



Study on Cross-Border Cooperation

Capitalising on existing initiatives for cooperation in
cross-border regions

Cross-border.Care

Sommaire



Funded by the Health Programme
of the European Union

Rédigé par Gesundheit Österreich
Forschungs und Planungs GmbH
Mars 2018



EUROPEAN COMMISSION

Directorate-General for Health and Food Safety
Directorate B— Health systems, medical products and innovation
Unit B.2 Cross-border Healthcare and Tobacco Control
Email: SANTE-Cross-Border-Healthcare@ec.europa.eu, Corina.VASILESCU@ec.europa.eu

Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency
Email: Anne-Marie.YAZBECK@ec.europa.eu

*European Commission
B-1049 Brussels*

Study on Cross-Border Cooperation

Capitalising on existing initiatives for cooperation in
cross-border regions

Cross-border.Care

Sommaire

***EUROPE DIRECT is a service to help you find answers
to your questions about the European Union***

Freephone number (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) The information given is free, as are most calls (though some operators, phone boxes or hotels may charge you)

LEGAL NOTICE

This document was produced under the Health Programme (2014-2020) in the frame of a specific contract with the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea) acting under the mandate of the European Commission. The content of this document represents the views of the contractor and is its sole responsibility; it can in no way be taken to reflect the views of the European Commission and/or Chafea or any other body of the European Union. The European Commission and/or Chafea do not guarantee the accuracy of the data included in this document, nor do they accept responsibility for any use made by third parties thereof.

More information on the European Union is available on the Internet (<http://europa.eu>).

Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018

ISBN 978-92-79-80261-4

Doi: 10.2875/04236

© European Union, 2018

Reproduction is authorised provided the source is acknowledged.

Sommaire

Cadre juridique des soins de santé transfrontaliers

Le concept de soins de santé transfrontaliers (SST) est juridiquement garanti par l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), qui vise à encourager la coopération entre les États membres afin d'améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les zones transfrontalières (European Union, 2012). Bien que les soins de santé soient avant tout une responsabilité nationale, la directive 2011/24/UE sur les droits des patients en matière de SST, (European Union, 2011) – conformément au TFUE et au règlement (CE) n°883/2004 (European Commission, 2004), qui encadre la coordination des systèmes de sécurité sociale et des droits des bénéficiaires, charge la Commission européenne de garantir la mobilité des patients au sein de l'Union européenne (UE), de faciliter la coopération dans les soins de santé entre États membres et d'établir des règles facilitant l'accès à des SST sûrs et de haute qualité.

Les SST sont définis dans la directive 2011/24/UE comme suit :

« "Les soins de santé transfrontaliers" désignent les soins de santé dispensés ou prescrits dans un État membre autre que l'État membre d'affiliation. »

En outre, ce projet s'appuie sur la définition de la collaboration transfrontalière donnée par Irene Glinos (2011) :

« La collaboration transfrontalière dans le domaine des soins de santé peut impliquer un transfert, un mouvement ou un échange de personnes, de services et de ressources. »

Principaux objectifs de l'étude

L'idée de cette étude est née lors d'une réunion informelle des ministres de la santé à Luxembourg en septembre 2015 à la suite d'un document de travail préparé spécifiquement par la présidence en exercice sur le sujet. En conséquence, la Commission a été invitée à dresser un panorama complet des initiatives transfrontalières existantes, ce qui a ensuite conduit à la commande de la présente étude.

L'étude analyse les points forts et les opportunités de futures collaborations transfrontalières en matière de soins de santé fondées sur les projets en cours financés par l'UE ainsi que sur des accords bilatéraux ou multilatéraux déjà en place. Les principaux objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants :

- présenter un tableau complet de la collaboration en matière de SST dans l'Union européenne (UE) basé sur les initiatives financées par l'UE (sur la base du chapitre IV de la directive 2011/24/UE),
- offrir un aperçu des futurs défis et opportunités de coopération à venir dans le domaine des SST en identifiant les facteurs déterminants actuels, les scénarios d'avenir potentiels qui ne s'excluent pas mutuellement, et les options politiques pour la période allant jusqu'à 2030,
- fournir un support documenté (un manuel et une boîte à outils) pour les parties prenantes intéressées par le lancement d'un projet de collaboration transfrontalière en matière de soins de santé,
- fournir un aperçu de la fraude et des stratégies de lutte contre la fraude liée aux SST au sein de l'UE,
- évaluer l'adoption de l'Action commune sur la sécurité des patients et la qualité des soins (PaSQ) aux niveaux national, régional et/ou local au sein des États membres de l'UE.

Recensement des projets transfrontaliers liés aux soins de santé

À quelques exceptions près, la collaboration transfrontalière en matière de soins de santé est susceptible d'évoluer entre des **pays ou des régions ayant des traditions d'aide sociale similaires** et une **étroite proximité géographique** ou qui sont liés par des **liens historiques** spécifiques. Dans ce contexte, les décideurs politiques en charge des mécanismes de financement public seront probablement très efficaces pour cibler les projets les plus susceptibles d'être durables et/ou de mieux répondre aux besoins des patients en comblant, par exemple, les lacunes en matière de disponibilité des services de santé.

Les initiatives de **renforcement des capacités** pourraient être intensifiées, par exemple parmi les gestionnaires d'hôpitaux ou les autorités régionales, afin d'assurer une collaboration durable. De même, les obstacles administratifs devraient être minimisés (tant pour les patients que pour les prestataires/acheteurs) afin de réduire les coûts de transaction, pour les acteurs dédiés sur le terrain, des **procédures de passation de marchés transfrontaliers**. Environ un quart des projets identifiés impliquait des patients traversant les frontières pour obtenir un traitement ou un diagnostic, tandis que la grande majorité des projets étaient centrés sur la coopération des prestataires de soins de santé ou le partage des connaissances. En accord avec les analyses de rentabilité présentées dans d'autres parties de l'étude, nos résultats démontrent que la **communication peut représenter une condition préalable essentielle** à la réussite des collaborations transfrontalières. Les régions ayant des liens étroits peuvent donc être davantage susceptibles de gérer efficacement les adaptations nécessaires aux procédures de remboursement, aux procédures administratives pour les échanges réussis de personnels de santé, ou pour assurer un accès rapide aux soins d'urgence dans la langue maternelle des patients concernés.

Dans l'ensemble de l'Europe, une **image diversifiée de la collaboration en matière de soins de santé, de protection sociale et de santé publique** émerge. Notre étude fournit un aperçu des initiatives de collaboration financées par l'UE entre 2007 et 2016/2017. La liste complète des projets identifiés peut être consultée en ligne¹. Nous avons identifié des projets transfrontaliers en effectuant une recherche systématique et exhaustive sur les bases de données en ligne. Les recherches ont été complétées par la validation des experts et la contribution supplémentaire de recherches universitaires et de documentations parallèles dans le domaine. Sur 1167 projets, un total de 423 projets répondaient aux critères de sélection, à savoir les projets mis en œuvre pendant la période d'étude avec au moins deux pays de l'UE/EEE, à l'exclusion des projets de collaboration visant à lutter contre les maladies transmissibles et des projets de collaboration liés aux réseaux européens de référence, dans la mesure où il aurait été prématuré d'évaluer cette dernière partie. Bien que l'étude de recensement dresse un tableau complet des projets ayant obtenu un financement de l'UE, les **lacunes en matière de disponibilité des données** ne permettent pas une analyse systématique des projets n'ayant bénéficié d'aucun financement de l'UE. Il convient également de noter que notre étude fournit un instantané pour la période observée, tandis qu'**aucune évaluation directe de la viabilité financière et opérationnelle** ne peut être effectuée. D'autres parties de l'étude fournissent des informations plus détaillées sur les avantages économiques et sociaux potentiels.

Ces dernières années, si la **mobilité des patients** a bénéficié d'une certaine attention dans le cadre de la directive 2011/24/UE et du règlement (CE) n°883/2004, nos résultats mettent aussi clairement en évidence l'importance des mouvements des prestataires. Plus d'un projet sur 10 mettait clairement l'accent sur les **échanges de**

¹ https://goeg.at/sites/default/files/2018-02/Final_Deliverable_Mapping_21Feb2018.xls

personnels et les formations (12 %), tandis que plus d'un cinquième des projets (23 %) visait à améliorer les traitements ou les diagnostics, et qu'une petite proportion était identifiée comme des projets de collaboration en matière de **soins d'urgence** (6 %). En outre, les projets de collaboration entre autorités publiques ou hôpitaux sont susceptibles de constituer une condition préalable essentielle pour les projets de soins de santé transfrontaliers. Dans le cadre de notre analyse, nous avons constaté qu'environ la moitié de tous les projets identifiés relevaient de la catégorie du **partage des connaissances** (50 %), alors que seulement une petite proportion (5 %) impliquait des **dépenses d'investissement importantes**. Enfin, seule une très faible proportion des projets concernait la production de connaissances et la recherche *sur* les soins de santé transfrontaliers (4 %).

Conformément à un ensemble d'études antérieures, nos résultats soulignent **l'importance des facteurs géographiques et culturels** dans la conduite de toute collaboration transfrontalière en matière de soins de santé. Cependant, nous ne pouvons pas exclure la possibilité que des facteurs juridiques et administratifs, souvent ancrés dans des liens historiques, jouent également un rôle, comme dans le cas d'accords bilatéraux de longue date, entre Malte et le Royaume-Uni par exemple. Dans notre recensement systématique des projets de collaboration européens, nous avons uniquement pris en considération les projets de collaboration s'appuyant sur des financements de l'UE. La majorité des initiatives de collaboration ainsi identifiées se déroulent entre des pays ayant des traditions d'aide sociale similaires, comme dans les pays scandinaves, ou entre des pays ayant une histoire commune, tels que l'Italie et la Slovaquie ou l'Italie et l'Autriche. D'autres initiatives résultent clairement de facteurs géographiques, comme le démontrent les cas du Danemark et de l'Allemagne, ou de l'Espagne et de la France (Pyrénées). Comme le confirme la documentation, de tels projets de collaboration transfrontalière en matière de soins de santé peuvent contribuer à **compenser les lacunes des prestations de soins régionales** ou être motivés par des **coûts de prestations de services moins élevés** à l'étranger, comme c'est le cas de la Finlande et de l'Estonie, ou de l'Autriche et de la Hongrie. Nos résultats démontrent également que les pays d'Europe centrale et occidentale continuent d'être pionniers en termes de leadership dans les initiatives de collaboration transfrontalière en matière de soins de santé, ce qui coïncide avec les résultats de l'étude HealthACCESS² qui a été réalisée avant 2007. Dans le même temps, la Roumanie et la Hongrie, suivies par l'Allemagne/les Pays-Bas et la Norvège/la Suède, figurent parmi les partenaires les plus fréquents dans les projets transfrontaliers de soins de santé. Cependant, un certain nombre de projets n'ont pas été inclus dans notre étude car ils étaient susceptibles d'intervenir aux frontières extérieures de l'UE et n'étaient donc pas au centre de cette étude. Le plus grand nombre de projets a été identifié à partir de 2011, ce qui coïncide avec la publication de la directive sur les droits des patients. Cependant, il faut tenir compte du fait que les projets non conclus au moment de la recherche (été 2016) n'ont pas été inclus dans l'analyse.

Exercice de prévision

Dans cette étude, l'exercice de prévision comprenait deux composantes majeures. Premièrement, une analyse prospective, principalement basée sur des recherches documentaires, a permis d'identifier des changements dans l'environnement qui sont **susceptibles d'affecter la politique des SST (facteurs déterminants)**. Elle a fourni un aperçu du statu quo de la collaboration en matière de SST et sert de base à l'élaboration de scénarios. La deuxième composante fait référence à l'élaboration de scénarios, pendant laquelle des illustrations/simulations de visions de l'avenir potentiel, mais pas des prédictions pour le futur, sont examinées. Cet exercice permet

² http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_22_frep_en.pdf

d'identifier des approches stratégiques basées sur les connaissances et les expériences issues du passé et du présent et de suivre les futures tendances potentielles. Avec l'élaboration de ces scénarios, nous visons à décrire les développements potentiels au niveau européen afin de promouvoir les SST. Une **analyse SWOT** (Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces) a complété l'évaluation de chaque scénario dans le cadre d'une consultation d'experts et de parties prenantes.

Les **quatre scénarios d'avenir** élaborés dans l'étude dans le cadre de l'exercice d'analyse prospective et de prévision illustrent les **futures configurations potentielles des SST**. Ils ne s'excluent pas mutuellement et partent du principe que les traités restent inchangés. Ils fournissent des illustrations des différents degrés d'intégration (future) des soins de santé dans l'UE, et abordent la question des acteurs les plus importants impliqués dans la mise en place et/ou la mise en œuvre d'initiatives de SST à l'avenir. Il est probable que ces scénarios seront particulièrement pertinents pour les décideurs politiques dans les deux prochaines décennies lorsque (i) la proximité géographique et/ou culturelle joue un rôle, ou lorsque (ii) les lacunes en matière de disponibilité des services de santé conduisent les patients à chercher des soins à l'étranger, y compris les patients des régions périphériques de l'UE. Les obstacles juridiques peuvent également jouer un rôle, mais des recherches plus systématiques sont nécessaires afin d'identifier les facteurs favorables aux accords bilatéraux, y compris entre des pays non limitrophes ayant des traditions sociales différentes.

Le scénario 1 est celui du statu quo où la coopération entre les systèmes de santé nationaux est encouragée. Le scénario 2 est axé sur les **besoins locaux et régionaux**. Dans ce scénario, la coopération développée principalement au niveau régional joue un rôle central lorsque les régions elles-mêmes représentent le principal déclencheur de coopération. Dans le scénario 3, nous imaginons le **choix du patient** comme un facteur central dans l'évolution des SST, tandis que la santé en ligne joue un rôle important. L'intégration dans ce scénario serait assez sélective ou n'impliquerait que certains groupes de patients (dans certains groupes de maladies). Le scénario 4 met l'accent sur les **réseaux stratégiques** de collaboration sélective. Dans le scénario 5, les **organismes payeurs** des États membres jouent un rôle central dans le lancement et le maintien des SST, tandis que dans le scénario 2, les besoins régionaux et locaux motivent les développements en matière de SST. En outre, les acteurs clés locaux et régionaux revêtent une importance primordiale pour initier ou soutenir des initiatives de SST dans le scénario 2. Chacun de ces scénarios représente certains **compromis équité-efficacité**, comme l'a clairement démontré une analyse SWOT (Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces) impliquant des experts et des parties prenantes de différents domaines et de différents pays de l'UE. Une forte prise en compte des besoins locaux et régionaux, et donc de la collaboration au niveau régional (scénario 2), peut générer des économies d'échelle dans les régions frontalières, par exemple en ce qui concerne les investissements conjoints, les contrats transfrontaliers ou les réseaux de soins spécialisés, mais les inégalités géographiques peuvent augmenter en conséquence. De même, bien que les patients plus jeunes ou très informés puissent bénéficier des forums d'aide en ligne et des innovations axées sur les patients dans le scénario 3, des problèmes d'équité peuvent survenir pour les patients moins bien informés ou présentant des besoins complexes.

Une **combinaison de méthodes principalement qualitatives** a été utilisée afin d'élaborer les quatre scénarios issus du statu quo de référence. Tout d'abord, le modèle de prévision pour la coopération transfrontalière en matière de soins a commencé par identifier les développements ou changements potentiels dans l'environnement qui sont susceptibles d'affecter la politique de SST dans les 10 à 15 prochaines années (« analyse prospective » avec un horizon prévisionnel à 2030), en se basant sur une analyse systématique de la recherche universitaire et de la documentation parallèle. Dans ce contexte, le concept de « frontières fluides », développé

par Glinos et Baeten, se distingue comme un facteur important pour la compréhension des initiatives de SST. Contrairement aux « frontières rigides », celles-ci sont faciles à franchir du point de vue des patients, en ce sens qu'il n'existe pas ou quasiment pas d'obstacle géographique, culturel ou administratif qui empêcherait les patients de se faire soigner à l'étranger. La familiarité culturelle peut être déterminée, par exemple, par un langage partagé, des habitudes, des pratiques ou une histoire communes ainsi que par une coopération dans d'autres domaines que les soins de santé. La présence de frontières fluides est susceptible d'entraîner une grande facilité de coopération dans les régions frontalières, c'est-à-dire entre régions ou pays voisins. En ce qui concerne les voyages de santé du point de vue des patients, la proximité géographique, l'indisponibilité locale des services de soins de santé et le peu d'obstacles à l'accès, par exemple les coûts de déplacement, les délais de déplacement et les lois sur l'immigration, sont autant d'éléments clés pour les patients qui cherchent des services de santé à l'étranger. Les patients bénéficient de frontières fluides grâce à des coûts de transaction plus faibles et à un niveau relativement important de familiarité culturelle, même si les systèmes de soins de santé nationaux ont tendance à différer sensiblement les uns des autres. Dans un deuxième temps, quatre scénarios ont été élaborés. Ils ont été évalués lors d'un atelier d'experts et de parties prenantes en septembre 2017. Les experts ont également joué un rôle dans le classement des facteurs déterminants en fonction de leur prévisibilité (certitude) dans le futur, et de leur impact potentiel (importance). Ce classement a ensuite contribué à affiner et à interpréter de manière plus précise les implications des quatre futurs scénarios.

Les résultats de l'analyse documentaire permettent de regrouper les facteurs déterminants en **quatre dimensions** (géographique/démographique, culturelle/sociétale, réglementaire et économique/technologique), comme décrit ci-dessus. En accord avec les résultats de l'exercice de recensement, nous avons constaté que la proximité géographique et culturelle constitue l'un des facteurs les plus importants dans les initiatives de SST au sein de l'UE. Nos résultats confirment que le **concept de « frontières fluides »** reste central dans la détermination des SST dans l'UE. L'existence de frontières fluides peut également s'étendre à la dimension réglementaire, car la collaboration régionale nécessite moins d'engagement politique, voire même un simple accord basé sur une « poignée de main » afin de lancer la coopération. Enfin, l'isolement géographique relatif ou les déserts médicaux (c'est-à-dire les zones rurales souffrant d'une pénurie de prestataires) peuvent également motiver les SST, même si des caractéristiques spécifiques au contexte peuvent déterminer quelle forme de collaboration en matière de SST est recherchée. Par exemple, les régions disposant de capacités d'innovation plus importantes pourraient être en mesure de compenser les désavantages géographiques en faisant preuve d'un engagement accru en faveur des technologies de santé en ligne. Dans notre étude, nous présentons six exemples de collaborations susceptibles d'émerger : des collaborations axées sur la main-d'œuvre, les urgences, des dépenses d'investissement importantes, la production de connaissances, le partage des connaissances, ou le traitement/diagnostic.

Manuel et outils de SST

Le manuel et les outils développés dans cette étude sont destinés aux parties prenantes et aux autorités régionales ou locales souhaitant lancer un projet de coopération transfrontalière. Il n'existe pas de concept « universel » pour la collaboration transfrontalière en matière de soins de santé, car les projets dépendent fortement de leurs environnements spécifiques, tels que la géographie, la culture, les systèmes de soins de santé et l'expérience des parties prenantes qui en assurent le lancement. Les facteurs déterminants et les forces permettant la collaboration ainsi que le fardeau des ressources diffèrent d'un projet de collaboration à l'autre et selon les catégories de collaboration. Des exemples de différentes formes de collaboration sont mis en avant tout au long de l'étude et couvrent un total de six types. Selon le type de collaboration, un transfert, un mouvement ou un échange de personnes, de services ou de ressources peut intervenir.

Le manuel et les outils de soins transfrontaliers visent à aider les prestataires de soins de santé, les organismes payeurs et les autorités publiques à lancer des projets de collaboration transfrontaliers. Le *manuel et les outils de soins transfrontaliers*, axés sur la pratique, ont été élaborés selon une approche de recherche en plusieurs étapes combinant des éléments d'enquêtes et d'analyses documentaires. Pour la validation et la révision, nous avons consulté les parties prenantes et les experts dans le domaine des SST tout au long de l'étude. Une étude soumise à examen collégial a complété le processus de validation.

Le *manuel et les outils de soins transfrontaliers* sont conçus comme un manuel composé de cinq modules : 1.) Préparation des projets, 2.) Développement des projets, 3.) Procédure contractuelle, 4.) Suivi des projets, 5.) Analyses de rentabilité positives pour la collaboration transfrontalière. Les quatre premiers modules traitent d'aspects du cycle de vie d'un projet transfrontalier, tandis que le module 5 donne des exemples concrets de projets de collaboration transfrontalière sous forme d'études de cas d'analyses de rentabilité.

Les modules 1 à 4, qui comprennent 40 outils, fournissent des informations générales pertinentes sur la gestion des projets. Les cinq études de cas (main-d'œuvre et formation, soins d'urgence, dépenses d'investissement importantes, partage/gestion des connaissances et traitement/diagnostic) présentées dans le module 5 résument des éléments de projets concrets et décrivent des circonstances qu'il est nécessaire de prendre en compte lors du lancement d'un projet de collaboration transfrontalière. Ces circonstances ont une valeur indicative et sont ventilées dans les dimensions suivantes : juridique/réglementaire, financière, administrative, opérationnelle et médicale. Au total, 33 projets ont pu être inclus dans les études de cas. Nous avons analysé les mesures incitatives pour le lancement d'une collaboration transfrontalière en matière de soins de santé. En outre, nous avons recueilli des informations sur les facteurs qui facilitent ou entravent la pérennité de la collaboration transfrontalière en matière de soins de santé pour chaque étude de cas.

La fraude et la lutte contre la fraude dans les soins de santé transfrontaliers

Dans le cadre de l'étude, l'existence de la fraude et de la lutte contre la fraude dans le domaine des SST a été examinée. Son ampleur reste incertaine, et il n'y a aucune raison de supposer que la fraude dans le domaine des SST soit plus importante que la fraude dans d'autres contextes de soins. Les décideurs politiques en charge du financement public devraient favoriser la communication entre les organisations compétentes afin de lutter contre la fraude dans le domaine des SST.

Une analyse systématique des publications universitaires et de la documentation parallèle sur la fraude et la lutte contre la fraude dans le domaine des SST a été réalisée. Des informations supplémentaires ont été recueillies en menant une consultation auprès des parties prenantes de huit États membres de l'UE. Les parties prenantes de notre groupe d'étude n'étaient pas pleinement conscientes de l'ampleur de la fraude en matière de SST dans leur propre pays ou dans d'autres États membres de l'UE. Les sources examinées dans la documentation « parallèle » ont révélé plusieurs tentatives d'estimation de l'ampleur de la fraude en matière de soins de santé. Cependant, nous n'avons pas trouvé de données spécifiques à l'ampleur de la fraude en matière de SST au niveau national ou européen.

Les résultats de notre consultation des parties prenantes (à la fois les opinions directes des parties prenantes et la matrice de risques HELFO) suggèrent en grande partie que **les politiques et les recherches devraient principalement accorder la priorité à la fraude impliquant des professionnels de la santé**. L'un des domaines prioritaires mentionnés concerne les patients, à savoir la CEAM, S2 ou la fraude à l'assurance. Les parties prenantes de notre étude ont également mentionné la **communication entre institutions compétentes comme facteur clé de la lutte contre la fraude dans les SST**, ainsi qu'un système de surveillance et de

contrôle (ex : un groupe d'audit international compétent) et des compétences juridiques adéquates pour les professionnels de la santé. L'absence de ces facteurs, combinée à d'autres risques (par exemple, un manque de temps, de ressources et d'investissements dans les soins de santé), peut réduire l'efficacité de la lutte contre la fraude en général, et en particulier dans le cas des SST. Les mécanismes de lutte contre la fraude dans les SST doivent tenir compte des motivations et du comportement des différents acteurs de la santé, ainsi que des différences qui existent entre les systèmes de santé. Ils doivent également prendre en compte les facteurs contextuels, par exemple les perceptions sociales de l'illégalité.

Évaluation de l'adoption de la PaSQ

L'Action commune européenne « Réseau européen sur la sécurité des patients et la qualité des soins (PaSQ) » s'est déroulée entre 2012 et 2015. Son objectif visait à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins grâce au partage de l'information, des expériences, et à la mise en place de bonnes pratiques. L'adoption des activités et des résultats livrables de la PaSQ a été jugée bonne pendant la mise en œuvre de l'Action commune. Cependant, leur interruption a limité la durabilité de cette adoption car de nombreuses activités reposaient sur des infrastructures vitales (Wiki, site internet). Les facteurs clés supplémentaires nécessaires au succès durable des activités et des résultats livrables de la PaSQ étaient la disponibilité des ressources financières, le soutien (politique et en termes de leadership), la communication et le transfert des informations.

L'évaluation de l'adoption de l'Action commune européenne « Réseau européen pour la sécurité des patients et la qualité des soins (PaSQ) » reposait sur un examen des rapports de la PaSQ précédemment publiés (ou non) et sur une enquête ultérieure menée auprès des points de contact nationaux pour la sécurité des patients de 16 États membres de l'UE. En outre, les résultats des recherches ont été validés par le groupe de parties prenantes de l'étude, qui a également fourni une précieuse contribution à la rédaction des options politiques.

Pendant la PaSQ, l'infrastructure mise en place (Wiki/site internet et activités d'échange d'informations sur la PaSQ) a facilité l'« adhésion à la sécurité des patients » en renforçant les réseaux nationaux et internationaux, en améliorant l'échange d'expertise en matière de sécurité des patients aux niveaux clinique ou stratégique, et en soutenant la mise en œuvre de mesures spécifiques. En conséquence, l'adoption du Wiki et les activités d'échange d'informations se sont avérées prometteuses au cours de l'Action commune. Cependant, l'impact politique du Wiki et ses résultats concrets ont été considérés comme limités. En outre, la pérennité de l'adoption de ces outils a été affectée par l'arrêt de la maintenance active de l'infrastructure. **Un grand nombre des activités qui ont été lancées au cours de la PaSQ reposaient dans une large mesure sur les infrastructures vitales.**

Des mécanismes d'échange formels et informels (par exemple, les activités d'échange d'informations) ont facilité le réseautage pendant la PaSQ. Des réseaux (nationaux) sont toujours actifs, même après l'arrêt de l'Action commune. Cependant, les participants à l'enquête ont signalé un « déclin » des activités d'échange.

Bien que les **facteurs d'incitation à la réussite des activités ou des résultats livrables de la PaSQ** aient différé selon le niveau concerné (niveau national ou régional des prestataires de soins de santé), il a été constaté que certains facteurs facilitaient les activités de la PaSQ, comme la disponibilité des ressources financières, le soutien politique et en termes de leadership, ainsi que la communication et la fourniture d'informations, y compris le partage des connaissances.

Les **difficultés liées au succès des activités ou des résultats livrables** variaient selon les activités de la PaSQ étudiées. Les difficultés communes constatées étaient : un manque de ressources (y compris en termes d'infrastructure), des lacunes concer-

nant la communication et le transfert d'informations, un soutien insuffisant (y compris en termes de participation des parties prenantes), l'absence de stratégie de sécurité des patients, et l'absence de culture de sécurité des patients.

Limites de l'étude

Le recensement effectué ne fournit qu'un aperçu des projets récents ou en cours en Europe, car seuls les projets ayant au moins un certain niveau de financement de l'UE ont été inclus. L'identification des analyses de rentabilité et les recherches y afférentes comportaient également plusieurs limites. Dans la plupart des cas, les informations accessibles au public en matière de projets de SST sont très limitées, notamment les informations relatives aux aspects économiques, y compris en ce qui concerne les coûts et les économies potentielles. Afin de recevoir des informations et des données fiables, une consultation approfondie des parties prenantes est nécessaire et exige l'engagement des parties prenantes concernées à fournir les données requises. Les informations accessibles au public concernant les analyses de rentabilité ont démontré qu'une évaluation finale des projets dans le domaine des SST semble plutôt relever de l'exception. Cependant, ces informations pourraient ne pas être accessibles au public. En outre, dans de nombreux projets transfrontaliers, les aspects économiques sont d'une importance secondaire et se caractérisent plutôt par les avantages sociaux, principalement en ce qu'ils affectent et profitent aux patients. Des recherches plus approfondies sur l'équilibre des avantages sociaux et économiques sont souhaitables afin de mieux comprendre la relation entre avantages économiques et sociaux associés aux SST. La relation entre avantages économiques et sociaux pourrait également être différente selon les catégories de SST concernées. De plus, l'engagement politique des autorités publiques en faveur des projets de SST constitue un facteur de soutien. Comme le démontrent certains cas, un manque d'engagement politique peut entraîner l'interruption des projets de SST, sans égard pour les préférences des patients. De tels cas démontrent qu'il ne suffit pas d'étudier uniquement les projets réussis de SST de manière plus approfondie. Les enseignements tirés des cas faisant état de difficultés rencontrées pendant la coopération pourraient contribuer davantage à mieux appréhender les mécanismes de SST.

Les résultats de l'exercice de prévision doivent être interprétés à la lumière de deux limites principales. Premièrement, bien que l'étude se caractérise par un fort engagement des experts et des parties prenantes sur le terrain, le questionnaire dans lequel l'importance et la certitude des facteurs déterminants ont été classées par ordre de grandeur n'a été complété que par dix répondants au total. Les répondants étaient issus de pays de l'UE situés dans différentes zones géographiques et connaissant différents contextes d'aide sociale, et certains des plus importants groupes d'experts dans le domaine des SST étaient impliqués. Cependant, il aurait été souhaitable de couvrir tous les pays de l'UE et de permettre une évaluation plus détaillée des facteurs déterminants pour les SST dans différents contextes.

Deuxièmement, l'étude n'a identifié aucun facteur jugé d'une grande importance et d'une grande incertitude, même si ceux-ci se seraient particulièrement bien prêtés à l'interprétation des scénarios d'avenir ainsi développés. Par exemple, de façon assez surprenante, l'utilisation des technologies et les capacités d'innovation n'ont pas été évaluées comme des facteurs déterminants à fort impact pour les SST au sein de l'UE, même si elles ont été évaluées comme faisant partie des facteurs associés à un degré élevé d'imprévisibilité.

Enseignements tirés de la coopération transfrontalière en matière de soins de santé

L'étude apporte une compréhension approfondie des collaborations en matière de SST et fournit de nouvelles connaissances dans ce domaine sur différents aspects de la recherche sur les SST. Sept enseignements sont résumés ci-dessous :

1. Les initiatives de SST sont plus efficaces dans les régions disposant déjà de facilité de coopération en raison, par exemple, de traditions d'aide sociale similaires ou de liens historiques étroits.
2. Un soutien devrait être accordé aux acteurs clés tels que les décideurs politiques régionaux ou les directeurs d'hôpitaux afin de réduire les coûts de transaction des SST. La boîte à outils développée dans cette étude peut s'avérer utile en ce sens.
3. Il existe plusieurs scénarios pour les futurs SST, l'un des plus réalistes étant celui qui construit des réseaux régionaux orientés vers le traitement des besoins locaux et régionaux.³.
4. Les réseaux régionaux sont susceptibles d'être associés à une option peu coûteuse, mais les inconvénients sont qu'ils sont susceptibles de rester limités et peuvent créer des inégalités en ne profitant pas de manière égale à toutes les régions.
5. Les principales catégories d'initiatives de SST bénéficiant d'un financement de l'UE au cours des dix dernières années sont 1) le partage et la gestion des connaissances, et 2) le partage des traitements et diagnostics des patients.
6. Les collaborations telles que les investissements élevés de capitaux et les soins d'urgence ont généralement des avantages économiques et sociaux plus visibles, mais nécessitent des conditions de collaboration plus formelles.
7. Bien que les informations sur l'efficacité et la pérennité des initiatives actuelles de SST soient rares, le financement des projets de SST pourrait aider à atteindre ces objectifs.

³ https://goeg.at/study_on_cross-border_cooperation

HOW TO OBTAIN EU PUBLICATIONS

Free publications:

- one copy:
via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- more than one copy or posters/maps:
from the European Union's representations
(http://ec.europa.eu/represent_en.htm);
from the delegations in non-EU countries
(http://eeas.europa.eu/delegations/index_en.htm);
by contacting the Europe Direct service
(http://europa.eu/eurodirect/index_en.htm) or calling 00 800 6 7 8 9 10 11
(freephone number from anywhere in the EU) (*).

(*). The information given is free, as are most calls (though some operators, phone boxes or hotels may charge you).

Priced publications:

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

