

# L'emploi transfrontalier dans le domaine de la santé

---

## Saar-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat

### Analyse du secteur transfrontalier de la santé

Mars 2001



*Grenzregionen*

*Transfrontalier*

*Saar - Lor - Lux*

*Rheinland - Pfalz*

<b>Table des matières</b>	<b>Page</b>
<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>1 Le domaine de la santé dans l'Union européenne</b>	<b>4</b>
1.1 Statut particulier du domaine de la santé	4
1.2 Histoire des systèmes de santé	6
1.3 Dépenses de santé	6
1.4 Efficacité des systèmes de santé	7
1.5 Spécificités culturelles de la santé publique	8
<b>2 Les systèmes de santé dans les trois pays</b>	<b>10</b>
2.1 Le système de santé en Allemagne	10
2.2 Le système de santé en France	10
2.3 Le système de santé au Luxembourg	11
2.4 La santé publique dans la région Saar-Lor-Lux-Rhénanie-Palatinat	11
<b>3 Le secteur de la santé transfrontalier</b>	<b>13</b>
3.1 Coopération transfrontalière entre les établissements de santé	13
3.1.1 Ministère de la santé sarrois	13
3.1.2 Ministère de la santé de Rhénanie-Palatinat	16
3.1.3 Le centre hospitalier de Winterberg	17
3.1.4 Le centre hospitalier universitaire de Homburg	18
3.2 Employés du secteur de la santé transfrontalier	20
3.2.1 Principe de la libre circulation	20
3.2.2 Frontaliers exerçant des professions de santé	20
3.2.3 Compatibilité des formations à l'exemple des infirmiers	23
3.2.4 Avantages et problèmes de l'exercice de la profession d'infirmier au niveau transfrontalier	27
3.2.5 Un cabinet médical franco-allemand	29

<b>Table des matières</b>	<b>Page</b>
3.3 Les patients et le domaine de la santé transfrontalier	30
3.3.1 La situation du frontalier	30
3.3.2 Le service de conseil pour les frontaliers	31
3.3.3 Etude de cas	33
3.3.4 Les secours transfrontaliers	33
<b>4 L'importance du secteur de la santé pour le marché de l'emploi en SLLR</b>	<b>34</b>
4.1 Le domaine de la santé : un facteur économique	34
4.2 Personnes à la recherche d'un emploi dans le domaine de la santé	36
4.3 Places vacantes dans le domaine de la santé	37
4.4 Analyse des potentiels	38
<b>5 Perspectives</b>	<b>39</b>
<b>Liste des tableaux</b>	<b>41</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>42</b>

## **Introduction**

---

L'objectif de la présente étude est d'évaluer l'importance des établissements de santé publics et privés pour le marché de l'emploi de la Grande Région Sarre-Lorraine-Luxembourg-Rhénanie-Palatinat (SLLR) et les possibilités de développement des emplois transfrontaliers existants qui en résultent.

La Grande Région SLLR est la région comptant le plus de travailleurs frontaliers en Europe. La coopération transfrontalière n'a cessé de s'étendre au cours des dernières années à de nouveaux domaines. Bien que le secteur de la santé n'ait été à l'ordre du jour d'aucuns des derniers sommets de la Grande Région, il joue néanmoins un rôle important à de nombreux égards dans l'intégration d'un marché de l'emploi transfrontalier commun.

Cette étude est un premier état des lieux du secteur de la santé transfrontalier. En partant du statut particulier du domaine de la santé dans le processus d'unification européenne (principe de la territorialité), et des différents systèmes de santé des trois pays, elle s'articule autour de trois axes de coopération :

- Coopération transfrontalière des établissements de santé
- Emplois dans le secteur de la santé transfrontalier
- Soins des patients transfrontaliers

L'intérêt et les avantages d'un secteur de la santé transfrontalier, de même que les problèmes de la coopération et les obstacles à la mobilité sont au centre de cette étude.

Le sujet continuera à être étudié et approfondi au cours des prochains exercices budgétaires, car les professions de santé font partie des groupes cibles de EURES.

**Gabriele Holzheimer**

**Iris Schiffmann**

Rédactrices

**Joachim Geppert**

**EURES-Transfrontalier**

Coordinateur

## **1 Le domaine de la santé dans l'Union européenne**

---

### **1. 1 Statut particulier du domaine de la santé**

Les systèmes sanitaires et sociaux jouissent d'un statut particulier au sein de l'Union européenne et du processus d'unification européen. Les réglementations qui prévoient la libre circulation des marchandises, personnes, services et capitaux ne s'appliquent pas à l'accès aux prestations de soins de santé. Les Etats membres de l'Union européenne sont tous d'avis de maintenir le principe de la responsabilité des Etats membres en matière de santé publique. C'est le principe de la territorialité qui joue dans ce domaine. Pour les employés du secteur de la santé en revanche, c'est le principe de la libre circulation des personnes qui prévaut.

Les traités de l'UE de 1992 excluent explicitement le secteur de la santé de « l'harmonisation des lois et règlements entre les Etats membres » (cf. *Medicine and Medical Education in Europe*, p. 31). Cela en toute logique, car la pratique de la médecine repose certes sur des connaissances scientifiques, mais le système de santé en lui-même est construit sur des conventions politiques et sociales, et sur la tradition. C'est ainsi que les domaines de compétence des médecins et des infirmiers divergent, la gestion des établissements peut être publique ou privée, et l'Etat intervient à travers sa compétence de régulation sur le développement pratique.

### **Le principe de la territorialité**

Selon le principe de la territorialité en vigueur, les caisses d'assurance-maladie des Etats membres de l'UE ne financent en règle générale les soins que dans la mesure où les assurés se font soigner dans le pays où ils sont affiliés à une caisse d'assurance-maladie. Si un assuré séjourne en tant que visiteur dans un autre Etat membre de l'UE, et qu'il nécessite des soins urgents, il est traité comme s'il était assuré dans le pays de prestations. Le coût des soins est pris en charge selon le principe des prestations en nature par la caisse d'assurance-maladie du pays d'origine. En dehors de cette réglementation concernant des cas exceptionnels, il est pratiquement impossible aux personnes assujetties à la sécurité sociale (en Allemagne, cela concerne 90% de la population), de se faire soigner dans un pays voisin aux frais de la caisse d'assurance-maladie de leur pays d'origine.

### **Arrêt de principe**

Le 28 avril 1998, la Cour européenne de Justice, dont la juridiction prévaut sur les gouvernements, a prononcé des arrêts de principe dans les affaires des ressortissants luxembourgeois Kohll et Decker, par lesquels la caisse d'assurance-maladie nationale fut astreinte à payer des prestations de soins de santé dispensées à l'étranger. Les décisions ont été fondées sur la législation du marché intérieur, et plus précisément sur la liberté de prestations. Elles ont des implications importantes sur les soins médicaux et dentaires transfrontaliers ambulatoires.

### **Coopération internationale**

La coopération internationale existe depuis longtemps dans le domaine de la santé. En 1926, le corps médical s'organisa à Varsovie en une association de médecins, l'APIM (Association Professionnelle Internationale de Médecine). La Seconde Guerre mondiale mit fin aux activités de cette organisation. L'intégration politique de l'Europe mena à la constitution de nouvelles organisations européennes de médecins. L'une d'elle est le « Comité Permanent », fondé en 1959. Lors d'une rencontre au printemps 2000, ses membres se mirent d'accord sur ce point de vue tourné vers l'avenir : « Le patient doit avoir la liberté de recourir à des prestations de soins de santé au sein de l'UE là où il veut. Il doit pouvoir escompter que son système de financement national est valable dans l'ensemble de l'UE. » Le « Comité Permanent » a proposé à l'EU qu' « un système de santé publique de haut niveau et un accès aux soins médicaux égal pour tous comptent au nombre des droits (fondamentaux) du citoyen européen. »

La liberté des citoyens de l'UE de pouvoir recourir à des prestations de soins de santé dans tous les Etats membres de l'UE est une condition préalable primordiale à l'intégration d'un marché commun de l'emploi dans le domaine de la santé.

## 1.2 Histoire des systèmes de santé

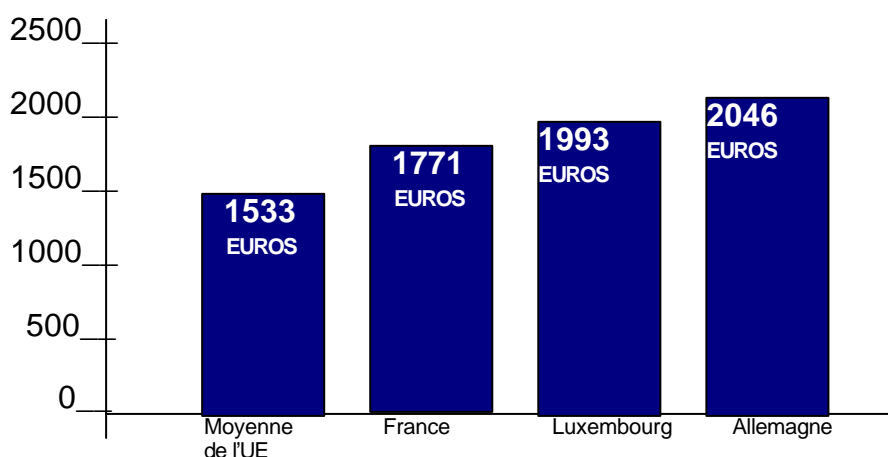
L'assistance médicale est partie intégrante des principes de la protection sociale qu'une nation fournit à ses citoyens. Il existe dans ce domaine de grandes différences. Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, les médecins étaient réservés aux riches, alors que les masses populaires devaient se soigner avec les moyens du bord ou faire appel à des guérisseurs. L'Allemagne fut le premier pays à adopter et introduire une législation en matière d'assurance-maladie. Les autres pays suivirent ultérieurement, souvent poussés par des courants religieux de bienfaisance et par l'introduction du suffrage universel. L'Etat prit de plus en plus d'obligations envers ses électeurs à sa charge, qui bientôt allèrent « du berceau au cercueil ». Quatre types de système se cristallisèrent :

1. Le système scandinave et britannique considère que l'assistance médicale est du ressort de l'Etat. Les hôpitaux sont publics.
2. La Belgique, la France, l'Allemagne et le Luxembourg introduisent un régime obligatoire, mais la gestion des hôpitaux est libre.
3. Les pays méditerranéens prévoient un système mixte, où ceux qui veulent s'assurer peuvent le faire, les prestations relèvent des domaines publics et privés.
4. L'Europe centrale et de l'est introduisent un système socialiste avec un libre accès pour tous aux prestations de soins de santé publique.

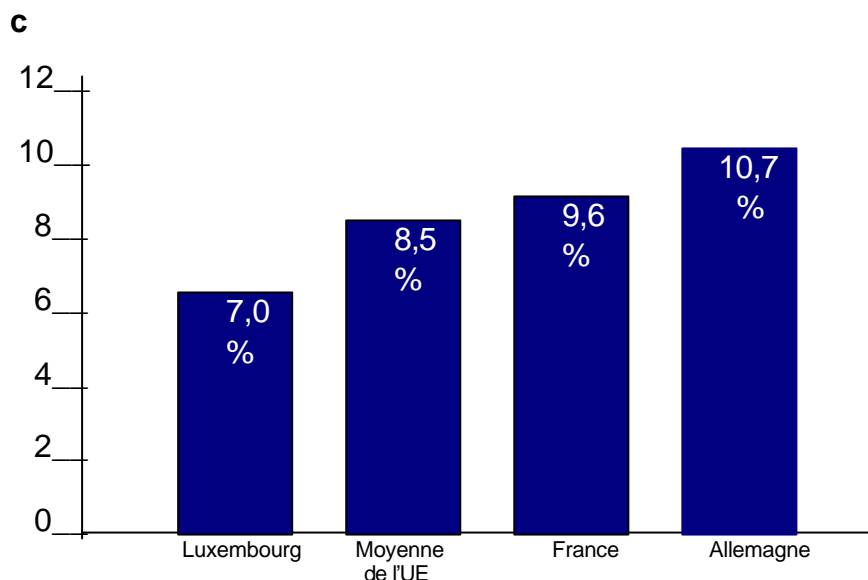
De nos jours, les systèmes continuent à se développer – à l'exception du quatrième, aujourd'hui disparu – souvent dans un objectif d'équilibre entre coûts et utilité.

## 1.3 Dépenses de santé

**Tableau 1 Dépenses par an et par habitant en EUROS**



1997 (Source : Gesundheitssysteme im Wandel)



#### 1.4 Efficacité des systèmes de santé

Tableau 3

<b>Place 1</b>	<b>France</b>
<b>Place 2</b>	<b>Italie</b>
<b>Place 7</b>	<b>Espagne</b>
<b>Place 9</b>	<b>Autriche</b>
<b>Place 12</b>	<b>Portugal</b>
<b>Place 14</b>	<b>Grèce</b>
<b>Place 16</b>	<b>Luxembourg</b>
<b>Place 17</b>	<b>Pays-Bas</b>
<b>Place 18</b>	<b>Angleterre</b>
<b>Place 19</b>	<b>Irlande</b>
<b>Place 21</b>	<b>Belgique</b>
<b>Place 23</b>	<b>Suède</b>
<b>Place 25</b>	<b>Allemagne</b>
<b>Place 31</b>	<b>Finlande</b>
<b>Place 34</b>	<b>Danemark</b>
<b>Place 191</b>	<b>Sierra Leone</b>

Source : WHO 2000

L'organisation mondiale de la santé (WHO) a réalisé en 2000 une étude comparative à l'échelle mondiale sur l'efficacité des systèmes de santé dans l'esprit d'une analyse rapportant les dépenses aux prestations. La France est arrivée en tête de cette comparaison. Des critères de nature fondamentale ont été utilisés. Il s'agit d'une part de chiffres concrets comme par exemple l'espérance de vie et le taux de natalité, d'autre part d'évaluations d'experts, comme l'accessibilité de l'ensemble de la population aux établissements de santé publique ou la part des dépenses à la



charge du patient. Les résultats de cette étude ont bien sûr reçu un accueil très favorable en France. Toutefois certaines voix se sont élevées dans la presse française pour rappeler qu'il s'agissait là de données tirées de plans mis en place par l'Etat centralisé et non pas de prestations de santé publique réelles en mesure de refléter les particularités des provinces. Les critères ont été choisis en premier lieu en fonction de leur disponibilité dans tous les pays étudiés et ne peuvent de ce fait différencier dans le détail.

Au niveau mondial, on retrouve aux côtés de la France dans le groupe de tête le Luxembourg aussi bien que l'Allemagne, ainsi que tous les autres pays membres de l'UE en ce qui concerne la qualité et l'accessibilité aux prestations de santé. L'Allemagne toutefois paie sa place au prix fort pour un résultat moyen par rapport aux autres pays de l'UE.

### **1.5 Spécificités culturelles de la santé publique**

Dans son livre « Andere Länder, andere Leiden » (« Autres pays, autres maux ») (1988), traitant l'Allemagne, la France, l'Angleterre et les Etats-Unis, Lynn Payer a démontré que si la médecine profite des avancées de la science, l'influence des facteurs culturels se fait quant même sentir à tout moment dans chaque pays.

Ce sont le plus souvent des problèmes quotidiens tels que la grande fatigue, les angoisses, l'hypertension, les infections virales et la contraception, auxquels il n'y a pas toujours de solution « scientifique » qui conduisent les patients chez le médecin. La façon dont un médecin soigne ces problèmes est souvent plus importante, pour la vie quotidienne, que les méthodes de traitement des maladies rares, même si celles-ci s'orientent peut-être davantage vers la science et les standards internationaux.

Les honoraires du médecin et le système d'assistance médicale ont une influence sur les soins. Un médecin espagnol soignera la blessure d'un patient avec deux points de suture, car en Espagne le soin d'une blessure est payé sur une base forfaitaire. Un médecin autrichien ferait six points de suture, un médecin belge en ferait autant que possible, car leurs honoraires varient en fonction du nombre de points.

Les Allemands ont tendance à prendre d'énormes quantités de médicaments pour le cœur et les médecins allemands diagnostiquent facilement une déficience cardiaque à partir de symptômes qui ne mèneraient aucun médecin en France, en Angleterre ou en Amérique à ce diagnostic. Il n'y a pas de mot allemand pour « chest pain » (douleurs dans la poitrine) si bien que le patient allemand doit parler de « douleurs cardiaques ». Il se peut aussi que le médecin allemand, lorsqu'il parle de « faiblesse cardiaque », veuille simplement dire fatigue du patient. Alors qu'il existe 85 médicaments différents en Allemagne pour soigner une basse tension, qu'on utilise aussi l'hydrothérapie et les bains, en Amérique, cette basse tension donne droit au patient qui en « souffre » à de meilleures conditions pour une assurance-vie.

Les Français ont tendance à parler de migraines pour désigner des maux de tête, alors qu'ils parlent souvent de « crise de foie » pour une véritable migraine. Une infection virale inquiète un Français beaucoup plus qu'un foie en mauvais état. En Allemagne, c'est exactement le contraire.

La passion de Descartes pour la logique et la théorie, et son mépris des données expérimentales ont influencé le mode de pensée français de manière durable. Vue la grande importance que les Français accordent au raisonnement, il n'est pas étonnant que les consultations (sans aucuns soins) soient bien mieux honorées en France et qu'elles durent en moyenne beaucoup plus longtemps qu'en Allemagne.

On peut comparer la manière d'établir un diagnostic français à un puzzle, dans lequel chaque morceau (=symptôme) s'emboîte pour former un ensemble. En Amérique ou en Allemagne, au contraire, les médecins établissent leur diagnostic en règle générale selon le principe d'exclusion, c'est-à-dire que tous les diagnostics possibles sont évoqués, examinés et et le cas échéant, rejetés. La tendance des médecins à se conduire de façon autoritaire paraît particulièrement prononcée en Allemagne. Interrogés sur les conjectures des patients à propos de l'origine de leurs maux, plusieurs médecins allemands ont répondu que les patients allemands n'exprimaient pas de suppositions, car on leur avait appris que ce n'était pas à eux d'établir un diagnostic.

## **2 Les systèmes de santé dans les trois pays**

---

### **2.1 Le système de santé en Allemagne**

Le système sanitaire est très réglementé. Il existe sept grandes caisses d'assurance-maladie disposant d'un réseau de plus de 1000 agences, qui couvrent 90% de la population. Les dépenses de santé sont réparties entre les employeurs et les employés, dont les cotisations suivent un barème fixe. Les personnes à revenus élevés ne sont pas soumises à l'obligation de s'assurer. Les hôpitaux sont divisés en trois catégories: la moitié sont des établissements publics, les autres sont à but non lucratif et sont gérés par des associations religieuses, ou la croix rouge. 4% sont privés à but lucratif. Les médecins employés dans les cliniques sont salariés. Les services de médecine ambulatoire peuvent être généraux ou spécialisés mais n'ont pas accès aux cliniques. De là vient en partie le système des examens doubles, « la médecine spécialisée à deux niveaux », qui engendrent des dépenses élevées. Les organismes de santé publique limitent leurs activités au contrôle des maladies contagieuses et aux questions d'environnement.

### **2.2 Le système de santé en France**

C'est un système pluraliste, le mode de financement est à la fois public et privé. Les 4/5<sup>e</sup> de la population sont affiliés à la sécurité sociale, régie par la loi et financée par les employeurs et les employés. Des caisses d'entreprises et d'autres fonds complètent le mode de financement. 2/3 des lits d'hôpitaux relèvent d'organismes publics qui gèrent le budget qui leur est attribué. Les cliniques appartiennent à des médecins ou à des entreprises et facturent sur une base contractuelle. Les médecins généralistes libéraux et les infirmières libérales sont rémunérés à l'acte en fonction d'un barème fixe. Les patients peuvent directement s'adresser à des spécialistes. Le système de santé publique travaille conjointement avec le système d'aide sociale et les communes. Le mode de financement des prestations de soins contribue à la responsabilisation du patient en matière de maîtrise des dépenses de santé. Les soins ambulatoires sont pris en charge par la caisse d'assurance-maladie selon le principe du remboursement des frais, mais seulement à hauteur de 65% des coûts (sauf en Alsace-Moselle qui dispose d'un statut spécial : 90%). De même, en cas d'hospitalisation, 20% des frais en soins médicaux sont à la charge du patient.

Presque 90% des Français ont une assurance complémentaire auprès d'une mutuelle afin de minimiser le risque d'une prise en charge à leurs propres frais.

### **Le plan Juppé**

Le plan Juppé de 1996 est une réforme sanitaire et sociale, et particulièrement une réforme des hôpitaux qui prévoit le soutien de coopérations entre hôpitaux publics et privés, la création de prestations intra-structurelles supplémentaires, par exemple le matériel médical lourd et le développement de réseaux d'assistance entre les services ambulatoires et hospitaliers. Les hôpitaux sont enjoins à développer des programmes d'assistance régionaux. La réforme les encourage à conclure des accords avec des cliniques privées, mais aussi avec des médecins libéraux et des organismes socio-médicaux dans l'objectif d'utiliser en commun les infrastructures, les appareils de diagnostic et les équipements.

### **2.3 Le système de santé au Luxembourg**

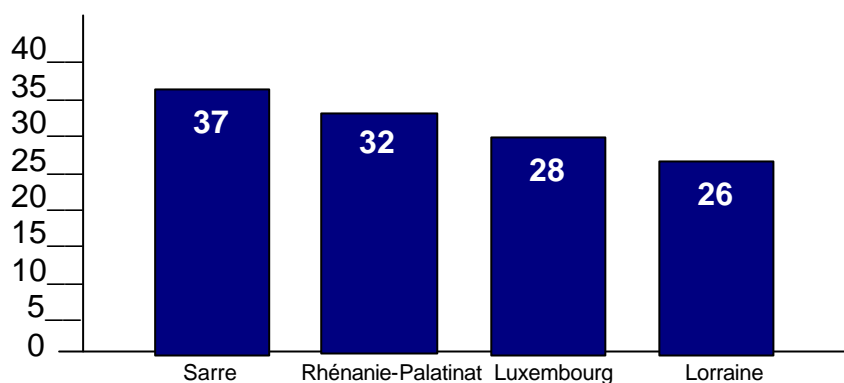
La petite taille du pays confère une bonne vue d'ensemble du système. Il existe 12 caisses d'assurance-maladie au Luxembourg, l'affiliation à l'une d'elle est obligatoire. Les employés et les employeurs se partagent les cotisations. La quasi-totalité des cliniques appartient aux communes ou aux associations religieuses. Les médecins employés dans les cliniques sont rémunérés à l'acte, les patients sont libres de choisir leur praticien.

### **2.4 La santé publique dans la région Saar-Lor-Lux-Rheinland-Pfalz**

**Tableau 4 Nombre de médecins, dentistes et pharmacies en SLLR**

	<b>Sarre</b>	<b>Lorraine</b>	<b>Luxembourg</b>	<b>Rhénanie-Palatinat</b>
<b>Médecins</b>	<b>4 007</b>	<b>6 388</b>	<b>1 069</b>	<b>12 989</b>
Salariés	2 483	2 511	?	7 364
Libéraux	1 524	3 877	?	5 625
Généralistes	1 832	3 264	353	5 763
Spécialistes	2 175	3 124	716	7 226
<b>Dentistes</b>	<b>632</b>	<b>1 456</b>	<b>260</b>	<b>2 070</b>
<b>Pharmacies</b>	<b>364</b>	<b>750</b>	<b>86</b>	<b>1 160</b>

Chiffres pour 1997; Source : Annuaire statistique 2000

**Tableau 5: Nombre de médecins pour 10 000 habitants en SLLR**

Chiffres pour 1997; Source : Annuaire statistique 2000

**Tableau 6: Nombre de lits disponibles en SLLR**

	Sarre	Lorraine	Luxembourg	Rhénanie-Palatinat
<b>Hôpitaux publics</b>	4 937	6 946	2 058	9 783
<b>Hôpitaux privés</b>	3 169	4 688	867	18 506
<b>Total</b>	8 106	11 634	2 925	28 289

Chiffres pour 1997; Source : Annuaire statistique 2000

**Tableau 7: Effectifs hospitaliers en SLLR**

	Sarre	Lorraine	Luxembourg	Rhénanie-Palatinat
<b>Infirmiers et aides-soignants</b>	6 836	23 541	?	20 554
<b>Sages femmes</b>	102	668	143	496
<b>Masseurs, kinésithérapeutes</b>	232	1 264	?	1 002

Chiffres pour 1997; Source : Annuaire statistique 2000

**Tableau 8: Décès par cause en SLLR**

	<b>Sarre</b>	<b>Lorraine</b>	<b>Luxembourg</b>	<b>Rhénanie-Palatinat</b>
<b>Maladies cardio-vasculaires</b>	<b>6 249</b>	<b>6 944</b>	<b>1 565</b>	<b>19 615</b>
<b>Tumeurs malignes</b>	<b>3 042</b>	<b>5 859</b>	<b>969</b>	<b>10 956</b>
<b>Accidents de la route</b>	<b>77</b>	<b>297</b>	<b>57</b>	<b>364</b>
<b>Suicides</b>	<b>99</b>	<b>450</b>	<b>86</b>	<b>597</b>

Chiffres pour 1997; Source : Annuaire statistique 2000

### **3 Le secteur de la santé transfrontalier**

---

On distingue trois niveaux dans le secteur de la santé transfrontalier. Premièrement, le niveau de la coopération entre les établissements de santé, deuxièmement celui des frontaliers employés dans le domaine de la santé et troisièmement les patients qui soit directement en tant que frontaliers sont couverts par un système de santé, soit indirectement profitent de la coopération transfrontalière.

#### **3.1 Coopération transfrontalière entre les établissements de santé**

##### **3.1.1 Ministère de la santé sarrois**

Afin de mieux pouvoir évaluer la coopération transfrontalière régionale dans le secteur de la santé, le ministère de la santé sarrois a réalisé en 1999 un sondage sur l'état actuel de la coopération entre les hôpitaux sarrois d'une part et les hôpitaux en Lorraine et au Luxembourg d'autre part. En voici les principaux résultats :

##### **Soin des patients étrangers**

2054 patients français et 379 patients luxembourgeois ont été soignés en 1998 dans les hôpitaux sarrois. Ceci représente plus du double des patients français et presque la moitié des patients luxembourgeois soignés en 1990. Mais ces chiffres ne représentent toutefois qu'un faible pourcentage de l'ensemble des patients hospitalisés. Cela n'est pas dû à un manque de capacité d'accueil ni à un manque de

volonté de la part des hôpitaux sarrois, mais à une diminution très importante de la prise en charge des prestations en cas d'hospitalisation de patients transfrontaliers.

### **Facturation des prestations de soins de santé dispensées aux patients étrangers**

Une nouvelle réglementation du décret fédéral sur les tarifs de prestations de santé permet aux hôpitaux depuis 1998 soit de porter les prestations dispensées aux patients étrangers au budget de l'hôpital, soit de les en extraire. L'hôpital en retire l'avantage qu'un nombre en hausse de patients étrangers lui apporte des recettes supplémentaires qui lui restent en propre. Un hôpital a commencé en 1999 à opter pour ce choix et en 2000 trois autres hôpitaux avaient prévu de le faire.

### **Coopérations**

Cinq hôpitaux travaillent déjà en étroite collaboration avec des établissements partenaires ou ont prévu de le faire. Ces coopérations portent sur :

- L'échange d'expérience dans le domaine médical
- La formation continue
- L'échange de personnel médical et soignant
- L'utilisation d'infrastructures médicales à l'avenir
- La constitution de comités médicaux dans certains cas

### **Collaboration avec d'autres institutions et établissements médicaux**

- Les CHU de Nancy et Homburg ont signé en 1997 une vaste convention de collaboration : collaboration scientifique, échange d'étudiants en médecine, de médecins, de personnels soignants et d'autres professions de santé
- Convention sur l'échange de futurs infirmiers et aides-soignants entre l'hôpital évangélique Fliedner de Neunkirchen et le lycée professionnel régional de Freyming-Merlebach
- Possibilité pour les médecins luxembourgeois de passer une partie de leurs études de spécialisation dans des hôpitaux sarrois.
- Collaboration dans le domaine de la recherche expérimentale sur les accidents vasculaires cérébraux entre l'hôpital Caritas de Dilling et le CHU de Nancy

- Projet de recherche « Travail et sommeil » de l'hôpital Caritas de Dilling en collaboration avec les forges et aciéries de Dilling et les usines Ford de Saarlouis
- Collaboration entre la clinique de rééducation gériatrique de Mettlach et le service de formation socio-familiale et le centre médico-social du Luxembourg

### **Participation à des manifestations transfrontalières**

La plupart des hôpitaux ont participé à des manifestations transfrontalières sur les sujets suivants:

- formation continue des médecins
- congrès franco-allemand sur la recherche sur le sommeil
- symposiums psychiatriques Saar-Lor-Lux
- assurance-qualité
- achat de matériel
- externalisation

### **Importance de la collaboration transfrontalière**

L'importance accordée à la collaboration transfrontalière atteint une moyenne de 3,9 sur une échelle allant de 1 (« tout à fait secondaire ») à 6 (« très importante »).

Précisons que quatre hôpitaux ont évalué la collaboration « très importante » et qu'aucun ne l'a jugée « tout à fait secondaire ».



### **Les obstacles à un essor de la collaboration transfrontalière**

- Problèmes linguistiques
- Migration du personnel vers le Luxembourg en raison des salaires plus élevés
- Incompatibilité des structures d'assistance, des systèmes d'assurance et de prise en charge, et les formalités de facturation fastidieuses qui en résultent
- Divergences des formations de base et continue
- Variations des législations, par exemple dans le domaine de l'hygiène
- Lieu de résidence éloigné des frontières

### **Questions ouvertes :**

**Qui coordonne, organise et finance la collaboration?**

**Quelle est l'utilité de l'ensemble ?**

### **3.1.2 Ministère de la santé de Rhénanie-Palatinat**

Le Land de Rhénanie-Palatinat voudrait renforcer la collaboration transfrontalière, en particulier avec la France. En dépit de la législation en vigueur, qui complique voire empêche totalement la prise en charge médicale en milieu hospitalier aigu, le ministère de la santé de Rhénanie-Palatinat a mis en place les initiatives suivantes :

- Les possibilités concrètes de collaboration au niveau de l'emploi avec l'Alsace ont fait l'objet d'une étude en début d'année. Une assistance transfrontalière entre l'hôpital St Joseph de Dahn et l'Alsace dans divers domaines a été retenue et est actuellement à l'étude entre les hôpitaux de Wissembourg et Dahn.
- Un sondage portant sur le sujet de la dialyse a été réalisé : la prise en charge d'assurés français dans les hôpitaux frontaliers du Palatinat. Les résultats ne sont pas encore connus.
- Un traité de coopération doit être signé cette année entre les autorités françaises et la clinique de traumatologie de Ludwigshafen, portant sur la prise en charge de grands brûlés.

### **3.1.3 Le centre hospitalier de Winterberg**

#### **Echange de personnel qualifié**

Le Ministère de la santé français a mis en place en 1995 un programme d'échange de plusieurs semaines à l'intention du personnel spécialisé entre l'hôpital du Parc de Sarreguemines et le centre hospitalier de Winterberg. Le système de formation français ne disposant pas de filière spécialisée en puériculture, les infirmières françaises étaient surtout intéressées par un stage à la clinique pour enfants afin de découvrir la méthodologie utilisée dans les soins et les traitements des nourrissons et des enfants. Les Français voulaient également se renseigner au sujet des techniques de médecine de pointe pratiquées aux services des soins intensifs et des maladies infectieuses. Les Allemands étaient intéressés par les disciplines opératoires et traditionnelles en France. Les relations en usage en France avec les praticiens, reposant en grande partie sur le principe de l'égalité, tout comme la possibilité d'effectuer des actes professionnels dits plus qualifiés (voir tableau 14) représentaient un attrait supplémentaire plaidant pour un stage en France.

Les résultats de ce programme ont montré que seuls les Français avaient manifesté de l'intérêt pour l'échange. Sept Français et seulement deux Allemands ont profité de cette offre d'échange. Le personnel spécialisé allemand a été rebuté par la perspective de travailler dans les locaux anciens de l'hôpital français (vieilles salles, couloirs haut de plafond etc.) et par un appareillage jugé obsolète et un manque de matériel qui lui est inhabituel. Le système des médecins libéraux pratiquant en milieu hospitalier, structure peu connue des Allemands, ainsi que les propres qualifications, ressenties comme moindres par rapport à la formation des Français, ont constitué d'autres motifs expliquant le manque d'intérêt. Cet échange eut lieu une fois et ne fut pas renouvelé.

#### **Journées d'information pour les élèves infirmiers**

Dans le cadre d'une manifestation sur une journée, les élèves de deuxième année découvrent le système de formation et les infrastructures de l'hôpital du pays voisin. La matinée se déroule à Sarreguemines, l'après-midi à Sarrebruck. Les participants jugent cette journée positive dans l'ensemble et complimentent certains de leurs condisciples du pays voisin pour leurs connaissances linguistiques. A l'avenir, cette journée continuera à être organisée une fois par an.

### **Formation des élèves infirmiers durant quatre semaines**

L'institut de formation en soins infirmiers de Sarreguemines n'est actuellement pas en mesure d'assurer de formation dans le domaine de la chirurgie. C'est pourquoi six élèves iront en mars 2001 – et cinq en mai – passer quatre semaines de leur formation au centre hospitalier de Winterberg dans les services de chirurgie orthopédique, générale et le service de traumatologie. Bien que presque tous les élèves inscrits disposent de connaissances en allemand, les responsables des soins infirmiers veillent lors de l'élaboration du programme, à ce qu'un personnel qualifié parlant français soit présent. Au cœur de cette formation se trouvent les soins pré- et postopératoires, différentes méthodes de prophylaxie, des techniques de kinésithérapie ainsi qu'une introduction aux méthodes de diagnostic (poser et établir le protocole de diagnostic). D'autre part, les élèves participent aux discussions des soins avec les patients, aux visites des médecins et aux entretiens d'information. Les élèves rentrent chez eux tous les soirs. Ce projet ne génère aucun frais en dehors des frais d'accueil.

#### **3.1.4 CHU de Homburg**

La clinique entretient des contacts réguliers avec la France, le Luxembourg et l'hôpital militaire de Landstuhl.

#### **Collaboration avec le CHU de Nancy**

La collaboration repose sur la convention de coopération signée en 1997. Depuis, tous les ans a lieu un échange de personnel qualifié allant jusqu'à deux semaines, auquel participent 15 Allemands et 15 Français. Les employés au niveau administratif des deux hôpitaux ont l'occasion de découvrir les habitudes du pays voisin dans le cadre d'un échange.

#### **Collaboration avec le Centre Hospitalier (CHL) d'Ettelbruck**

L'infirmier en chef du CHU de Homburg donne régulièrement des cours de « Management » à Ettelbruck. Deux élèves luxembourgeois passent actuellement une partie de leur formation à Homburg dans le cadre du programme européen "Leonardo".

## Cours de langue

Depuis cinq ans ont lieu une fois par an un cours de français pour débutants, un cours de perfectionnement et un cours axé sur le langage médical. Au début, avec 50 à 60 participants, la demande était très élevée. Cette année, ce ne sont pas moins de 25 employés qui se sont inscrits. Faute de demandes, le centre hospitalier de Winterberg ne propose pas de cours de langue cette année..

### Utilité et succès de la collaboration transfrontalière

- Possibilités d'échange informel de connaissances sur les « best practices » dans les domaines du diagnostic, de la thérapeutique, des soins, de l'assurance-qualité, de l'utilisation de matériel, de la facturation etc.
- Evaluer et comprendre les activités exercées dans un contexte en changement
- Prendre conscience des manières de penser et d'agir soumises à des influences culturelles
- Adaptation aux besoins de patients allemands, français et luxembourgeois

### A long terme : une meilleure utilisation des infrastructures existantes entraînant des avantages économiques

En dehors de quelques exceptions, la collaboration transfrontalière est considérée en Sarre par les deux centres hospitaliers régionaux (Homburg et Winterberg) – et par conséquent par leurs partenaires lorrains et luxembourgeois – et par les hôpitaux proches des frontières comme un **objectif important**. Le rôle accordé à la coopération transfrontalière dépend en grande partie du point de vue de la direction des hôpitaux et surtout de l'**investissement personnel** de certains employés, convaincus d'une part de « l'idée européenne » et d'autre part des avantages économiques résultant à long terme d'une collaboration transfrontalière.

## **3.2 Employés du secteur de la santé transfrontalier**

### **3.2.1 Principe de la libre circulation**

Tous les Etats membres reconnaissent à présent les diplômes débouchant sur l'exercice d'une profession de santé, c'est-à-dire que les employés ont le droit et la possibilité d'exercer leur profession dans tous les Etats membres de l'Union européenne. Le principe de la libre circulation est tout aussi bien à l'avantage des employés que des établissements de santé.

### **3.2.2 Frontaliers exerçant des professions de santé**

D'où viennent les personnes employées dans le secteur de la santé en Rhénanie-Palatinat et en Sarre, mais qui n'y habitent pas? La très grande majorité vient du Land allemand voisin (la Sarre ou la Rhénanie-Palatinat). Très peu viennent de Lorraine ou du Luxembourg. Les quelques Luxembourgeois ont certainement choisi leur lieu de travail transfrontalier pour des raisons familiales. Le nombre des Lorrains est nettement plus élevé. Il est intéressant de comparer le nombre des Sarrois exerçant en Rhénanie-Palatinat et celui des habitants de Rhénanie-Palatinat travaillant en Sarre. Les mouvements migratoires sont à peu près équilibrés. En fait, les employés pourraient travailler dans leur Land, au lieu d'avoir une activité transfrontalière. En d'autres mots, les avantages sont les mêmes dans les deux sens et s'annulent réciproquement. En tout état de chose, la balance ne penche pas dans un sens ou l'autre, comme c'est souvent le cas pour les frontaliers de frontières nationales.

**Tableau 9 Frontaliers exerçant une profession de santé en Rhénanie-Palatinat à titre de salarié assujéti à la sécurité sociale**

Lieu de résidence	Lorraine	Luxembourg	Sarre
<b>Profession</b>			
Médecins	9	7	168
Dentistes	1	1	4
Vétérinaires	/	/	3
Pharmaciens	/	2	34
Homéopathes	/	/	2
Masseurs, kinésithérapeutes	8	1	83
Infirmières, sages- femmes	40	4	783
Aides-soignants	15	1	80
Assistants*	1	/	18
Assistants médicaux	19	3	161
Techniciens en analyses biomédicales	2	/	62

\*Assistants diététiciens, préparateurs en pharmacie Chiffre : Juillet 1999; Source : Landesarbeitsamt

**Tableau 10 Frontaliers exerçant une profession de santé en Sarre à titre de salarié assujéti à la sécurité sociale**

Lieu de résidence	Lorraine	Luxembourg	Rhénanie- Palatinat
<b>Profession</b>			
Médecins	45	2	154
Dentistes	2	/	4
Vétérinaires		/	4
Pharmaciens	4	/	11
Homéopathes	/	/	3
Masseurs, kinésithérapeutes	19	/	102
Infirmières, sages- femmes	109	/	776
Aides-soignants	94	/	119
Assistants*	5	/	25
Assistants médicaux	95	1	209
Techniciens en analyses biomédicales	32	/	87

\*Assistants diététiciens, préparateurs en pharmacie Chiffre : Juillet 1999; Source : Landesarbeitsamt

## En Lorraine

Le nombre des Luxembourgeois travaillant en Allemagne est déjà en lui-même très réduit et, selon l'ANPE, le nombre des Luxembourgeois et des Sarrois travaillant dans le domaine de la santé en Lorraine peut se compter sur les doigts d'une main.

**Tableau 11 Frontaliers exerçant une profession dans le domaine de la santé au Luxembourg à titre de salarié assujetti à la sécurité sociale (y compris les organismes à caractère social tels que les orphelinats, les maisons de retraite et les établissements pour handicapés)**

Lieu de résidence	Allemagne	France	Total
Salariés			
Femmes	577	1 428	2 005
Hommes	236	269	505
<b>Total</b>	<b>813</b>	<b>1 697</b>	<b>2 510</b>

Chiffres au 31 mars 2000; Source : IGSS

**Tableau 12 Frontaliers exerçant en milieu hospitalier au Luxembourg à titre de salarié assujetti à la sécurité sociale**

Lieu de résidence	Allemagne	France	Total
Type d'hôpital			
Hôpitaux d'aigus	252	813	1 065
Etablissements de rééducation	8	13	21
Cliniques psychiatriques	41	4	45
<b>Total</b>	<b>301</b>	<b>830</b>	<b>1 131</b>

Chiffres au 31 mars 2000; Source : IGSS

### 3.2.3 Compatibilité des formations : exemple des infirmiers

Selon le principe de la libre circulation, chaque pays reconnaît les diplômes obtenus dans les autres pays, mais il y a toutefois des différences entre les programmes et les objectifs des formations en raison des activités à exercer dans la vie professionnelle dans le domaine des soins infirmiers.

**Tableau 13 Grille horaire des formations en soins infirmiers**

	<b>Allemagne</b>	<b>France</b>	<b>Luxembourg</b>
<b>Nombre d'heures prescrit par la loi</b>	<b>Oui</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b> (grille horaire)
<b>Enseignement théorique</b>	<b>1 600 heures</b>	<b>2 240 heures</b>	<b>1 756 heures</b>
<b>Stages cliniques</b>	<b>3 000 heures</b>	<b>2 275 heures</b>	<b>1 688 heures</b>
<b>Total</b>	<b>4 600 heures</b>	<b>4 760 heures</b>	<b>3 444 heures</b>

Chiffre : Mars 2001; Source : recherches internes

Ce qui frappe si on compare les grilles horaires des formations en soins infirmiers respectives, c'est le caractère nettement orienté vers la pratique de la formation allemande, l'équilibre entre la théorie et la pratique en France et le nombre total d'heures beaucoup moins élevé au Luxembourg.

### **Objectifs et programmes des formations en soins infirmiers**

Les objectifs et les programmes des formations en soins infirmiers des trois pays sont orientés vers la réalité de la vie professionnelle telle que les infirmiers seront amenés à la rencontrer dans les hôpitaux. Celle-ci varie en fonction des systèmes de santé. La France et le Luxembourg pratiquent le système des médecins libéraux exerçant en milieu hospitalier qui induit une présence médicale plus réduite et entraîne par conséquent pour le personnel para-médical la possibilité, mais aussi le devoir de prendre des décisions de façon autonome et d'appliquer les mesures nécessaires. Il en découle par rapport aux hôpitaux allemands une collaboration accrue à la formulation du diagnostic et de la thérapeutique.



## **Particularités des systèmes de formation en soins infirmiers**

### **Allemagne**

Le législateur n'a pas clairement défini la responsabilité médicale entre médecins et infirmiers en Allemagne. En principe, le diagnostic et la thérapeutique incombent au médecin, mais il peut en déléguer l'exécution au personnel soignant. Il est en ce cas à la fois responsable du choix d'un personnel soignant qualifié pour exécuter ses ordres et de la prescription précise des mesures à appliquer, c'est-à-dire qu'il porte la responsabilité de déléguer et de prescrire. Le personnel soignant désigné est responsable de l'exécution « selon les règles de l'art » des prescriptions du médecin. S'il se charge d'une tâche qui lui est déléguée bien qu'il estime ne pas en avoir les compétences, on parle de „faute de prise en charge“. En ce cas, on peut lui demander des comptes, de même pour le cas où il exécute une mesure tout en sachant qu'elle est incorrecte.

Il faut remplir certaines conditions pour pouvoir diriger un service de soins infirmiers en Allemagne. Le personnel dirigeant du futur service doit justifier entre autres d'au moins deux ans d'expérience de soins infirmiers à plein temps – dont un an en service de soins infirmiers à domicile – et avoir suivi une formation spécialisée dans la direction d'un service de soins infirmiers à domicile.

La discipline des soins infirmiers en Allemagne s'efforce de refuser par principe d'exécuter des actes appartenant au domaine de compétence médicale. La discipline des soins infirmiers attache de l'importance à l'exécution de soins infirmiers parallèles dans une nouvelle optique: moins de pathogénie et plus de salutogénèse. Les soins actifs, les conseils et les instructions prodigués par le personnel soignant jouent un rôle de plus en plus important.

### **France**

Les études d'infirmier durent en France un peu plus de trois ans, et contrairement à l'Allemagne et au Luxembourg, sont payantes. Selon l'école, la formation coûte de 20 000 à 30 000 FF par an.

Une infirmière française peut travailler en libéral après avoir obtenu son diplôme d'Etat. L'enseignement théorique de 80 heures dans les matières « santé publique » et « soins de santé primaire et communautaires » et un stage clinique de 105 heures sont donc très importants pour une future activité libérale.

Comme il n'existe pas en France de diplôme spécifique de puéricultrice, l'accent est également mis dans le cadre de l'enseignement théorique et des stages cliniques sur les aspects de la puériculture.

### **Luxembourg**

Une des particularités de la formation des infirmiers au Luxembourg est que les élèves, en obtenant leur diplôme, ont aussi passé leur baccalauréat. Au Luxembourg, la spécialisation en puériculture se prépare en un an pour les titulaires du diplôme d'infirmier. En ce qui concerne les compétences en matière de diagnostic et de thérapeutique, le Règlement grand-ducal du 21.01.98 autorise l'exercice des actes qu'il énumère lorsque suffisamment d'expérience professionnelle en rapport avec ces actes à été acquise.

### **Actes professionnels dans le cadre des soins infirmiers**

La législation des trois pays diffère sur les actes professionnels que les infirmiers doivent ou peuvent exécuter de leur propre chef sans prescription médicale, de leur propre chef sur prescription médicale, et de leur propre chef sur prescription médicale et en présence d'un médecin.

Tableau 14: Actes professionnels dans le cadre des soins infirmiers

	Allemagne	France	Luxembourg
	Sans législation	Obligation législative	Droit législatif
Pose d'une sonde gastrique	Médecin	②	②
Changement d'une sonde gastrique	Médecin	①	①
Injections (intramusculaires + subcutanées)	②	②	②
Pose d'une perfusion	Médecin	②	②
Administration de médicaments par voie intraveineuse	Médecin	②	②
Prise de sang	Médecin	②	②
Mise en place d'une poche de sang	Médecin	③	③
Pose d'une canule	Médecin	②	②
Vaccination	Médecin	②	③
Soins des patients sous dialyse	en cas de spécialisation adéquate	②	③
Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique	Médecin	③	③
Enregistrer et interpréter un EEG, un ECG (sans photosimulation)	en cas de spécialisation adéquate	②	②
Prélèvement de sang artériel	Médecin	③	Médecin
Application d'un garrot pneumatique	Médecin	③	③
Utilisation d'un appareil de respiration artificielle	en cas de spécialisation adéquate	②	③

Chiffre : Mars 2001; Source: recherches internes

- ① de son propre chef sans prescription médicale
- ② de son propre chef sur prescription médicale
- ③ de son propre chef sur prescription médicale et en présence d'un médecin

### 3.2.4 Avantages et problèmes de l'activité transfrontalière de la profession d'infirmier

**Tableau 15: Comparaison des grilles de salaire mensuel : revenus annuels bruts (primes comprises) divisés par 12**

	<b>Sarre</b>	<b>Lorraine</b>	<b>Luxembourg</b>
<b>Infirmière, célibataire</b>			
<b>Début de carrière</b>	<b>1 902 EUROS</b>	<b>1 615 EUROS</b>	<b>2 654 EUROS</b>
<b>Fin de carrière</b>	<b>2 449 EUROS</b>	<b>2 405 EUROS</b>	<b>5 003 EUROS</b>
<b>Infirmière, mariée un enfant</b>			
<b>Début de carrière</b>	<b>2 002 EUROS</b>	<b>1 615 EUROS</b>	<b>2 654 EUROS</b>
<b>Fin de carrière</b>	<b>2 638 EUROS</b>	<b>2 405 EUROS</b>	<b>5 003 EURO</b>

Chiffres : Mars 2001; Source : recherches internes

La comparaison des grilles de salaire fait ressortir de façon frappante les salaires très élevés au Luxembourg par rapport à la rémunération moindre en France en début de carrière.

#### **Lorraine**

Les infirmiers sarrois et luxembourgeois sont peu motivés pour travailler en Lorraine. Premièrement, en raison du manque d'attrait de la rémunération de la profession infirmière en France. Deuxièmement, les impératifs des formations ne sont pas compatibles. Troisièmement, les perspectives au niveau des locaux et de la technique sont peu séduisantes. Il pourrait être intéressant pour des infirmiers allemands de découvrir les relations en usage en France entre les médecins et les infirmiers, qui reposent sur le principe de l'égalité.

#### **Luxembourg**

##### **Cours de législation**

Dans le cadre de la reconnaissance européenne des diplômes d'études dans les métiers de la santé obtenus à l'étranger, le Luxembourg propose le choix aux candidats entre une « épreuve d'aptitude » et un « stage d'adaptation ». Dans le cadre de l'épreuve d'aptitude, un cours de législation d'une durée de six semaines

est proposé, qui mène, après la réussite à l'examen écrit final, à la reconnaissance au Luxembourg du diplôme professionnel ou du diplôme d'études. Le candidat peut ainsi prouver qu'il dispose de connaissances relatives à la législation nationale exigées pour l'exercice de sa profession.

### **Problèmes rencontrés par les infirmiers allemands**

Il peut être difficile dans certaines circonstances pour les infirmières allemandes de s'adapter aux exigences professionnelles supplémentaires en usage au Luxembourg, auxquelles elles ne sont pas habituées. Pour beaucoup d'infirmiers, c'est certainement les salaires plus élevés qui constituent la motivation principale d'un emploi au Luxembourg. Dès qu'un infirmier allemand travaille au Luxembourg, il doit se plier à la législation luxembourgeoise. On attend d'une infirmière allemande qu'elle puisse exécuter les mêmes actes professionnels que ses collègues luxembourgeoises. Il peut arriver qu'une infirmière travaille toute seule dans son service l'après-midi et qu'aucun médecin ne soit présent. Certains actes infirmiers de la vie quotidienne (par exemple la mise en place d'une poche de sang) peuvent engendrer dans certaines circonstances des conflits entre les infirmières allemandes, françaises et luxembourgeoises en raison des différences de compétence professionnelle.

### **Problèmes linguistiques**

Les transmissions lors du changement d'équipe peuvent également causer des problèmes. Si c'est une infirmière allemande qui prend le relais avec une infirmière française ou l'inverse, une infirmière luxembourgeoise doit souvent servir d'interprète.

### **Sarre**

Pour une infirmière ayant un diplôme français, un emploi en Sarre allie l'avantage financier (par rapport aux salaires en Lorraine) au fait que le travail paraît d'une certaine manière plus facile, car beaucoup d'actes professionnels qu'une infirmière doit assurer en France sont exécutés en Allemagne par des médecins.

#### Etude de cas „homo oeconomicus“

Petra a passé son diplôme d’infirmière à Sarrebruck, où elle a suivi des études gratuites. Elle a ensuite travaillé un an en Lorraine, à Longwy, où elle a pu compléter les « lacunes » de sa formation allemande. Elle fait la connaissance de son futur mari et cherche, comme lui, un emploi au Luxembourg. Le couple vit en France, où il profite des loyers avantageux et des charges sociales moins élevées et gagne très bien sa vie au Luxembourg où la vie est chère.

### 3.2.5 Un cabinet médical franco-allemand

Deux médecins allemand et français dirigent depuis quelques années un cabinet médical situé dans une localité proche de la frontière française. Contrairement à la pratique des associations en cabinet, les honoraires et les bénéfices, selon un contrat interne, sont mis en commun. 25 à 30% des patients du cabinet sont des frontaliers français. Deux autres praticiens sont employés à mi-temps dans le cabinet. Ils assurent les gardes de nuit, du dimanche et les remplacements pendant les vacances. Le cabinet est devenu l’un des plus importants de la région et propose de nombreuses prestations. Dans certains cas, à la demande de patients alités, les médecins font des visites à domicile en France, ce que les patients apprécient beaucoup.

Que les deux praticiens soient bilingues joue un rôle primordial dans le succès du cabinet. De plus, les frontaliers français et leurs familles apprécient de trouver dans le cabinet différentes prestations médicales regroupées sous un toit. Cela leur évite les allées et venues entre les établissements de soins spécialisés où ne sont faits qu’un type d’examen, pour être ensuite interprétés par le médecin de famille, selon la procédure en France.

Contrairement à certains patients allemands habitués au système allemand de remboursement des coûts, qui se montrent parfois exigeants, les patients français ont souvent un sens aigu des dépenses et donnent de ce fait l’impression de présenter moins de réclamations.

Beaucoup d'anciens travailleurs frontaliers aujourd'hui âgés regrettent qu'une loi soit entrée en vigueur depuis quelques années qui n'autorise plus les retraités à se faire soigner chez leur médecin de confiance en Allemagne. Ils doivent consulter un médecin français de proximité.

Les praticiens du cabinet médical ont une entière confiance dans leur modèle et ne peuvent que recommander de marcher sur leurs traces.

### **3.3 Les patients et le domaine de la santé transfrontalier**

#### **3.3.1 La situation du travailleur frontalier**

Un travailleur frontalier est un salarié qui exerce son activité professionnelle dans un des pays membres de l'Union européenne et qui retourne tous les jours ou une fois par semaine à son lieu de résidence, un autre pays membre de l'Union européenne. Dans les domaines de la santé et des soins les travailleurs frontaliers et leur famille peuvent choisir de se faire soigner dans la région du lieu de travail ou dans celle du lieu de résidence.

Le travailleur frontalier et sa famille n'ont droit qu'aux prestations en nature en cas de maladie ou de maternité. Ils n'ont pas droit aux indemnités maladie. Les prestations en espèces sont à la charge de la caisse d'assurance-maladie à laquelle sont versées les cotisations sociales.

Pour que le travailleur frontalier puisse profiter des prestations en nature sur son lieu de résidence, la caisse d'assurance-maladie de son lieu de travail doit lui établir un « formulaire E106 ». Muni de ce formulaire, d'un extrait d'acte de naissance récent, de sa carte d'identité en période de validité ou de sa « carte de séjour », il se rend à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de son lieu de résidence, qui vérifie que toutes les conditions sont remplies pour que ses droits de travailleur frontalier soient reconnus. Si tous les papiers sont en règle, on établit un dossier de patient individuel et on lui remet une carte d'ayant droit, à présenter à chaque consultation sur son lieu de résidence.

### **3.3.2 Le service de conseil pour les frontaliers**

La plupart des travailleurs frontaliers employés en Sarre cotisent auprès des organismes d'assurance-maladie des houillères de la Sarre, de la société Ford et de l'AOK de Sarrebruck. Cette dernière a répondu par écrit aux questions suivantes :

#### **Existe-t-il un service de conseil qui s'adresse en particulier aux frontaliers ?**

Nous assurons des permanences régulières à la CPAM de Forbach et de Sarreguemines ainsi qu'à l'Association des travailleurs frontaliers.

#### **Depuis quand ce service de conseil existe-t-il ?**

- CPAM de Sarreguemines :  
depuis le 28 juillet 1995, chaque dernier vendredi du mois
- CPAM de Forbach :  
depuis le 4 avril 1997, chaque 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> vendredi du mois
- Association des travailleurs frontaliers de Sarreguemines :  
depuis 1999, chaque 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> vendredi du mois

#### **En quoi consiste ce service de conseil ?**

Nous voulons avant tout permettre aux assurés dans le cadre d'un service de conseil élargi, d'obtenir des informations correctes sur l'assurance maladie, en particulier dans le domaine transfrontalier. Nous répondons également, dans la mesure du possible, à des questions relevant de la compétence d'autres organismes de protection sociale. En dehors du cadre du service de conseil, nos conseillers se tiennent à la disposition des assurés pour les aider à remplir les formulaires et les imprimés, ou pour les diriger vers les services compétents.

#### **En quel nombre les assurés utilisent-ils le service de conseil ?**

Les centres de conseil reçoivent aux jours de permanence en moyenne 10 à 20 personnes.

#### **Qui utilise le service de conseil (nationalité, profession)?**

Nous recevons principalement des citoyens français. La plupart sont salariés, toutes les professions sont représentées (travailleurs frontaliers). Des usagers affiliés à d'autres caisses d'assurance-maladie profitent également de nos services.



**Avez-vous remarqué une tendance en hausse des demandes auprès du service de conseil ?**

On ne peut répondre à cette question que par l'affirmative. A une époque où de très nombreuses modifications législatives se répercutent sur les citoyens, où le droit social devient de plus en plus complexe, il est inévitable que la demande augmente, ce que nous trouvons positif. Nous sommes en mesure de répondre à cette évolution avec nos centres de conseil.

**Les caisses d'assurance-maladie « concurrentes » proposent-elles un tel service ?**

A notre connaissance, aucune autre caisse d'assurance-maladie ne propose un tel service à ses assurés étrangers.

**Comment la prise en charge des frais d'urgence (secours, accidents) est-elle réglée ?**

Le principal problème est qu'à notre connaissance, les interventions d'urgence au-delà des frontières ne sont pas encore réglées de manière définitive.

**Le patient a-t-il le droit d'être soigné dans une clinique spécialisée dans un pays voisin ?**

En cas de maladie dont le traitement, dans l'état actuel des connaissances, nécessite une intervention à l'étranger, la caisse d'assurance-maladie peut prendre en charge, complètement ou partiellement, les frais du traitement nécessaire.

**L'AOK a-t-elle déjà des coopérations avec des caisses d'assurance-maladie de la Grande Région Saar-Lor-Lux ?**

Il n'existe actuellement aucune coopération suivie avec des caisses d'assurance-maladie de la Grande Région.

**L'AOK serait-elle intéressée par des coopérations avec les caisses d'assurance-maladie de la Grande Région Saar-Lor-Lux ?**

Selon l'AOK, tous les participants aux affaires transfrontalières travaillent en étroite collaboration. Nos bonnes relations avec la CPAM, avec l'association française des travailleurs frontaliers et les différentes associations de défense d'intérêt des

entreprises forment une base solide. Il faudrait continuer à intensifier cette collaboration efficace dans notre région.

### **3.3.3 Etude de cas**

Madame Martha Müller a 40 ans et est d'origine allemande. Elle habite en Lorraine, à Bouzonville, et travaille à Sarrebruck où elle est infirmière. En décembre 2000, elle se fait opérer en hospitalisation de jour à Sarrebruck d'un syndrome du canal carpien (nerf « coincé », ce qui est très douloureux) au poignet droit. Elle est en arrêt de travail pendant six semaines consécutives. La convalescence se passe bien. On peut lui retirer les fils dans la paume de la main au bout de deux semaines. Comme elle ne peut pas conduire en raison de sa main qui vient d'être opérée et qui lui fait toujours mal, madame Müller voudrait se faire retirer les fils par un médecin établi à Bouzonville. Malgré sa mauvaise maîtrise du français, elle espère se faire comprendre de son médecin de famille français. Le praticien français lui retire les fils et madame Müller lui règle 150 FF, le tarif normal d'une consultation. Les pansements et le désinfectant prescrits par le médecin qu'elle achète dans une pharmacie lorraine lui coûtent 49 FF.

### **Comment madame Müller va-t-elle être remboursée ?**

Sa caisse d'assurance-maladie à Sarrebruck lui indique qu'elle doit envoyer la facture à la CPAM de Bouzonville, compétente en ce cas. Ne disposant pas de compte courant à Bouzonville, madame Müller ne peut être remboursée de ses frais qu'au moyen d'un chèque que lui remet la CPAM et qu'elle encaisse dans un bureau de poste voisin. Elle est remboursée comme le serait tout travailleur lorrain, à 90%, le taux appliqué en Lorraine. La caisse d'assurance-maladie en Allemagne ne rembourse pas le ticket modérateur (les 10% restants) à la CPAM de Lorraine.

### **3.3.4 Les secours transfrontaliers**

Le 23 février 2001 peu après la frontière du côté français, des Allemands ont eu un accident de voiture. Les policiers allemands arrivés les premiers sur les lieux de l'accident alarmèrent les secours sarrois. Ceux-ci refusèrent d'envoyer de l'aide en l'absence de la requête indispensable des secours de Metz. Cette procédure, pour tant qu'elle soit correcte du point de vue juridique, a provoqué l'incompréhension de la population, comme l'ont clairement montré les reportages du *Saarbrücker Zeitung*

à ce sujet. Cet incident n'est pas le premier de ce genre. L'hélicoptère de secours dont la base est au centre hospitalier de Winterberg par exemple, n'est pas autorisé à survoler la frontière française pour se rendre sur des missions de secours en raison du problème de la prise en charge des coûts. Après ces récents incidents, madame Kramp-Karrenbauer, Ministre de l'Intérieur de la Sarre et madame Malgorne, Préfet de la Moselle, se sont concertées et ont conclu de façon non bureaucratique un accord verbal qui devra être fixé par écrit ultérieurement. Cet accord prévoit comme point principal l'autorisation pour tous les secours du côté français – que se soient les médecins ou les pompiers – et non plus uniquement les secours de Metz, de faire appel aux secours allemands. Les frais qui en résulteront seront pris en charge par la Sarre. Selon cet accord, l'hélicoptère de secours sera autorisé à intervenir en France et à porter secours, par exemple, à une habitante de Sarrebruck qui aurait un infarctus sur le parking de Cora. Le « Christoph 16 » la rapatriera au centre hospitalier de Winterberg. Mais où transporterait-il une habitante de Stiring-Wendel, à qui il arriverait la même chose? De telles questions devraient être réglées lors de l'établissement écrit de l'accord.

S'il existe à l'avenir une réglementation écrite concernant les mesures de secours lors d'accidents dans la région frontalière, elle devra être simple et faire l'objet d'une communication intense auprès de la population frontalière. Venir en aide à son voisin, n'est-ce pas le meilleur moyen d'ancrer l'idée de l'Europe dans la pensée des citoyens ?

## **4 L'importance du secteur de la santé pour le marché de l'emploi en SLLR**

---

### **4.1 Le domaine de la santé : un facteur économique**

#### **Marché de l'approvisionnement**

Les établissements de soins profitent – comme les autres entreprises économiques – du marché commun européen lors d'achat de matériel, d'appareils, de médicaments, de denrées alimentaires, et lors de l'attribution de chantiers de construction ou de réparation. Déterminer le nombre élevé de personnes travaillant dans ce secteur de la santé élargi est la tâche difficile des études statistiques à venir.

**Tableau 16 Salariés assujettis à la sécurité sociale exerçant une profession de santé**

	Rhénanie-Palatinat	Sarre	Total
<b>Médecins</b>	6 484	2 150	8 634
<b>Dentistes</b>	297	78	375
<b>Vétérinaires</b>	240	39	279
<b>Pharmaciens</b>	1 436	349	1 785
<b>Homéopathes</b>	165	55	220
<b>Masseurs, kinésithérapeutes</b>	5 663	1 346	7 009
<b>Infirmières, sages- femmes</b>	31 666	10 249	41 915
<b>Aides-soignants</b>	10 167	2 666	12 833
<b>Assistants*</b>	1 968	447	2 415
<b>Assistants médicaux</b>	22 956	6 542	29 498
<b>Techniciens en analyses biomédicales</b>	3 493	1 073	4 566
<b>Total</b>	<b>84 535</b>	<b>24 994</b>	<b>109 529</b>

\*Assistants diététiciens, préparateurs en pharmacie

Chiffres au : 30. Juni 1999; Source : Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz Saarland

La main-d'œuvre spécialisée du secteur de la santé comprend des salariés et des libéraux. Les médecins libéraux ayant leur propre cabinet et les pharmaciens ayant leur propre officine ne sont comptabilisés dans cette statistique que dans la mesure où leur revenu imposable les soumet à l'obligation de s'affilier à la sécurité sociale. Les professions médicales telles qu'infirmier ou aide-soignant ont des salaires entraînant l'obligation de s'assurer à la sécurité sociale et sont donc complètement comptabilisés. Le chiffre total habituellement énoncé de 110 000 emplois est en dessous de la réalité. Il faut de plus ajouter à ces estimations 50 000 personnes en Lorraine et au Luxembourg (voir ci-dessous). Le chiffre de 160 000 est une approximation réaliste qui montre l'importance du secteur de la santé pour le marché de l'emploi en SLLR.

**Tableau 17 Professionnels de santé en Lorraine**

<b>Lorraine</b>	
<b>Médecins</b>	<b>6 388</b>
<b>Dentistes</b>	<b>1 456</b>
<b>Pharmaciens</b>	<b>750</b>
<b>Personnel hospitalier</b>	<b>25 473</b>
<b>Total</b>	<b>34 067</b>

Source : Statistisches Jahrbuch 2000

**Tableau 18 Salariés assujettis à la sécurité sociale exerçant une profession de santé**

<b>Luxembourg</b>	
<b>Salariés assujettis à la sécurité sociale exerçant une profession de santé (les institutions à caractère social comme les orphelinats, les maisons de retraite et les établissements pour handicapés sont comprises)</b>	
<b>Femmes</b>	
Luxembourgeoises	5 350
Allemandes	577
Françaises	1 428
Belges	723
Autres	2 961
<b>Hommes</b>	
Luxembourgeois	1 378
Allemands	236
Français	269
Belges	162
Autres	382
<b>Total</b>	<b>13 466</b>

Chiffre : 31 Mars 2000; Source : IGSS

**Le secteur de la santé représente un facteur économique d'importance, particulièrement en ce qui concerne le nombre d'emplois.**

#### 4.2 Personnes à la recherche d'un emploi dans le domaine de la santé

**Tableau 19 Professionnels de santé à la recherche d'un emploi**

	Sarre		Rhénanie-Palatinat	
	Chômeurs	Non chômeurs	Chômeurs	Non chômeurs
Médecins	28	8	50	26
Dentistes	1		4	4
Vétérinaires	2		5	1
Pharmaciens	6	3	6	4
Homéopathes		1	1	3
Masseurs, kinésithérapeutes	12	11	65	41
Infirmières, sages-femmes	34	19	109	55
Aides-soignants	17	9	91	56
Assistants*	4		13	6
Assistants médicaux	44	26	166	80
Techniciens en analyses biomédicales	3	1	12	6
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>78</b>	<b>522</b>	<b>282</b>

\*Assistants diététiciens, préparateurs en pharmacie

Chiffres : Janvier 2001; Source : Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz Saarland

**Lorraine**

L'ANPE indique que **663 personnes sont actuellement à la recherche d'un emploi dans le domaine de la santé** en Lorraine, toutes professions confondues.

**Luxembourg**

Il n'existe pas de statistiques pour le Luxembourg.

**4.3 Places vacantes dans le domaine de la santé****Tableau 20 Emplois vacants dans les professions de santé**

	<b>Sarre</b>	<b>Rhénanie-Palatinat</b>
<b>Médecins</b>	<b>44</b>	<b>186</b>
<b>Dentistes</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>Vétérinaires</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>Pharmaciens</b>	<b>10</b>	<b>47</b>
<b>Homéopathes</b>		
<b>Masseurs, kinésithérapeutes</b>	<b>31</b>	<b>168</b>
<b>Infirmières, Sages-femmes</b>	<b>100</b>	<b>318</b>
<b>Aides-soignants</b>	<b>15</b>	<b>59</b>
<b>Assistants*</b>	<b>15</b>	<b>57</b>
<b>Assistants médicaux</b>	<b>97</b>	<b>328</b>
<b>Techniciens en analyses biomédicales</b>	<b>13</b>	<b>42</b>
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>1 218</b>

\*Assistants diététiciens, préparateurs en pharmacie

Chiffres : Janvier 2001; Source : Landesarbeitsamt Rheinland-Pfalz Saarland

**Lorraine**

L'ANPE indique qu'il y a actuellement en Lorraine **497 emplois vacants, toutes professions de santé confondues.**

**Luxembourg**

Il n'existe aucun chiffre pour le Luxembourg, mais de source officielle, la zone frontalière serait déjà « épuisée », il existe donc actuellement des **places vacantes** dans le secteur de la santé.

Qui est à la recherche d'un emploi et quelles sont les chances d'en trouver ? Dans l'ensemble, elles sont élevées, le nombre de places suffirait à « caser tout le monde ». Seule la Lorraine compte un nombre de personnes à la recherche d'un emploi dans le secteur de la santé supérieur à celui des places vacantes. Il y aurait donc là la possibilité de mobiliser de futurs travailleurs frontaliers.

Le fait qu'il y ait des places vacantes dans les professions de santé peut s'expliquer par le manque d'équivalence entre les spécialités (par exemple un oto-rhino-laryngologiste ne peut exercer en tant qu'orthopédiste) et par le manque de mobilité au sein du marché de l'emploi transfrontalier. Il faut tenir compte ici du fait que la connaissance et l'acceptation des possibilités d'emplois transfrontaliers entrant en question constituent des conditions indispensables à la mobilité.

#### **4.4 Analyse des potentiels**

Les emplois et cabinets transfrontaliers ne sont pas une nouveauté sur le marché du travail de la Grande Région dans le domaine de la santé. Les spécificités régionales et les liens familiaux ont conduit par le passé à un nombre constant de travailleurs frontaliers. Il ne faut pas escompter d'augmentation significative sans changements des conditions générales au préalable.

##### **Allemagne**

Les mouvements migratoires sont équilibrés entre la Sarre et la Rhénanie-Palatinat, il n'y a pas de mouvement fortement unilatéral ni de préjugés ou d'obstacles particuliers. Le marché du travail des professions de santé a encore des capacités d'absorption, les places vacantes sont en général plus nombreuses que les candidats ; des emplois transfrontaliers pourraient contribuer à résorber les manques de personnels. Les salaires sont plus intéressants en Allemagne qu'en France et le nombre de postes à occuper plus élevé qu'au Luxembourg.

##### **Luxembourg**

Les carrières médicales et infirmières au Luxembourg présentent certes l'avantage pour les Allemands et les Français de proposer des salaires élevés, mais appellent le

plus souvent, en plus de l'allemand et du français, la maîtrise du luxembourgeois, qu'elle soit acquise par l'apprentissage ou par une pratique familiale. Bien que le pays soit petit, son marché du travail attire les employés des pays voisins. D'autre part, le Luxembourg forme dans les pays voisins plus de médecins qu'il ne peut en employer.

## **France**

Dans l'ensemble, la France évite « les surplus » grâce à sa planification centralisée du secteur de la santé. Il y a pourtant actuellement en Lorraine davantage de personnes à la recherche d'un emploi que de places vacantes dans les professions de santé. Il est plus facile à une infirmière de s'établir en tant que libérale en France qu'en Allemagne. Elle peut et doit être à même d'agir, avec ou sans prescriptions médicales, dans certaines situations. Les salaires et les profits issus des carrières médicales sont moins élevés que dans les deux pays voisins. Le marché du travail est dans l'ensemble saturé par les Français. Toutefois, il est possible et intéressant d'y travailler pour certains Allemands et Luxembourgeois transfrontaliers. Une augmentation du nombre semble improbable.

## **5 Perspectives**

---

Le secteur de la santé représente un facteur économique d'importance au sein de la région SLLR, particulièrement en ce qui concerne le nombre d'emplois. En comparaison avec d'autres secteurs, il existe dans les professions de santé de nombreux emplois vacants qui, par des mesures incitant à la mobilité au sein du marché de l'emploi transfrontalier, pourraient être occupés par des travailleurs frontaliers. Il faut ici tenir compte du fait que la connaissance et l'acceptation des possibilités d'emplois transfrontaliers entrant en question constituent des conditions indispensables à la mobilité.

La liberté dont disposent les citoyens de l'UE d'accéder aux prestations de santé dans tous les pays membres de l'UE est une condition importante à l'intégration d'un marché du travail commun dans le secteur de la santé. Bien que cette liberté soit



soulignée dans l'arrêt de principe de la Cour Européenne de Justice, dans les faits, elle donne encore lieu à de fastidieuses procédures avec les caisses d'assurance-maladie. De plus, elle ne s'étend pas à l'hospitalisation dans les établissements des pays voisins.

Dans la région frontalière, en dehors de quelques exceptions, ce sont surtout les centres hospitaliers régionaux qui estiment que la collaboration transfrontalière est un objectif important. Le rôle accordé à la coopération transfrontalière dépend en grande partie du point de vue de la direction des hôpitaux et surtout de l'investissement personnel de certains employés, convaincus d'une part de « l'idée européenne » et d'autre part des avantages économiques résultant à long terme d'une meilleure utilisation commune des infrastructures existantes.

Il est probable que de nombreux acteurs du secteur de la santé ne voient pas clairement « l'utilité de l'ensemble » et se demandent surtout – et la question est en partie justifiée – qui doit coordonner, organiser et financer la collaboration.

Aux problèmes résultant d'une part de l'incompatibilité entre les structures de prise en charge, les systèmes d'assurance et de facturation, et des différences de formations de base et continue d'autre part, s'ajoute la barrière linguistique qui reste l'obstacle principal à une extension de la coopération transfrontalière. En dehors du fait que la collaboration avec les collègues et les relations avec les patients nécessitent au préalable des connaissances linguistiques adéquates, elles permettraient également de s'informer beaucoup plus facilement sur place auprès des personnes compétentes sur les différences entre les systèmes respectifs pour constater qu'elles ne sont pas aussi insurmontables qu'il n'y paraît de prime abord.

Il faut convaincre les résidents de la région frontalière de l'intérêt et des avantages de la collaboration transfrontalière.

## Liste des tableaux

---

- Tableau 1 Dépenses par an et par habitant en EUROS
- Tableau 2 Les dépenses de santé par rapport au PIB (pourcentage)
- Tableau 3 Efficacité des systèmes de santé
- Tableau 4 Nombre de médecins, dentistes et pharmacies en SLLR
- Tableau 5 Nombre de médecins pour 10 000 habitants en SLLR
- Tableau 6 Nombre de lits disponibles en SLLR
- Tableau 7 Nombre du personnel des hôpitaux en SLLR
- Tableau 8 Décès par cause en SLLR
- Tableau 9 Frontaliers exerçant une profession de santé en Rhénanie-Palatinat à titre de salarié assujetti à la sécurité sociale
- Tableau 10 Frontaliers exerçant une profession de santé en Sarre à titre de salarié assujetti à la sécurité sociale
- Tableau 11 Frontaliers exerçant une profession dans le domaine de la santé au Luxembourg à titre de salarié assujetti à la sécurité sociale (y compris les organismes à caractère social tels que les orphelinats, les maisons de retraite et les établissements pour handicapés)
- Tableau 12 Frontaliers exerçant en milieu hospitalier au Luxembourg à titre de salarié assujetti à la sécurité sociale
- Tableau 13 Grille horaire des formations en soins infirmiers
- Tableau 14 Actes professionnels dans le cadre des soins infirmiers
- Tableau 15 Comparaison des grilles de salaire mensuel
- Tableau 16 Salariés assujettis à la sécurité sociale exerçant une profession de santé
- Tableau 17 Professionnels de santé en Lorraine
- Tableau 18 Salariés assujettis à la sécurité sociale exerçant une profession de santé
- Tableau 19 Professionnels de santé à la recherche d'un emploi
- Tableau 20 Emplois vacants dans les professions de santé

## Bibliographie

---

Äärimaa, M. (2000), Ärztliche Arbeit und Zusammenarbeit in Europa, [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)

Arbeitskammer des Saarlandes (1999), Die soziale Sicherheit von Grenzgängern, Merziger, Völklingen

Bundesangestelltentarif (2000), Vergütungstarifvertrag

European Observatory on Health Care Systems (1999), Health-Care Systems in Transmission: Luxembourg, [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)

European Observatory on Health Care Systems (2000), Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland, [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)

Eysenbach, G. (1998), Medicine and Medical Education in Europe: The Eurodoctor, Thieme, Stuttgart

Großkopf, V., Klein, H. (2000), Krankenpflege und Recht, Spitta, Balingen

Hohmann, J. (1998), Gesundheits-, Sozial-, und Rehabilitationssysteme in Europa, Huber, Göttingen

Kurtenbach, H., Golombeck, G., Siebers, H. (1998), Krankenpflege mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege, Köln

LCGB santé (1997), Tarifvertrag der in den Luxemburger Krankenhäusern beschäftigten Arbeitnehmer, Luxemburg

Mertens, R. (1999), Die saarländischen Krankenhäuser und die grenzüberschreitende Zusammenarbeit, unveröffentlichtes Manuskript

Ministère de l'Education Nationale (1998), Recueil de Textes législatifs relatifs aux professions de santé: Règlement grand-ducal du 21 janvier 1998 portant sur l'exercice de la profession d'infirmier, Service central des Imprimés de l'Etat, Luxembourg

Ministère de l'interieur (1999), Grille des salaires du secteur public

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire (1993), Journal officiel de la République Française: Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Ministère de la Sécurité Sociale (2000), Aperçu sur la législation de la sécurité sociale, Mamer: La situation particulière du frontalier, Luxembourg

Ministère du Travail et des Affaires sociales (1992), Formation de la Profession d'Infirmier: Présentation du programmes d'études, Berger-Levrault

Payer, L. (1993), Andere Länder, andere Leiden, Campus, Frankfurt  
Rennen-Allhoff, B., Bergmann-Tacke, I. (2000) , Lehrerinnen und Lehrer für  
Pflegeberufe in Europa, Huber, Göttingen

Statistische Ämter der Großregion (2000), Statistisches Jahrbuch 2000: Saar-Lor-  
Lux-Rheinland-Pfalz-Wallonie, Bialec, Nancy

WHO (2000), World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance,  
[www.who.int/whr](http://www.who.int/whr)