

**LA COOPERATION SANITAIRE
TRANSFRONTALIÈRE
&
L'ESPACE FRONTALIER FRANCO-
BELGE**

EUREGHA BRUXELLES 25 06 2019

LA SANTÉ DANS L'UE ?

- 1992 art 129 Traité De Maastricht
- ARRET DEKER ET KHOLL 1998 + JURISPRUDENCE CJUE:
 - « les Etats membres sont libres d'organiser et de gérer leur système de santé »
- TRAITE DE LISBONNE ART 168
- DIRECTIVE 2011/24
- = **COMPETENCE DE CHAQUE ETAT MEMBRE**

LA SANTÉ Article 168 TFUE

1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union.

L'action de l'Union, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé physique et mentale. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé, ainsi que la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci.

L'Union complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières.

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1.

LA SANTÉ : Article 168 TFUE

7. **L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées.**

ACCES AUX SOINS DANS UN AUTRE ETAT MEMBRE DE L'UE

TROIS HYPOTHESES:

- LE TRAVAILLEUR FRONTALIER
- LE SEJOUR TEMPORAIRE
- **LES SOINS PROGRAMMES OU INTENTIONNELS**

« De DECKER & KHOLL à Mme WATTS ...» (CJUE 1998-2010)

- C-120/95 (*Decker*) and C-158/96 (*Kohll*)
- C-368/98 (*Vanbraekel*)
- C-157/99 (*Geraets-Smits and Peerbooms*)
- C-385/99 (*Müller-Fauré and Van Riet*)
- C-326/00 (*Ioannidis*)
- C-56/01 (*Inizan*)
- C-496/01 (*Commission/France*)
- C-08/02 (*Leichtle*)
- C-145/03 (*Keller*)
- C-372/04 (*Watts*)
- C-466/04 (*Acereda Herrera*)
- C-444/05 (*Stamatelaki*)
- C-211/08 (*Commission/Spain*)
- C-512/08 (*Commission/France*)
- C-173/09 (*Elchinov*)



DIRECTIVE 2011/24

DROIT DES PATIENTS EN MATIERE DE SOINS DE SANTÉ TRANSFRONTALIERS

- **Non APPLIQUATION :**
Transplantations/Soins de longue durée/ Programme vaccination publique/Maladies rares
- **Rôle des Etats**  **définir :**
qualité, sécurité, le panier de soins, les limites d'accès aux soins (IG,SP)
- **Remboursement : sans ou avec autorisation**
- **Information sur la prise en charge :PCN**
- **Médicaments : ordonnance européenne**
- **Réseaux de références**
- **ART 10§3 COOPERATION DANS LES ESPACES FRONTALIERS**

**LA COOPERATION
TRANSFRONTALIERE FRANCO-BELGE
DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ**

HISTORIQUEMENT...



- De tout temps, la France et la Belgique ont connu un **destin commun**. Ces deux pays partagent en outre une **culture commune** sur une très grande partie de l'espace frontalier.
- Il y a plus d'un siècle des accords frontaliers autorisaient des médecins belges à exercer sur les territoires français des Ardennes et de la Meuse.
- Dès 1960, des conventions de sécurité sociale ont été signées par l'assurance maladie française et des structures d'accueil et d'hébergement de mineurs handicapés français.



ORIGINE DU PROCESSUS DE COOPERATION

Avec le renforcement de l'intégration européenne liée à l'Acte unique et la création du Marché intérieur, les organismes d'assurance maladie français et belge frontaliers ont engagé des travaux de compréhension de leur système de santé et se sont penchés sur la prise en charge des travailleurs frontaliers et des travailleurs détachés.

L'EFFET LEVIER DE LA POLITIQUE EUROPEENNE

Après avoir déposé en partenariat un projet Interreg I dans le cadre de la politique interrégionale européenne en 1991, les organismes d'assurance maladie ont fait le constat :

- **L'offre de soins dans les régions frontalières est limitée et souffre d'une faible attractivité auprès des professionnels de santé.**
- **Les hôpitaux dans les régions rurales sont souvent de petites tailles et manquent d'équipements adaptés à une prise en charge d'un certain niveau.**
- **Les patients résidents frontaliers doivent effectuer de longues distance-temps pour obtenir un accès aux soins adapté à leurs problèmes de santé.**
- **Les travailleurs frontaliers bénéficient d'un double accès aux soins (pays de travail et pays de résidence) tandis que leurs voisins qui résident dans le pays de travail ne bénéficient pas de cet avantage.**

LES AXES DE LA COOPERATION TRANSFRONTALIERE

Suite aux travaux de comparaison des systèmes de santé frontaliers un ensemble de questions a émergé:

- Pourquoi ne pas offrir un **droit aux soins, équivalent à celui accordé aux travailleurs frontaliers, aux résidents des zones frontalières** pour améliorer l'accès aux soins, réduire les distances d'accès et réduire les coûts sociaux ?
- Pourquoi ne pas favoriser la **mutualisation de l'offre de soins** entre les versants frontaliers et développer une complémentarité entre les systèmes de soins ?
- Pourquoi ne pas développer des lieux d'**échanges de bonnes pratiques** ?
- Pourquoi ne pas **créer des expérimentations** permettant de développer ces objectifs ?

LES PROGRAMMES INTERREG

- Depuis 25 ans, des projets de coopération sanitaire ont été déployés sans interruption dans le cadre du programme (appelé aujourd'hui) France-Wallonie-Vlaanderen et depuis 2002 dans le cadre du programme « Wallonie-Lorraine-Luxembourg » intégré dans le programme « Grande Région ».
- Les programmes Interreg apportent une légitimité aux projets, le soutien de l'UE et un financement de la coordination des projets.

LES ACTIONS DEVELOPPEES

- Travaux d'études sur les systèmes de santé et d'accès aux soins, sur la démographie médicale etc.
- Travaux d'études sur la mobilité des patients et la mobilité des professionnels de santé
- Travaux d'études sur l'aide médicale urgente
- Travaux de comparaison des législations en matière de prise en charge des personnes handicapées
- Travaux de comparaison des législations en matière de prise en charge des personnes âgées
- Travaux de comparaison des législations en matière de droit des patients
- ...

LES REALISATIONS

1. CONVENTIONS INTERHOSPITALIERES

De 1993 à l'accord cadre de coopération sanitaire :

Élaboration de coopérations inter-hospitalières en vue d'améliorer l'accès aux soins de proximité dans les espaces frontaliers ruraux et urbains sur base de la complémentarité entre l'offre des structures de soins hospitalières implantées de part et d'autre de la frontière:

- Accès des sidéens belges de Mouscron et Tournai au service des maladies infectieuses du Pr Mouton de Lille au CH de Tourcoing (service universitaire détaché à Tourcoing)
- Accès au service de dialyse du CH Mouscron des patients IRC de Tourcoing
- Accès des patients d'Armentières au service d'ophtalmo et de dialyse du CH d'Ypres
- Accès des parturientes du canton de Givet au service de la maternité du CH de Dinant
- Accès des patients du CH de Mouscron à l'IRM de Tourcoing
- Accès des patients du CH de Tourcoing à la scintigraphie du CH de Mouscron
- Collaboration médicale sur la coordination oncologique entre CHSA de Maubeuge et le CHR de Mons
- Les urologues de Mons exercent sur le plateau technique de Maubeuge
- Transfert des patients de réanimation de Maubeuge vers le CHR de Mons
- Transfert des patients de réanimation de Valenciennes vers le CWAPI de Tournai

2. CREATION DU 1ER TERRITOIRE DE SANTE TRANSFRONTALIER : EN THIERACHE

- Dans le cadre d'un projet européen TIC, les établissements de soins de la Thiérache ont conçu, en 1998, un **projet d'interopérabilité des lecteurs de carte de sécurité sociale** des deux pays.
- Pour mettre en place le dispositif d'accès aux soins sur l'autre versant frontalier, **l'autorisation médicale préalable** au remboursement des soins dispensés sur le territoire du pays voisin (en application des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale initiés depuis 1959) a été **levée**.
- Les travaux lancés en 1998 ont débouché sur une convention qui a pris cours le 1^{er} mai 2000. Elle crée le **premier territoire de santé transfrontalier franco-belge** qui autorise les patients résidant dans la Thiérache à se soigner sur l'autre versant frontalier **sans autorisation médicale préalable** à charge de leur système de sécurité sociale **dans le cadre des règlements européens de sécurité sociale**. Ainsi les patients belges peuvent accéder à 6 établissements français (Fourmies, Hirson mais surtout Felleries Liessies – soins SSR- ...) et les français au CH de Chimay.

LA THIERACHE



Accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire



Signature de l'accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière à Mouscron le 30 septembre 2005

3. L'ACCORD CADRE DE COOPERATION SANITAIRE

- L'expérimentation « Transcards » en Thiérache et le développement des conventions interhospitalières ont nécessité la **création d'une base légale** pour la coopération sanitaire.
- Naissance de l'idée de l'accord cadre franco-belge (le premier en Europe) le 22/11/2002 à Bruxelles en présence du DG de la CNAM et de l'Administrateur général de l'INAMI.
- Après trois ans de négociation l'accord cadre franco-belge est signé le 1^{er} juin 2005
 - **Créant une base juridique**
 - **Délimitant les territoires concernés**
 - **Définissant les autorités pour valider les conventions de coopération**
 - **Fixant trois modes de régulation financière des flux de patients**

4. INSTALLATION DE SEPT ZOAST

- Deux expérimentations de territoires de santé (une en milieu rural et une en milieu urbain) ont été élaborées (ARDENNES et MRTW).
- Début du maillage de l'espace frontalier franco-belge par la **création de ZOAST (zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers)**.
- Dans chaque Zoast, **on définit le territoire** (sur base de l'espace franco-belge repris dans l'accord cadre), **les établissements de soins** où les patients résidants sur le territoire peuvent aller se soigner, **le mode de prise en charge** (sur base du coût des soins du pays où ils sont dispensés = égalité de traitement entre résidants et étrangers, à charge du système de sécurité sociale du pays d'affiliation = mécanisme de régulation des règlements européens de sécurité sociale); une **commission de suivi** se réunit trois fois par an au minimum pour accompagner le dispositif (elle est composée des acteurs concernés)
- Il existe **sept ZOAST : ARDENNES (2008) MRTW URSA (Lille 2008-2009), LUXLOR (ARLWY 2008 puis LORLUX 2014 suite extension Meuse); MONS-MAUBEUGE (2010), TOURNAI-VALENCIENNES (2010), THIERACHE (2012), LITTORAL (Furnes-Dunkerque (2015)**



5. PRISE EN CHARGE DES RESTES A CHARGE

- Dans les Zoast, les patients ont droit à tous les soins dispensés dans l'établissement du pays dans lequel ils se rendent (soins externes, ambulatoires, hospitalisations de jour, hospitalisations classiques)
- Les patients se déplacent pour obtenir des soins de proximité qu'ils ne peuvent recevoir sur leur versant. On ne constate aucune dérive depuis le lancement des Zoast. Le prescripteur reste le médecin de famille et les patients ont toujours le réflexe de leur système de santé avant de franchir **la frontière**, qui **reste**, même si elle est artificielle, **une réalité** sociologique.
- L'assurance maladie française a souhaité dès la mise en œuvre de la première convention Zoast que **les patients CMU, ALD etc soient exonérés des restes à charge**. Un titre 2 dans chaque convention Zoast garantit une prise en charge des restes à charge par les CPAM concernées.
- A partir de 2009, dans les Ardennes, **un dispositif informatique a été créé pour saisir les données des patients français au départ de leur carte Vitale et autoriser la délivrance du formulaire de sécurité sociale européen E112 devenu S2 puis télétransmettre les factures des restes à charge à la fois vers la CPAM des Ardennes et les organismes complémentaires d'assurance maladie** (mutuelle, assurance, IPC).
- Ces procédures informatiques devraient être généralisées à l'ensemble des Zoast.

6. CHAMP MEDICO-SOCIAL

- Environ 6500 personnes handicapées françaises séjournent en Wallonie.
- A l'instar des travaux de coopération dans le domaine sanitaire, négociation d'un accord cadre, signé en décembre 2011, entre les Gouvernements français et wallon en matière de prise en charge des personnes handicapées.

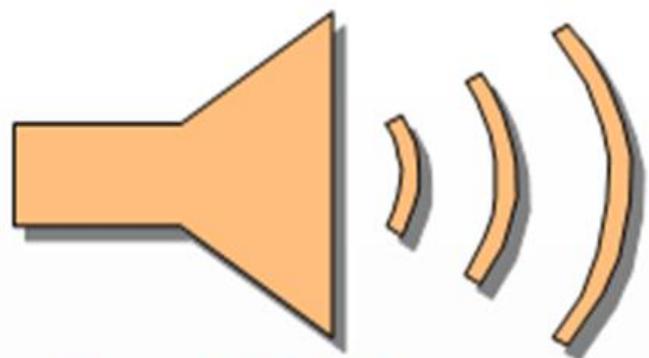
7. LA CONVENTION

AIDE MEDICALE URGENTE

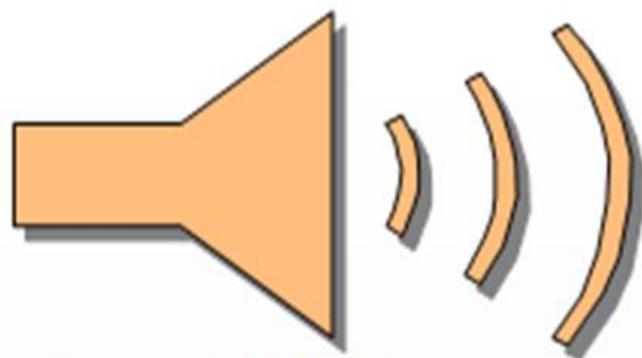
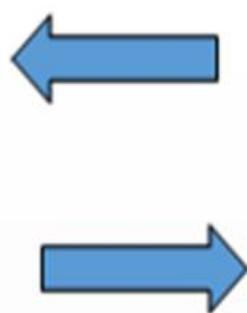
- Après plusieurs années de négociations une convention (unique dans l'UE) a été signée en mars 2007.
- Elle permet la **prise en charge en seconde intention** des patients de l'espace frontalier franco-belge (définition de l'accord cadre) qui font appel au centre d'appel unifié 100-112 ou 15. Ils sont pris en charge en cas d'**indisponibilité du SMUR du territoire** concerné par le SMUR du versant voisin. Par ce dispositif, **on réduit l'IML** notamment de manière importante dans les zones rurales où il peut atteindre, sans ce dispositif, de 30 à 40 minutes dans certains lieux de l'espace frontalier.
- Environ 500 interventions frontalières sur les 620 kms de frontière sont enregistrées chaque année.

7. LA CONVENTION AIDE MEDICALE URGENTE

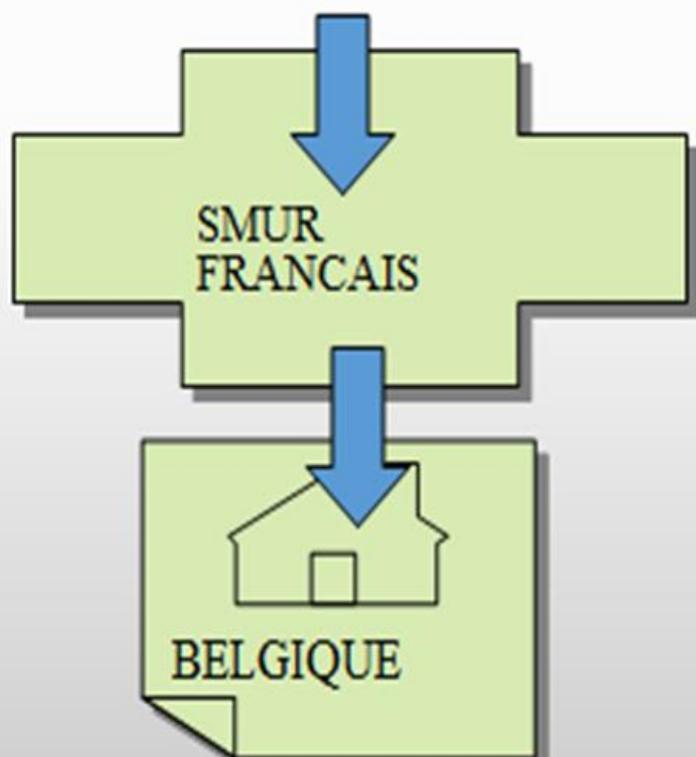
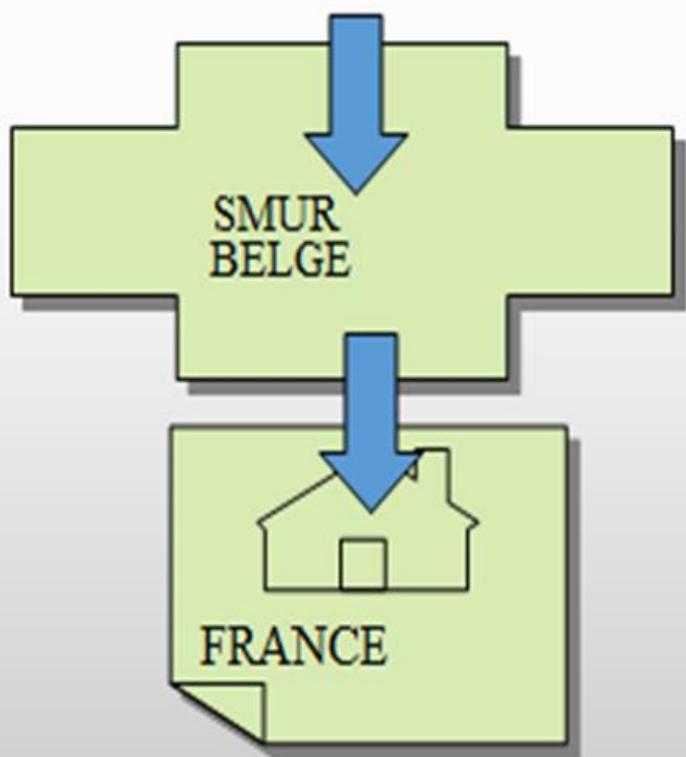
- Sur le versant Arlon-Longwy et Ardennes-Namur, une zone frontalière, définie strictement, permet la prise en charge en première intention.
- En bénéfice, notamment, les résidents de la commune d'Aubange, en face de MSM. On enregistre en moyenne chaque année 125 interventions du SMUR de MSM sur la commune belge d'Aubange.
- La convention intègre un volet financier qui indemnise l'intervention du Smur du pays voisin sur base d'un tarif à la demi-heure calculé sur le coût moyen des SMUR français susceptibles d'intervenir en Belgique.



Centre 100-112 B.



Centre SAMU F.



BELGIQUE

FRANCE





La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé



Politique
régionale
et urbaine



STIMULER LA CROISSANCE ET LA COHESION DES REGIONS FRONTALIERES DE L'UNION EUROPEENNE

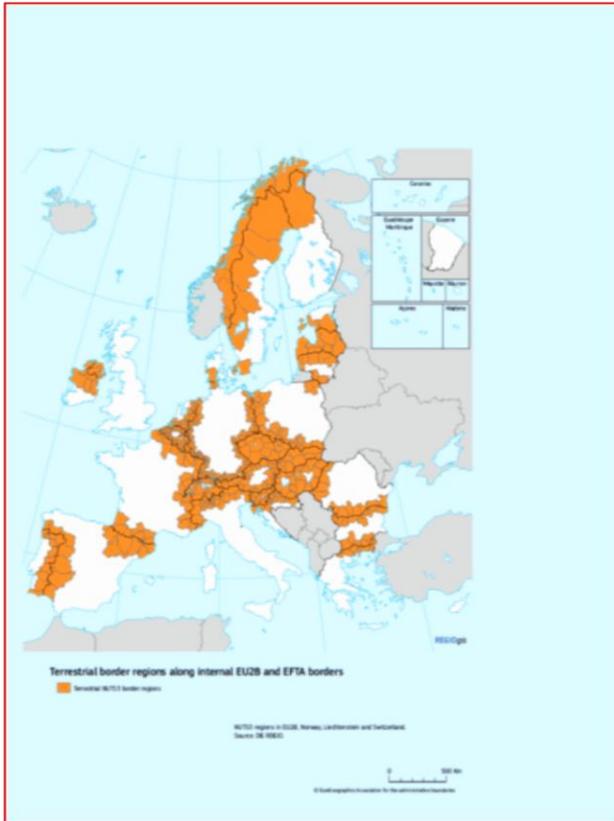
#EUBorderRegions



Communication de la Commission adoptée le 20 septembre 2017

Regional and
Urban Policy

https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2014/boosting_growth/com_boosting_borders_fr.pdf



- ❑ **L'importance des régions transfrontalières**
 - 40% du territoire de l'Union**
 - 30% de la population(150millions)**
 - 30 % du PIB**
- ❑ **Mais économiquement moins développées avec un accès plus limité aux services publics**
- ❑ **Obligation de naviguer entre différents systèmes légaux et administratifs – long, complexe et coûteux**



Renforcer la coopération
et les échanges



Améliorer le processus législatif



Soutenir l'emploi transfrontalier



Promouvoir le multilinguisme
transfrontalier



Faciliter l'accessibilité transfrontalière



Promouvoir une administration
publique transfrontalière en ligne



Fournir informations et conseils de
qualité



**ENCOURAGER LA MISE EN COMMUN
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE
SANTÉ**



Tenir compte du cadre juridique et
financier pour la coopération
transfrontalière



Démontrer l'interaction
transfrontalière pour éclairer la prise
de décision

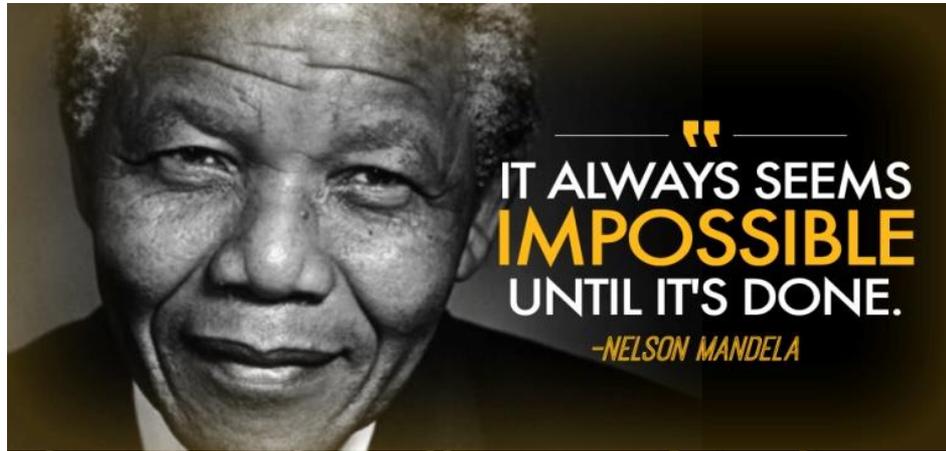


8. Encourager la mise en commun des établissements de soins de santé

- cartographie complète de la coopération transfrontalière en matière de santé

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_crossbordercooperation_frep_en.pdf

- conférence pour promouvoir la coopération TF en matière de santé [DG REGIO + DG SANTE]



Lieu de conflits, devenus dans l'UE, parfois, lieux de coopération, les frontières restent, aujourd'hui, des espaces de débats politiques, idéologiques,...

MERCI POUR L'ATTENTION PORTÉE A LA COOPERATION SANITAIRE TRANSFRONTALIERE QUI CONSTITUE UN DES PRINCIPAUX LEVIERS D'AMELIORATION DE L'ETAT DE MIEUX ETRE DES POPULATIONS FRONTALIERES ET QUI EST UN DES PRINCIPAUX DOMAINES DE VISIBILITE DE L'IMPACT POSITIF DE L'INTEGRATION EUROPEENNE POUR LE CITOYEN.