

Question 1

Quelles sont les retombées actuelles (à l'échelon local, régional et national) de la prestation transfrontalière de soins sur l'accessibilité aux systèmes de soins ainsi que sur la qualité et la viabilité financière de ces systèmes et comment ces répercussions sont-elles susceptibles d'évoluer ?

ANALYSE SUCCINTE DES PRESTATIONS TRANSFRONTALIÈRES DANS L'ESPACE FRANCO-BELGO-LUXEMBOURGEOIS ET DANS LA REGION MAAS-RIJN ET SCHELDEMOND (PAYS-BAS-BELGIQUE-ALLEMAGNE)

La prestation transfrontalière de soins peut être aujourd'hui analysée sur base des trois modes d'accès et de prise en charge de ce type de prestation :

1. le principe de la libre circulation du travailleur énoncé dans le Traité dès 1957 (art. 49 du traité) s'est affirmé principalement à travers les mécanismes de facilitation mis en application par la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le règlement actuel 1408/71 ;
2. le principe de la libre prestation de services mis en œuvre par la CJCE depuis les arrêts rendus dans les affaires Kohll et Decker en 1998 ;
3. la dérogation au principe de territorialité de la prestation en vigueur dans chaque système de santé à travers des conventions négociées entre des organismes de sécurité sociale et des établissements ou prestataires de soins essentiellement dans des projets et réalisations de coopérations transfrontalières.

1 – la libre circulation du travailleur (Règlement 1408/71) :

Le règlement 1408/71 met en perspective quatre cas de figures classiques :

Les travailleurs frontaliers

Les travailleurs frontaliers¹ ont droit aux soins de santé dans le pays où ils travaillent et dans le pays où ils résident.

Certains Etats membres ont étendu le bénéfice de ce double accès aux soins aux membres de la famille des travailleurs frontaliers. C'est notamment le cas entre la France et la Belgique qui ont passé une convention en ce sens.

La mobilité entre la France et la Belgique est historique. Par le passé, elle s'effectuait dans le sens Belgique-France mais au cours des trois dernières décennies, ce flux s'est inversé.

A l'intérieur de l'espace Lorraine-Luxembourg (GDL + Province de Luxembourg belge), on observe la plus forte mobilité de travailleurs frontaliers à l'intérieur de l'UE. Une convention spécifique de prise en charge des soins des travailleurs frontaliers a été mise en œuvre aux premiers jours du Marché commun (1959) garantissant une prise en charge sur base des tarifs luxembourgeois (les plus avantageux). Cette convention a été réformée, en 1995, en offrant une prise en charge moins généreuse mais malgré tout calculée sur le niveau moyen de prise en charge luxembourgeois. Enfin, un projet de convention est en voie d'être finalisé entre la France et le GDL en faveur des pensionnés frontaliers² (conservation des droits antérieurs).

¹ Les travailleurs frontaliers travaillent dans un Etat membre et résident dans un autre où ils retournent une fois par semaine. Ils sont particulièrement nombreux dans les zones frontalières.

² Cf. Projet de Loi du 11/06/2006 déposé à l'Assemblée nationale française n° 5570.

Les séjours temporaires

Le citoyen européen ou assimilé, assuré social, qui se rend dans un autre Etat membre bénéficie d'un accès aux soins à l'étranger dans le cadre de son séjour temporaire au moyen de la CEAM.

Compte tenu de l'accroissement de la mobilité au sein de l'UE, cette forme de prise en charge s'est intensifiée. Elle couvre, notamment, tous les courts séjours à caractère professionnel et touristique. Entre la France et la Belgique, l'usage de la CEAM s'est accru du fait de l'intensification des échanges entre les deux pays. L'accord de coopération franco-belge signé le 16/9/2002 en témoigne. Par ailleurs, on assiste le long de la frontière au développement d'initiatives de constitution de pôle de développement économique, de partenariat culturel, etc. A titre d'exemple, un 'eurodistrict' a été constitué entre l'agglomération lilloise, le Hainaut occidental et le sud de la Flandre occidentale. Un projet similaire est à l'étude entre le littoral français (principalement le dunkerquois) et le nord de la Flandre occidentale. Par ailleurs, le caractère artificiel de la frontière franco-belge favorise son franchissement par les populations résidant dans les espaces frontaliers pour de multiples raisons de vie au quotidien (achats de biens et services, activités culturelles et touristiques, etc...)

Les transferts de résidence

Les personnes âgées et invalides peuvent faire élection de domicile dans une autre Etat membre et y être soignées à charge du pays où leurs droits sont ouverts. De nombreuses personnes âgées belges séjournent dans le sud de la France et bénéficient de cette procédure. Il en va de même pour les assurés grand ducaux d'origine portugaise.

Mais l'utilisation la plus intensive de cette procédure concerne les personnes âgées hollandaises, allemandes et britanniques qui résident durant de longues périodes de l'année sur les bords de la méditerranée.

Les soins programmés

L'accès à des soins intentionnels dans un autre Etat membre représente la part financière la plus importante des flux relatifs aux soins à l'étranger régis par le règlement 1408/71.

La haute performance des systèmes de santé belge et français favorise une mobilité de patients à la recherche de plateaux techniques ou d'équipes médicales d'excellence.

Cette procédure permet de répondre aux limites des systèmes de santé et d'accroître l'accès à des soins de qualité pour tous les citoyens européens. A titre d'exemple, le GDL qui ne compte pas d'offre de soins universitaire, autorise ses assurés sociaux, par le biais de cette procédure, à accéder aux soins pointus et prestations techniques sophistiqués, nécessaires dans le cas de certaines pathologies.

Depuis 1974, une coopération transfrontalière entre Zeeuws-Vlaanderen (NL) et la Flandre orientale (B) concernant l'accès à des soins programmés en Belgique a été mise en place. Le flux de patients des Pays-Bas vers la Belgique a augmenté ces dernières années en raison des importantes listes d'attentes au Pays-Bas et de l'application du système de conventions de soins au delà des frontières. Les conventions dans Euregio Scheldemond utilisent la procédure 1408/71. Dans l'Euregio Maas Rijn une collaboration entre l'Allemagne-la Belgique et les Pays Bas a été instituée afin de faciliter l'accès aux soins ambulatoires au-delà des frontières (IZOM) par le biais d'une simplification des formalités administratives³.

³ Cf évaluation des flux page 8

LES RETOMBÉES SUR LES SYSTEMES DE SANTE

Economiques

Les coûts économiques des différentes formes de mobilité régulées par le règlement 1408/71 sont évalués annuellement par la Commission des Comptes attachée à la Commission administrative.

Les deux tableaux ci-dessous permettent d'évaluer l'impact financier des procédures 1408/71. Le montant annuel consacré aux dépenses pour les soins dispensés à l'étranger est extrêmement modique en comparaison des dépenses totales de santé.

Coût/habitant	1989	1993	1997	1998	2004
€	1,31	2,95	2,37	1,99	2,59

Source : Rapports annuels de la Commission Administrative (1990, 1994, 1998,

1999,2005)

L'évolution des dépenses par habitant observées dans l'UE a peu augmenté au cours des 15 dernières années.

Le tableau ci-dessous fait apparaître le flux financiers entre les Etats membres. La moyenne de la dépense par habitant atteint, en 2004, 2,6 euros. Ceci confirme le faible impact économique de la mobilité régulée des patients dans l'UE.

2004	DEBITEURS			CREDITEURS		
	en % de l'ensemble des flux	en % de l'ensemble des flux	Coût en €/ hab	en % de l'ensemble des flux	en % de l'ensemble des flux	Coût en €/ hab
€(1000)	€(1000)	€(1000)	€(1000)	€(1000)	€(1000)	€(1000)
ALL	295.232	24,20	3,58	154.068	12,63	1,87
AUT	24.321	1,99	2,96	72.255	5,92	8,80
BEL	112.084	9,19	10,73	66.564	5,46	6,37
CHY	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
DAN	6.440	0,53	1,19	1.634	0,13	0,30
ESP	37.349	3,06	0,87	155.772	12,77	3,62
EST	1	0,00	0,00	0	0,00	0,00
FIN	9.802	0,80	1,87	3.173	0,26	0,61
FRA	103.927	8,52	1,72	346.235	28,38	5,72
GRE	63.067	5,17	5,69	8.693	0,71	0,78
HON	14	0,00	0,00	0	0,00	0,00
IRL	6.303	0,52	1,53	0	0,00	0,00
ISL	569	0,05	1,94	750	0,06	2,55
ITA	157.961	12,95	2,70	130.452	10,69	2,23
LET	2	0,00	0,00	0	0,00	0,00
LIECH	418	0,03	12,08	0	0,00	0,00
LIT	5	0,00	0,00	0	0,00	0,00
LUX	73.537	6,03	161,62	58.648	4,81	128,90
MAL	0	0,00	0,00	15	0,00	0,04
NOR	11.161	0,91	2,42	1.191	0,10	0,26
PBA	74.006	6,07	4,54	42.651	3,50	2,62
POL	131	0,01	0,00	218	0,02	0,01
POR	58.552	4,80	5,56	40.182	3,29	3,82
ROY	163.001	13,36	2,72	45.011	3,69	0,75
SLOVA	52	0,00	0,01	0	0,00	0,00

SLOVE	281	0,02	0,14	1.989	0,16	1,00
SUE	9.483	0,78	1,05	17.179	1,41	1,91
SUI	12.321	1,01	1,66	73.514	6,02	9,91
TCH	174	0,01	0,02	0	0,00	0,00
TOTAL	1.220.194	100,00	2,59	1.220.194	100,00	2,59

Source : Rapport annuel de la Commission Administrative 2005

On peut raisonnablement en conclure que les procédures définies par le règlement 1408/71 ne mettent pas en cause la viabilité financière des systèmes de santé.

Quant à la modernisation du règlement 1408/71 envisagée dans le règlement 833/2006, elle ne devrait pas générer un impact plus important sur le plan financier, car les droits ouverts actuellement seront similaires demain.

Accès aux soins

Les mécanismes mis en œuvre par le règlement 1408/71 améliorent l'accès aux soins à l'étranger des assurés sociaux et tout particulièrement lorsqu'il existe des accords bilatéraux entre les Etats membres qui relèvent ou étendent le champ ou le niveau de la prise en charge.

Cette coordination des systèmes de sécurité sociale permet, quel que soit le lieu de séjour dans l'UE, d'obtenir des soins en cas de besoin. Elle a pour effet, dans certaines situations (par exemple, dans les régions frontalières), de réduire les distances d'accès aux soins ainsi que les coûts sociaux pour les patients. Elle permet à certains de diminuer les temps d'attente. A des patients atteints de pathologies spécifiques, elle ouvre l'accès à des plateaux techniques ou à une offre de soins auxquels ils ne pourraient prétendre dans leur pays (GDL).

Néanmoins, il faut rester vigilant pour éviter de créer des listes d'attente dans le pays qui accueille des assurés sociaux d'autres Etats membres. Bien que les flux soient faibles, il y a parfois concentration de patients étrangers vers certaines structures hospitalières et pour certaines spécialités. Dans quelle mesure des accords bilatéraux prennent-ils en compte cette problématique ?

Qualité des soins

De manière générale, les mécanismes facilitant l'accès aux soins à l'étranger n'influent pas sur la qualité des soins dispensés puisque, dans le cadre du règlement 1408/71, le patient étranger est considéré comme un patient résidant dans le pays de soins.

Cependant, on peut faire l'hypothèse que certains patients, pour des prestations spécifiques, bénéficient de soins de meilleur qualité en se rendant à l'étranger lorsqu'ils ne sont pas en mesure de se soigner de la même manière dans leur pays (GDL).

L'accès d'un plus grand nombre à certains plateaux techniques pour des traitements spécifiques peut améliorer la qualité des soins. En revanche, une trop forte attractivité d'une patientèle étrangère peut générer des temps d'attente pour les résidents d'un pays, voire leur offrir des soins de moindre qualité. L'adoption de dispositifs régulateurs sont dans ces circonstances nécessaires pour sauvegarder l'accès de tous aux soins de haute qualité.

Organisation des systèmes de santé

L'observation des flux de patients permet aujourd'hui d'effectuer un certain nombre de constats :

- certains systèmes ne sont pas en mesure d'offrir des soins d'un certain niveau et peuvent apporter une réponse adaptée à leurs ressortissants en les autorisant à se faire soigner dans un autre Etat membre (GDL) ;
- les temps d'attente peuvent être réduits par le recours aux capacités de soins excédentaires d'un autre Etat membre ;
- l'investissement est moindre pour les pays qui ne développent pas une offre de soins suffisante pour répondre aux besoins de leur population ;
- les pays qui reçoivent les patients d'un autre Etat doivent veiller à ne pas discriminer négativement leurs patients.

2 – La jurisprudence

La CJCE considère, depuis les arrêts Kohll et Decker (1998) et jusqu'à l'arrêt Watts (2006), que le secteur de la santé est régi par les principes du traité, notamment les principes de libre circulation des biens et de libre prestation de services. En conséquence, la Cour estime que l'autorisation médicale préalable est une entrave à la libre prestation de services, que celle-ci n'est pas justifiée pour les soins ambulatoires mais qu'elle l'est pour les soins hospitaliers.

Depuis cette évolution jurisprudentielle, les Etats membres ont appliqué progressivement la procédure créée par la Cour au niveau du remboursement des soins ambulatoires dispensés à l'étranger sans autorisation médicale préalable (application des tarifs du pays où les droits sont ouverts).

Cette forme de mobilité reste extrêmement marginale et ne fait pas, à ce jour, l'objet d'une évaluation en terme de flux et de montants financiers engagés. Au niveau des Etats membres, nous n'avons pas connaissance d'un système d'enregistrement spécifique des dépenses en ce domaine. Certains flux peuvent, cependant, être évalués dans des espaces frontaliers bien définis. Ils concernent souvent des prestations dispensées par des médecins spécialistes (ophtalmologues de la région Nord-Pas de Calais et du Hainaut) pour lesquels l'accessibilité dans le pays de résidence souffre de délais d'attente importants.

Le recours à cette procédure peut-être utilisé dans des zones frontalières ayant une communauté de langue ou de culture (communauté germanophone belge et région d'Aix la Chapelle, la région Meuse-Rhin).

De manière synthétique, on peut affirmer que l'estimation financière de ces flux n'entraîne pas d'effets particuliers sur l'ensemble des dépenses de santé d'un Etat sachant qu'il s'agit de petites prestations (sans autorisation préalable) qui ne concernent pas les affections de longue durée ou les maladies chroniques.

Du point de vue de l'accessibilité, cette procédure permet à des patients d'obtenir l'accès à des prestations courantes sans être contraints d'effectuer de longs déplacements lorsqu'ils résident dans des espaces frontaliers et sans être soumis à des temps d'attente importants.

A défaut d'un revirement jurisprudentiel concernant les soins hospitaliers, les répercussions sur l'accessibilité aux soins ne devraient guère évoluer au-delà de ce qui est aujourd'hui constaté.

Le volet « qualité » ne soulève pas de remarques spécifiques (cf. ci-dessus).

3 – les coopérations transfrontalières

Pour répondre aux besoins de soins des populations résidant dans les zones frontalières, les Etats ont, en fonction des nécessités, autorisés tantôt les patients, tantôt les prestataires, à se déplacer de l'autre côté de la frontière.

Il existe historiquement une mobilité importante entre la Belgique et la France pour certains publics cibles et dans des domaines spécifiques. C'est notamment le cas pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Des accords de prise en charge ont été adoptés et sont aujourd'hui, en général, articulés sur les règlements européens (1408/71 et 574/72).

Plus spécifiquement, dans les zones frontalières, la Belgique et la France ont au cours de la dernière décennie, passé un certain nombre de conventions facilitant la mobilité des patients.

Diverses formes de coopérations ont ainsi été mises en œuvre.

- La **zone organisée d'accès aux soins** Transcards en Thiérache, permet l'accès aux soins hospitaliers de l'autre côté de la frontière sans autorisation médicale préalable au moyen de la carte de sécurité sociale du pays où les droits sont ouverts. La régulation financière s'effectue selon la réglementation communautaire (1408/71).

Une évaluation annuelle des flux a été réalisée depuis l'an 2000. Elle fait apparaître une complémentarité des offres de soins française et belge (soins à caractère technique au profit des patients français en Belgique et soins de longue durée pour les belges en France – réadaptation, alcoolisme).

Les flux financiers en 2003 s'élevaient pour chacun des deux pays à environ 230.000 euros.

	ASSURES BELGES		ASSURES FRANÇAIS	
Années	2002	2003	2002	2003
Nombre total de flux	70	89	525	608
Nombre total d'assurés	32	60	259	353
Coût global en €	241 305,56	231 740,11	205 777,14	238 816,58

- **Les coopérations interhospitalières**

Les coopérations interhospitalières répondent à des demandes spécifiques et ne concernent qu'un nombre limité de patients. Les conventions sont négociées en fonction des possibilités existantes (offre de soins suffisante capable d'absorber une demande supplémentaire) et des besoins identifiés.

Ces coopérations n'ont pas abouti à la création de nouvelles structures. Aucune filière n'a été organisée. Cependant, cette perspective pourrait voir le jour dans les prochaines années, car des prémices de structuration sont observables, notamment en matière d'IRC dans le nord de l'agglomération lilloise et du mouscronnois (le SROS Nord-Pas de Calais intègre l'offre du CH de Mouscron, lui même intégré dans le réseau NEPHRONOR).

De la sorte, l'autorité régulatrice, en l'occurrence l'ARH, peut s'appuyer sur des ressources existantes de l'autre côté de la frontière, après avoir analysé l'état de l'offre existante et pesé les coûts sociaux et financiers relatifs à d'autres solutions nationales.

Les coopérations interhospitalières transfrontalières et les zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers⁴ sont basées sur la complémentarité de l'offre de soins existante de part et d'autre de la frontière. Leur développement a pour finalité de mettre en œuvre des processus de coopération dans la perspective d'améliorer l'accessibilité à des soins de qualité pour les patients habitant dans une zone frontalière, sans les contraindre à effectuer de longues distances et/ou à respecter des délais d'attente excessifs.

⁴ Les zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) sont des zones dans lesquelles les populations frontalières peuvent avoir accès à l'offre de soins des deux côtés de la frontière sans contrainte administrative et financière particulières.

ETAT DES COOPERATIONS TRANSFRONTALIERES FRANCO-BELGES fin 2005

Les réalisations

Intitulé	Partenaires	Objet	Etat d'avancement
Dialyse / Maladies infectieuses	CH de Tourcoing et de Mouscron, AM	Accueil de patients français insuffisants rénaux chroniques au CH de Mouscron Accueil de patients belges en consultation ou hospitalisation de jour dans le service des Maladies infectieuses du CH de Tourcoing	En vigueur depuis <u>juin 1995</u>
IRM / Scintigraphie	CH de Tourcoing et de Mouscron, AM, ARH	Utilisation de l'IRM de Tourcoing par les médecins belges pour leurs patients. Examens de scintigraphie à Mouscron pour les patients français.	En vigueur au <u>1^{er} novembre 2004</u>
Urologie	CH de Tourcoing, de Roubaix et de Mouscron, AM, ARH	Consultations et chirurgie conventionnelle à Tourcoing par les médecins belges. Lithotripsie au CH de Mouscron Chirurgie lourde à Roubaix.	En vigueur au <u>1^{er} mars 2005</u> entre les CH de Tourcoing et de Mouscron.
Soins intensifs	CH de Maubeuge et de Mons, AM, ARH	Accueil de patients en soins intensifs par manque de place.	En vigueur au <u>1^{er} octobre 2004</u>
Médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités (Soins cardiologie, néphrologie, entérologie, réanimation polyvalente) coûteuses Intensifs, gastro-	CH de Charleville-Mézières et de Dinant, CPAM des Ardennes, ARH	Assurer à la population des cantons de Givet et de Fumay un accès aux soins hospitaliers dans un délai raisonnable et dans les mêmes conditions de prise en charge que sur le territoire français, à la suite de la fermeture de la maternité de Revin et de l'arrêt de l'activité chirurgicale de la clinique de Givet.	En vigueur en <u>juillet 2004</u>
Dialyse	CHR Jan Yperman, CPAM d'Armentières	Accueil de patients français au CHR J. Yperman.	Depuis <u>2000</u>

Déclaration de coopération interhospitalière (projet LUXLORSAN).	Association Hospitalière du Bassin de Longwy, CH de Luxembourg (L), Cliniques du Sud Luxembourg (B)	Convention cadre permettant la mise en place de filières de soins entre les différents secteurs hospitaliers des établissements concernés	Convention signée le <u>16 juin 2004</u>
Zone Organisée d'Accès aux Soins	Centre de Santé des Fagnes à Chimay, CH du Pays d'Avesnes, Hôpital Départemental de Felleries Liessies, CH de Fourmies, CH Brisset à Hirson, Hôpital du Nouvion en Thiérache, CH de Vervins, Polyclinique de la Thiérache à Wignehies	Offre de soins des huit établissements accessibles : <i>Versant français</i> : aux affiliés de la CPAM de Maubeuge habitant les communes de Trelon, Avesnes Helpe, Avesnes Nord, Avesnes Sud et aux affiliés de la CPAM de Saint Quentin habitant les communes de Vervins, Aubanton, Hirson, Le Nouvion, La Capelle <i>Versant belge</i> : aux assurés sociaux belges habitant les communes de Sivry-Rance, Momignies, Chimay, Couvin, Viroinval, Cerfontaine et Froidchapelle Utilisation des cartes Vitale en Belgique et SIS en France.	Convention CNAMTS-INAMI mise en œuvre en <u>mai 2000</u> et pérenne depuis le <u>22/11/2002</u> .

Les projets en cours de validation

Intitulé	Partenaires	Objet	Etat d'avancement
Soins intensifs	CH de Valenciennes et de Tournai, AM, ARH	Accueil de patients en soins intensifs par manque de place.	Convention finalisée en cours de validation
Soins de Suite et de Réadaptation	CH de Valenciennes, RHMS (site de Péruwelz), ARH, AM	Accueil de patients français en SSR sur le site de Péruwelz du RHMS	Convention finalisée en cours de validation
Psychiatrie	EPSM Lille Métropole d'Armentières, Psychiatrisch Centrum de Menin, AM, ARH	Accueil en France de patients belges en hospitalisation de jour en psychiatrie générale. Accueil en Belgique de patients français en hospitalisation complète. Limite à 3 patients de chaque côté	- Convention validée en Belgique - Texte transmis à la CNAMTS avec motivation écrite de l'ARH.
Convention de coopération sur la prise en charge des grands brûlés	CH de Charleville Mézières, IMTR de Loverval, UGECAM NORD EST, AM, ARH	Donner la possibilité aux grands brûlés français d'être traités en soins aigus au centre des grands brûlés de Loverval et aux patients belges d'être traités en soins de réadaptation fonctionnelle dans les établissements de	Avis favorable de l'Assurance Maladie belge et française. Attente de

		l'UGECAM Nord Est dans le département des Ardennes. Cette convention permet au SMUR d'orienter les grands brûlés vers l'IMTR de Loverval.	l'autorisation du Ministère français de la santé
Zone Organisée d'Accès aux Soins	CH de Tourcoing, de Roubaix, de Wattrelos et de Mouscron	Offre de soins des quatre hôpitaux proposée aux affiliés des CPAM de Tourcoing et Roubaix ainsi qu'à une partie des affiliés des CPAM d'Armentières et de Lille. Utilisation des cartes Vitale et SIS (Duplication du système Transcards en Thiérache).	Convention finalisée : - validée par le CIN (B) - transmise pour avis à la CNAMTS.
Zone Organisée d'Accès aux Soins	PARTIE BELGE : CH de Dinant et Polycliniques ituée à Gedinne et Ciney, Cliniques univ de Mont Godinne, Polycliniques des mutualités socialistes de Beauraing, Couvin et Philippeville PARTIE FRANÇAISE : CH de Charleville, de Sedan, Hôpital local de Fumay, Polyclinique du Parc de Charleville, Clinique du Dr l'Hoste de Villers Semeuse, Clinique de Revin et HL de Nouzonville	Accès aux soins hospitaliers sans autorisation médicale préalable dans la zone concernée pour l'ensemble de l'offre de soins hospitalière. Utilisation des cartes Vitale et SIS (Duplication du système Transcards en Thiérache).	Convention finalisée : -signée par l'INAMI -à la signature du Directeur de l'UNCAM.

Evolution de la mobilité des patients hollandais soignés dans les établissements hospitaliers frontaliers belges

2000	2002	2004
3751	6838	12997

Ces coopérations sont susceptibles d'évoluer en fonction de ce que les autorités régulatrices de l'offre de soins jugeront utiles de développer.

- Les autres formes de collaboration

En dehors de ces conventions, diverses formes de coopération entre les versants frontaliers franco belge se sont développées, notamment dans le cadre de la promotion de la santé, de la prévention et de l'observation de la santé et des systèmes de soins, avec l'appui des fonds Feder et des programmes Interreg.

Nous reprenons ci-dessous un rapide inventaire de ces collaborations.

1. Un tableau de bord transfrontalier est en cours de réalisation. Il s'intéresse principalement aux départements du nord, de l'Aisne et des Ardennes. Il porte à la fois sur l'état de santé, la mortalité, l'offre et la consommation de soins curatifs et préventifs, ainsi que sur les données démographiques et socio-économiques qui permettent de donner une perspective aux données de santé.
2. Deux enquêtes sur la santé des jeunes et les déterminants de santé ont été réalisées en 1997-98 et 2003-2004 dans le département de l'Aisne et la province du Hainaut. Ces enquêtes portent non seulement sur les principaux comportements de santé (questionnaires) mais aussi sur des données de type biométrique : poids taille, tension artérielle, cholestérol sanguin etc. Ces enquêtes réalisées dans le cadre de la santé scolaire sont destinées à améliorer la pertinence des activités de promotion de la santé auprès des jeunes.
3. Des actions de promotion de la santé des jeunes : inventaire de ce qui existe de part et d'autre de la frontière et renforcement des synergies, tout particulièrement dans le secteur extrascolaire.
4. Des actions de promotion de la santé des seniors sont mises en place grâce à l'association d'acteurs français et belges : recherche sur les besoins non couverts des seniors et sur les complémentarités possibles en matière d'offre à leur égard.
5. Collaboration en matière de prévention médicale : programmes de formation communs en Hainaut et dans le département du Nord sur la prise en charge du risque cardio-vasculaire global ; collaborations entre le département des Ardennes et la province de Namur sur les déterminants du dépistage du cancer du sein.

Dans ces domaines de collaboration, les principaux acteurs impliqués sont des observatoires régionaux de santé (Hainaut, Picardie, Champagne-Ardenne) et des organismes de promotion de la santé (Centre régionaux d'éducation à la santé de Picardie et du Nord, centre locaux de promotion de la santé du Hainaut (Charleroi, Mons-Soignies et Tournai)) et tous les acteurs de terrain, associations locales etc. actives de part et d'autre de la frontière. En Belgique, la Communauté française de Belgique, la Région Wallonne et la province du Hainaut participent au financement des Actions. En France, différentes instances sont présentes tant au niveau du financement que des contributions techniques pour certains

dossiers (ex collaboration avec la DRASS du Nord pour les données de démographie médicale).

En synthèse

- La prestation transfrontalière de soins au niveau local et régional :

On constate que la plupart des actions transfrontalières d'accès aux soins comportent un élément de réciprocité. Elles s'inscrivent dans une logique de complémentarité.

Les conventions ont pour effet de renforcer le tissu sanitaire de la région frontalière par un remaillage des capacités d'interventions localisées de part et d'autre de la frontière.

Ce remaillage permet au patient d'accéder à une offre de soins de proximité la plus complète possible permettant une organisation en réseau de l'offre de soins à l'intérieur d'un bassin de vie transfrontalier.

Des synergies entre les institutions et les prestataires sont ainsi réalisées. Des échanges de bonnes pratiques et des renforcements des équipes médicales pallient les difficultés liées à la démographie médicale (pénurie de professionnels de santé).

Enfin, sur le plan financier, une rationalisation des infrastructures et des équipements permet de réaliser des économies d'échelle.

- La prestation transfrontalière de soins au niveau national :

L'objectif des coopérations consiste à renforcer les systèmes de soins. Elles respectent les pratiques de régulation nationale en matière de normes de qualité, d'évaluation et de contrôle des dépenses. Celles-ci restent indispensables pour garantir un haut niveau de qualité des soins et de sécurité pour le patient et le prestataire.

En bref, l'amélioration de la prise en charge du patient dans les zones frontalières passe par une libéralisation régulée des soins. C'est l'esprit de l'accord cadre de coopération sanitaire transfrontalier franco-allemand et franco-belge. Le développement du volet transfrontalier des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) en France trouve sa base légale dans ces accords cadre. Il permettra une redéfinition de l'offre de soins et des territoires de santé et la création à terme de bassins de soins spécifiques.

Les GEIE OFBS et Luxlorsan, de part leur rôle d'observatoires transfrontaliers de la santé, inscrivent leur action dans cette dynamique et ont pour objectif de développer une réelle approche transfrontalière de la politique de santé.

Question 2

Quelles sont les clarifications juridiques spécifiques et les informations pratiques requises – et par qui (autorités, acquéreurs, prestataires, patients) – pour que des prestations transfrontalières de soins sûres, efficaces et de qualité puissent être fournies ?

De manière générale, les prestations transfrontalières de soins font appel à des régulations reposant sur des règles juridiques, administratives et financières qui peuvent être qualifiées de complexes. Elles nécessitent d'être mieux communiquées et plus largement aux patients, assurés sociaux et professionnels de santé, avec précision et clarté.

Aujourd'hui, l'accès aux soins à l'étranger (étendue des droits et procédures applicables) demeure peu transparent pour le citoyen moyen de l'UE. La diversité des pratiques et la centralisation du pouvoir décisionnel ne facilite pas sa compréhension.

1. Concernant l'application des règlements européens en matière d'accès aux soins à l'étranger (1408/71 et 574/72) :

Si l'application de la législation communautaire est identique au sein de l'UE, force est de reconnaître que bon nombre d'Etats utilisent des pratiques administratives qui ne facilitent pas toujours le recours aux soins à l'étranger. L'évaluation de la situation du patient ou l'interprétation des dispositions communautaires font apparaître des attitudes variables (et souvent opposées allant de la souplesse à la rigidité). Le patient face à l'appareil de gestion de ces procédures reste plutôt démuné et n'ose pas engager un recours à l'encontre de la décision prise par l'autorité compétente dont il dépend. Les affaires que la CJCE a eu à juger en témoignent.

Des informations vulgarisées, accessibles, complètes, devraient être largement transmises aux patients assurés sociaux et professionnels de santé par les autorités compétentes de l'UE, ceci afin de garantir une information objective et qualitative. De même, les Etats membres devraient expliciter leurs procédures et devraient être invités à traiter les dossiers en communiquant clairement leur position ainsi que les voies de recours ouvertes.

2. Concernant l'impact de la jurisprudence européenne

En rendant les arrêts dans les affaires Khol et Decker et suivantes, la CJCE n'a pas facilité la compréhension du citoyen européen en matière d'accès aux soins à l'étranger. La jurisprudence européenne a, au contraire, complexifié la situation. Tout d'abord, celle-ci n'est pas appliquée de manière uniforme dans l'UE. Durant de nombreuses années, différents Etats ont prétendu que la jurisprudence européenne ne les concernait pas. Souvent, les Etats l'appliquent selon l'interprétation qu'ils en font (à titre d'exemple la notion de soins ambulatoire, de liste d'attente, etc). De manière générale, ils communiquent peu sur la procédure ouverte par les arrêts de la CJCE.

Ces constats sont liés à la complexité qui naît de l'existence d'une double procédure pour le remboursement des soins ambulatoires. Une réconciliation entre les mécanismes est attendue par le plus grand nombre : Etats, organismes de gestion, patients, professionnels de santé.

A ce moment, il sera sans nul doute plus facile de communiquer aisément et de diffuser une information compréhensible et de qualité à tous les acteurs concernés.

3. Les coopérations transfrontalières

Le nombre réduit de coopérations facilite d'autant plus leur communication qu'elles émanent d'une volonté commune de divers acteurs qui ont le souci de diffuser très largement les opportunités nées de ces dispositifs. Dans ces circonstances, la qualité et l'accessibilité de l'information sont soignées.

4. La volonté des acteurs transfrontaliers d'informer

En fonction des dispositifs existants, tels que repris à la question 1, les prestations transfrontalières sont régies selon un cadre juridique défini dans le pays où les prestations sont dispensées.

Il importe d'informer les patients sur le système juridique dans lequel ils entrent lorsqu'ils bénéficient de prestations de l'autre côté de la frontière. Pour ce faire, les droits et procédures à respecter en matière de mobilité doivent être connus par les professionnels de l'assurance maladie au niveau local mais aussi au sein des établissements hospitaliers, prescripteurs de soins.

L'OFBS et le GEIE LUXLORSAN ont créé différents outils pour assurer un recours adéquat aux prestations de soins transfrontalières :

- ***Une veille juridique***

Elle permet de suivre l'évolution de la jurisprudence communautaire et facilite son application de manière égale tout le long de la frontière franco-belge. L'intégration des règles européennes dans les droits positifs nationaux est suivie de manière rigoureuse. Un rapport sur la mobilité des patients dans l'Union Européenne a été réalisé en 2006 permettant de suivre l'évolution des règles et pratiques en matière d'accès aux soins à l'étranger.

- ***Une base de données sur les droits des assurés***

Cette base de donnée, accessible via internet, permet de connaître le droit applicable et la procédure à suivre pour l'accès aux soins à l'étranger et répond à chaque cas individuel. Cet outil est à la disposition des assurés sociaux mais aussi des techniciens de l'assurance maladie lorsqu'ils se posent la question du droit applicable pour une situation individuelle complexe.

- ***Des guichets de soins***

Une formation à destination des professionnels de l'assurance maladie (responsables des conventions internationales, techniciens ayant à traiter des situations de soins transfrontaliers) a été mise en place. Elle permet une information sur les systèmes de sécurité sociale belge et français, ainsi que sur les procédures à suivre selon les cas (les formulaires européens), la jurisprudence et les coopérations hospitalières en vigueur.

Cette formation devrait permettre d'ouvrir des guichets de soins le long de la frontière dans les organismes d'assurance maladie avec la mise à disposition toutes les instruments d'information-communication qui ont été conçus à cet égard.

Le processus d'intégration européenne accroît la mobilité au sein de l'UE et plus particulièrement dans les zones frontalières. Les travailleurs frontaliers et les habitants des zones frontalières restent confrontés à divers problèmes administratifs et financiers et ne reçoivent pas toujours les informations exactes et fiables en matière de sécurité sociale.

En conséquence, les guichets de soins s'inscrivent parmi les réponses développées par l'OFBS et LLS, ainsi que dans la région Scheldemonde, pour diffuser une information de qualité aux patients et aux prestataires en veillant à :

- apporter rapidement une réponse adéquate et uniforme aux questions et problèmes rencontrés par les populations résidant dans les zones frontalières ;
- mettre en relation les personnes chargées de l'application des conventions internationales dans les organismes assureurs belges et français afin de traiter plus efficacement les dossiers ;
- dépister les problèmes et difficultés d'accès aux soins dans les zones frontalières ;
- utiliser les outils d'information et de communication créés par les projets Interreg en matière de soins à l'étranger⁵ ;
- diffuser de l'information sur le contenu pratique de la coopération transfrontalière (conventions) à l'adresse de tous les acteurs transfrontaliers de la santé (patients, hôpitaux, prestataires ...);
- créer un réseau d'intervenants transfrontaliers pour apporter des réponses qualitatives aux questions des populations frontalières (ex. : application des règlements européens, jurisprudence, circulaires INAMI, décret français du 19/04/2005, conventions transfrontalières ...).

5. Les domaines de l'information

Ces domaines sont nombreux et concernent :

- Les droits et procédures d'accès au remboursement des soins à l'étranger ;
- Le mode de régulation dans les espaces frontaliers : procédures dérogatoires instaurées par les accords cadre de coopération sanitaire entre la France et la Belgique et entre l'Allemagne et la France ;
- La responsabilité des prestataires (application des règles du pays où les soins sont dispensés) ;
- La tarification des soins.

En ce domaine une clarification est nécessaire. Dans de nombreux cas, il est impossible de prévoir la différence de tarif de soins à charge du patient du fait de la non correspondance des nomenclatures nationales. La jurisprudence de la CJCE (arrêt Vanbraekel) permet théoriquement aux patients d'être pris en charge au même niveau que dans son pays d'affiliation.

De nombreux organismes de gestion des prestations de santé sont actuellement confrontés à des interprétations diverses quant au mode de prise en charge à appliquer. Ainsi, en France, on est en droit de s'interroger sur les droits des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et des patients dits en « affection longue durée » (ALD) lorsqu'ils reçoivent des prestations à l'étranger, que ce soit dans le cadre du 1408, de la jurisprudence ou des conventions de coopération transfrontalières.

En Belgique, comment offrir aux BIM's les avantages qu'ils ont dans ces circonstances ?

⁵ Parmi ces outils, la base de données interactive, accessible sur le web: www.santetransfrontaliere.org (FR, DE, NL).

Ces statuts, tirés de critères sociaux ou médicaux, offrent des exonérations importantes pour le patient, et l'on peut considérer que la perte de ces avantages constitue une entrave à un accès aux soins de qualité. Il faut noter que si une convention de coopération existe, cet aspect est pris en compte dans la mesure du possible. D'où l'intérêt de ce type de coopérations pour ces personnes protégées.

En bref, Il conviendrait de permettre une exportation du statut de l'assuré (volume des droits reconnus dans le pays d'origine) à l'occasion de la délivrance de soins de l'autre côté de la frontière.

- Les procédures de remboursement, variables d'un Etat à l'autre, notamment en matière de tiers payant, pour les prestations de laboratoires, etc., constituent des difficultés d'accès aux soins à l'étranger ;
- La prescription et la délivrance de médicaments de part et d'autre d'une frontière.

Question 3

Quels sont les domaines (surveillance clinique, responsabilité financière etc) devant relever de la responsabilité des autorités de chacun des Etats concernés ?

Ces domaines varient-ils en fonction des différents types de prestation transfrontalière de soins décrits au point 2.2 ci-dessus ?

- En matière de prise en charge médicale, la responsabilité relève du pays où les soins ont été dispensés (cf. arrêt Keller). Ce principe découle de la reconnaissance réciproque de la qualité des soins prodigués aussi bien en France qu'en Belgique par exemple. Ainsi, lorsqu'un Etat membre a autorisé l'un de ses nationaux à se faire soigner dans un autre Etat, il transfère automatiquement son pouvoir décisionnel à son homologue étranger. Le contrôle de qualité relève du pays où les soins sont dispensés même s'il s'agit de prestataires établis dans un autre état membre.
- En matière de prise en charge financière, l'autorité compétente est l'organisme assureur du pays d'affiliation, quelle que soit la procédure applicable (1408-jurisprudence ou convention spécifique). Ce principe est protecteur pour l'assuré qui pourra ainsi se tourner vers son organisme d'origine.

Question 4

Qui devrait être chargé de garantir la sécurité des patients en cas de prestation transfrontalière de soins ?

Comment garantir des voies de recours aux patients ayant subi des préjudices ?

Le principe général proposé est celui exposé à la question précédente. Des voies de recours relatifs aux prestations médicales existent dans tous les pays de l'UE, le droit applicable peut donc être celui du pays de prestation.

Il est souhaitable de prévoir des voies de recours dans le pays d'affiliation pour les préjudices nés de la facturation de la prestation délivrée à l'étranger : le pays d'affiliation accompagne le plaignant (via l'organisme assureur) dans les limites du champ de compétence de l'assurance maladie (exemple : exclusion des soins esthétiques).

Question 5

Que faut-il faire pour que le traitement des patients originaires d'autres Etats membres soit compatible avec la fourniture d'un service médical et hospitalier équilibré accessible à tous (dédommagement financier pour leur traitement dans le pays destinataire par exemple) ?

Les soins dispensés aux patients étrangers doivent l'être selon les mêmes principes, règles et tarifs appliqués aux nationaux.

Les soins doivent être accessibles aux patients étrangers dans la mesure où l'offre le permet (dans les zones frontalières, selon la capacité disponible sur l'autre versant).

Les outils statistiques des établissements de soins doivent intégrer les mesures d'évaluation de ces capacités disponibles et enregistrer les prestations délivrées aux patients étrangers de la même manière que pour les nationaux tout en permettant des extractions de données spécifiques pour garantir la sécurité de l'accès aux soins et leur tarification respectueuse des règles de régulation.

Pour ce qui concerne les centres d'excellences :

- une définition de ces unités de soins est nécessaire,
- les conditions d'accès à ces unités doivent être définies en toute transparence,
- des quotas par Etats devraient être définis en respectant, suivant les traitements d'excellence réservés à des pathologies spécifiques, une forme de programmation à l'échelle de l'UE, afin d'assurer à chaque citoyen européen un accès égal et équitable à ces unités de soins, en fonction de ses besoins de santé,
- une tarification spécifique devrait être définie ; elle inclurait la part de l'investissement nécessaire au développement de telle unité technique.

Question 6

D'autres questions sur la circulation des professionnels de la santé ou l'établissement des prestataires de soins qui n'auraient pas encore été traitées dans la législation communautaire devraient-elles être évoquées dans le contexte précis des services de santé ?

- La législation communautaire ne s'est guère préoccupée à ce jour des droits du patient et de l'assuré social. Certains Etats membres ne disposent pas de règles régissant les rapports entre les prestataires de soins et les patients. Pourtant, le besoin existe compte tenu de l'asymétrie d'information entre ces parties.

On pourrait en ce domaine s'inspirer de la législation en vigueur dans certains Etats comme la France et la Belgique pour aborder la protection du patient soigné par un prestataire de soins exerçant dans le cadre de la libre prestation de services (soins à l'étranger).

Les domaines suivants devraient être abordés dans un dispositif européen :

- le droit à une information de qualité sur le prestataire, le traitement médical (intervention, durée, suivi et continuité des soins...), son coût, le montant de la prise en charge...
 - le droit de porter plainte devant les juridictions du pays où il réside
 -
- Le non conventionnement des prestataires étrangers peut poser problème, en ce qu'il favorise les inégalités de situations (dépassements d'honoraires ou alignement sur les prestataires nationaux conventionnés) et constitue donc un frein à l'installation de professionnels de santé ou à l'accès à des soins dispensés à l'étranger.

Dans le même ordre de constat, les normes de qualité ou de maîtrise des dépenses de santé ne sont pas applicables aux prestataires non conventionnés et les médecins exerçant dans le cadre de la libre prestation de services sont en général assimilés à des prestataires non conventionnés. En conséquence, naît une différenciation de traitement entre les prestataires soumis aux dispositions nationales et les prestataires étrangers exerçant en libre prestation de services non soumis aux normes de qualité et de maîtrise des dépenses.

Ne pourrait-on pas envisager d'étendre le conventionnement applicable dans le pays de résidence du patient à ces prestataires ?

Par ailleurs, en France, l'activité de praticiens hospitaliers étrangers exerçant à temps partiel dans les hôpitaux publics n'est pas favorisée. En effet, ces derniers ne peuvent être rémunérés de manière au moins équivalente à ce qu'ils perçoivent dans leur établissement d'origine. Or, le renforcement d'équipes de praticiens hospitaliers dans des zones où le déficit de démographie médicale pose de véritables problèmes, allant parfois jusqu'à la remise en cause du maintien d'une activité, pourrait être une solution à la fois souple et pérenne. Dans cette hypothèse, il conviendrait de trouver une solution qui permette une activité multi-sites sans pénaliser financièrement les praticiens qui souhaitent développer ce type d'activité. Un conventionnement particulier pourrait être une solution.

Question 7

Dans le contexte des différents systèmes spécifiques de santé ou de protection sociale concernés, existe-t-il d'autres domaines où la sécurité juridique devrait être renforcée ?

En particulier, quelles améliorations les parties prenantes directement concernées par l'accueil des patients venant d'autres Etats membres – prestataires de soins et institutions de sécurité sociale par exemple – suggèrent-elles pour faciliter la prestation de soins à l'échelon transfrontalier ?

- Afin d'assurer un haut niveau d'information et d'échanges de données entre les Etats membres dans le cadre de la régulation des soins à l'étranger, il conviendrait de développer, dans un premier temps, un réseau de communication sur l'ouverture du droit aux prestations pour le patient entre les prestataires hospitaliers et les organismes de gestion de l'assurance maladie des différents pays.
- Dans un second temps, il conviendrait de développer un système d'enregistrement des données relatives à l'accès aux soins à l'étranger.
- La mobilité des prestataires devrait également être enregistrée en collaboration avec les ordres nationaux des médecins.
- Les statuts spécifiques des patients bénéficiant de mesures de correction sociale devraient être exportables et reconnus lors de la dispensation de soins à l'étranger, notamment à l'intérieur des espaces frontaliers de leur lieu de résidence (CMU,ALD, BIM'S...).

Question 8

**De quelle manière l'action de l'UE devrait-elle soutenir les systèmes de santé et les différents intervenants concernés dans les Etats membres ?
Envisagez-vous des domaines d'action qui n'auraient pas été évoqués ci-dessus ?**

Au-delà de ce qui a déjà été mis en exergue dans les questions précédentes, l'UE peut intervenir efficacement dans le domaine des soins à l'étranger en développant :

- des programmes d'actions concernant la coopération transfrontalière : évaluation des besoins aux frontières, évaluation des capacités disponibles (cf. études faites avec le soutien d'Interreg), études de faisabilité de développement de projets de complémentarité et de projets spécifiques, soutien à la formation, la communication, développement d'études juridiques, évaluation d'expérimentations, etc. ;
- un observatoire européen et un forum permanent des coopérations transfrontalières ;
- une communication de la Commission sur les coopérations transfrontalières pour la diffusion de bonnes pratiques ;
- des programmes d'actions sur les centres d'excellence : définition des centres, élaboration de filières, échange d'expériences entre les états membres, etc.

Question 9

**Quels seraient les instruments appropriés pour faire face aux différents enjeux liés aux services de santé au niveau européen ?
Quels seraient les points à aborder dans la législation communautaire et ceux à traiter par des voies non législatives ?**

- La mise en œuvre du principe de libre prestation de services ainsi que de libre circulation des biens médicaux peut faire émerger des conséquences graves pour l'accès aux soins de certaines catégories de population, parmi lesquels les personnes les plus défavorisées, les plus fragiles sur les plans social et sanitaire. L'application de ces principes sans régulation adaptée peuvent produire des effets pervers lourds de conséquence tel que l'inflation des coûts de certains soins, la sélection des bons risques, l'exclusion de patients pauvres, etc.

Dans le secteur de la santé, le principe de reconnaissance de l'intérêt général s'impose. Cependant le traité ne lui accorde pas une telle base légale. C'est la raison pour laquelle il apparaît indispensable d'envisager de réformer le Traité lors de la prochaine Conférence Intergouvernementale pour donner une base juridique spécifique au secteur de la santé (soins de santé notamment) et l'élever au rang de Service d'Intérêt Général permettant une application adaptée et adéquate des règles de concurrence.

- En référence aux travaux communautaires et notamment à la Communication sur les Services Sociaux d'Intérêt Général du 26 avril 2006, les services de santé pourraient d'ores et déjà faire l'objet d'une directive qui définirait leurs missions d'intérêt général en répondant ainsi au souci de la Cour de Justice qui s'est prononcée sur la question des services par un rééquilibrage nécessaire par rapport à l'application des règles du marché intérieur.
- Les deux modes d'accès aux soins à l'étranger, d'une part, la voie traditionnelle de l'article 22 du règlement 1408/71, et d'autre part, celle issue de la jurisprudence et de la mise en œuvre des règles relatives à la libre prestation de services, ont créé une insécurité juridique pour le patient et ont alourdi les procédures administratives. Ce sont parfois les différences de tarifs entre les Etats membres qui conditionnent le choix du patient quant à la procédure à suivre. Selon le niveau de prise en charge de l'Etat de séjour, le patient aura intérêt ou non à solliciter une autorisation préalable pour accéder à des soins ambulatoires de l'autre côté de la frontière. Il existe en particulier des différences de prise en charge entre la France et la Belgique (remboursement partiel de certains actes ou de médicaments, suppléments d'honoraires exclus de la part obligatoire). Une réconciliation entre ces deux procédures s'impose pour assurer une meilleure sécurité d'application des règles communautaires au patient.
- L'UE devrait intégrer dans le dispositif qu'elle compte mettre en œuvre dans le cadre de la régulation de la mobilité des patients les dispositifs bilatéraux conclus entre des Etats membres pour améliorer leurs conditions d'accès aux soins transfrontaliers dans leur espace frontalier (accord cadre franco-allemand, accord cadre franco-belge).

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.