

La coopération transfrontalière en matière de santé, vue par la Commission Européenne
Source: Commission Européenne

Quel est l'état de santé des trois pays et du Sud du Rhin supérieur? Quelle est l'offre de soin disponible? Qu'est-ce qui différencie et rapproche les systèmes de santé des trois territoires? Quels sont les enjeux de santé d'échelle transfrontalière? Quelles sont les bonnes pratiques dans le domaine?

La crise sanitaire mondiale a remis la santé au coeur des préoccupations transfrontalières. En condensé, ce zoom prolonge, à l'échelle du Sud du Rhin supérieur, les thématiques de la mission santé de l'AURM. La publication compare les données de santé de la population et l'offre de soin aux échelles nationales et locales. Elle met en lumière les différences et similitudes entre les trois systèmes de santé. Le zoom se conclut sur un panorama des enjeux de coopération transfrontalière locale dans la santé.

Sommaire

Trois pays à la pointe dans l'offre de soin

Des populations riches et vieillissantes **2**

Fortes dépenses de santé et grande offre de soin..... **2**

Polarité bâloise, des frontières françaises plus rurales..... **4**

Plus d'infrastructures en France, mais moins d'emplois..... **6**

Les métropoles dynamiques concentrent l'offre de soin..... **6**

Des systèmes de santé diversement publics

2 systèmes fédéraux publics-privés, 1 système centralisé public..... **7**

Une liberté de choix et des offres de soin très similaires..... **8**

Les assurances maladies obligatoires sous conditions différentes..... **9**

Des enjeux de coopération inégalement portés

Un cadre de coopération multiscalaire établi..... **10**

Financement et vieillissement pour se réinventer..... **11**

La coopération renforcée par les situations particulières..... **12**

Idées clés à retenir

- Allemagne, France et Suisse **en tête des dépenses** de santé dans le monde.
- 3 systèmes **d'assurance maladie obligatoire** et (quasi) universelle, mais diversement habitués à coopérer.
- Un système **français centralisé et public** faisant la part belle aux infrastructures.
- Deux **systèmes fédéraux** (CH, DE) encadrés par le public **en partenariat** avec le privé, plus riches en emplois par patient.
- La **Suisse et la métropole bâloise**, centre d'excellence mondial des biotechnologies, **à la pointe** de l'offre et qualité des soins.
- Les **frontières françaises**, plus rurales, aux enjeux plus forts de coopération dans le domaine de la santé.
- **Mulhouse**, en érosion médicale, figure d'exception entre les agglomérations très dynamiques du Sud du Rhin supérieur.
- De nombreux **enjeux de santé sont partagés**: vieillissement, surpoids, coûts, importance politique, gestion de la pandémie...
- Le Rhin supérieur, une **région modèle** de la coopération transfrontalière dans la santé. Liberté de circulation, urgences, recherche, gestion de crise voire infrastructures communes sont développées.
- Les **obstacles** surtout **administratifs** à une meilleure coopération: compétences, langue, gestion des systèmes...



Déterminants de santé non médicaux



part de la population de plus de 15 ans fumant quotidiennement



26,9%



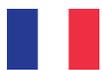
18,8%



19,1%



litre d'alcool consommé par habitant chez la population de 15 ans et plus



11,7L



10,8L



9,2L



part de la population en excès de poids ou obèse, auto-déclarée



44,4%



52,7%



41,8%

Sources : OCDE, 2017 (sauf mention contraire); logos streamline.com

Trois pays à la pointe dans l'offre de soin¹

Des populations riches et vieillissantes

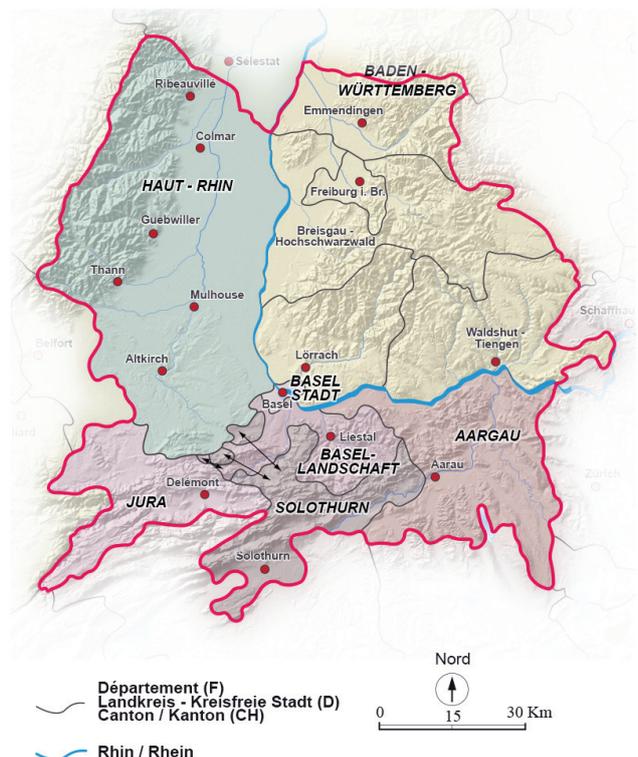
Les trois pays ont un **PIB par habitant** parmi les plus hauts du monde. La Suisse génère le plus de richesse par habitant avec 70 770\$/habitant en PPA, viennent ensuite l'Allemagne et la France. Malgré une augmentation de près de 20% de leur population respective en 20 ans (1997-2017), **l'écart de richesse grandit** entre la Suisse et la France. Allemagne et France vieillissent plus vite que la Suisse depuis 1997. La part de leur population qui a **65 ans et plus** en 2017 oscille autour de 20%. La France a la plus faible part de personnes âgées de 65 ans et plus (18,5%).

L'**état de santé** de la Suisse se distingue à deux titres. L'écart **d'espérance de vie** homme/femme y est le plus faible (+4,0 ans en faveur des femmes) et la **perception de l'état de santé** de sa population le plus haut. 80,2% des suisses de 15 ans le perçoivent comme bon à très bon. Soit près de 15 points de plus que dans les deux autres pays. La France offre la plus haute espérance de vie à la naissance des femmes (85,7 ans), mais aussi le plus grand écart entre hommes et femmes (+6,1 ans). L'Allemagne offre la plus basse espérance de vie à sa population, mais l'écart entre les sexes est plus proche de celui de la Suisse (+4,7 ans).

Les plus fortes dépenses de santé du monde, mais des écarts dans l'offre de soin

Les **dépenses de santé** de chaque pays ont augmenté depuis 1997. Ils forment le **top 3 des pays de l'OCDE** - et donc du monde - après les USA. La France est la plus économe des trois avec 11,2% de son PIB dédié, viennent ensuite l'Allemagne et la Suisse. A noter que la Suisse a dépassé ses deux voisins depuis 20 ans.

1. Les chiffres se basent essentiellement sur les données de l'OCDE millésime 2017, sauf mention contraire.



Le périmètre d'étude englobe le Sud de la région trinationale du Rhin supérieur Source: GeoRhena



Chiffres clés nationaux



Dépenses et indicateurs de santé

€	47 868\$	55 795\$	70 770\$
			PIB/capita en US\$ parité de pouvoir d'achat (2019)
%	11,2%	11,7%	12,1%
			part du PIB dédiée aux dépenses courantes de santé
	82,7	81,1	83,6
			ans, l'espérance de vie des de la population à la naissance
	67,4%	65,4%	80,2%
			de la population de 15 ans et plus perçoit l'état de santé comme bon à très bon

Emplois & offre de soin

	58,34	70,31	80,7
			emploi total en santé et action sociale, densité pour 1 000 habitants
	316	425	430
			médecins en exercice, densité pour 100 000 habitants
	45,55	37,31	33,25
			hôpitaux pour 1 Mio d'habitants
	5,98	8,00	4,65
			lits d'hopitaux pour 1000 personnes
	2,93	1,52	4,21
			emplois hospitalier (ETP) par lit
	2,9%	7,7%	25,9%
			du personnel infirmier formé à l'étranger

Sources: OCDE, 2017 sauf mention contraire); logos streamine.com



Une grande variété d'emplois, à répartition variable selon les pays | Sources: PxHere

Les trois pays ont vu la **densité d'emploi en santé et action sociale** pour 1 000 habitants augmenter fortement en 20 ans. La Suisse arrive en tête avec 80,7 emplois pour 1 000 habitants, viennent ensuite l'Allemagne et la France. Ces écarts se sont creusés pendant que la densité d'emplois augmentait inégalement dans chaque pays (+9,5 points pour la France, +23,6 pour l'Allemagne et +25,3 pour la Suisse).

Les **emplois dans le secteur de la santé** sont aussi différemment répartis. La densité de médecins est comparable en Allemagne (4,25 médecins pour 1 000 habitants) et en Suisse, et surpasse de plus d'un point celle de la France. La France se distingue par sa grande densité de pharmaciens en exercice, avec 1,04 pour 1 000 habitants. La Suisse se distingue par sa faible densité de spécialistes 1,1 environ pour 1 000 habitants (BBSR, 2015). La part des médecins âgés de 55 ans et plus est la plus forte en France à 47% (Eurostat, 2015), une part comparable à la Suisse (44%), mais bien plus haute qu'en Allemagne (33%).

La **densité d'emplois dans les hôpitaux** est différente. La Suisse se distingue encore avec ses 19,58 emplois hospitaliers ETP pour 1 000 habitants. Ces écarts de proportion d'employés en Suisse pourraient expliquer les écarts de dépenses de santé entre pays.

Au niveau de la **répartition des emplois hospitaliers**, l'Allemagne se distingue par son fort taux de professions d'encadrement (51,85% des emplois hospitaliers sont médecins et infirmiers qualifiés). A l'inverse, la France se distingue par sa forte proportion d'emplois à moindre qualification et non-médicaux (54,12% d'aides soignants et d'autres personnels).

En Suisse, plus d'un tiers des médecins (34,07%) et d'un quart du personnel infirmier (25,92%) ont été **formés à l'étranger**. Ces taux sont trois fois plus hauts qu'en Allemagne et en France pour les médecins. Ils sont près de 10 fois plus haut qu'en France et de 4 fois plus haut qu'en Allemagne pour le personnel infirmier. Cela montre l'énorme force d'attraction des employés qualifiés en Suisse. Sa situation transfrontalière au cœur de l'Europe est aussi facilitatrice de ces migrations.

Concernant **l'infrastructure de santé**, la France se distingue uniquement par son haut ratio d'hôpitaux par million d'habitants (45,55). Soit plus de 12 points de plus que la Suisse et 8 points que l'Allemagne. Un reflet de son territoire moins densément peuplé et plus également desservi, qui oblige à une couverture plus large ? L'Allemagne se distingue par le plus faible ratio d'emploi hospitalier ETP par lit (1,52), mais aussi par son très haut taux de lits pour 1 000 habitants (8,00), notamment pour les soins aigus (6,02). Les deuxièmes chiffres pouvant expliquer le premier. Allemagne (35,13) et Suisse (39,28) ont au moins deux fois plus de scanners par million d'habitant que la France (17,36).

➔ Une forte polarité bâloise, des frontières françaises plus rurales²

A l'échelle du Sud du Rhin supérieur, la **population** se concentre dans la Suisse du Nord-Ouest³ (1 469 641 habitants), avec une forte concentration de population autour de Bâle (480 931 habitants dans les deux Cantons de Bâle). Le Sud du Pays de Bade⁴ suit, densément peuplé le long du Rhin. La population du Haut-Rhin se concentre le long de l'Ill et du piémont des Vosges, et des agglomérations de Mulhouse, Colmar et Saint-Louis.

2. Sources pour les sections suivantes pour la Suisse OFS, DFSP, 2017; l'Allemagne SLBW, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, 2019; et la France INSEE RNP, RPPS, SAE, FINESSE et DRESS, 2020 (sauf mentions contraires)

3. Cantons d'Argovie, de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Jura et Soleure

4. Du Sud au Nord, Landkreise de Waldshut-Tiengen, Lörrach, Emmendingen, Breisgau-Hochschwarzwald et Freiburg im Breisgau.



Bâle, centre hospitalier (en haut, l'Unispital) et de biotechnologies (en bas, la Tour du Campus Roche) à rayonnement international Sources: wikimedia



Chiffres clés dans le Sud du Rhin supérieur

Haut-Rhin



Sud du Pays de Bade Suisse du Nord-Ouest

WT

LÖ

AG

BL



FBG

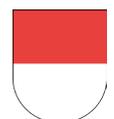
FBG

EM

BS

JU

SO



	762 743	1 060 943	1 496 641 habitants (2017 pour la Suisse)
	18,5%	20,3%	19,1% de la population âgée de 65 ans et plus
	178	186	213 médecins de ville pour 100 000 habitants
	219 à Mulhouse (RPPS, 2019)	353 à Fribourg en Brisgau	426 à Bâle-Ville
	76	26	118 établissements hospitaliers
	7,7	4,8	5,5 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants
	33	28	11 lits de soins intensifs pour 100 000 habitants (estimation pour le Sud du Pays de Bade)
	1,7	3,3	4,0 emplois de personnel hospitalier (ETP) par lit
	61,9	44,8	57,6 places d'hébergement pour personnes âgées pour 1 000 habitants de 65 ans et plus
	0,57	0,90	0,65 emploi (ETP) par place d'hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées

Sources: cf. note n°2, p.4; logos streamine.com



Plaine du Rhin (en haut, depuis Niffer vers le Nord) et contreforts du Jura (en bas, le Sundgau et le Jura depuis Illfurth) : les frontières françaises sont les plus rurales



Le Haut-Rhin se distingue par sa grande proportion d'hôpitaux par habitant (en haut, l'Hôpital Emile Muller à Mulhouse ; en bas, le centre hospitalier Saint-Morand à Altkrich)

L'attractivité de l'**agglomération bâloise** se fait sentir en France autour de Saint-Louis et en Allemagne autour de Lörrach et Weil-am-Rhein. Les frontières françaises se caractérisent par leur ruralité. Le massif du **Jura** et son piémont sundgauvien, forment un espace de collines et de moyennes montagnes aux portes de Bâle. Un espace lâchement peuplé, mais bien innervé en axes routiers. Le **Rhin** est une frontière biface entre la forte population allemande et la faible population française. Le peu de franchissements du Rhin ajoutent à cet antagonisme. La frontière germano-suisse est plus similaire dans son urbanisation bordant le Rhin. Ces grands secteurs d'interface transfrontalière préfigurent autant de particularismes de fonctionnement, qu'il s'agira de garder à l'esprit au sujet des **enjeux** et de possibles projets communs.

Dans ce territoire, la part de la population de **65 ans et plus** tourne autour des **20%**. Elle est comparable aux chiffres nationaux. Le Haut-Rhin se démarque par sa jeunesse relative (18,5% de 65 ans et plus en 2016).

➔ Plus d'infrastructures en France, mais moins d'emplois

La **densité de médecins de ville** - généralistes et spécialistes hors dentistes - est **la plus forte en Suisse du Nord-Ouest** (213 pour 100 000 habitants), avec près de 20% de médecins en plus pour 100 000 habitants vis-à-vis du Haut-Rhin, et 15% de plus vis-à-vis du Sud du Pays de Bade. La polarité bâloise explique une partie du phénomène car, à l'échelle nationale, la densité de médecins en Allemagne et en Suisse était assez similaire.

Le nombre d'**établissements hospitaliers** est le plus haut dans la **Suisse du Nord-Ouest** (118), suivi du Haut-Rhin et du Sud du Pays de Bade. Le plus de **lits d'hôpitaux** se trouvent en **Suisse**, qui en a le plus faible ratio par habitant (4,8 pour 1 000 habitants). Landkreise et Département ont quasi le même nombre de lits, pour bien plus d'établissements en France. Cela dénote une forte concentration de l'offre hospitalière côté allemand, et une dilution de l'offre hospitalière dans la partie française. A noter que le type d'établissements considérés comme hospitaliers en Suisse et en France semble plus large qu'en Allemagne.

Le nombre de **lits de soins intensifs** par 100 000 habitants est **le plus haut dans le Haut-Rhin** (33). Viennent ensuite le Sud du Pays de Bade et la Suisse du Nord-Ouest. A noter que la définition de lits de soins intensifs semble très similaire entre l'Allemagne et la Suisse (Intensivbette), mais plus large côté français (réanimation et soins intensifs). Les chiffres sont donc à prendre avec précaution.

Le nombre d'**emplois hospitaliers par lit** (ETP, personnel soignant uniquement) est **le plus haut en Suisse du Nord-Ouest** (4,0 en 2017), et le plus bas dans le Haut-Rhin. Un rapport de plus du double entre les deux territoires. Le Land a un ratio plus proche de la Suisse. Ces chiffres se contredisent pour l'Allemagne et la France avec l'échelle nationale où le ratio est inversé. Ils dépendent fortement du type d'emplois considérés selon les territoires. Cela dénoterait une spécificité intra-nationale en France et en Allemagne. Les chiffres à l'échelle locale semblent les plus solides car plus directement sourcés.

Le **Haut-Rhin** a le plus grand nombre de **places d'hébergement** pour personnes âgées⁵ pour 1 000 habitants de 65 ans et plus (61,1). La **Suisse** du Nord-Ouest vient en seconde position, avec un ratio proche et le Sud du Pays de Bade ferme la marche. Les rangs changent en ce qui concerne les **emplois** (ETP) par place d'hébergement. La **partie allemande** est la mieux dotée (0,90 emplois par place alors qu'elle ne considère que les emplois en établissements stationnaires. Viennent ensuite la partie suisse et la partie française.

5. On considère les établissements médico-sociaux (EMS) en Suisse, qui incluent maisons et homes médicalisés. Ils sont similaires à la définition française incluant établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), EHPA, centres de jours et résidences autonomes. La terminologie allemande parle de Pflegeeinrichtungen (centres de soin), ambulatoires (Pflegedienste) ou stationnaires (Pflegeeinrichtungen). Nous retenons seulement les seconds, étant donné que ce sont les seuls à mentionner des places et un nombre d'emplois ETP.



➔ Les métropoles dynamiques concentrent l'offre de soin

L'offre de soin se **concentre dans les agglomérations** des trois territoires : Fribourg, Mulhouse et Bâle en tête, au détriment des territoires plus ruraux. La densité de médecins dans les **villes de médecine universitaire** est près de deux fois plus haute que la moyenne locale. Le contraste ne devrait pas être aussi fort à Mulhouse, dont la désertification médicale se développe doucement.

Le nombre **d'hôpitaux** et assimilés est à considérer **au-delà des communes centrales** des agglomérations. Ainsi Fribourg et surtout son arrière-pays concentrent 57% des établissements du Sud du Pays de Bade. Côté Suisse, Bâle-Campagne et Bâle-Ville concentrent un peu plus d'établissements que tout le Canton d'Argovie, bien plus grand et plus peuplé. Le nombre de **lit par habitant** est par contre nettement concentré dans les hôpitaux situés dans les **villes-centres** des agglomérations. C'est probablement aussi le cas dans les agglomérations haut-rhinoises, Mulhouse en tête, grâce à son centre hospitalier régional.

Le nombre de **places d'hébergement** offertes en proportion de la population de 65 ans et plus est plus uniformément **réparti** sur le territoire. Si ce n'est à Bâle-Ville et ses 81,9 places pour 1 000 habitants de 65 ans et plus. Dans le Sud du pays de Bade, l'écart est surtout marqué entre Fribourg et son arrière-pays éloigné de Bâle. L'héliotropisme est peut-être aussi un facteur de répartition plus homogène sur les bords du Rhin, dans la région la plus ensoleillée d'Allemagne, à forte offre thermique.

Fribourg et Mulhouse se distinguent par la **jeunesse** de leurs populations. Le **vieillessement** est plus fort dans les territoires ruraux tels que les massifs des Vosges, du Jura ou de la Forêt-Noire.

Des systèmes de santé diversement publics

➔ 2 systèmes fédéraux publics-privés, 1 système centralisé public

Schématiquement, les **systèmes suisses et allemands sont les plus proches** par leur approches fédérales, partenariales et basées sur des logiques de marché. Le français est centralisé par l'État et ses agences, vertical et basé sur la logique de service public. Ajoutons une barrière linguistique à cet attelage juridique.

En **France**, ce sont le **Ministère** des Solidarités et de la Santé et celui de l'Action et des Comptes publics qui pilotent le système. L'État finance et organise l'offre par ses politiques publiques et sa supervision. Les agences régionales de santé (**ARS**) gèrent la mise en œuvre régionale des politiques publiques et l'organisation des soins (qualification du personnel, création d'établissements...). Des **agences nationales** spécialisées s'occupent de sujets spécifiques comme la biomédecine ou la transfusion sanguine. Le système est donc pyramidal et planifié.

En **Allemagne**, une grande place est donnée aux acteurs privés et publics, principalement aux échelles régionales (Land). Le **Ministère Fédéral** de la Santé encadre le système par ses lois. La mise en œuvre effective est laissée à l'appréciation locale, sauf sujets spécifiques. Un **comité mixte fédéral** regroupe tous les acteurs du système pour arbitrage. Des **Instituts fédéraux** s'occupent de l'homologation des médicaments, produits médicaux, vaccins et de la biomédecine.

Chiffres clés COVID-19

Nombre de morts par million d'habitants

1291

Haut-Rhin

468

Sud Pays de Bade

592

Suisse du Nord-Ouest

Taux d'occupation des lits de soins intensifs par les patients COVID-19 en réanimation

17%

Haut-Rhin

22%

Sud Pays de Bade

44%

Suisse du Nord-Ouest

Sources: pour la Suisse les services de santé publique cantonaux et l'OFSP; pour l'Allemagne le Robert Koch Institut, DIVI-Intensivregister, SLBW; pour la France Santé Publique France. Récupérées le 22/12/20



Dépistage et vaccination, les enjeux brûlants de lutte internationale contre la pandémie
Sources: la semaine du Roussillon, rcf.fr





Chiffres clés systèmes de santé

Part de la dépense en frais de soins **prise en charge par la couverture obligatoire** de base en 2014

78%
en France

87%
en Allemagne

64%
en Suisse

Reste à charge

8,6%
en France

11,0%
en Allemagne

28,4%
en Suisse

Source: DRESS, 2017



Les "Allgemeine Ortskrankenkassen" (caisses locales générales, AOK) gèrent plus de 27 millions d'assurés publics allemands, soit plus d'un tiers du total | Source: Wikimedia

Les acteurs centraux sont les **Länder** et les **assureurs et ordres professionnels**. Diverses associations de professionnels, d'établissements et de gestionnaires de santé complètent ce réseau. Les ministères de la santé des Länder mettent en œuvre la politique locale de santé publique, financent et gèrent des hôpitaux. Leurs services de santé s'occupent de la prévention. Assureurs publics et privés avec les ordres des médecins, dentistes, psychothérapeutes et pharmaciens, fixent les tarifs et prestations couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Le système se caractérise par un **jeu complexe d'acteurs** à deux échelles.

Côté **Suisse**, le système est assez similaire à l'allemand, à ceci près que les assureurs sont tous privés et les communes potentiellement actrices de l'action cantonale. Le **Département fédéral** (Ministère) en charge de la santé fixe le cadre légal de la politique de santé via son office fédéral de la santé publique (**OFSP**): lois assurance maladie, accréditation des assureurs, formation, prévention, etc.

Les **Cantons** disposent de plus de compétences que les Länder pour les sujets de réadaptation, d'agrément des pharmaciens ou l'organisation des soins. Ils mettent en œuvre principalement les infrastructures hospitalières. Les **communes** peuvent bénéficier de délégations de compétences cantonales pour la gestion hospitalière ou les aides sociales par exemple. Comme en Allemagne, **assureurs et ordres professionnels** négocient les tarifs et les prestations subsidiaires. Les ordres assurant notamment la qualification de la formation.

Les **patients** sont partout représentés par des associations. En France, celles-ci participent aux conseils de surveillance des établissements de santé.

➔ Une liberté de choix et des offres de soin très similaires

Les structures de **gestion de la santé publique** sont à l'image des systèmes. En **France**, **diverses structures** sont en charge d'autant de domaines de la politique de santé publique : prévention professionnelle, vaccination, protection de l'enfance... **Santé publique France** assure l'expertise scientifique au service de l'Etat. En **Allemagne**, chaque **Land** applique sa propre politique dans les champs de la surveillance, l'épidémiologie, l'hygiène, les risques psychologiques, etc. Un **centre fédéral** d'éducation à la santé s'occupe d'actions de prévention et d'observation. En **Suisse**, l'action de santé publique est gérée par les **offices régionaux** de santé publique.

L'offre de **soins ambulatoires** (médecine de ville) est assez **similaire** entre les pays, entre médecins, pharmaciens, infirmiers, regroupés ou non. Les patients ont globalement le **libre choix** du praticien. A noter que les médecins suisses peuvent gérer des compétences de pharmacies ou laboratoires médicaux.

L'offre de **soins hospitaliers** se répartit entre **structures privées et publiques** dans tous les pays. Avec une différence entre public, privé à but lucratif ou non. Les patients sont **libres de choisir** leur hôpitaux dans toute la France et toute l'Allemagne, mais, de base, à l'échelle cantonale en Suisse. La **France** se démarque par son traitement des urgences centralisé par le **SAMU** et des spécialisations en conséquence.

Les **soins de longue durée** sont gérés en à domicile, en ambulatoire ou en stationnaire dans les trois pays. Une cinquième branche "autonomie" devrait être introduite en France, pour une ambition encore modeste par-rapport à l'Allemagne et la Suisse. Dans ces deux pays, les centres de réadaptation (Rehabilitation en allemand) sont distingués des établissements hospitaliers.

L'offre en **pharmacie** est très régulée en France par-rapport à ses voisins. En Allemagne, les patients peuvent se fournir dans les hôpitaux, les officines libérales et même les drogueries et supermarchés pour certains médicaments. En Suisse, ils ont accès à des pharmacies de ville, aux médecins en milieu rural et aux cyber-pharmacies dans certains cas très régulés.



➔ Les assurances maladies obligatoires sous conditions différentes

L'**assurance maladie est obligatoire** dans les trois pays, mais appliquée de façon différente. En **France**, l'adhésion est **universelle** en fonction des revenus et des régimes professionnels (public/privé par exemple). L'assurance **complémentaire** est obligatoire pour les salariés, mais sa couverture varie en degré de solidarité et de prise en charge. Les **prix sont identiques** dans toute la France.

En **Allemagne**, l'assurance maladie est obligatoire uniquement **au-delà d'un certain niveau de bas revenus et en-dessous d'un seuil de hauts revenus** (62 000€/an environ). **Deux régimes** existent, l'un public, l'autre privé, avec des variations par échelle géographique. Son coût dépend des revenus pour l'assurance publique. En conséquence, les **prix varient** selon le type d'assurance, au détriment des assurés privés.

En **Suisse**, l'assurance obligatoire est **encadrée nationalement** par la loi pour l'assurance maladie (LAMal). Les assureurs fixent leurs **primes** en fonction du lieu de résidence, du sexe, de l'âge, de la franchise d'assurance - le montant annuel de coûts à partir duquel un assuré sera remboursé, plus il est haut, plus la prime sera faible - et du type de modèle choisi (TelMed, réseau de soin, médecin de famille ou libre choix). L'assurance obligatoire ne couvre pas les soins dentaires et peu les soins optiques. Les assureurs offrent des **complémentaires** adaptées selon leurs propres critères. Sauf à quelques exceptions de revenus ou de statuts, l'assurance maladie est obligatoire. Les cantons pallient aux difficultés de paiement des bas revenus par des abattements fiscaux et des aides directes.

assura. Helsana



Assura-Basis SA, CSS Assurance et Helsana SA forment le trio de tête des assureurs maladie suisses, avec respectivement 1 million, 840000 et 750000 assurés en 2018
Source: Wikimedia, OFSP, 2018

 SYSTÈME & ACTEURS	 MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ <i>pilote, finance</i> ARS <i>gère</i> Agence Régionale de Santé	 Bundesministerium für Gesundheit <i>encadre, arbitre</i> Bund <i>negocient</i> Länder Baden-Württemberg <i>infrastructures, politique...</i> Spitzenverband assureurs & médecins BUNDESARZTEKAMMER <i>fixent les prix des soins</i>	 Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra Département fédéral de l'intérieur DFI Office fédéral de la santé publique OFSP <i>encadre</i> CH / OFSP <i>negocient</i> Cantons <i>infrastructures, politique...</i> santésuisse assureurs & médecins FMH FEDERATIO MEDICORUM HELVETICORUM <i>fixent les prix des soins</i>
	LIBRE CHOIX DES MÉDECINS, HÔPITAUX, PHARMACIES...		
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE		
BASE	universelle selon revenus et régimes	si revenus supérieurs à seuil et inférieurs à env. 62k€/an	selon critères de résidence, sexe, âge, franchise et modèle d'assurance
COMPLÉMENTAIRE	complémentaire obligatoire pour salariés	2 régimes un public, un privé (selon revenus)	complémentaires possibles (dentaire, optique, résidence...)
PRIX DES SOINS	Prix identiques partout	Prix variables selon régime au détriment du privé	Prix variables selon les critères assurantiels

Tableau comparatif synthétique des 3 systèmes de santé | Sources: CLEISS. Les systèmes de santé européens. [URL]



Un exemple d'animation partenariale : un workshop trinational dédié aux formations médico-sociales à Kehl en 2017 | Source : TRISAN

Le centre compétence trinational TRISAN

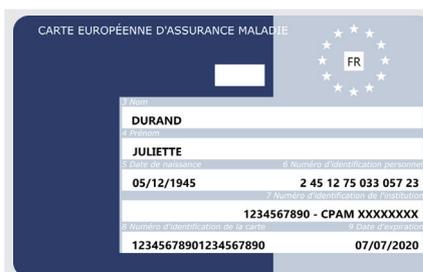
Créé par projet Interreg initié par le GT santé en 2016, le centre de compétence santé du Rhin supérieur TRISAN a vocation à **coordonner les actions transfrontalières** dans le domaine. Entre 2016 et 2019, il a **inventorisé les potentiels** de coopération transfrontalière du territoire via des études, des échanges de bonnes pratiques ou la circulation d'information. Et ce dans **tous les sujets de la santé**, de l'offre de soins à la perte d'autonomie en passant par l'épidémiologie et la formation des professionnels de santé. Depuis 2019, le second projet Interreg doit **pérenniser** son action et la structure. Le cercle de partenaires financeurs s'est élargi de tous côtés pour un budget 2015-2020 de 800 000€ (367 000€ Interreg) et 5 ETP. Notamment, TRISAN pilote le projet Interreg « **Plan trinational d'action pour une offre de santé transfrontalière dans le Rhin supérieur** », recense les projets dans le domaine de l'aide médical d'urgence aux frontières allemandes ou participe au rapport "B-solutions" sur la santé.

<https://www.trisan.org/>

Des enjeux de coopération inégalement portés

➔ Un cadre de coopération multiscalaire établi, pour résorber des obstacles récurrents

Les politiques de santé restent les prérogatives des Etats. **L'UE** s'en saisit par le biais de la **liberté de circulation** des travailleurs. Le renforcement de l'intégration européenne s'accélère dans le domaine depuis les années 90, via des traités. Un **règlement européen de coordination des systèmes de santé** permet aux patients assurés-sociaux d'un pays membre de se faire soigner dans un autre pays de l'UE. Une autorisation préalable reste nécessaire pour l'hospitalisation. Ce règlement facilite l'échange de données, a créé la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et s'est élargi à des pays non-membres de l'UE comme la Suisse. Une **directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers** (2013) précise le cadre de cette libre circulation des patients : prestations couvertes, ordonnance européenne de médicaments, types de soins, cas des frontaliers, séjours temporaires...



La carte européenne d'assurance maladie permet aux assurés sociaux d'un pays membre de l'UE de se faire soigner dans un autre (à droite, le siège de la Commission européenne à Bruxelles). Source: Wikimedia

Les **obstacles** à cette libre circulation sont surtout **administratifs** : situations familiales particulières, changements de statuts de travail, traductions, délais d'autorisation, etc. Un groupe de travail "**B-Solutions**" (solutions bilatérales), dont font partie l'eurodistrict PAMINA et TRISAN, a relevé ces écueils et s'attèle à proposer des solutions. Les **initiatives locales** de facilitation du parcours de soin sont plus facilement portées dans les territoires transfrontaliers plus intégrés fonctionnellement, comme l'agglomération de Bâle (GRÜZ) ou PAMINA (urgences, B-solutions, maternité...). A noter que la facilitation de la circulation augmente les flux frontaliers qui nécessitent une résorption d'autres barrières. L'intégration pousse à l'intégration.

Au niveau régional, la **conférence du Rhin supérieur** (CRS) a un groupe de travail "politiques de santé" (**GT santé**) qui rassemble de nombreux acteurs de la santé du territoire transfrontalier. La région transfrontalière idoine a une **longue tradition de coopération** qui s'approfondit au gré des situations, comme la pandémie de COVID-19 qui a fortement intensifié les échanges du GT. Ses **groupes d'experts** coopèrent sur les soins, la prévention et la promotion, l'observation et l'information. Le GT santé a ainsi initié le centre de compétence TRISAN, une plateforme d'information et d'études.

Les **eurodistricts** du Rhin supérieur sont diversement mobilisés sur le sujet, en **fonction du degré d'intérêt local**. PAMINA est ainsi très en pointe, et se mobilise même à l'échelon européen. Les **Infobest** font office de "maisons de services publics transfrontaliers", la santé étant un domaine de conseil parmi d'autres.

A l'échelle du **Haut-Rhin**, deux **eurodistricts** sont présents et le département est d'hors et déjà chef de file "transfrontalier" de la future Collectivité européenne



d'Alsace (**CEA**). Les deux départements sont fortement investis, via les transferts de patients durant les pics de la pandémie de COVID et la mobilisation des acteurs de la santé pour esquisser les futures orientations politiques de la CEA et de ses partenaires.

Dans le Sud du Rhin supérieur, un enjeu est de coopérer entre **3 pays, et plusieurs collectivités** nationales, dont les compétences sont très différentes. Schématiquement, les **systèmes** suisses et allemands fédéraux font face au système français centralisé. La **Suisse, non membre de l'UE**, ajoute une complexité, mais son système cantonal assez planifié et bilingue peut aussi servir de relai entre partenaires. Les projets communs nécessitent un **montage** tout en finesse, au cas par cas et sur le long terme. D'autant plus pour un sujet aussi **politique** que la santé.

➔ Financement et vieillissement poussent les systèmes de santé à se réinventer

Les **trois pays** sont richement dotés en infrastructures hospitalières, médecins et établissements médico-sociaux. L'augmentation continue des dépenses de santé pèse sur tous les systèmes et induit une **concentration des hôpitaux et la gestion au plus juste** du matériel et du personnel. On peut même parler d'excès d'infrastructure dans le cas allemand (lits) voire suisse (hôpitaux cantonaux).

Les **différences dans l'offre médicale** sont d'ordre **d'organisation du territoire**, entre métropoles attractives surdotées et territoires périphériques en voie de **désertification**. Celle-ci touche principalement les espaces ruraux d'un territoire globalement attractif, mais aussi l'agglomération mulhousienne plus fragile pour la médecine de ville. Les secteurs du **Jura/Sundgau et du Rhin** sont ainsi très propices à des coopérations pour conforter l'offre de soin en périphérie. La question de santé devant s'articuler aux possibilités de franchissement des frontières et aux projets de télémédecine, dans une logique renouvelée **d'aménagement du territoire**.



Vieillesse, sport et santé ou télémédecine sont quelques uns des enjeux et opportunités touchant les systèmes de santé du Rhin supérieur | Sources : Dementia Australia, Wikimedia

Le **vieillesse** de la population devrait augmenter les **dépenses** de santé des systèmes nationaux. Il accentue les besoins en EMS et en personnel, alors que les différences entre **marchés de l'emploi** continuent de grandir, jusqu'à créer des situations de pénurie en Allemagne. Cette tendance de fond incite à repenser l'équilibre des systèmes au profit de la **prévention et de la promotion** de la santé. Un champ moins politique *a priori*, donc plus facile à investir à l'échelle transfrontalière. La pensée écologique tend aussi à réformer les systèmes de santé dans une **approche plus globale** (holistique) incluant le cadre de vie, le bien-être, la psychologie...

Ces **sujets se recoupent** et illustrent le besoin de **repenser des systèmes** de santé de plus en plus concurrentiels. Les solutions de chaque pays sont autant de **ressources pour les voisins**: incitations financières d'implantation dans la Forêt-Noire, télémédecine dans la vallée de la Doller, plateformes hospitalières ou maisons de santé communes, contrats locaux de santé...



L'Eurodistrict PAMINA, pionnier dans le domaine de la coopération transfrontalière dans la santé dans le Rhin supérieur | Source : Eurodistrict PAMINA

L'Eurodistrict PAMINA à la pointe du Rhin supérieur

Au Nord de l'Alsace, l'eurodistrict PAMINA est très engagé dans le domaine de la santé transfrontalière. **L'aide médicale d'urgence** autour de Wissembourg se fait ainsi par équipes binationales en coordination de part et d'autres de la frontière. La fermeture d'une **maternité** côté allemand a poussé les acteurs locaux à chercher des solutions côté français. Les uns conservant un accès à un service de santé de proximité, les autres confortant l'infrastructure existante de Wissembourg. Fort de ces initiatives, l'eurodistrict a lancé un **projet Interreg** ayant pour but de créer un "réseau de santé transfrontalier regroupant médecine hospitalière et de ville". Une étude en cours doit cerner les potentiels, les obstacles administratifs à surmonter et esquisser des solutions. L'hôpital franco-espagnol de **Cerdagne** dans les Pyrénées orientales (66) ou le plateau technique franco-allemand de **Völklingen** (Saare-Moselle) sont souvent cités comme **modèles**.

<https://www.eurodistrict-pamina.eu/>



→ La coopération renforcée par les situations particulières des urgences, crises et de la recherche

Au niveau de **l'aide médicale d'urgence**, un **cadre européen** existe, mais il est diversement formalisé. L'**Allemagne est à la pointe** européenne avec de nombreuses démarches à ses frontières (Tchéquie, Pays-Bas, Luxembourg, Pologne, France, Suisse...), et une volonté de coordination nationale. La **Suisse et la France** n'ont pas encore signé de convention d'application des accords-cadres européens. Les obstacles normatifs (véhicules, médicaments...) et partenariaux sur l'axe Bâle-Mulhouse et autour du Jura restent en l'état. Les **enjeux financiers** ne sont pas loin, comme le montre le retrait de la France des accords avec la REGA Suisse (secours d'urgence), dont l'hélicoptère est stationné à l'EuroAirport grâce à ses missions en Allemagne. La gestion des catastrophes reste encore peu investie.

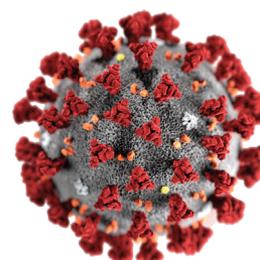
La gestion de **crises sanitaires** a une certaine histoire en Europe: sang contaminé, vache folle, virus H1N1... La pandémie de **COVID-19** marque surtout par son ampleur et sa durée, et révèle les fragilités de nombreux systèmes de santé. Les **initiatives personnelles** de certains élus locaux ont permis de transférer des patients d'un pays à l'autre, avant que les États n'entrent en matière. Les acteurs de la santé soulèvent les **problématiques** de coordination des réponses, de suivi, de prise en charge des patients... autant de sujets à investir en prévision d'autres crises.

La **recherche** bio-médicale est très forte dans le Rhin supérieur. Le cluster **BioValley** l'illustre autant que la place unique de **Bâle** à l'échelle mondiale. Centres de recherche, entreprises et services publics de santé participent de synergies locales qui favorisent la concentration des compétences médicales à Bâle, Fribourg ou Strasbourg. Les **territoires industriels** satellites cherchent à profiter de cette situation pour se renouveler, comme pour la microtechnique dans le Jura suisse. Les **coopérations scientifiques** sont l'apanage des grands centres universitaires.

Ces trois sujets spécifiques illustrent les capacités de **coopération autour de groupes d'acteurs réduits**, mais très spécialisés.



Les transports d'urgence sont encore à parfaire côté franco-suisse | Source : Wikimedia



La crise COVID, accélératrice de coopération ? | Source: pning.com



Recherche médicale et débouchés industriels échangent au sein du cluster trinational BioValley centré sur les biotechnologies | Source: Biovalley

Pour en savoir plus

- CLEISS. *Les systèmes de santé européens*. [URL]
- Conférence du Rhin supérieur. Groupe de travail "Politiques de santé". [URL]
- DG Regio. *La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé: principes et pratiques*. Mai 2017 [PDF]
- LAFON, A. et MONTAUT, A. *Les Dossiers de la DRESS N°19*. La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse. Juin 2017. 32p. [PDF]

Entretiens

Anne DUSSAP et **Eddy PARLIER**, centre de compétence TRISAN; **Niels HERBST**, Chargé de mission - coordination, Projet « offre de soin PAMINA »; **Oliver MORLOCK**, Leiter des Referats soziale und kulturelle Infrastruktur, Regierungspräsidium Freiburg; **Ljubisa STOJANOVIC**, Leiter Abteilung Finanzen und Dienste, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt; **Peter ZEISBERGER**, président du groupe de travail "politiques de santé" de la CRS, Abteilungspräsident Abteilung 2, Regierungspräsidium Karlsruhe

Glossaire

ARS	agence régionale de santé (France)	OFS	le développement économique
CEA	collectivité européenne d'Alsace	OFSP	office fédéral de la statistique
CRS	conférence du Rhin supérieur	PAMINA	office fédéral de la santé publique
DRESS	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	PPA	acronyme de Palatinat, Mittlerer Oberrhein et Nord-Alsace
EMS	établissements médico-sociaux	RPPS	parité de pouvoir d'achat
ETP	équivalent temps plein	SAE	répertoire partagé des professionnels de santé
FINESS	fichier national des établissements sanitaires et sociaux	SLBW	statistique annuelle des établissements de santé
INSEE	institut national de la statistique et des études économiques		statistisches Landesamt Baden-Württemberg (SLBW)
OCDE	organisation pour la coopération et		



Edité et imprimé par :

Agence d'Urbanisme de la Région Mulhousienne

33 avenue de Colmar. 68200 Mulhouse

Tel : 03 69 77 60 70 - www.aurm.org

Directrice de la publication : Viviane Bégoç

Rédaction : Pier-Mael ANEZO

Édition : février 2021

Reproduction autorisée avec mention de la source et référence exacte

