²	153,9M
Avesnois – Cambrésis - Valenciennois	745 000hab	2 937km ²	-

Tableau 21 : Population et superficie de diverses unités territoriales envisagées dans le cadre de notre travail.

Comme on le voit, diverses possibilités s’offrent à nous. Il ne nous appartient pas de trancher dans le cadre de ce travail, tout au plus pouvons-nous inciter les acteurs à engager une réflexion sur les rapprochements envisageables, et sur la pertinence du territoire le mieux adapté aux rapprochements envisagés.

Enfin, notons que ces possibilités ne sont pas mutuellement exclusives : si l’on peut par exemple envisager une politique de santé globale à l’échelle du territoire élargi à la Wallonie et à la région Hauts-de-France, cela n’empêche en rien des collaborations locales à une échelle réduite. En particulier, nous pouvons constater que tant le Hainaut belge au sein de la Wallonie que le Hainaut français au sein de la région Hauts-de-France disposent d’instances de gouvernance en matière de santé, soit respectivement l’Observatoire de la Santé du Hainaut côté belge, et le Conseil Territorial Sanitaire du Hainaut côté français. Ces territoires (Hainaut belge et Hainaut français) disposent donc chacun d’une certaine forme d’autonomie en matière de santé par rapport à leurs régions respectives. Ces instances nous paraissent plus à même de piloter des projets locaux, là où une instance à l’échelle de la région transfrontalière élargie est certainement plus à même de déterminer une politique globale de santé.

Ces territoires seraient alors organisés sous forme d’une structure systémique, avec chacun leurs compétences bien précises.

12.3 En matière de gouvernance

Comme nous l’avons vu, la région Hauts-de-France voit sa politique de santé déterminée et mise en place par l’Agence Régionale de Santé (ARS), structure incarnant la décentralisation de la gestion de la santé par rapport à l’état français. Même si une telle structure n’est pas exempte de critique, les compétences qu’elle exerce sont tout à fait conséquentes, et dénotent d’une approche élargie de la santé englobant la prévention, et pas uniquement la gestion de l’offre sanitaire.

¹⁴⁴ Consultable à l’adresse : <https://www.iweps.be/indicateurs-statistiques/>

¹⁴⁵ Consultable à l’adresse : <http://www.hainaut-developpement.be/>

¹⁴⁶ Consultable à l’adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2018919>

Du côté de la région wallonne, l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) est l'équivalent d'une ARS française. Ses compétences ne sont certes pas exactement les mêmes (on note par exemple une différence en ce qui concerne l'autorisation des actes médicaux, qui reste en Belgique du domaine de compétences de l'INAMI, c'est-à-dire du Fédéral), notamment parce qu'elle est issue d'une délégation de compétences de l'état fédéral vers la région, là où l'ARS française provient d'un processus de décentralisation. Cependant, dans l'actuel processus de décomposition de l'état fédéral belge, il est probable que les compétences de la Région Wallonne en matière de santé¹⁴⁷, et donc de l'AViQ, soient à leur tour étendues, pour finir par devenir comparables aux compétences des ARS françaises.

De plus, et pour le domaine des projets transfrontaliers, il existe déjà un organe couvrant ces territoires : l'Observatoire Franco-Belge de la Santé (OFBS).

Dès lors que les compétences de l'ARS Hauts-de-France et de l'AViQ sont relativement similaires et amenées à converger, et qu'il existe déjà un organe à l'échelle du territoire via l'OFBS, il nous paraît souhaitable de voir un rapprochement entre ces deux instances de gouvernance. Leur rapprochement, voire leur fusion à terme, est nécessaire pour déterminer une politique de santé efficace à l'échelle de la supra-région transfrontalière constituée par la Wallonie et les Hauts-de-France, et piloter sa mise en œuvre.

La composition d'un tel organe chargé de mener l'ensemble de la politique de santé à l'échelle de ce territoire devrait intégrer l'ensemble des compétences impliquées dans le domaine de la santé, ainsi que les pouvoirs publics français et belges, en veillant à instaurer une forme d'équilibre entre les deux. Et en particulier, il est important d'y associer des représentants de la société civile et des usagers des soins de santé, ce qui est déjà le cas en France, mais moins en Wallonie, comme nous l'avons évoqué précédemment.

L'existence d'un tel organe suprarégional n'est pas non plus exclusive de l'instauration d'organismes à l'échelle de territoires plus réduits, visant à piloter la mise en place de projets concrets dans le domaine de la santé. On observe déjà une certaine forme de décentralisation au sein même de la région Haut-de-France via les Conseils Territoriaux de la Santé (CTS), même si les attributions d'un tel organe sont à ce stade réduites à une simple consultation sur la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

Une décentralisation équivalente est également observée en Wallonie. Ainsi, nous avons pu évoquer le rôle que pouvait jouer à l'échelle de la Province du Hainaut l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH). Ce rôle est à la fois de collecter et de centraliser l'ensemble des données à l'échelle de la province mais également celui de piloter des projets de santé locaux. À ce titre, l'OSH dispose de compétences largement plus étendues que les CTS français. Des structures équivalentes existent également pour les autres provinces wallonnes^{148 149 150}.

¹⁴⁷ Consultable à l'adresse : <http://www.maisonmedicale.org/Scinder-les-soins-de-sante.html>

¹⁴⁸ Consultable à l'adresse : https://www.province.namur.be/cellule_observation

¹⁴⁹ Consultable à l'adresse : <http://www.province.luxembourg.be/fr/observatoire-de-la-sante.html?IDC=4364#.WYOKl4jyiUI>

¹⁵⁰ Consultable à l'adresse : <http://www.provincedeliege.be/fr/observatoiredelasante>

Dans l'hypothèse de la création d'une supra-région transfrontalière couvrant la Wallonie et les Hauts-de-France, des structures de gouvernance locales équivalentes de par leur composition aux CTS françaises mais disposant de compétences élargies sur le modèle de celles dont disposent les provinces belges (et dans notre exemple l'OSH) apporteraient une plus-value. La principale critique actuellement adressée aux ARS françaises est qu'elles incarnent pour les acteurs locaux de la santé une centralisation importante et délétère alors que, paradoxalement, elles représentent pour l'état français une décentralisation de la gestion de la santé publique. Une façon de remédier à cette critique est de transférer aux CTS une partie des compétences gérées par l'ARS. L'approche « wallonne », avec l'OSH et les autres structures provinciales équivalentes, nous paraît plus efficiente. À l'inverse, la composition des CTS dénote selon nous d'une plus grande prise en compte de la démocratie sanitaire côté français, et devrait par conséquent servir de modèle pour toute structure équivalente.

12.4 En matière de démocratie sanitaire

Comme nous l'avons évoqué dans le cadre de notre travail, la notion de démocratie sanitaire est largement plus intégrée dans les structures de gouvernance françaises par rapport aux institutions équivalentes en Belgique.

Les limitations en Belgique sont de deux ordres :

- D'une part le concept de démocratie sanitaire se limite bien souvent au simple respect des droits des patients ;
- D'autre part les patients sont supposés être représentés par les mutuelles de soins de santé. Or, celles-ci sont des organismes de remboursements des prestations de soins, et ne sont donc pas à proprement parler les représentants des usagers.

Pour une défense efficace des droits des usagers, il nous paraît essentiel que les associations de patients soient davantage reconnues, au moins en ce qui concerne les associations dites « généralistes ». Mais bien plus, il conviendrait que celles-ci soient directement représentées au sein de toute instance publique chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre d'une politique de santé, comme c'est le cas dans les ARS et les CTS françaises.

Si les patients ont le droit d'être informés et que le pouvoir de décision les concernant leur revient, l'extension logique de ces droits nous paraît qu'ils puissent également participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de toute politique publique les concernant.

12.5 En matière de projets locaux

Il ne nous revient évidemment pas de prétendre établir dans le cadre du présent travail une liste exhaustive des projets transfrontaliers à concrétiser entre la France et la Belgique en matière de santé. C'est d'autant moins le cas que ces projets peuvent couvrir des échelles territoriales

différentes, comme nous l'avons vu. Néanmoins, et par rapport aux projets listés précédemment dans notre travail, nous pouvons établir les recommandations suivantes :

- Éviter les redondances : plutôt que d'avoir plusieurs projets en parallèle sur des territoires adjacents, il nous paraît important de, si possible, mutualiser les efforts ;
- Établir dès le départ un ou plusieurs territoires de référence à l'échelle du(es)quel(s) travailler. Comme suggéré précédemment, une politique de santé globale peut être pensée à l'échelle d'un supra-territoire englobant la Wallonie et les Hauts-de-France. Ce territoire peut être l'objet d'un projet tel que le Tableau de Bord Transfrontalier de la Santé, visant à collecter des données sanitaires complètes à son échelle. En revanche, pour la mise en place de projets de proximité comme peut l'être un hôpital transfrontalier, la réflexion doit se faire à l'échelle d'un méso-territoire, partie du précédent, voire d'un territoire local. L'idéal selon nous est d'avoir une structure pyramidale et systémique, partant du territoire englobant jusqu'aux territoires locaux, ou inversement ;
- Munir ces territoires d'instances de gouvernance clairement définies, avec un rôle bien déterminé. Il nous paraît essentiel, dans ce cadre, que chaque projet introduit soit piloté par un opérateur bien précis, déterminé dès le départ, plutôt qu'un ensemble d'opérateurs amenés à collaborer entre eux.

Notons enfin, et l'hôpital de Cerdagne est là pour en témoigner, qu'il est tout à fait possible d'établir des collaborations poussées en matière de soins de santé transfrontaliers, allant jusqu'à la mise en commun d'infrastructures hospitalières. De tels projets présentent une plus-value certaine dans des territoires peu densément peuplés et caractérisés par une certaine unicité géographique, comme par exemple dans la zone de police belge de la Botte du Hainaut, regroupant les communes de Beaumont, Chimay, Froidchapelle, Momignies et Sivry-Rance, avec une densité de seulement 56,6hab/km² (pour une population totale de 30 200 habitants). De l'autre côté de la frontière, le territoire dit du Pays de Thiérache se caractérise également par une densité de population très faible, avec 45 hab/km² (pour une population totale de 74 000 habitants). Dans ce contexte, et en vue de dégager des économies d'échelle, il peut être intéressant d'engager la réflexion sur une mise en commun plus poussée de matériels médicaux coûteux.

L'ouverture d'une infrastructure hospitalière commune est une piste envisageable, même si ce n'est pas la seule possibilité. Par rapport à l'exemple cerdan, on peut raisonnablement estimer que l'on ne rencontrerait pas les difficultés liées à la langue, le français étant la langue commune de part et d'autre de la frontière. Des enseignements peuvent également être tirés de l'exemple cerdan, notamment pour éviter les soucis rencontrés dans le fonctionnement de l'hôpital en matière de transport des corps, ou de compatibilité des prescriptions de part et d'autre de la frontière. Certains projets comme l'établissement à l'échelle de l'Eurométropole d'un réseau de crématoriums unique répondent à ce genre de problématique.

La faisabilité de tels projets est élevée, pour peu qu'ils répondent à un besoin clairement défini et établi, comme c'est le cas concernant le plateau cerdan, et qu'ils soient portés politiquement par les acteurs locaux. L'Union Européenne est susceptible de favoriser ce genre de projet, à la fois pour l'aspect financier via des fonds FEDER, mais également sur le plan juridique grâce au statut du GECT. Il convient également de se servir du précédent de l'hôpital de Cerdagne pour en éviter certaines « maladies de jeunesse ».

Enfin, une des conditions à l'établissement et à la mise en œuvre de tel projet est la nécessité d'établir une gouvernance claire et efficace en matière de santé à l'échelle du territoire transfrontalier. Dans le cadre de l'hôpital de Cerdagne, nous avons vu que l'une des difficultés à sa mise en œuvre est la relative méfiance mutuelle entre les opérateurs français et catalans du projet. Le fait d'avoir une gouvernance territoriale transfrontalière bien établie permettrait sans nul doute d'atténuer cette difficulté, et constitue en retour un puissant argument en faveur de celle-ci.

En résumé, les possibilités de collaborations sont nombreuses, et les outils pour les favoriser existent. À notre sens, trois conditions au minimum doivent être rencontrées pour leur mise en œuvre :

- Un besoin clairement établi justifiant le projet ;
- Un territoire bien délimité pour la mise en œuvre de celui-ci ;
- Une gouvernance efficace à l'échelle de ce territoire, permettant aux acteurs locaux qui s'y impliquent de collaborer en toute confiance.

12.6 Conclusions générales

Si nous nous en tenons à nos hypothèses d'origine, nous avons en résumé démontré dans ce travail que la santé, au sens que lui donne l'OMS, est directement impactée par les politiques de l'Union Européenne. Celle-ci favorise par des moyens complémentaires (politiques, juridiques et financiers) son appréhension à l'échelle communautaire, en forçant à considérer les soins de santé comme partie intégrante du marché unique des biens et services, et en finançant des projets transfrontaliers permettant de mieux servir la population des territoires concernés.

Nous avons également démontré que les régions situées de part et d'autre de la frontière franco-belge, héritières d'un passé commun, présentent un état sanitaire qui est globalement similaire, tout en étant très différent des états de santé « moyens » français et belge. Par conséquent, les politiques de santé concernant ces territoires gagneraient à être édictées et mise en œuvre en commun, à l'échelle d'une vaste région transfrontalière, tandis que des projets locaux doivent être favorisés, allant jusqu'à la mise en place d'infrastructures communes comme c'est déjà le cas sur la frontière franco-espagnole. Cette approche globale est d'autant plus souhaitable que ni la région Hauts-de-France, ni la Wallonie, ne dispose d'une autonomie pleine et entière en matière de santé publique.

Cette approche novatrice nécessite un véritable transfert de compétences de l'état fédéral belge vers la Wallonie, et de l'état central français vers la région Hauts-de-France. Mais bien plus, elle ne peut se faire que par l'instauration d'une nouvelle gouvernance, sous forme d'une intelligence territoriale commune. Cette gouvernance aurait pour objectif prioritaire l'inclusion des premiers concernés par le système de soins de santé : ses usagers, c'est-à-dire les citoyens peuplant ce territoire transfrontalier.

V. Sources

a. Bibliographie en peer review

Matos, Ana Raquel, & Serapioni, Mauro. (2017). « The challenge of citizens' participation in health systems in Southern Europe: a literature review. », *Cadernos de Saúde Pública*, 33(1), e00066716. Epub January 23, 2017.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JPA. « Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review . », *The BMJ*. 2016;354:i4588. doi:10.1136/bmj.i4588.

Arena R, McNeil A, Sagner M, Hills AP, : « The Current Global State of Key Lifestyle characteristics : Health and Economic Implications. », *Prog Cardiovasc Dis*. 2017 Mar - Apr;59(5):422-429.

Lopez-Valcarcel, B.G. & Barber, P. « Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain. », *Appl Health Econ Health Policy* (2017) 15: 13.

Sébastien Guigner, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », *Sciences sociales et santé* 2011/1 (Vol. 29), p. 81-106. DOI 10.3917/ss.291.0081

Guigner S., 2003, « L'Odyssée de l'administration européenne de la santé : une administration en quête de leadership », *Politique Européenne*, 11, 31-55

Radaelli C., 2003 : « The europeanization of public policy », In : Featherstone K., Radaelli C., eds, *The politics of europeanization*, Oxford, Oxford University Press, 27-56.

Pascal Garel, « Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence », *Quaderni*, 82 | 2013, 17-26.

Arnaud Emeriau et al., « Union européenne et Protection sociale : focus sur quelques dossiers d'actualité, le fonctionnement de l'Union et le rôle de la REIF », *Regards* 2014/1 (N° 45), p. 87-101.

G. Filhon et al., « La mobilité des patients dans l'Union européenne : les enjeux de la prise de décision », *Pratiques et Organisation des Soins* 2012/4 (Vol. 43), p. 285-294. DOI 10.3917/pos.434.0285

Jean-François Nys, « Les nouveaux flux de migrations médicales », *Revue internationale et stratégique* 2010/1 (n° 77), p. 24-35. DOI 10.3917/ris.077.0024

Kowalska-Bobko, Iwona et al. « Implementation of the cross-border healthcare directive in Poland: How not to encourage patients to seek care abroad? ». *Health Policy* , Volume 120 , Issue 11 , 1233 - 1239

Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D. and Lunt, N. (2014), « What Do We Know About Medical Tourism? A Review of the Literature With Discussion of Its Implications for the UK National Health Service as an Example of a Public Health Care System. » *J Travel Med*, 21: 410–417. doi:10.1111/jtm.12147

Kleijnen, Sarah et al. « European collaboration on relative effectiveness assessments: What is needed to be successful? ». *Health Policy* , Volume 119 , Issue 5 , 569 – 576

Yves Charpak, « Notre Europe de la Santé », *Santé Publique* 2014/1 (Vol. 26), p. 5-7.

H.U. Wittchen et al., «The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe», *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679, 2011.

Health policy responses to the financial crisis in Europe », *European Observatory on Health Systems and Policies & Commission/DG EMPL, OMS-EUR*, 2012.

Dobbin F., Simmons B., Garrett G., 2007, « The global diffusion of public policies:social construction, coercion, competition, or learning? », *Annual Review of Sociology*, 33, 449-472.

Pascal Garel, « Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence », *Quaderni*, 82 | Automne 2013 DOI : 10.4000/quaderni.737

G. Filhon et al., « La mobilité des patients dans l'Union européenne : les enjeux de la prise de décision », *Pratiques et Organisation des Soins* 2012/4 (Vol. 43), p. 285-294. DOI 10.3917/pos.434.0285

Boris Hauray, « Mécanismes d'eupéanisation et politiques de santé. Commentaire », *Sciences sociales et santé* 2011/1 (Vol. 29), p. 107-115. DOI 10.3917/sss.291.0107

Sébastien Guigner, « L'influence de l'Union européenne sur les pratiques et politiques de santé publique : eupéanisation verticale et horizontale », *Sciences sociales et santé* 2011/1 (Vol. 29), p. 81-106.

Radaelli C., 2003, « The europeanization of public policy », In : Featherstone K., Radaelli C., eds, *The politics of europeanization*, Oxford, Oxford University Press, 27-56.

Thomas Kostera, « Quand les acteurs s'abstiennent de faire usage de l' Europe. Le cas d'un système de santé bismarckien », *Politique européenne* 2013/2 (n° 40), p. 72-92. DOI 10.3917/poeu.040.0072

Jacquot Sophie et Woll Cornelia (2003), « Usage of European Integration: Europeanisation from a Sociological Perspective. », *European Integration Online Papers*, vol. 7, n° 12.

Jacquot Sophie et Woll Cornelia (2004), « Les usages de l'Europe. Acteurs et transformations européennes. », Paris, L'Harmattan.

Jacquot Sophie et Woll Cornelia (2008), « Action publique européenne : Les acteurs stratégiques face à l'Europe. », *Politique européenne*, n°, 25, p. 161-192.

Fernand Sauer, « Une Europe de la santé idéale », *Les Tribunes de la santé* 2012/4 (n° 37), p. 43-49. DOI 10.3917/seve.037.0043

F. Sauer, « Émergence des droits des patients européens », *Gazette du Palais*, n° 302, 29 octobre 2010, p. 23-25.

Stéphane Dubois, « TGV : un quart de siècle de bouleversements géoéconomiques et géopolitiques », *Géoéconomie* 2010/1 (n° 52), p. 89-104. DOI 10.3917/geoec.052.0089

Régis Keerle et Raymonde Séchet, « Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Puigcerdà : vers l'eupéanisation de la frontière en Cerdagne », *Sud-Ouest européen*, 28 | 2009, 65-76.

Mancebo. F., « La Cerdagne et ses frontières : conflits et identités transfrontalières. », Canet, Llibres del Trabucaire, 1999, 211p.

Hargiundeguy J.-B., « La frontière en Europe : un territoire ? : coopération transfrontalière franco-espagnole. », Paris, L'Harmattan, 2007, 319p.

Séchet R., Keerle R., « Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable. », *Annales de géographie*.

Vohra J, Marmot MG, Bauld L, Hiatt RA. « Socioeconomic position in childhood and cancer in adulthood: a rapid-review. », *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2016;70(6):629-634.

Torre L.A., Siegel R.L., Jemal A. (2016) « Lung Cancer Statistics. In: Ahmad A., Gadgeel S. (eds) *Lung Cancer and Personalized Medicine*. », *Advances in Experimental Medicine and Biology*, vol 893. Springer, Cham

Nordahl H. « Social inequality in chronic disease outcomes. », *Dan Med J*. 2014 Nov ;61(11) :B4943.

Sommer I, Griebler U, Mahlkecht P, et al. « Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases and their risk factors: an overview of systematic reviews. », *BMC Public Health*. 2015;15:914.

Devictor Bernadette, « Les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) : qu'en sera-t-il de la démocratie sanitaire en région ? », *Santé Publique*, 2010/1 (Vol. 22), p. 121-129.

Arveiller, Jean-Paul, et Philippe Tizon. « Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? », *Pratiques en santé mentale*, vol. 62e année, no. 2, 2016, pp. 2-2.

Lise Demailly, « Variations de la « démocratie sanitaire » et politique publique de santé mentale en France », *Sociologies* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 18 juin 2014, consulté le 06 août 2017. URL : <http://sociologies.revues.org/4653>

Christine Rolland, Frédéric Pierru « Les Agences Régionales de Santé deux ans après: une autonomie de façade », *Santé Publique* 2013/4 (Vol. 25), p. 411-419.

L. Rochaix, S. Jacobzone : « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique. » *Économie et prévision*, 1997, Volume 129/pp25-36.

Bardey David, « Demande induite et réglementation de médecins altruistes », *Revue économique*, 2002/3 (Vol. 53), p. 581-588. DOI : 10.3917/reco.533.0581.

Richardson JR, Peacock SJ : « Supplier-induced demand: reconsidering the theories and new Australian evidence. », *Appl Health Econ Health Policy*. 2006;5(2):87-98.

Léonard C., Stordeur S., Roberfroid D. : « Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence. », *Health Policy*. 2009 Jul;91(2):121-34. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.11.013. Epub 2009 Jan 16

Liza Van Eenoo, et al.; « Substantial between-country differences in organising community care for older people in Europe—a review. », *European Journal of Public Health*, Volume 26, Issue 2, 1 April 2016, Pages 213–219

Lapeyre Nathalie, Le Feuvre Nicky, « Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, p. 59-81.

HAMARAT N. (2012), « Du corps mutilé : action associative et modalités d'engagement individuel dans la lutte contre le cancer du sein. », Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Master en sociologie, Université libre de Bruxelles.

P. Favoriti et al., « Worldwide burden of colorectal cancer : a review. », *Updates in Surgery*, March 2016, volume 68, issue 1, pp7-11.

Bronzato S, Durante A. A « Contemporary Review of the Relationship between Red Meat Consumption and Cardiovascular Risk. », *International Journal of Preventive Medicine*. 2017;8:40.

Kolb H, Martin S. « Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes. », *BMC Medicine*. 2017;15:131.

b. Documents officiels publics

«Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948»

« Ensemble pour la santé : une approche stratégique pour l'UE 2008 – 2013 », Commission européenne

« Investir dans la santé », document de travail des services de la Commission, février 2013.

Regulation (EU) No 282/2014 of the Parliament and the Council of Parliament and the Council of 11 March 2014 : « On the establishment of a third Programme for the Union's action in the field of health (2014-2020) and repealing Decision » No 1350/2007/EC

Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social européen et au Comité des régions : « Stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées: un engagement renouvelé pour une Europe sans entraves », Novembre 2010.

« Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers », Le Parlement européen et le Conseil de l'Union Européenne.

Commission européenne. Questions/réponses : Les droits des patients dans les soins de santé transfrontaliers. Bruxelles : Communauté européenne ; 19 janvier 2011.

Conseil de l'Europe : « Convention-cadre européenne sur la coopération transfrontalière des collectivités ou autorités territoriales », Madrid, 1980.

Arrêt Kohll-Decker de la CJUE de 1998 (affaires C-158/96 et C-120/95)

Rapport fait au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées sur le projet de loi, adopté par l'assemblée nationale, autorisant la ratification de l'accord-cadre entre la République française et le Royaume d'Espagne sur la coopération sanitaire transfrontalière, par M. Raymond COUDERC, N° 304, Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 janvier 2014.

Textes de la coopération transfrontalière : « Traité de Bayonne – Traité entre la République française et le Royaume d'Espagne relatif à la coopération transfrontalière entre collectivités territoriales. », 1995

Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France : « Diagnostic territorialisé, Hauts-de-France, territoires de proximité »

Rapport d'information de MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales : « Les agences régionales de santé : une innovation majeure, un déficit de confiance. », n° 400 (2013-2014) - 26 février 2014

Contrat d'administration – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2016 – 2018.

Conseil d'état, section du contentieux administratif, arrêt n°235.543 du 26 juillet 2016.

« Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) no 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur («règlement IMI»). », Le Parlement et le Conseil de l'UE.

« Déclaration de politique régionale 2014 – 2019 : oser, innover, rassembler. », Wallonie.

Gouvernement wallon. Décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, 3 décembre 2015.

Loi relative aux droits du patient du 22 août 2002.

Ségolène Neuville, « Avis au nom de la Commission des Affaires Sociales 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, quatorzième législature, Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 juin 2013.

c. Sitographie

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT>

https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ema_fr

https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_fr

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex:32013L0055>

https://ec.europa.eu/health/strategy/policy_fr

http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_fr.pdf

<https://rm.coe.int/1680078b15>

<https://www.interregeurope.eu/>

ECHI : European Community Health Indicators, base de données accessible sous « Heidi tool » :

http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32010L0084>

<https://portal.cor.europa.eu/egtc/news/Pages/European-award-'Building-Europe-across-Borders'-2016.aspx>

http://ec.europa.eu/regional_policy/fr/funding/available-budget/

<http://www.francois-calvet.com/actualites/actualites/2368-2017-06-28-10-25-33>

<http://www.la-clau.net/info/9590/des-medicaments-interdits-en-france-a-lhopital-de-cerdagne-9590>

<http://www.espaces-transfrontaliers.org/actualites/news/news/show/hopital-de-cerdagne-leditorial-de-catherine-barnole-ars-languedoc-roussillon/>

https://www.lesechos.fr/24/04/2007/LesEchos/19905-025-ECH_pyrenees-orientales---le-conseil-general-valide-le-projet-d-eurodistrict.htm

<http://www.eurodistricte.cat/fr/quest-ce-que-lespace-catalan-transfrontalier>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/la-concertation-pour-agir-au-plus-pres-des-usagers-et-des-territoires>

<http://www.orsnpdc.org/wp-content/uploads/2015/07/5051-43.pdf>

<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/A-quoi-jouent-les-Agences-regionales-de-Sante>

<https://www.health.belgium.be/fr/a-propos-de-nous>

<http://www.riziv.fgov.be/fr/inami/Pages/missions-inami.aspx#.WWzAwIjyiUk>

<http://www.ares-ac.be/fr/etudes-superieures/en-pratique/conditions-d-acces/exmd>

https://www.fagg-afmps.be/fr/humain/medicaments/medicaments/distribution/pharmacies_ouvertes_au_public

<http://gouvernement.cfwb.be/r-forme-des-tudes-en-soins-infirmiers-nouvelle-organisation-des-cursus-en-f-d-ration>

<http://www.enseignement.be/index.php?page=27056>

<http://www.vaccination-info.be/>

<http://sante.wallonie.be/?q=transfert-competences-sante>

<http://www.wallonie.be/fr/actualites/creation-de-laviq-lagence-pour-une-vie-de-qualite>

<http://prevot.wallonie.be/aviq-composition-du-conseil-g-n-ral>

https://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/provinces/competences

<http://www.hainaut.be/sante/osh/template/template.asp?page=missions&navcont=10,0,0&branch=1>

<http://questionsante.org/nos-publications-periodiques/bruxelles-sante/anciens-numeros/bs-64/democratie-sanitaire>

http://www.hainaut.be/sante/osh/medias_user/Sante_en_Hainaut_12_TBS-2016_full_v2.pdf

<http://www.espaces-transfrontaliers.org/ressources/projets/projects/project/show/observatoire-franco-belge-de-la-sante/>

<http://www.interreg-fwvl.eu/fr/forum-de-la-sante-transfrontalier>

<https://www.fhf.fr/Europe-International/Europe-la-cooperation-transfrontaliere/COPETRANSAN-PROJET-INTERREG-V>

http://www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/coserdo_fr.pdf

<https://www.iweps.be/projet/gedidot-interreg/>

http://www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/ad_in_fr.pdf

http://www.interreg-fwvl.eu/sites/default/files/ap_reseau-service_fr.pdf

<http://fr.eurometropolis.eu/qui-sommes-nous/presentation.html>

http://fr.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/5ans/5ansdeurometropole.pdf

<http://www.crematorium-eurometropole.com/fr/>

http://fr.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/Documentation/Synthese_Seminaire_23_mai_V3_BD.pdf

http://fr.eurometropolis.eu/fileadmin/user_upload/Divers/Documentation/FR_strategie2014-2020.pdf

<https://www.iweps.be/indicateurs-statistiques/>

<http://www.hainaut-developpement.be/>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2018919>

https://www.province.namur.be/cellule_observation

<http://www.province.luxembourg.be/fr/observatoire-de-la-sante.html?IDC=4364#.WYOKI4jyiUI>

<http://www.provincedeliege.be/fr/observatoiredelasante>

d. Articles de presse

« Entretien : le premier hôpital transfrontalier européen. », gestion-hospitaliere.fr N° 543 février 2015

« L'hôpital franco-espagnol de Puigcerda a encore du mal à attirer les patients français. », francebleu.fr 4 décembre 2016

« Ces projets français réalisés grâce aux aides européennes. », Le Figaro, 24 mars 2017

Denise Delière : « Numéris clausus : trop d'émotion. », La Libre Belgique, 28 août 2008.

RTBF info : « Numéro INAMI : en 2018, 2300 à 2500 étudiants resteront sur le carreau. », 30 octobre 2014.

RTL info : « Maggie de Block promet un numéro INAMI à tous les étudiants... à une condition. », 15 septembre 2016.

Dr Jean-Jacques Rombouts : « Examen d'entrée flamand : 20 ans après. », Le journal du médecin, 14 septembre 2016.

Dominique Delhalle : « De nombreux médecins français n'utilisent pas leur numéro INAMI. », RTBF info, 17 novembre 2014

7sus7.be : « Le fédéral ne touche pas à la clé de répartition 60/40. », 15 septembre 2016.

Sandra Durieux : « Le manque de médecins plus criant en Hainaut qu'ailleurs. », Le Soir, 18 février 2015.

Flash Santé Transfrontalière, édito, n°6 août 2015

Flash Santé Transfrontalière, édito, n°9 mars 2015

Fédération des maisons médicales : « Scinder les soins de santé ? », Janvier 2009.

e. Autres

Hôpital de Cerdagne : « Hôpital de Cerdagne – dossier information », 2016

Guy Tegenbos, Soins de santé et politique de santé : avec la participation du patient, c'est mieux, Bruxelles, Fondation Roi Baudoin, juin 2008.

« La démocratie sanitaire en question. Expériences croisées de concertation et de participation de la société civile aux politiques publiques de santé. », Proposition de travail, Paris, juin 2010.

Denise Delière et Étienne de Clercq : « Suggestions pour la fixation des futurs contingents de médecins. », Centre d'information sur les professions médicales et paramédicales, document de travail (21/12/2015).

H. Van Oyen, P. Deboosere, V. Lorant, R. Charafeddine : « Les inégalités sociales de santé en Belgique. », Programme « Société et avenir », Ed. Academia Press.

Alain Denis et Lut Mergaert, « La situation financière des associations de patients en Belgique. », Bruxelles, Fondation Roi Baudoin, mars 2009.

Alain Denis et Michel Teller, Leviers pour une meilleure participation des patients. Nouvelles pratiques et possibilités de reconnaissance et de financement, Bruxelles, Fondation Roi Baudoin, septembre 2011.

Cœur du Hainaut, centre d'énergies : « Atlas socio-économique, 3ème édition, 2017. »

Convention « dialyse » entre la Clinique des Sœurs Noires et le Centre hospitalier de Bailleul, ou la convention « IRM-Scintigraphie » entre les hôpitaux de Mouscron et de Tourcoing, datant de 1994.

Tableau de Bord Transfrontalier de la Santé : présentation.

VI. Annexes

Annexe 1 : articles du Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne concernant la mise en place d'une santé communautaire

Article 2

1. Lorsque les traités attribuent à l'Union une compétence exclusive dans un domaine déterminé, seule l'Union peut légiférer et adopter des actes juridiquement contraignants, les États membres ne pouvant le faire par eux-mêmes que s'ils sont habilités par l'Union, ou pour mettre en œuvre les actes de l'Union.
2. Lorsque les traités attribuent à l'Union une compétence partagée avec les États membres dans un domaine déterminé, l'Union et les États membres peuvent légiférer et adopter des actes juridiquement contraignants dans ce domaine. Les États membres exercent leur compétence dans la mesure où l'Union n'a pas exercé la sienne. Les États membres exercent à nouveau leur compétence dans la mesure où l'Union a décidé de cesser d'exercer la sienne.

Article 4

1. L'Union dispose d'une compétence partagée avec les États membres lorsque les traités lui attribuent une compétence qui ne relève pas des domaines visés aux articles 3 et 6.
2. Les compétences partagées entre l'Union et les États membres s'appliquent aux principaux domaines suivants:
 - a. le marché intérieur;
 - b. la politique sociale, pour les aspects définis dans le présent traité;
 - c. la cohésion économique, sociale et territoriale;
 - d. l'agriculture et la pêche, à l'exclusion de la conservation des ressources biologiques de la mer;
 - e. l'environnement;
 - f. la protection des consommateurs;
 - g. les transports;
 - h. les réseaux transeuropéens;
 - i. l'énergie;
 - j. l'espace de liberté, de sécurité et de justice ;
 - k. les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique, pour les aspects définis dans le présent traité.

Article 6

L'Union dispose d'une compétence pour mener des actions pour appuyer, coordonner ou compléter l'action des États membres. Les domaines de ces actions sont, dans leur finalité européenne:

- a. la protection et l'amélioration de la santé humaine;
- b. l'industrie;
- c. la culture;
- d. le tourisme;
- e. l'éducation, la formation professionnelle, la jeunesse et le sport;
- f. la protection civile;
- g. la coopération administrative.

Article 114 (ex-article 95 TCE)

1. Sauf si les traités en disposent autrement, les dispositions suivantes s'appliquent pour la réalisation des objectifs énoncés à l'article 26. Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire et après consultation du Comité économique et social, arrêtent les mesures relatives au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres qui ont pour objet l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur.
2. Le paragraphe 1 ne s'applique pas aux dispositions fiscales, aux dispositions relatives à la libre circulation des personnes et à celles relatives aux droits et intérêts des travailleurs salariés.
3. La Commission, dans ses propositions prévues au paragraphe 1 en matière de santé, de sécurité, de protection de l'environnement et de protection des consommateurs, prend pour base un niveau de protection élevé en tenant compte notamment de toute nouvelle évolution basée sur des faits scientifiques. Dans le cadre de leurs compétences respectives, le Parlement européen et le Conseil s'efforcent également d'atteindre cet objectif.

Article 151 (ex-article 136 TCE)

L'Union et les États membres, conscients des droits sociaux fondamentaux, tels que ceux énoncés dans la Charte sociale européenne signée à Turin le 18 octobre 1961 et dans la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989, ont pour objectifs la promotion de l'emploi, l'amélioration des conditions de vie et de travail, permettant leur égalisation dans le progrès, une protection sociale adéquate, le dialogue social, le développement des ressources humaines permettant un niveau d'emploi élevé et durable et la lutte contre les exclusions.

À cette fin, l'Union et les États membres mettent en œuvre des mesures qui tiennent compte de la diversité des pratiques nationales, en particulier dans le domaine des relations conventionnelles, ainsi que de la nécessité de maintenir la compétitivité de l'économie de l'Union.

Ils estiment qu'une telle évolution résultera tant du fonctionnement du marché intérieur, qui favorisera l'harmonisation des systèmes sociaux, que des procédures prévues par les traités et du rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives.

TITRE XIV SANTÉ PUBLIQUE

Article 168 (ex-article 152 TCE)

1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci. L'Union complète

l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières. Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination, notamment des initiatives en vue d'établir des orientations et des indicateurs, d'organiser l'échange des meilleures pratiques et de préparer les éléments nécessaires à la surveillance et à l'évaluation périodiques. Le Parlement européen est pleinement informé.
3. L'Union et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.
4. Par dérogation à l'article 2, paragraphe 5, et à l'article 6, point a), et conformément à l'article 4, paragraphe 2, point k), le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribuent à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant, afin de faire face aux enjeux communs de sécurité:
 - a. des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes;
 - b. des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique;
 - c. des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical.
5. Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, peuvent également adopter des mesures d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, et notamment à lutter contre les grands fléaux transfrontières, des mesures concernant la surveillance des menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci, ainsi que des mesures ayant directement pour objectif la protection de la santé publique en ce qui concerne le tabac et l'abus d'alcool, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.
6. Le Conseil, sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article.
7. L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées. Les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux

dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales.

TITRE XV PROTECTION DES CONSOMMATEURS

Article 169 (ex-article 153 TCE)

Afin de promouvoir les intérêts des consommateurs et d'assurer un niveau élevé de protection des consommateurs, l'Union contribue à la protection de la santé, de la sécurité et des intérêts économiques des consommateurs ainsi qu'à la promotion de leur droit à l'information, à l'éducation et à s'organiser afin de préserver leurs intérêts.

Annexe 2 : articles du TFUE et de la Charte des droits fondamentaux protégeant les personnes handicapées

Article 10

Dans la définition et la mise en œuvre de ses politiques et actions, l'Union cherche à combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle.

Article 19

1. Sans préjudice des autres dispositions des traités et dans les limites des compétences que ceux-ci confèrent à l'Union, le Conseil, statuant à l'unanimité conformément à une procédure législative spéciale, et après approbation du Parlement européen, peut prendre les mesures nécessaires en vue de combattre toute discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les convictions, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle.
2. Par dérogation au paragraphe 1, le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent adopter les principes de base des mesures d'encouragement de l'Union, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres, pour appuyer les actions des États membres prises en vue de contribuer à la réalisation des objectifs visés au paragraphe 1.

Charte des droits fondamentaux

Article 1^{er}

Dignité humaine

La dignité humaine est inviolable. Elle doit être respectée et protégée.

Article 21

Non-discrimination

1. Est interdite, toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle.
2. Dans le domaine d'application du traité instituant la Communauté européenne et du traité sur l'Union européenne, et sans préjudice des dispositions particulières desdits traités, toute discrimination fondée sur la nationalité est interdite.

Article 26

Intégration des personnes handicapées

L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté.

Annexe 3 : convention-cadre sur la coopération transfrontalières et collectivités ou autorités territoriales

Article 1

Chaque Partie contractante s'engage à faciliter et à promouvoir la coopération transfrontalière entre les collectivités ou autorités territoriales relevant de sa juridiction et les collectivités ou autorités territoriales relevant de la compétence d'autres Parties contractantes. Elle s'efforcera de promouvoir la conclusion des accords et arrangements qui s'avéreront nécessaires à cette fin dans le respect des dispositions constitutionnelles propres à chaque Partie.

Article 2

1. Est considérée comme coopération transfrontalière, au sens de la présente Convention, toute concertation visant à renforcer et à développer les rapports de voisinage entre collectivités ou autorités territoriales relevant de deux ou plusieurs Parties contractantes, ainsi que la conclusion des accords et des arrangements utiles à cette fin. La coopération transfrontalière s'exercera dans le cadre des compétences des collectivités ou autorités territoriales, telles qu'elles sont définies par le droit interne. L'étendue et la nature de ces compétences ne sont pas affectées par la présente Convention.
2. Aux fins de la présente Convention, l'expression «collectivités ou autorités territoriales» s'entend des collectivités, autorités ou organismes exerçant des fonctions locales et régionales et considérées comme telles dans le droit interne de chaque Etat. Toutefois, chaque Partie contractante peut, au moment de la signature de la présente Convention ou par voie de communication ultérieure au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, désigner les collectivités, autorités ou organismes, les objets et les formes auxquels elle entend limiter le champ d'application ou qu'elle entend exclure du champ d'application de la présente Convention.

Article 3

1. Aux fins de la présente Convention, les Parties contractantes favoriseront, sous réserve des dispositions de l'article 2, paragraphe 2, les initiatives des collectivités et autorités territoriales prenant en considération les schémas d'arrangements entre collectivités et autorités territoriales élaborés dans le cadre du Conseil de l'Europe. Elles pourront, si elles l'estiment nécessaire, prendre en considération les modèles d'accords interétatiques, bilatéraux ou multilatéraux mis au point au Conseil de l'Europe et destinés à faciliter la coopération entre les collectivités et autorités territoriales. Les arrangements et les accords à conclure pourront notamment s'inspirer des modèles et schémas d'accords, de statuts et de contrats annexés à la présente Convention numérotés de 1.1 à 1.5 et de 2.1 à 2.6 (1) moyennant les adaptations rendues nécessaires par la situation particulière propre à chaque Partie contractante. Ces modèles et schémas d'accords, de statuts et de contrats, étant de nature indicative, n'ont pas de valeur conventionnelle.
2. Dans le cas où les Parties contractantes estiment nécessaire de conclure des accords interétatiques, ceux-ci peuvent notamment fixer le cadre, les formes et les limites dans lesquelles ont la possibilité d'agir les collectivités et autorités territoriales concernées par la

coopération transfrontalière. Chaque accord peut également déterminer les collectivités ou organismes auxquels il s'applique.

3. Les dispositions qui précèdent n'affectent pas la faculté pour les Parties contractantes de recourir d'un commun accord à d'autres formes de coopération transfrontalière. De même, les dispositions de la présente Convention ne sauraient être interprétées comme rendant caducs des accords de coopération déjà existants.
4. Les accords et arrangements seront conclus dans le respect des compétences prévues par le droit interne de chaque Partie contractante en matière de relations internationales et d'orientation politique générale, ainsi que dans le respect des règles de contrôle ou de tutelle auxquelles sont soumises les collectivités ou autorités territoriales. _____ (1) La publication de modèles et de schémas d'accords additionnels a été autorisée; annexés à la présente Convention, ils sont numérotés de 1.6 à 1.14 et de 2.7 à 2.16.
5. A cet effet, chaque Partie contractante peut, au moment de la signature de la présente Convention ou par voie de communication ultérieure au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, indiquer les autorités qui, selon son droit interne, sont compétentes pour exercer le contrôle ou la tutelle à l'égard des collectivités et autorités territoriales concernées.

Article 4

Chaque Partie contractante s'efforcera de résoudre les difficultés d'ordre juridique, administratif ou technique qui sont de nature à entraver les développements et le bon fonctionnement de la coopération transfrontalière et se concertera autant que de besoin avec la ou les autres Parties contractantes intéressées.

Article 5

Dans le cas d'une coopération transfrontalière entreprise conformément aux dispositions de la présente Convention, les Parties contractantes envisageront l'opportunité d'accorder aux collectivités ou autorités territoriales qui y participent les mêmes facilités que dans le cas où la coopération s'exercerait sur le plan interne.

Article 6

Toute Partie contractante fournira dans toute la mesure du possible les informations qui lui sont demandées par une autre Partie contractante en vue de faciliter la mise en œuvre par celle-ci des obligations qui lui incombent en vertu de la présente Convention.

Article 7

Chaque Partie contractante veillera à ce que les collectivités ou autorités territoriales concernées soient informées des moyens d'action qui leur sont offerts par la présente Convention.

Article 8

1. Les Parties contractantes transmettront au Secrétaire Général toute information appropriée relative aux accords et aux arrangements visés à l'article 3.
2. Toute proposition faite par l'une ou plusieurs Parties contractantes en vue de compléter ou de développer la Convention ou les modèles d'accords et d'arrangements sera transmise au

Secrétaire Général du Conseil de l'Europe. Celui-ci la soumettra au Comité des Ministres du Conseil de l'Europe qui décidera des suites à donner.

Article 9

1. La présente Convention est ouverte à la signature des Etats membres du Conseil de l'Europe. Elle sera ratifiée, acceptée ou approuvée. Les instruments de ratification, d'acceptation ou d'approbation seront déposés auprès du Secrétaire Général du Conseil de l'Europe.
2. La Convention entrera en vigueur trois mois après le dépôt du quatrième instrument de ratification, d'acceptation ou d'approbation, à condition que deux au moins des Etats ayant accompli cette formalité aient une frontière commune.
3. Elle entrera en vigueur à l'égard de tout Etat signataire qui la ratifiera, l'acceptera ou l'approuvera ultérieurement, trois mois après la date du dépôt de son instrument de ratification, d'acceptation ou d'approbation.

Article 10

1. Après l'entrée en vigueur de la présente Convention, le Comité des Ministres pourra décider, à l'unanimité des voix exprimées, d'inviter tout Etat européen non membre à adhérer à la présente Convention. Cette invitation devra recevoir l'accord exprès de chacun des Etats ayant ratifié la Convention.
2. L'adhésion s'effectuera par le dépôt, près le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe, d'un instrument d'adhésion qui prendra effet trois mois après la date de son dépôt.

Article 11

1. Toute Partie contractante pourra, en ce qui la concerne, dénoncer la présente Convention en adressant une notification au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe.
2. La dénonciation prendra effet six mois après la date de la réception de la notification par le Secrétaire Général.

Article 12

Le Secrétaire Général du Conseil de l'Europe notifiera aux Etats membres du Conseil et à tout Etat ayant adhéré à la présente Convention:

- a. toute signature ;
- b. le dépôt de tout instrument de ratification, d'acceptation, d'approbation ou d'adhésion ;
- c. toute date d'entrée en vigueur de la présente Convention, conformément à son article 9;
- d. toute déclaration reçue en application des dispositions du paragraphe 2 de l'article 2 ou du paragraphe 5 de l'article 3;
- e. toute notification reçue en application des dispositions de l'article 11 et la date à laquelle la dénonciation prendra effet.

Annexe 4 : règlement concernant la mise en place des GECT

Article premier

1. Le groupement européen de coopération territoriale, ci-après dénommé «GECT», peut être constitué sur le territoire de la Communauté, dans les conditions et selon les modalités prévues par le présent règlement.
2. Le GECT a pour objet de faciliter et de promouvoir la coopération transfrontalière, transnationale et/ou interrégionale, ci-après dénommée «coopération territoriale», entre ses membres tels que visés à l'article 3, paragraphe 1, dans le but exclusif de renforcer la cohésion économique et sociale.
3. Le GECT a la personnalité juridique.
4. Le GECT possède dans chacun des États membres la capacité juridique la plus large reconnue aux personnes morales par la législation nationale de l'État membre. Il peut notamment acquérir ou aliéner des biens mobiliers et immobiliers, employer du personnel et ester en justice.

Article 2

1. Le GECT est régi par ce qui suit:
 - a. le présent lorsque le présent règlement l'autorise expressément, les dispositions de la règlement ;b) convention et des statuts visés aux articles 8 et 9;
 - c) pour les questions qui ne sont pas régies par le présent règlement ou ne le sont qu'en partie, les lois de l'État membre où le GECT a son siège.

Lorsqu'il est nécessaire, en vertu du droit communautaire ou du droit international privé, de définir le droit qui régit les actes d'un GECT, le GECT est traité comme une entité de l'État membre où il a son siège.

2. Lorsqu'un État membre comprend plusieurs entités territoriales ayant leurs propres règles de droit applicable, le droit applicable au titre du paragraphe 1, point c), comprend le droit de ces entités, compte tenu de la structure constitutionnelle de l'État membre concerné.

Article 3

Composition du GECT

1. Le GECT est composé de membres, dans les limites de leurs compétences en vertu du droit national, appartenant à une ou plusieurs des catégories suivantes:
 - a) États membres;
 - b) collectivités régionales;

- c) collectivités locales;
- d) organismes de droit public au sens de l'article 1er, paragraphe 9, deuxième alinéa, de la directive 2004/18/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 relative à la coordination des procédures de passation des marchés publics de travaux, de fournitures et de services (6).

Les associations composées d'organismes appartenant à une ou à plusieurs de ces catégories peuvent également être membres.

- 2. Les membres d'un GECT sont situés sur le territoire d'au moins deux États membres.

Article 4

Constitution du GECT

- 1. La décision de constituer un GECT est prise à l'initiative de ses membres potentiels.
- 2. Chaque membre potentiel:
 - a) notifie à l'État membre selon le droit duquel il a été créé son intention de participer à un GECT; et
 - b) transmet à cet État membre une copie du projet de convention et des statuts visés aux articles 8 et 9 du présent règlement.
- 3. À la suite de la notification par un membre potentiel, telle que prévue au paragraphe 2, l'État membre concerné marque son accord, en tenant compte de sa structure constitutionnelle, sur la participation du membre potentiel au GECT, sauf s'il considère qu'une telle participation ne respecte pas le présent règlement ou le droit national, y compris les pouvoirs et les devoirs du membre potentiel, ou qu'elle n'est pas motivée ni par l'intérêt général ni au nom de l'ordre public de cet État membre. Dans ce cas, l'État membre expose les motifs de son refus.

L'État membre statue, en règle générale, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception d'une demande recevable conformément au paragraphe 2.

Lorsqu'ils prennent une décision concernant la participation du membre potentiel au GECT, les États membres peuvent appliquer les règles nationales.

- 4. Les États membres désignent les autorités compétentes pour la réception des notifications et des documents prévus au paragraphe 2.
- 5. Les membres approuvent la convention visée à l'article 8 et les statuts visés à l'article 9, en veillant à la cohérence avec l'accord donné par les États membres conformément au paragraphe 3 du présent article.
- 6. Toute modification de la convention et toute modification substantielle des statuts doivent être approuvées par les États membres conformément à la procédure prévue dans le présent article. Les modifications substantielles des statuts sont celles qui entraînent, directement ou indirectement, une modification de la convention.

Article 5

Acquisition de la personnalité juridique et publication au Journal officiel

1. Les statuts visés à l'article 9 et toute modification ultérieure de ceux-ci sont enregistrés et/ou publiés conformément au droit national applicable dans l'État membre où le GECT a son siège. Le GECT acquiert la personnalité juridique le jour de l'enregistrement ou de la publication, selon ce qui se produit en premier. Les membres informent les États membres concernés et le Comité des régions de la convention ainsi que de l'enregistrement et/ou de la publication des statuts.
2. Le GECT s'assure que, dans un délai de dix jours ouvrables à compter de l'enregistrement et/ou de la publication des statuts, une demande de publication d'un avis au Journal officiel de l'Union européenne annonçant la constitution du GECT, et comportant son nom, ses objectifs et la liste de ses membres ainsi que le lieu de son siège, est transmise à l'Office des publications officielles des Communautés européennes.

Article 6

Contrôle de la gestion des fonds publics

1. Le contrôle de la gestion des fonds publics par un GECT est assuré par les autorités compétentes de l'État membre où le GECT a son siège. L'État membre où le GECT a son siège désigne l'autorité compétente pour cette tâche avant d'approuver la participation au GECT en vertu de l'article 4.
2. Lorsque la législation nationale des autres États membres concernés le prévoit, les autorités de l'État membre où le GECT a son siège prennent des dispositions pour que les autorités compétentes dans les autres États membres concernés contrôlent sur leur territoire les actes exécutés par le GECT dans ces États membres et échangent toutes les informations appropriées.
3. Tous les contrôles sont effectués conformément aux normes d'audit reconnues sur le plan international.
4. Nonobstant les paragraphes 1, 2 et 3, lorsque la mission d'un GECT visée à l'article 7, paragraphe 3, premier et deuxième alinéas, couvre des actions cofinancées par la Communauté, la législation pertinente en matière de contrôle des fonds communautaires est applicable.
5. L'État membre où le GECT a son siège informe les autres États membres concernés des difficultés éventuelles auxquelles il s'est heurté pendant les contrôles.

Article 7

Missions

1. Le GECT exécute les missions qui lui ont été confiées par ses membres conformément au présent règlement. Elles sont définies par la convention conclue par ses membres, conformément aux articles 4 et 8.
2. Le GECT agit dans le cadre des missions qui lui sont confiées, qui se limitent à faciliter et à promouvoir la coopération territoriale afin de renforcer la cohésion économique et sociale, et qui

sont déterminées par ses membres, étant entendu qu'elles doivent toutes relever de la compétence de chacun d'entre eux en vertu de son droit national.

3. Plus particulièrement, les missions du GECT se limitent principalement à la mise en œuvre des programmes ou des projets de coopération territoriale cofinancés par la Communauté, au titre du Fonds européen de développement régional, du Fonds social européen et/ou du Fonds de cohésion.

Les GECT peuvent réaliser d'autres actions spécifiques de coopération territoriale entre leurs membres et dans le cadre de l'objectif visé à l'article 1er, paragraphe 2, avec ou sans contribution financière communautaire.

Les États membres peuvent limiter la mission que les GECT peuvent réaliser sans contribution financière communautaire. Toutefois, cette mission couvre au moins les actions de coopération énumérées à l'article 6 du règlement (CE) no 1080/2006.

4. La mission confiée à un GECT par ses membres ne concerne pas l'exercice de pouvoirs conférés par le droit public ni de fonctions dont l'objet est la sauvegarde des intérêts généraux de l'État ou d'autres collectivités publiques, comme les pouvoirs de police et de réglementation, la justice et la politique étrangère.

5. Les membres d'un GECT peuvent décider à l'unanimité de déléguer l'exécution de sa mission à l'un d'entre eux.

Article 8

Convention

1. Le GECT fait l'objet d'une convention conclue à l'unanimité par ses membres conformément à l'article 4.

2. La convention précise:

- a) le nom du GECT et le lieu de son siège, qui se trouve dans un État membre selon les lois duquel au moins un des membres est constitué;
- b) l'étendue du territoire sur lequel le GECT peut exécuter sa mission;
- c) l'objectif spécifique et la mission du GECT, sa durée et les conditions de sa dissolution;
- d) la liste des membres du GECT;
- e) le droit applicable à l'interprétation et à l'application de la convention, qui est le droit de l'État membre où le GECT a son siège;
- f) les modalités appropriées pour la reconnaissance mutuelle, y compris en vue du contrôle financier; et

- g) les procédures de modification de la convention, dans le respect des obligations énoncées aux articles 4 et 5.

Article 9

Statuts

1. Les statuts d'un GECT sont adoptés, sur la base de la convention, par ses membres statuant à l'unanimité.
2. Les statuts d'un GECT contiennent, au minimum, toutes les dispositions de la convention ainsi que les éléments suivants:
 - a) les modalités de fonctionnement des organes de direction du GECT et leurs compétences, ainsi que le nombre de représentants des membres dans les organes de direction concernés;
 - b) les procédures décisionnelles du GECT;
 - c) la ou les langue(s) de travail;
 - d) les modalités de son fonctionnement, notamment en ce qui concerne la gestion de son personnel, les procédures de recrutement, la nature des contrats du personnel;
 - e) les modalités de la contribution financière des membres et les règles budgétaires et comptables applicables, y compris les règles financières, de chacun des membres du GECT vis-à-vis de ce dernier;
 - f) les modalités en matière de responsabilité des membres conformément à l'article 12, paragraphe 2;
 - g) les autorités chargées de la désignation d'un organisme d'audit externe indépendant;
 - h) les procédures de modification des statuts, dans le respect des obligations énoncées aux articles 4 et 5.

Article 10

Organisation du GECT

1. Un GECT dispose au moins des organes suivants:
 - a) une assemblée constituée par les représentants de ses membres;
 - b) un directeur, qui représente le GECT et agit au nom et pour le compte de celui-ci.
2. Les statuts peuvent prévoir des organes de direction supplémentaires dotés de pouvoirs clairement définis.

3. Un GECT est responsable des actes de ses organes de direction vis-à-vis des tiers, même lorsque de tels actes ne relèvent pas des tâches du GECT.

Article 11

Budget

1. Un GECT établit un budget annuel, à adopter par l'assemblée, comportant en particulier un volet de fonctionnement et, le cas échéant, un volet opérationnel.

2. L'établissement des comptes du GECT, et, le cas échéant, du rapport annuel les accompagnant, ainsi que le contrôle et la publication de ces comptes sont régis comme prévu à l'article 2, paragraphe 1, point c).

Article 12

Liquidation, insolvabilité, cessation de paiement et responsabilité

1. En ce qui concerne la liquidation, l'insolvabilité, la cessation des paiements et autres procédures analogues, le GECT est soumis à la législation de l'État membre dans lequel il a son siège, sauf disposition contraire prévue aux paragraphes 2 et 3.

2. Le GECT est responsable de ses dettes, de quelque nature qu'elles soient.

Dans la mesure où les avoirs d'un GECT sont insuffisants pour honorer ses engagements, ses membres sont responsables des dettes de celui-ci, de quelque nature qu'elles soient, la part de chaque membre étant fixée proportionnellement à sa contribution, sauf si le droit national présidant à la constitution du membre exclut ou limite la responsabilité de celui-ci. Les modalités des contributions sont fixées dans les statuts.

Si la responsabilité d'au moins un membre d'un GECT est limitée en raison du droit présidant à sa constitution, les autres membres peuvent aussi limiter la leur dans les statuts.

Dans les statuts, les membres peuvent engager leur responsabilité après avoir cessé d'être membres de ce GECT pour des obligations découlant d'activités du GECT réalisées alors qu'ils en étaient membres.

Le nom d'un GECT dont les membres ont une responsabilité limitée comprend le terme «limité».

Les exigences de publicité de la convention, des statuts et des comptes d'un GECT dont les membres ont une responsabilité limitée, sont au moins égales à celles exigées de tout autre type d'entité juridique dont les membres ont une responsabilité limitée constituée en vertu des lois de l'État membre dans lequel ce GECT a son siège.

Un État membre peut interdire l'enregistrement sur son territoire d'un GECT dont les membres ont une responsabilité limitée.

3. Sans préjudice de la responsabilité financière des États membres à l'égard d'un éventuel financement des fonds structurels et/ou de cohésion confiés à un GECT, le présent règlement ne

saurait engager la responsabilité financière des États membres vis-à-vis d'un GECT dont ils ne sont pas membres.

Article 13

Intérêt public

Lorsqu'un GECT exerce une tâche contraire aux dispositions d'un État membre concernant l'ordre public, la sécurité publique, la santé publique ou la moralité publique ou contraire à l'intérêt public d'un État membre, un organisme compétent de cet État membre peut interdire l'activité sur son territoire ou exiger que les membres qui ont été constitués en vertu de son droit se retirent du GECT, à moins que ce dernier ne cesse l'activité en question.

De telles interdictions ne constituent pas un moyen de restreindre de façon arbitraire ou déguisée la coopération territoriale entre les membres du GECT. Une autorité judiciaire peut réexaminer la décision de l'organisme compétent.

Article 14

Dissolution

1. Nonobstant les dispositions sur la dissolution figurant dans la convention, sur demande d'une autorité compétente ayant un intérêt légitime, la juridiction ou l'autorité compétente de l'État membre où le GECT a son siège ordonne la dissolution du GECT lorsqu'elle constate que le GECT ne respecte plus les exigences prévues à l'article 1er, paragraphe 2, ou à l'article 7, ou, en particulier, que le GECT agit en dehors des tâches définies à l'article 7. La juridiction ou l'autorité compétente informe de toute demande de dissolution d'un GECT tous les États membres selon le droit desquels les membres ont été constitués.

2. La juridiction ou l'autorité compétente peut accorder un délai au GECT pour rectifier la situation. Si le GECT échoue dans le délai imparti, la juridiction ou l'autorité compétente ordonne sa dissolution.

Article 15

Compétence juridictionnelle

1. Les tiers qui s'estiment lésés par les actes ou omissions d'un GECT peuvent faire valoir leurs droits par voie juridictionnelle.

2. Sauf disposition contraire du présent règlement, le droit communautaire concernant la compétence juridictionnelle s'applique aux différends auxquels est partie un GECT. Dans tous les cas qui ne sont pas prévus par ce droit communautaire, les juridictions compétentes pour le règlement des différends sont les juridictions de l'État membre où le GECT a son siège.

Les juridictions compétentes pour le règlement des différends au titre de l'article 4, paragraphes 3 ou 6, ou de l'article 13, sont les juridictions de l'État membre dont la décision est contestée.

3. Aucune disposition du présent règlement ne prive les citoyens de l'exercice de leurs droits de recours constitutionnels nationaux contre les organismes publics qui sont membres d'un GECT en ce qui concerne:

- a) des décisions administratives relatives aux activités qui sont menées par le GECT;
- b) l'accès à des services dans leur propre langue; et
- c) l'accès à l'information.

Dans ces cas, les juridictions compétentes sont celles de l'État membre dont la constitution prévoit ledit droit de recours.

Article 16

Dispositions finales

1. Les États membres prennent les dispositions appropriées pour garantir l'application effective du présent règlement.

Lorsque son droit national le prévoit, un État membre peut établir une liste détaillée des missions que les membres d'un GECT, au sens de l'article 3, paragraphe 1, constitués en vertu de sa législation, exécutent déjà, en ce qui concerne la coopération territoriale dans ledit État membre.

L'État membre informe en conséquence la Commission et les autres États membres de toutes dispositions adoptées en vertu du présent article.

2. Les États membres peuvent prévoir le paiement de redevances pour l'enregistrement de la convention et des statuts. Ces redevances ne peuvent, toutefois, pas être supérieures au coût administratif de ces documents.

Article 17

Rapport et clause de réexamen

Au plus tard le 1er août 2011, la Commission transmet au Parlement européen et au Conseil un rapport sur l'application du présent règlement et des propositions de modification, le cas échéant.

Article 18

Entrée en vigueur

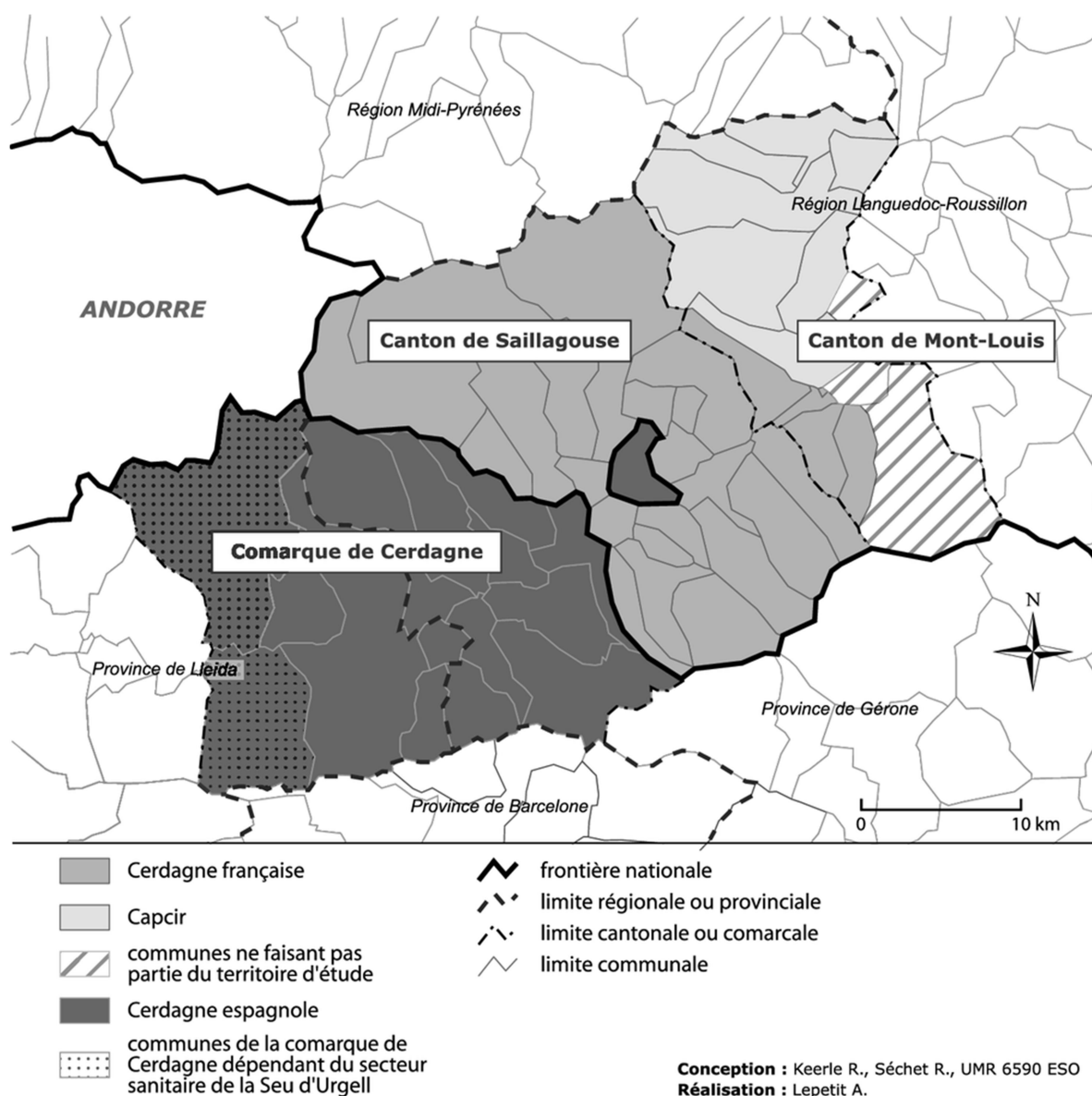
Le présent règlement entre en vigueur le jour suivant celui de sa publication au Journal officiel de l'Union européenne.

Il est applicable au plus tard le 1er août 2007, à l'exception de l'article 16, qui est applicable à compter du 1er août 2006.

Le présent règlement est obligatoire dans tous ses éléments et directement applicable dans tout État membre.

Annexe 5 : cartes des différents territoires mentionnés dans le cadre de ce travail

Territoire couvert par l'hôpital de Cerdagne





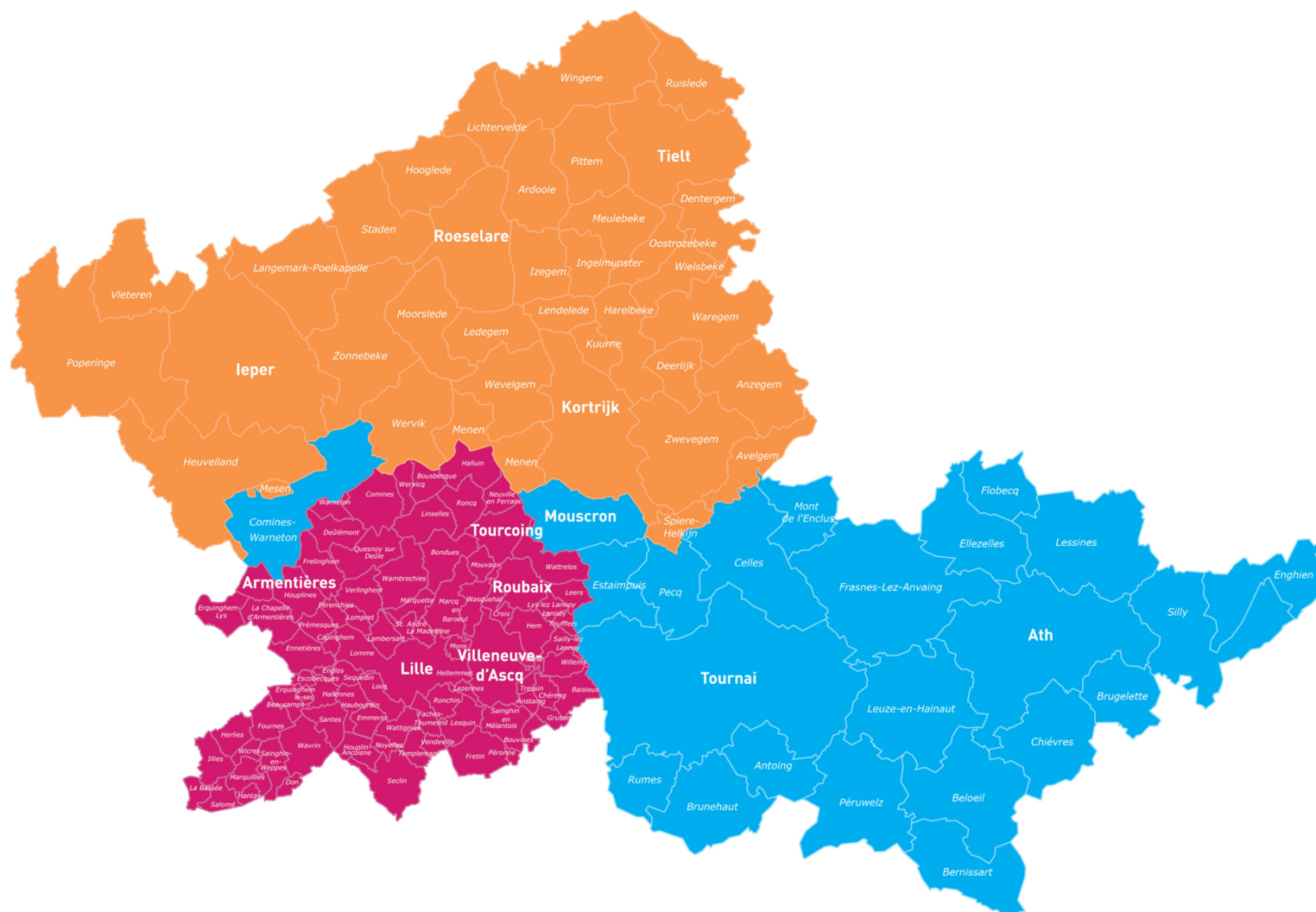
Crédits : Atlantis Sécurité

Territoire couvert par Cœur du Hainaut



Crédits : équipe technique de Cœur du Hainaut, intercommunale IDEA

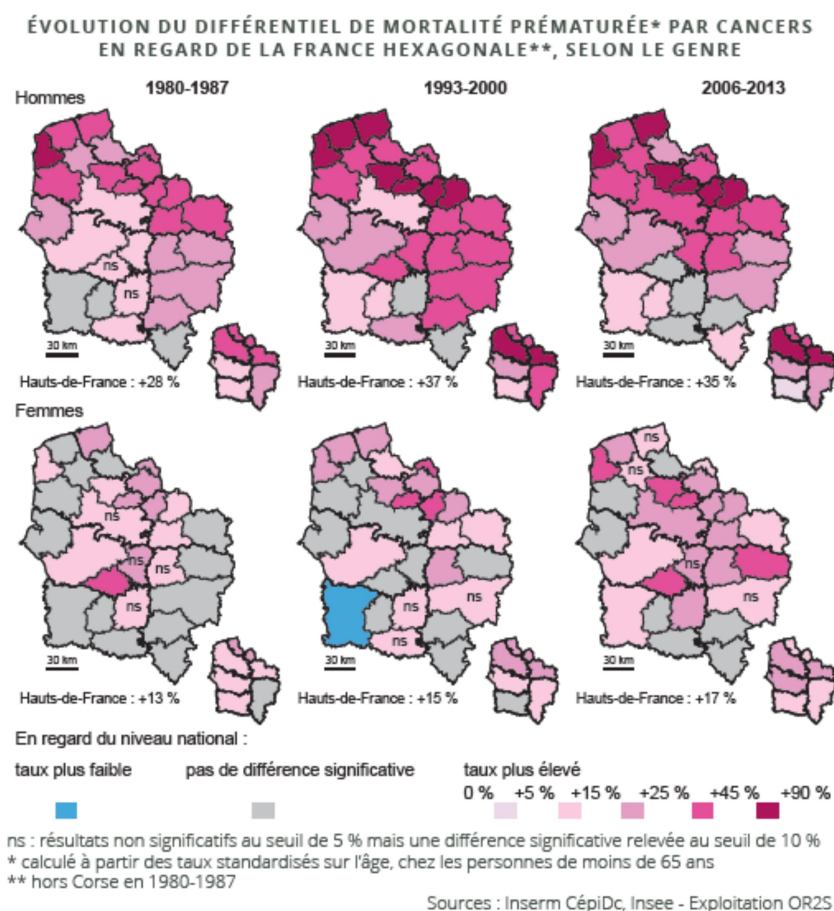
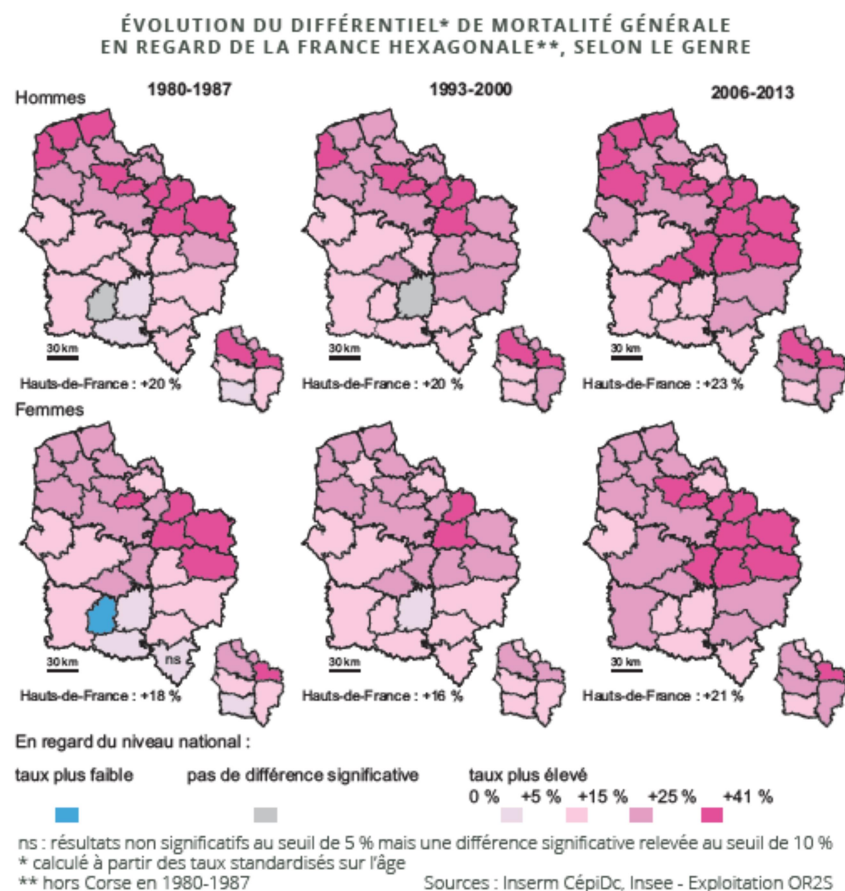
Territoire de l'Eurométropole Lille – Courtrai – Tournai



Crédits : <http://fr.eurometropolis.eu/qui-sommes-nous/territoire.html>

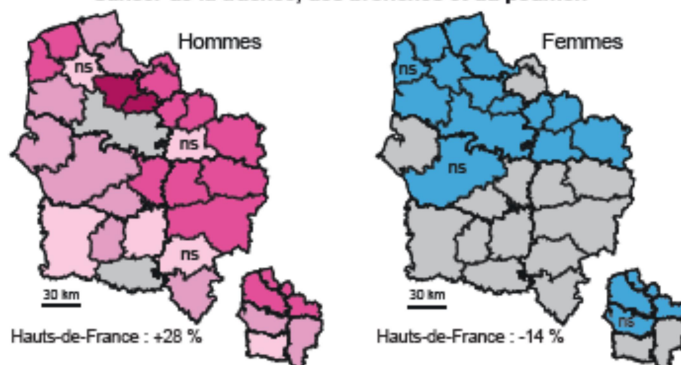
Annexe 6 : évolution du différentiel de mortalité et de diverses causes de pathologies pour la région Hauts-de-France par rapport à la France Métropolitaine

Crédits : Agence Régionale de Santé de la région Hauts-de-France.

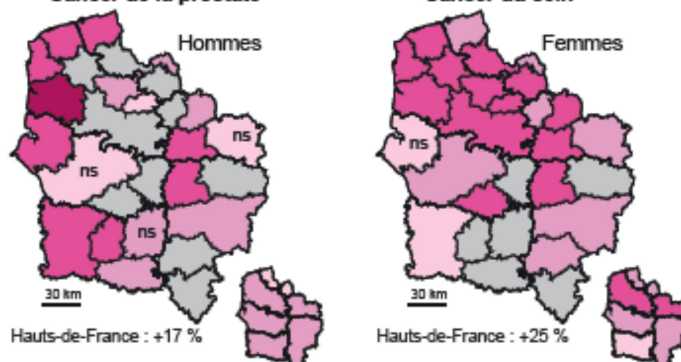


**DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR CANCERS
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE EN 2006-2013,
SELON LA LOCALISATION ET LE GENRE**

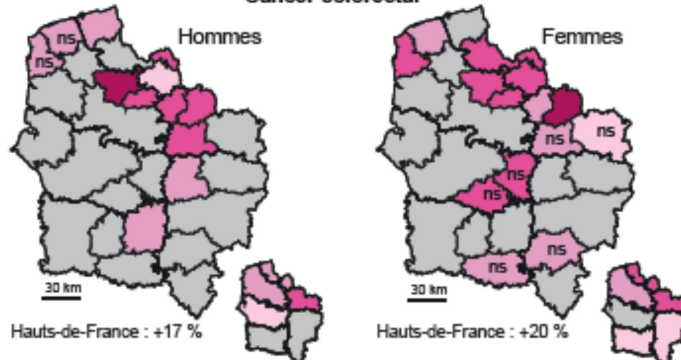
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon



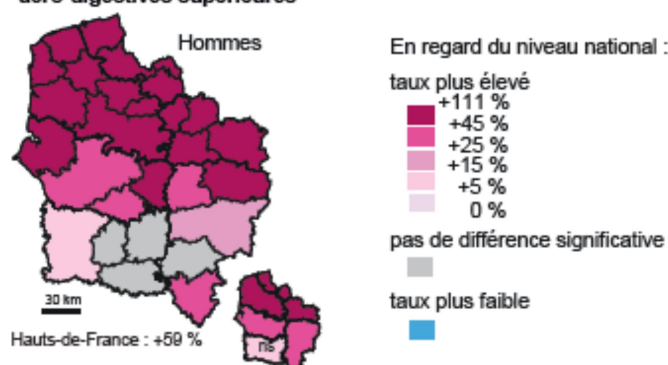
Cancer de la prostate



Cancer colorectal



**Cancer des voies
aéro-digestives supérieures****



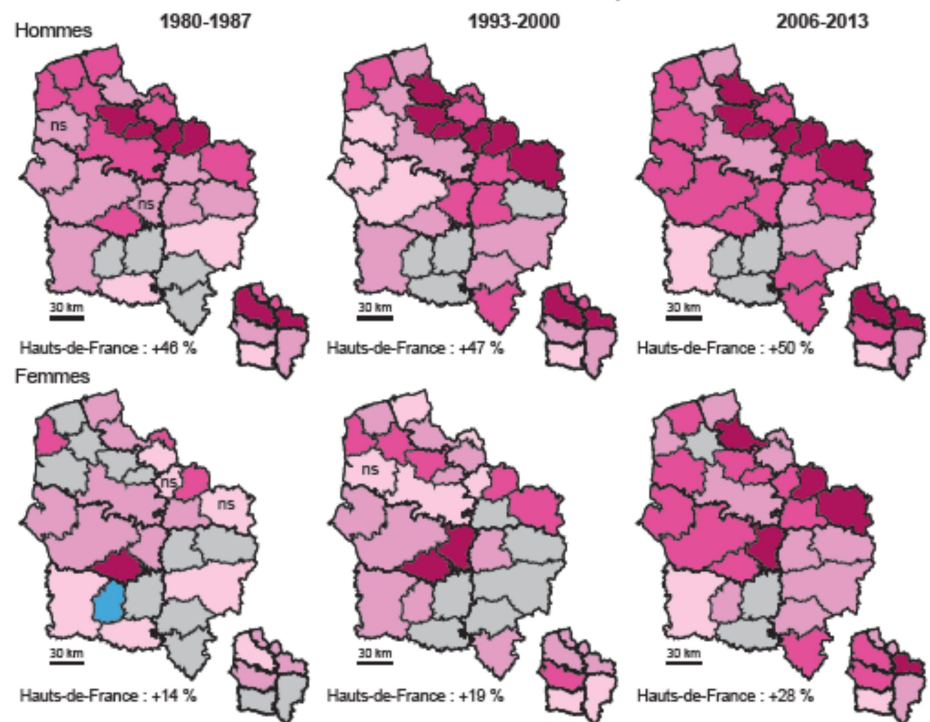
ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** la carte des femmes n'a pas été présentée car cette localisation cancéreuse est moins présente chez les femmes

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

**ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ
PAR MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**, SELON LE GENRE**



En regard du niveau national :

taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé

0 % +5 % +15 % +25 % +45 % +163 %

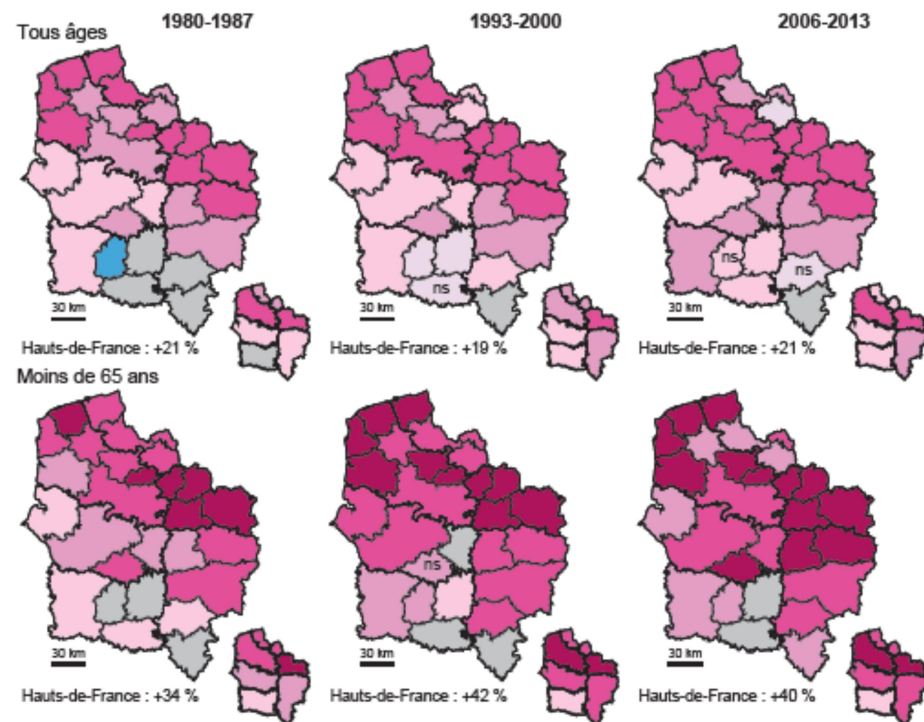
ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

**ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ
PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**, SELON L'ÂGE**



En regard du niveau national :

taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé

0 % +5 % +15 % +25 % +45 % +75 %

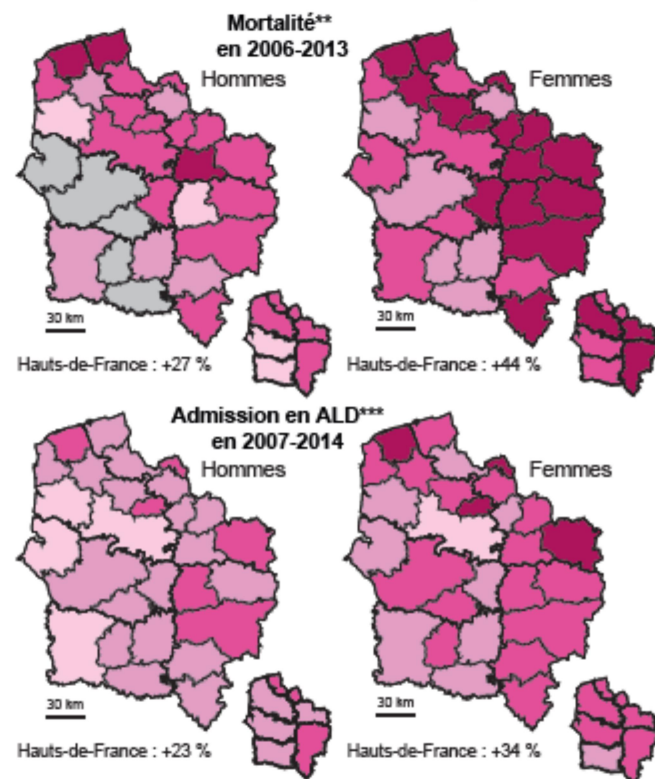
ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

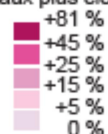
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

**DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE
ET D'ADMISSION EN ALD POUR DIABÈTE DE TYPE 2
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE**



En regard du niveau national :

taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé



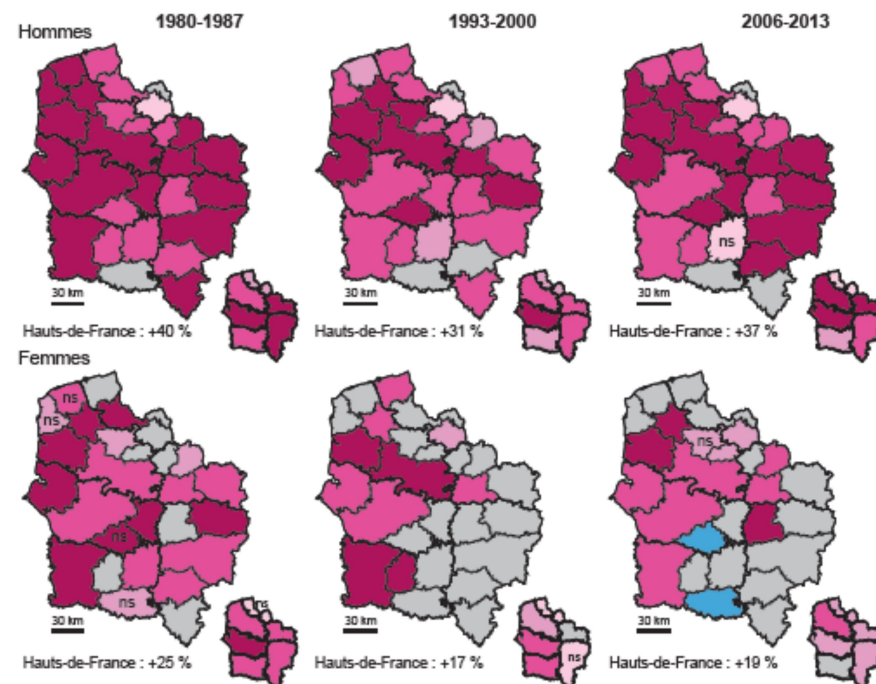
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** causes principale, associées ou comorbidités

*** repérée à partir du code Cim 10 E11 avec l'ALD n°8

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR25

**ÉVOLUTION DU DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ PAR SUICIDE
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE**, SELON LE GENRE**



En regard du niveau national :

taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé

0 % +5 % +15 % +25 % +45 % +87 %

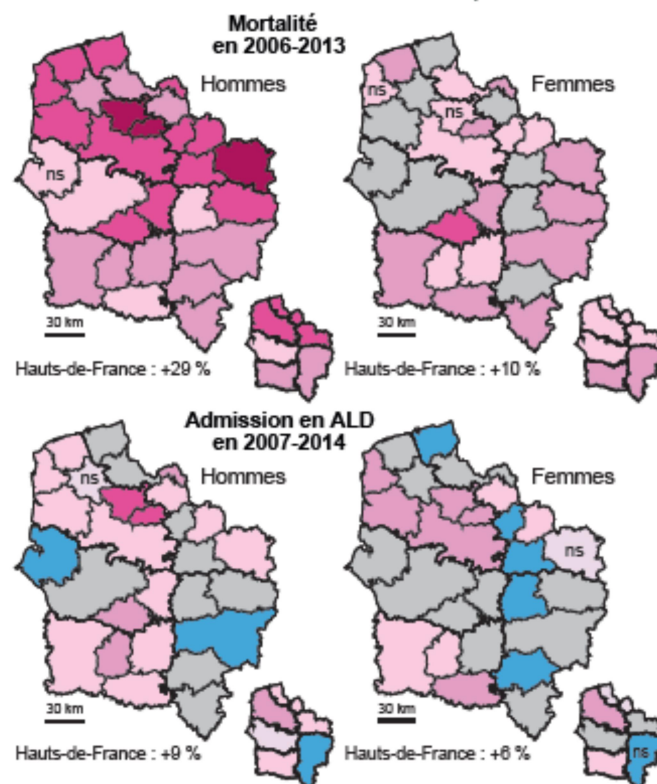
ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %

* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** hors Corse en 1980-1987

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR25

**DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD
LIÉES À LA CONSOMMATION DE TABAC**
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE**



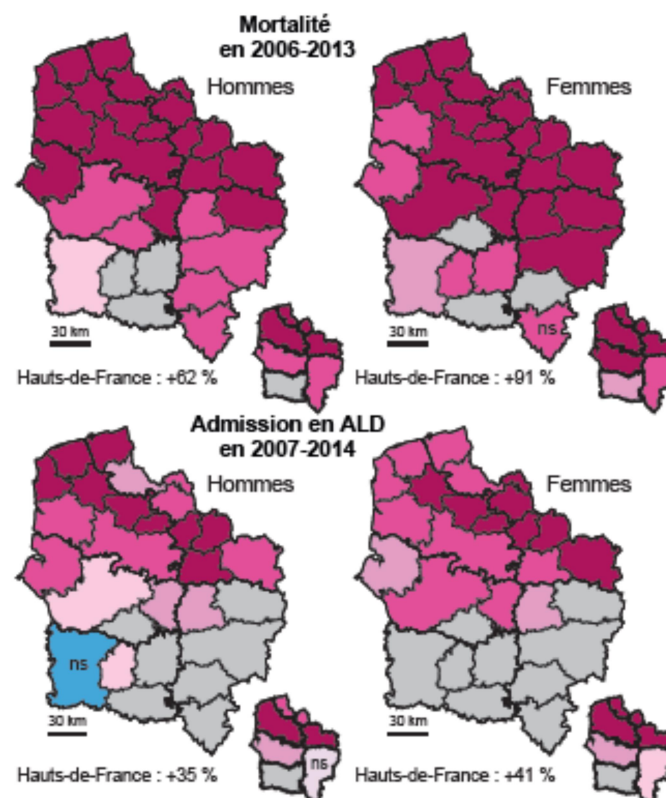
En regard du niveau national :
taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé

ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** cancer de la trachée, des bronches et du poumon, BPCO et cardiopathies ischémiques

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

**DIFFÉRENTIEL* DE MORTALITÉ ET D'ADMISSION EN ALD
LIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL**
EN REGARD DE LA FRANCE HEXAGONALE, SELON LE GENRE**



En regard du niveau national :
taux plus faible pas de différence significative taux plus élevé

ns : résultats non significatifs au seuil de 5 % mais une différence significative relevée au seuil de 10 %
* calculé à partir des taux standardisés sur l'âge

** cirrhose du foie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et cancer des VADS

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Annexe 7 : détail de l'offre médicale des différentes spécialités en région Hauts-de-France

MÉDECINS SPÉCIALISTES (SALARIÉS ET LIBÉRAUX), SELON LE TYPE DE SPÉCIALITÉ AU 1^{ER} JANVIER 2016

	Hauts-de-France				Territoire de proximité		France hexagonale	
	Nombre	Densité*	% de 55 ans et plus	Temps d'accès théorique**	Min. temps d'accès théorique**	Max. temps d'accès théorique**	Densité*	% de 55 ans et plus
Spécialités médicales, dont :	5 009	83,7	40,0	4'42	0'48	9'15	99,0	45,1
Anesthésie-réanimation	774	12,9	35,4	7'58	2'35	18'00	15,7	44,2
Radiodiagnostic	621	10,4	37,5	7'12	2'50	18'56	11,7	46,1
Pédiatrie	590	46,4	40,7	7'53	2'26	22'51	57,6	40,9
Cardiologie et maladies vasculaires	525	8,8	45,0	6'51	2'23	22'52	10,2	45,9
Gastro-entérologie et hépatologie	286	4,8	38,1	7'59	3'21	24'22	5,5	41,9
Gynécologie médicale	234	9,4	89,3	7'23	1'48	24'58	10,8	93,0
Pneumologie	279	4,7	39,4	8'37	3'28	21'26	4,4	44,0
Dermatologie et vénéréologie	227	3,8	47,1	7'47	2'05	30'49	5,7	57,6
Neurologie	222	3,7	27,5	10'10	3'05	39'10	3,7	29,8
Médecine physique et réadaptation	179	3,0	41,9	11'24	2'55	35'25	3,1	49,8
Rhumatologie	166	2,8	50,0	9'27	3'51	39'10	3,9	53,1
Gériatrie	149	31,4	18,1	8'40	3'12	32'28	28,4	31,2
Endocrinologie et métabolisme	146	2,4	32,2	9'51	2'49	26'08	2,7	34,4
Spécialités chirurgicales, dont :	1 976	33,0	40,0	6'01	2'08	12'34	39,1	43,6
Ophthalmologie	394	6,6	52,8	7'02	2'42	16'28	8,5	60,0
Gynécologie-obstétrique	384	28,3	34,1	8'05	3'35	24'45	30,4	31,3
Chirurgie générale	322	5,4	37,6	8'24	3'22	23'23	5,3	43,6
Chirurgie orthopédique et traumatologie	247	4,1	38,1	8'41	3'28	27'04	4,8	34,7
ORL et chirurgie cervico-faciale	190	3,2	50,0	8'39	2'54	25'08	4,5	54,9
Psychiatrie	946	15,8	40,3	6'53	1'34	20'07	22,7	51,0
Biologie médicale	194	3,2	27,3	8'25	2'28	29'50	4,2	27,2
Ensemble des spécialistes***	8 229	137,4	39,6	4'37	0'48	9'19	167,3	45,0

* pour 100 000 personnes, hormis pour la pédiatrie (rapportée aux jeunes de moins de 16 ans), la gynécologie médicale (rapportée aux femmes de 15 ans et plus), la gynécologie-obstétrique (rapportée aux femmes de 15-49 ans) et la gériatrie (rapportée aux personnes de 75 ans et plus)

** moyen en minutes à la commune la plus proche bénéficiant d'au moins un spécialiste, pondéré par la population

*** y compris médecine du travail, santé publique et médecine sociale

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee - Exploitation OR2S

Annexe 8 : index des tableaux, cartes et illustrations repris dans notre travail

Tableaux

Principes et actions de la stratégie « Ensemble pour la santé » de la Commission européenne	21
Objectifs stratégiques et actions de la stratégie « Ensemble pour la santé » de la Commission européenne	22
Principaux axes d'actions de la Commission européenne en faveur des personnes handicapées	27
Caractéristiques physiques et démographiques du Plateau Cerdan	42
Principaux partenaires publics impliqués dans le projet du GECT-HC	44
Principales structures hospitalières collaborant avec le GECT-HC	45
Entreprises et emplois par secteurs d'activité dans la région Haut-de-France	62
Comparaison de différents indicateurs de santé entre la région Hauts-de-France et leurs moyennes nationales respectives	62
Différentiel de causes de mortalité majeures par rapport à la France métropolitaine, par sexe	63
Comparaison des densités médicales entre la région Hauts-de-France et la France métropolitaine, par spécialité	64
Actes médicaux et sommes remboursés par an et par habitant de la région Hauts-de-France	65
Taux d'emploi en fonction du niveau de diplôme en Wallonie	85
Espérance de vie dans le Hainaut en fonction du sexe, par comparaison aux moyennes régionale et nationale	86
Comparaison des principales causes de décès dans le Hainaut, en Wallonie et en Belgique	87
Principales causes de décès dans le Hainaut, par sexe	87
Incidence du diabète en Hainaut, Wallonie et Belgique, par sexe	88
Répartition de la population par classes d'âge dans le Hainaut, en Wallonie et en Belgique	89
Densité médicale en maisons de repos et maisons de repos et de soins	90
Densité paramédicale en Hainaut, Wallonie et Belgique	91

Consommations comparées des soins de santé entre le Hainaut, la Wallonie et la Belgique	91
Population et superficie de diverses unités territoriales envisagées dans le cadre de notre travail	105

Cartes

Territoires concernés par le développement de l'hôpital de Cerdagne	42
Évolution du différentiel de mortalité entre 1980 et 2013 par rapport à la France métropolitaine, par arrondissement	63
Conseils Territoriaux de Santé de la région Hauts-de-France	69
Territoire couvert par le Tableau de Bord Transfrontalier de la Santé	95

Illustrations

Mortalité par type de cancer et par sexe dans le Hainaut	88
--	----