



HAL
open science

Santé et Interfaces

Sandra Perez

► **To cite this version:**

Sandra Perez. Santé et Interfaces. Géographie des interfaces, Quae, pp.143:155, 2010, 978-2-7592-0857-9. hal-01283570

HAL Id: hal-01283570

<https://hal.science/hal-01283570>

Submitted on 5 Mar 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Santé et Interfaces

Sandra PEREZ, Maître de Conférences Université de Nice-Sophia-Antipolis

En matière de santé, les prérogatives des Etats sont encore particulièrement fortes, nous sommes là en présence d'un des derniers bastions étatiques qui est donc porteur de profondes inégalités spatiales et sociales, d'autant plus inacceptables que les chances de guérison d'un patient peuvent varier énormément selon de quel côté de la frontière il réside. Les assurés sociaux franchissent donc les frontières soit pour avoir accès à des soins qu'ils jugent de meilleure qualité, soit pour avoir accès à des prestations moins chères (dentistes au Maroc, en Hongrie, chirurgie esthétique en Bulgarie etc.). La mondialisation des soins est une réalité émergente. Simultanément, les Etats s'organisent pour exercer une fonction de régulation, mais aussi pour jouer sur les complémentarités en services, ou en équipements coûteux, ou bien encore, pour faciliter la proximité des soins à des patients aux pathologies lourdes (radiothérapie, dialyse, transport de grands brûlés). De plus, face à certaines maladies infectieuses, la coopération entre Etats, à travers, la mise en place de protocoles communs, et de partage d'expériences, s'avère nécessaire, de même que pour la gestion de crise sanitaire ou d'urgences. Dans chacune de ces situations, l'interface est présente, et nous proposons de l'étudier grâce à la grille de lecture commune. Les interfaces sanitaires abordées ici se déclinent en trois catégories : les interfaces qui reposent sur des opérations de coopération transfrontalière, les interfaces de type « tourisme sanitaire », et enfin celles engendrées par les opérations de grandes envergures de type « crise », suite par exemples à des catastrophes naturelles ou des crises politiques.

Les interfaces sanitaires de type «coopération transfrontalière»

A. Le long des frontières de l'Europe...

La coopération transfrontalière sanitaire permet de passer du niveau international au niveau régional, voire euro-régional, et dans tous les cas d'amener de la cohérence régionale au sein d'espaces qui ont pu évoluer indépendamment en la matière. Souvent, il s'agit de « bonnes pratiques » comme favoriser la proximité des soins à des patients frontaliers, réduire les listes d'attente, mutualiser ou mieux gérer l'équipement existant afin d'éviter de coûteux doublons, mettre en réseaux des compétences, des connaissances, une somme d'expériences à travers la télémédecine, les vidéoconférences ou la pratique de logiciels communs sur le web. Les interfaces de ce type peuvent, comme nous allons le voir, prendre de multiples formes.

Grâce à la télémedecine [1]¹ et au logiciel « Pathoweb » le centre oncologique du district de Lorrach en Suisse et l'hôpital universitaire allemand de Basel ont la possibilité d'échanger des données et des diagnostics sur les patients. Les demandes sont transmises du serveur de Lorrach à celui de Basel, puis les rapports sont ensuite renvoyés du serveur de Basel à celui de Lorrach, les responsables des services sont alors avertis par mail que le rapport est arrivé. Un forum de discussion autour d'un tableau dédié aux tumeurs utilise le logiciel de télémedecine iPath qui permet de présenter des images depuis n'importe où, et d'obtenir très facilement, et rapidement l'opinion d'experts.

Dans la même logique, l'hôpital universitaire de Besançon s'est quant à lui associé à l'hôpital universitaire vaudois de Lausanne dans le but de créer un projet appelé TéNeCi, et ce, afin d'améliorer le diagnostic et la gestion thérapeutique dans le domaine de la neurologie (accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, tumeur cérébrale).

Le désastre de Giessen en Belgique a révélé la difficulté dans la gestion d'une crise transfrontalière, particulièrement pour trouver des lits spécialisés dans le traitement de grands brûlés. Afin d'assurer une meilleure gestion des lits de ce type un accord a été passé entre les hôpitaux de Strasbourg et les hôpitaux allemands de Bade Wurtemberg. L'échange d'informations se fait alors en temps réel à l'aide d'une base de données commune qui recense les disponibilités en lits, en hommes et en ressources techniques.

Ces applications de Télémedecine permettent :

- un accès en temps réel à l'information,
- un travail en groupe qui a l'avantage de pouvoir être « en temps différé »,
- une assistance dans la prise de décision (diagnostic),
- des vidéoconférences entre des patients qui peuvent être éloignés de leurs praticiens.

Le plus souvent, les actions de coopération transfrontalière dans le domaine sanitaire consistent en la Participation à des programmes, ou bien des protocoles communs de recherche [2]. Depuis le 22 décembre 2004 une loi est passée en Allemagne qui s'intitule « *disease management programmes* ». Cette loi prévoit entre autres un programme de suivi et d'entraînement des asthmatiques « *asthma training team* ». Un tel programme n'existant pas dans le Vorarlberg autrichien voisin, une structure dédiée à cette maladie a donc vu le jour au sud de l'Allemagne, elle a accueilli, entre 2004 et 2008 plus de 216 participants répartis en 3 groupes d'âge. Ce type de coopération entre les deux régions devrait être étendu à d'autres pathologies comme l'obésité et l'*atopic dermatitis* (eczéma).

De même, l'hôpital de San Remo et le CHU de Nice (Hôpital de l'Archet) ont récemment mis en place des protocoles communs de recherches visant cette fois à la standardisation des traitements pour les patients atteints de HIV, du SARS, et de la grippe aviaire. En effet, le SARS et la grippe aviaire demandent un délai de réaction très court en raison du risque

¹ Les numéros entre crochets correspondent aux sous-types d'interfaces sanitaires présentés dans le tableau 1 (Avant -Propos)

d'épidémie, et ce, d'autant plus que l'aéroport international de Nice Côte d'Azur dessert à la fois les deux rivieras. L'échange de données (radios, données biologiques) des patients atteints se fait par télémédecine, technique qui a l'avantage de réduire le risque de contamination lors de l'envoi d'échantillons en Italie.

Parfois, il s'agit «tout simplement» de l'interconnexion de réseaux déjà existants [3]. Ainsi, trois réseaux de santé ayant pour thématique le cancer se sont interconnectés de part et d'autre de la Manche (Sussex cancer network, Kent & Medway cancer network, et le réseau Onco-Normand) avec pour objectifs le partage d'expériences, la comparaison des parcours de soins et des protocoles de suivi des patients, le partage de données, la contribution à chaque plan cancer du pays voisin, et à terme la possibilité de consultations dans les deux pays.

La gestion d'un risque commun [4] peut également favoriser des rapprochements, c'est notamment le cas entre les régions de Friulie Venitie Giulia et la région voisine de Slovénie qui doivent faire face au risque d'infection du au *Tick Borne Encephalitis* virus (TBE) et à la *Lyme Borreliosis*, maladies transmises par le vecteur « *Tique Ixodes Ricinus* ». En raison d'un contexte géographique similaire, une carte de risques potentiels d'émergence de ces maladies a été réalisée, et ce, afin d'identifier les zones de risques majeurs.

La Suède et la Finlande partagent également le long de leur frontière nord un certain nombre de problèmes : une distance longue avant d'atteindre un dentiste (180 km côté suédois, 80 km côté finlandais), des difficultés pour en recruter, peu de patients le long de cette frontière (1200 patients côté suédois dont 400 enfants, 400 patients du côté finlandais dont 90 enfants). La recherche de solutions à une problématique partagée [5] a débouché sur la création d'une clinique dentaire sur la frontière, à Karesuando, où les patients finlandais et suédois peuvent indifféremment y être traités.

Mais, c'est dans l'Euroregio Rhine Maas et Rhein Waal que nous observons un projet de coopération transfrontalière particulièrement abouti (ancienneté de la coopération dans tous les domaines entre ces deux pays) avec la création de la carte internationale de santé GCI [6] qui offre la possibilité à tous les patients de franchir la frontière pour consulter un spécialiste ou se rendre dans la clinique de leur choix. Les procédures de paiement et de remboursement sont exactement les mêmes que dans leur pays d'origine, en fait, c'est comme si le patient utilisait la carte d'assuré social de son pays. Ainsi, le patient peut très facilement sans tracasseries ni lenteurs administratives avoir accès au meilleur soin le plus près de son domicile. Cela permet, d'une part, de diminuer les listes d'attente, d'autre part, les spécialistes peuvent prendre en charge des patients étrangers dans le cadre de thérapeutiques même longues. Depuis sa création en 2000, plus de 25 000 patients ont utilisé cette carte.

Autre réalisation remarquable par sa symbolique : l'hôpital transfrontalier Cerdanya-Capcir [7] à cheval sur la frontière franco-espagnole qui serait géré par une institution commune transfrontalière de type Consortium et devrait bénéficier à 30 000 habitants, sans compter les touristes qui fréquentent cette région pour le ski, les trekkings, et dont le nombre peut

atteindre 150 000 en haute saison. Il comprendrait 50 lits, 2 salles d'opérations, 2 salles d'accouchements, 10 lits de dialyse, des unités d'urgence, d'imagerie etc...

Parmi les facteurs favorables à des situations d'interface dans le domaine de la santé citons la connaissance par les populations de ces projets et leur appropriation, l'appui du politique à tous les niveaux (local, régional, national), la proximité physique des partenaires, leur expérience dans les opérations de coopération transfrontalière. Les freins au contraire concernent le manque d'accords de coopération, des différences dans les mentalités, des problèmes financiers, des intérêts conflictuels entre les partenaires, le *turn over* à l'intérieur des partenaires, la barrière de la langue, et le problème de la protection des données.

Dans le cas de la télémédecine, l'interface est au niveau du logiciel, des utilisateurs et bien entendu des acteurs institutionnels qui ont œuvré pour que ce système soit effectif et opérationnel. C'est une technologie qui fait fi des distances et *a fortiori* des frontières, la mise en relation est directe, spontanée, mais présuppose le bilinguisme de part et d'autre. La principale fonction exercée par cette interface est essentiellement un rôle de commutateur, puisque par ce biais c'est la connectivité entre les différents services ainsi mis en relation qui est visée. Interface horizontale, mais qui apparaît entre des services très spécialisés et qui prend appui sur une innovation technologique pour favoriser l'échange essentiellement de données (effet synergétique). Relativement aux différentes actions de coopération transfrontalière ce n'est pas tant la régulation d'éventuelles différences qui est recherchée ici, mais plutôt l'évidence d'une problématique commune, partagée de part et d'autre de la discontinuité, dans un souci d'efficacité (interconnexion des plans cancers, coopération en matière de maladies infectieuses), d'économies d'échelle (Suède-Finlande, Cerdagne-Capcir) et/ou d'éthique (Allemagne-Autriche), bref, de bon sens qui s'impose presque « naturellement », ce sont là des interfaces très riches de sens, des paradigmes en quelque sorte qui favorisent le lien et la cohésion sociale de part et d'autre des discontinuités qu'elles relient. Les interfaces sanitaires de ce type répondent également au besoin général de rationalisation de l'offre et la demande en soins qui vise à apporter aux patients des soins de qualité à proximité de leur domicile, c'est cette préoccupation constante des acteurs impliqués dans ces opérations de coopération transfrontalière qui les stimule à identifier les services sur lesquels des synergies sont envisageables. Néanmoins, il est intéressant de noter que le projet le plus abouti (CGI[6]) apparaît là où la coopération est la plus ancienne et la mieux établie à tous les niveaux. Ainsi, lorsque la coopération est plus récente (Perez, 1999) l'interface est plutôt partiel (télémédecine France-Italie ou protocole commun au niveau SARS) sa concentration en des points très spécialisés ne suffit pas alors à créer véritablement un système interfacé, c'est ce que nous allons à présent aborder à travers l'exemple de l'espace transfrontalier des Alpes-du-Sud où le système est plutôt de type concurrentiel.

B. Au niveau de l'espace transfrontalier des Alpes-du-sud

En matière sanitaire, plusieurs différentiels susceptibles de générer des flux sont relevés au sein de cet espace, notamment un différentiel législatif (en termes de réglementations sanitaires), ainsi qu'un différentiel qualitatif.

En ce qui concerne le différentiel législatif, l'exemple le plus connu est celui de l'IVG. En effet, la législation française en matière d'IVG se distingue de la législation italienne par un délai supérieur de 2 semaines (14 semaines d'aménorrhée, contre 12 semaines en Italie), de plus l'avortement est de plus en plus mal vu en Italie, d'où des flux de patientes italiennes vers les hôpitaux azuréens. A cela, s'ajoute un différentiel qualitatif dans le sens où en Italie, seules les régions septentrionales et plus particulièrement la région milanaise sont réputées pour la qualité de leurs soins. Ainsi, les italiens du sud n'hésitent pas à prendre l'avion lorsque leur état de santé le nécessite pour consulter dans ces régions, tandis que certains patients de la province d'Imperia franchissent quant à eux la frontière pour se rendre dans les hôpitaux niçois. Horizontalité et verticalité de cette interface entre régions appartenant au même espace national (régions du sud et celles du nord), et entre régions appartenant à des espaces nationaux différents (Imperia/Alpes-Maritimes).

En effet, contrairement à d'autres services avec lesquels les frontaliers ont l'habitude d'user du différentiel (essence, cigarettes, alcools etc...) ce n'est pas tant des tarifs plus avantageux qui sont recherchés par les patients, ni même la proximité des soins (sauf peut être pour les soins les plus banals) que leur qualité. En fait, selon la nature des soins on peut supposer qu'un compromis existe entre les deux critères essentiels : la proximité d'une part et la qualité d'autre part. Dans le cas d'une pathologie banale le patient accepte de se rendre à proximité de son domicile, par contre dans le cadre de pathologies plus lourdes la qualité se traduit en termes de chances de guérison et c'est donc elle qui est privilégiée. C'est la raison pour laquelle les patients italiens sont par exemple prêts à se déplacer outre frontière, et donc à ne pas être remboursés afin de consulter des praticiens français qu'ils jugent selon eux comme plus compétents que leurs homologues italiens, ce phénomène portant le nom de « fuites ». Ces fuites ne sont bien entendu pas appréciées des centres gestionnaires italiens qui y voient une sorte de concurrence exercée par les hôpitaux et cliniques françaises, ce qui constitue un sérieux frein à la coopération.

Néanmoins, ces flux ne suffisent pas à produire un système interfacé à proprement parler. En effet, les fonctions «adaptateur» et «commutateur» de l'interface sont inexistantes, les flux de patients ne font pas encore l'objet d'une coordination, ils sont plutôt pour l'instant « subis » car le système interfacé n'est pas encore véritablement mis en place, il est à promouvoir... Et ce, d'autant plus qu'à l'heure de restrictions budgétaires dans le domaine des finances publiques, la mise en réseau d'offres de soin de part et d'autre de la frontière franco-italienne, permettrait de réaliser des économies d'échelles, en éliminant les doublons particulièrement coûteux lorsqu'il s'agit d'équipements lourds, ou bien tout simplement en jouant sur les

complémentarités de soins, de services aux personnes. Dans l'article collectif (Groupe Interfaces, 2008) il est écrit au sujet des répercussions spatiales que peuvent avoir une interface « On distingue ainsi les interfaces conduisant à diminuer les différences entre les espaces interfacés, à les maintenir ou à les accroître », dans le cas de cette interface sanitaire ce n'est pas tant la réduction du différentiel qui est visée car elle serait particulièrement coûteuse qu'une utilisation intelligente et raisonnable de ce différentiel.

Cette interface sanitaire pourrait être favorisée par un certain nombre de convergences, liées à des problématiques communes : désertification des zones de montagne, population vieillissante dans ces secteurs, exigences de plus en plus grandes des patients pour disposer à proximité de leur domicile de soins de qualité, manque crucial de personnels paramédicaux, insuffisance voire inexistence de structures de gardes d'enfants dans les zones de montagne (ce qui ne fait d'ailleurs que renforcer le vieillissement de la population)...En fait, des conditions particulièrement favorables à l'émergence d'une interface sanitaire apparaissent depuis peu. Elles concernent l'essor de la télémédecine et plus globalement les nouvelles technologies de l'information et de la communication, qui, en étant au service de la population transfrontalière (suivi à distance et en temps réel du patient, simulations) font véritablement office d'interfaces. A cela, s'ajoutent l'existence de compétences complémentaires de part et d'autre de la frontière, pouvant à terme favoriser le développement de pôles d'excellences (pôles oncologiques), la mise en place de protocoles communs franco-italiens (sur la maladie d'Alzheimer), et les naissances annoncées d'un observatoire de l'offre et de la demande sanitaire transfrontalière (OPSA)², ainsi que d'un système commun de veille et d'alerte sanitaire. Enfin, le manque de personnels paramédicaux qualifiés invite à la création d'une école transfrontalière d'infirmières, et à favoriser les échanges sous forme de colloque en *management* hospitalier. L'objectif est que dans un avenir proche, l'interface sanitaire soit assez puissante pour réduire les inégalités d'accès aux soins de la population transfrontalière, car elles sont difficilement acceptables.

Pour l'instant, cette interface exerce une fonction de capteur/attracteur en raison de la réputation des hôpitaux azuréens, des praticiens français, des délais d'intervention plus longs pour une IVG, mais également et parallèlement une fonction de filtre (sélecteur) particulièrement forte par les revenus, car seuls les patients qui en ont les moyens peuvent se permettre d'être moins bien remboursés ou de faire l'avance des frais. Cette interface exerce également une fonction d'échange, qui ne se traduit pas encore en termes de patients, mais en termes de connaissances par le biais de la télémédecine (Cf. *supra*).

Mais, cette interface sanitaire est ici freinée par essentiellement trois types de cloisonnements. Tout d'abord, le cloisonnement géographique des vallées entre elles (parallèles à la frontière), auquel s'ajoute le cloisonnement administratif des systèmes nationaux de soins (modalités de prise en charge différentes en termes de coûts et de conditions pour en bénéficier), sans

² Observatoire transalpin de la Promotion de la Santé

oublier le cloisonnement linguistique (méconnaissance de la langue du pays voisin) qui rend difficile l'accès à l'information sur l'offre de soins disponible au-delà de la frontière. De ces divers cloisonnements découlent à l'heure actuelle un certain nombre d'inégalités d'accès de la population à des services de soins. Inégalités déclinées en termes de distance-temps, mais également en termes de qualité, ainsi que de délais pour obtenir un rendez-vous. En effet, la distance-temps moyenne au médecin spécialiste est plus élevée dans les provinces italiennes, de l'ordre de 20 minutes, en raison d'une concentration de ces derniers encore plus forte que sur le versant français, essentiellement dans les principales villes (Imperia, San Remo et Cuneo) (figure 1). Cette hyper-concentration des médecins spécialistes étant due à la nature même du système de santé qui est de type beveridgien (Cf. *infra*), peut inciter les patients à franchir la frontière.

Figure 1. Accessibilité des médecins spécialistes par commune dans l'espace franco-italien des Alpes-du-Sud

Parfois, lorsque le différentiel est plus important, que ce soit en termes de coûts et/ou de qualité, l'interface change de nature et d'échelle, le patient prend alors véritablement sa santé en mains et n'hésite pas à faire du « tourisme sanitaire » sur des distances parfois très grandes.

Les interfaces sanitaires de type « tourisme sanitaire »

C. Vers une mondialisation des soins...

Les raisons qui motivent des déplacements de patients sont là encore diverses : des soins moins chers, de meilleure qualité ou perçus comme tels, de longues listes d'attente, l'accès à des « soins » très spécialisés qui n'existent pas dans leur pays d'origine (suicide médicalement assisté en Suisse, le recours à des mères porteuses autorisé aux USA, en Australie ainsi qu'au Japon), des réglementations moins strictes (FIV illimitées en Espagne), des inégalités dans l'efficacité des traitements, ainsi, pour une survie à 5 ans d'un cancer, les pays les mieux placés sont dans l'ordre les USA, suivis de l'Australie et du Japon, l'Europe est en 4^{ème} position et l'Algérie en dernière. Il peut s'agir également de stratégies familiales, afin que les enfants nés par exemple sur un sol étranger obtiennent la nationalité désirée (accouchements à Mayotte, femmes mexicaines qui viennent accoucher aux USA). Ce sont les « disparités de législations, de régimes d'assurances sociale, de ressources sanitaires, de niveau de développement, autant de variables générant des inégalités d'état et de niveaux de santé » qui génèrent la mobilité des patients (Workshop, 2006). Le tourisme sanitaire s'observe à tous les niveaux : des pays riches vers les pays pauvres, des pays pauvres vers les pays riches (à double sens), entre pays pauvres, au sein de l'Union européenne, voire parfois dans un même Etat. Lorsque le tourisme sanitaire s'observe des pays riches vers des pays pauvres, la motivation est alors essentiellement d'ordre économique (soins moins chers), en

sens inverse c'est la qualité des soins qui est recherchée, de même qu'entre pays pauvres³, au sein de l'Union européenne, et dans le dernier cas (entre un même Etat) ce sont des prises en charge différentes qui sont cette fois le moteur des déplacements.

D. Des pays riches vers les pays « pauvres » ou émergents...[8]

La Turquie dispose du plus grand hôpital privé du monde spécialisé en ophtalmologie (le Dünnya Göz Hastanesi, à Istanbul), il est très fréquenté par les allemands et les néerlandais qui s'y rendent munis d'un «pack vacances». Le gain financier est en effet considérable (10 fois moins cher). Selon les estimations de l'association turque du tourisme sanitaire, sur les 20 millions d'étrangers venus visiter la Turquie en 2005, 200 000 auraient ainsi alliées vacances et santé. C'est l'importante communauté turque en Allemagne qui relaie l'information. Cet hôpital a de plus ouvert deux cliniques l'une à Berlin, l'autre à Amsterdam, chargées d'orienter les patients vers Istanbul. Le succès de cet hôpital est du à des délais courts (les patients étrangers passent en priorité), à une technologie de pointe (lasik, intralase, epic lase), et des prix défiant toute concurrence. L'hôpital, transformé en agence de voyages, propose des packs vacances, comprenant les 3 journées de soins, le transport, le logement et la visite de la ville (*all inclusive*). Un autre établissement de ce type est recensé à Istanbul, il se consacre quant à lui aux soins dentaires, qui sont 3 fois moins chers en Turquie. Les longues listes d'attente pour obtenir dans les pays occidentaux une greffe d'organe incitent les patients à se rendre, par exemple, en Inde où les procédures sont « simplifiées ». Ainsi, « l'Inde pratique les greffes d'organes auprès d'une riche clientèle asiatique, moyen-orientale américaine, britannique sud-africaine et suédoise » (Lageiste, 2009). La Tunisie est quant-à elle connue pour ses soins de chirurgie plastique pour une clientèle essentiellement française, la Pologne et la Hongrie pour leurs soins dentaires auprès des allemands, danois et autrichiens qui viennent par cars entiers se faire soigner pour la journée. Aux USA, des sites internet spécialisés (BridgeHealthInternational.com) disposent d'un réseau de plusieurs hôpitaux à travers le monde avec lesquels ils mettent en relation leurs clients. Les clients attirés par des arguments publicitaires qui mettent en avant des soins de haute qualité, des économies substantielles, un haut niveau de services pré/post-traitement (ratio élevé d'infirmières par patient), voire l'accès à des traitements innovants, ont la possibilité de choisir des destinations en fonction de leurs pathologies. Ce type de service s'adresse avant tout à la classe moyenne américaine qui ne possède pas d'assurance privée, tout est prévu et pris en charge par ce prestataire...jusqu'au financement de la procédure. La santé devient avec ce type de pratiques un produit comme un autre...

³ Les Haïtiens qui ont les moyens de voyager à Cuba en profitent pour se faire opérer, ou se faire soigner les dents, c'est même moins cher, le système de santé étant à l'abandon à Haïti (un médecin pour 40 000 habitants, avec une présence seulement hebdomadaire dans les centres de santé)

A titre d'exemple, voici un tableau comparatif (tableau 1) de prix proposés par cette agence, en fonction de différentes destinations, et la comparaison avec des tarifs pratiqués aux USA.

Tableau 1. Comparaison du coût de différentes opérations chirurgicales en fonction des pays, (Source : BridgeHealthInternational.com)

E. Des pays « pauvres » vers les pays riches...[9]

En raison du gradient économique particulièrement fort qui sépare les Etats Unis du Mexique, un certain nombre de mexicains franchissent la frontière pour se faire soigner sur le sol de l'oncle Sam, car les soins américains leur paraissent de meilleure qualité que dans leurs pays, ou pour des spécialités qui n'existent pas chez eux (Guendelman, Jasis, 1991). Inversement, des américains franchissent la frontière dans l'autre sens pour recevoir des soins « banals », moins chers. Les patients qui se croisent, ainsi, le long de la frontière, ne sont, bien entendu, pas, issus de la même classe sociale.

Entre le Laos et la Thaïlande un grand différentiel en matière sanitaire est également notable. En effet, le Laos manque non seulement de médecins et de personnel infirmier qualifiés, mais également d'équipements, de fournitures et de médicaments. Le nombre de médecins en 2005 est seulement de 1286 (soit 2.26 pour 10 000 habitants), et les dépenses de santé par habitants n'étaient que de 11 dollars/an, en 2003. Au sein de l'espace frontalier lao-thaï, les laotiens qui peuvent financer le coût des soins dans les hôpitaux ultra modernes de Ventiane, traversent le Mékong, fleuve frontière guidés en ce sens par des membres de leur famille installés en Thaïlande (réseau de solidarité familiale), par le bouche à oreille, ou bien encore par les publicités pour les cliniques dentaires et les hôpitaux thaïlandais à Nogkai. Parfois, les patients laotiens n'ont pas les moyens de payer leurs traitements. « Certains rapports de santé thaïlandais ont fait état que des hôpitaux proches de la frontière avec le Laos rencontraient d'importants déficits suite à la prise en charge de patients laotiens incapables de payer l'ensemble des soins» (Bochaton, 2009).

Le gouvernement britannique souhaite d'ailleurs obliger les étrangers qui ont recours au National Health Service (NHS) à payer leur traitement à l'avance afin de freiner le tourisme sanitaire, "Les étrangers viennent ici pour un soi-disant voyage d'affaires et, soudainement, ils découvrent qu'ils ont un problème de santé", avait déclaré au Sunday Telegraph, le Ministre de la Santé britannique de l'époque⁴, John Reid. Ce tourisme sanitaire, représenterait la somme de 200 millions de livres par an (286 millions d'euros). Parmi les abus, figurent les femmes enceintes qui arrivent en Grande-Bretagne juste avant la date de l'accouchement. Elles accouchent dans les hôpitaux britanniques avant de repartir dans leur pays d'origine sans payer la facture.

⁴ 2008

F. Entre pays de l'Union européenne [10]

En effet, certains pays se disent victimes du tourisme sanitaire européen. Ainsi, la Confédération des syndicats médicaux de Valence en Espagne assure que sa région est l'une des plus affectées par ce phénomène, puisqu'en 2006 ce n'est pas moins de 125 000 étrangers, essentiellement britanniques, allemands et belges qui ont été opérés, la plupart du temps pour des poses de prothèses de la hanche ou des pontages coronariens. Ces opérations représentent un coût de 88 millions d'euros qui sont à la charge du système de santé Valencien puisqu'en Espagne l'assistance sanitaire est universelle, gratuite et égale pour tout le monde. Comment une telle situation est-elle possible ? « Normalement, ces interventions lourdes sont soumises à l'autorisation du pays d'origine mais pour contourner cette règle les patients étrangers profitent d'une crise de la pathologie dont ils souffrent depuis longtemps pour se présenter aux urgences ». Mais, l'argument économique n'est pas le seul à générer des flux de patients à l'intérieur de l'Europe, en effet, certains systèmes de santé sont connus, en raison de leur nature même⁵, pour produire d'interminables listes d'attente avant que le patient ne puisse bénéficier d'une consultation chez un spécialiste, voire dans certains cas d'une opération non urgente. Un jugement de la Cour de Justice Européenne a conclu que le système de santé anglais (NHS) devait ainsi rembourser les frais d'une patiente britannique qui s'était faite opérer de la hanche en France pour échapper à une longue attente au Royaume Uni.

En théorie, un citoyen de l'Union européenne peut se faire soigner dans un autre pays de l'Union et être remboursé aux conditions en vigueur dans ce pays. La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) remplace depuis 2007 le fameux formulaire E111, mais dans les faits c'est souvent plus compliqué, la plupart des patients ne réussissent pas à accomplir les formalités sur place et repartent chez eux avec des factures qui ne seront remboursées par leur caisse que 6 mois plus tard, le temps que celle-ci procède à des vérifications auprès des établissements étrangers dans lesquels les soins ont été prodigués.

Enfin, le tourisme sanitaire peut être observé à l'intérieur d'un même Etat [11]. En effet des écarts considérables existent entre les Etats américains, car si les soins hospitaliers et les soins de ville sont pris en charge pour les plus pauvres, les personnes de plus de 65 ans et les invalides (*Medicare* et *Medicaid*), pour les médicaments, cela dépend d'un plafond de ressources qui varie selon les Etats. De plus, des centres de santé itinérants sillonnent le pays

⁵ Le NHS est un système de santé de type beveridgien, contrairement au système de santé français qui est de type bismarkien. Dans le cas beveridgien l'offre régule la demande ce qui entraîne parfois un certain nombre de dysfonctionnements, parmi lesquels un éloignement géographique des centres de santé, des listes d'attente longues, et se traduit par un recours aux systèmes des urgences pour les moins aisés, et au système privé pour les autres, voire à des « fuites » vers d'autres Etats. Dans le système de soins français c'est la demande qui régule l'offre (type bismarkien), d'où un maillage du territoire très performant, et un accès aux soins de la population généralement satisfaisant

afin de favoriser un accès aux soins à la population (pauvres et personnes issues de la classe moyenne en raison du coût prohibitif des soins et de l'*insurance*⁶).

Au niveau du «tourisme sanitaire» ce ne sont pas des systèmes sanitaires différents qui sont connectés en vue d'une éventuelle régulation, ou bien afin de favoriser des échanges. Ce sont des individus qui se mettent volontairement en relation avec d'autres systèmes de santé, et le plus souvent avec des structures de soins très particulières. Autre originalité de ces interfaces, la discontinuité n'est pas connexe, une longue distance pouvant parfois séparer le patient et le soin. Ainsi, les fonctions d'échanges, de régulation, particulièrement présentes précédemment sont pratiquement absentes au bénéfice des fonctions de capteur et de sélecteur de ces interfaces. Les patients sont en effet attirés pour les raisons évoquées *supra* vers des destinations susceptibles de leur assurer le service de soins désiré, et seuls les patients qui peuvent s'offrir à la fois le voyage, et ces prestations peuvent logiquement en bénéficier. Des projets de grands complexes hospitaliers de type « Medcity » sont en train de fleurir à proximité des aéroports internationaux dans les métropoles asiatiques pour des patients du Moyen-Orient qui se font soigner en Inde et des patients indiens qui font de même à Singapour. L'interface, c'est à la fois l'avion, le bateau, les cars qui permettent de se rendre à destination, l'information recueillie auprès d'amis, de famille, ou bien celle plus organisée transmise par des agences de voyages spécialisées. Les interfaces de type «tourisme sanitaire» sont *a contrario* des précédents essentiellement des interfaces de nature verticale, puisque ce sont bien les différences de prix ou de qualité qui sont recherchées, mais aussi valorisées par les pays d'accueil (dans le sens des pays riches vers les pays pauvres, ou entre pays pauvres). Analysons à présent d'autres interfaces de type vertical à savoir les interfaces sanitaires de type « crise » que nous pouvons essentiellement observer au niveau des rapatriements sanitaires, et des camps de réfugiés.

Les interfaces sanitaires de type « crise » [12]

Une évacuation sanitaire aérienne (Evasan) consiste à extraire par un vecteur qui peut être un avion⁷ ou bien un hélicoptère⁸, une personne accidentée, blessée ou souffrant d'un problème de santé vers une structure pouvant lui apporter les soins nécessaires à son état. On distingue une Evasan d'un rapatriement sanitaire (Rapasan), où en général le degré d'urgence est moindre. De même, à l'intérieur d'une Evasan le degré d'urgence est décliné en trois catégories :

⁶ Assurance de santé privée qui peut parfois être prise en charge par l'employeur (compris alors dans un « package » d'avantages)

⁷ Avion de ligne commerciale ou spécialisé

⁸ Durant la Guerre de 1870 lors du siège de Paris par les prussiens 160 blessés ont été évacués vers les lignes arrière par 66 ballons

l'Evasan primaire correspond à un degré d'urgence élevé, le transport du patient se fait depuis le lieu d'extraction du patient vers une structure sanitaire d'accueil.

L'Evasan secondaire, degré d'urgence élevé ou modéré : le transfert se fait d'une structure de niveau inférieur vers une structure de technicité supérieure.

Enfin, l'Evasan tertiaire, où le degré d'urgence est faible puisque le transfert se fait entre deux structures de niveau équivalent.

La Fiche INCAD liste la procédure à suivre en cas de rapatriement sanitaire par avion. Si nous reprenons les principales étapes d'une Fiche INCAD, l'interface apparaît très clairement.

En effet, une évacuation sanitaire aérienne se conçoit comme une action consensuelle entre :

- le service d'origine du patient,
- le médecin assurant le transport,
- le service d'accueil,
- la régulation médicale.

Le transport du patient s'effectue, sauf cas particulier « du lit d'origine au lit d'accueil ». Le service d'origine doit avoir contacté et obtenu une place dans un service d'accueil adapté à la pathologie du patient, il produit auprès de l'administration un certificat médical justifiant le transfert et obtient par écrit de l'administration, l'accord de prise en charge financière, enfin, il prend contact avec le médecin régulateur. La régulation médicale prend ensuite le relais, c'est notamment elle qui va assurer toute la logistique du lit d'origine au lit d'accueil. Elle va examiner l'état du patient dans le service d'origine, demander éventuellement un complément thérapeutique ou d'équipement, confirmer la disponibilité du lit d'accueil, et faire le relais entre le lit d'origine et l'aéroport de départ et entre l'aéroport de destination et le lit d'accueil.

Dans les camps de réfugiés⁹ [13], les agences internationales d'aide (Croix Rouge, HCR, MSF) fournissent des soins primaires qui sont centralisés au centre principal de santé du camp. Parfois, les soins à l'intérieur du camp sont meilleurs que ceux que peuvent recevoir la population locale, dans ce cas, l'accès à ce type de structures est ouvert à ceux qui ne sont pas réfugiés. On trouve dans le centre 30 à 40 médicaments essentiels qui ont été sélectionnés en raison de leur efficacité dans les maladies qui peuvent affecter la population réfugiée. Certains camps disposent de blocs de chirurgie ou de cliniques très développés, ils desservent habituellement une population de 200 000 personnes. En général, à côté de ce centre principal on trouve une série de postes sanitaires secondaires, où seuls les soins de base, en cas par exemple de fièvre, sont prodigués, ils desservent quant à eux une population comprise entre 3 000 et 5 000 réfugiés. Parfois, les camps de réfugiés peuvent être dispersés sur de vastes territoires c'est notamment le cas des camps de réfugiés mauritaniens « installés » au Mali et au Sénégal, depuis 1989 suite aux émeutes raciales de Mauritanie. La situation de crise étant terminée les organismes de type HCR sont partis, mais les besoins demeurent plus que jamais.

⁹ Que ce soient les réfugiés du Darfour au Tchad, les réfugiés afghans au Pakistan, somaliens et éthiopiens au Kenya, ou bien encore les réfugiés Karens en Thaïlande, les exemples ne manquent malheureusement pas

Ce sont alors des bénévoles qui prennent le relais (médecins, infirmières) l'interface prend alors la forme d'une caravane sanitaire qui sillonne les différents camps en administrant soins et médicaments. Parfois, le HCR peut également jouer le rôle d'interfaces afin de faciliter l'accès aux soins du pays dans lequel les personnes sont réfugiées, c'est notamment le cas en Iran, avec la création d'un réseau d'unités médicales référentes (MRU)¹⁰.

Les interfaces sanitaires nous venons de le voir sont très variées : depuis des formes de coopération entre Etats voisins, en passant par des mises en concurrence lorsque l'écart est trop grand, pour aboutir à des opérations de solidarités lorsqu'une crise sanitaire l'exige.

Conclusion

Les interfaces sanitaires présentées reposent sur des différentiels de nature politique, institutionnel et administratif, auxquels il convient d'ajouter le différentiel de nature socio-économique pour les interfaces de type « tourisme sanitaire ». Les interfaces sont majoritairement ici de nature horizontale, la verticalité dominant seulement dans les interfaces de type tourisme et crise sanitaire, où la majorité des processeurs sont d'ailleurs à l'œuvre. Au niveau des fonctions, la régulation l'emporte sur celle de l'échange, l'échange de patients n'étant pas encore totalement intégré, ni dans les mentalités, ni dans les faits. A ces deux fonctions traditionnelles de l'interface nous en avons ajouté une nouvelle, apparue à l'examen des interfaces sanitaires : la fonction de transfert. En effet, pour les interfaces de types 2 et 3 il ne s'agit ni d'échange, ni de régulation, mais de flux à sens unique, de transfert vers des destinations moins chères ou de meilleure qualité, voire dans le cas des deux derniers exemples de pure extraction de patients vers des services sanitaires dans lesquels ils vont pouvoir être enfin ou mieux soignés. Les interfaces sanitaires de type tourisme reposent sur la concurrence entre les lieux, elles ne sont pas près de disparaître puisque des destinations seront toujours moins chères que d'autres (même s'il ne s'agit pas toujours des mêmes), et ce d'autant plus que l'interface répond à des besoins dont il favorise la satisfaction (pays émetteurs), et qui constitue une vitrine pour les pays récepteurs. Il convient de souhaiter la réduction des différences sur lesquelles reposent les autres types d'interfaces (coopération et crise). Mais, à l'examen du degré d'interfacité des interfaces de type « coopération transfrontalière » (tableau 1, Avant - Propos) nous constatons que ces dernières possèdent des scores inférieurs à la moyenne (0.37 ; 0.44). Il s'agit là, pour l'instant, de coopération entre des services très spécialisés, très pointus en termes d'efficience, qui dans tous les cas ne s'avère pas suffisante pour créer une véritable dynamique qui se traduirait par une interface plus complète.

Nous terminons notre exposé en évoquant très brièvement l'émergence d'une nouvelle interface en matière de santé, qui concerne la santé environnementale, et où la proximité de

¹⁰ Pour les réfugiés afghans et irakiens sur le sol iranien

sources de pollution issues d'activités humaines (ICPE¹¹, trafic routier, épandage de pesticides...) avec la population, et une population vulnérable en particulier (enfants, personnes âgées) n'est pas sans conséquences sur la santé de ces individus.

En conclusion, les interfaces de nature sanitaire étudiées ici s'apparentent plus à des interfaces qui drainent sur des points très précis les espaces sur lesquels elles s'appuient, la prochaine étape étant celle de l'irrigation en des aspects élargis. Néanmoins, ces interfaces sont comme les interfaces d'autres natures exposées dans cet ouvrage, des lieux de tous les possibles où les contraintes administratives, politiques, ou autres, sont abolies, ou amoindries.

A ce titre, nous pouvons dire que les interfaces sont les prémices d'une nouvelle organisation en devenir, en « néo-construction ». Les interfaces sont dans tous les cas le reflet de la volonté des acteurs de rompre avec l'absurde représenté par des échanges osmotiques inférieurs à leur potentiel.

¹¹ Installations Classées pour la Protection de l'Environnement