

LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE :

impact positif de l'intégration
européenne sur l'amélioration des
conditions de vie et l'état de santé des
populations frontalières

par Henri Lewalle (1)

La coopération sanitaire transfrontalière telle qu'elle s'est développée le long de la frontière franco-belge résulte des effets positifs du processus d'unification européenne à travers la législation facilitant la mobilité des travailleurs, puis la libre circulation des personnes, la création du marché intérieur et le développement de projets régionaux de coopération en matière d'accès aux soins et de synergie des systèmes de soins implantés sur chaque versant frontalier.

La libre circulation des personnes

La construction européenne a permis de développer un dispositif de droit social international qui reste aujourd'hui inégalé dans le monde. Il s'agit des règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Créés au départ des instruments développés dans le cadre des « Accords de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier (CECA) », ces règlements européens ont incontestablement facilité la mobilité des citoyens européens depuis leur mise en œuvre au 1er janvier 1959.

Au départ, ce sont les travailleurs qui ont bénéficié de ce dispositif dont le principal objectif visait à encourager leur déplacement au sein du « Marché Commun », en vue de leur permettre de rechercher et d'exercer une activité professionnelle salariée, dans un autre État membre.

Au fil de l'édification du processus d'intégration

européenne, ces instruments juridiques de sécurité sociale qui permettent de conserver les droits acquis en ce domaine et de faciliter les prestations à l'étranger, se sont élargis, à diverses situations, en matière d'accès aux soins à l'étranger. Il s'agit pour l'essentiel des cas de figure suivants :

- les soins urgents ou nécessaires en cas de séjour temporaire à l'étranger ;
- les soins dans le pays d'emploi et dans le pays de résidence pour les travailleurs frontaliers ;
- les soins en cas de transfert de résidence ;
- les soins intentionnels ou programmés, soumis à une autorisation médicale préalable du système de sécurité sociale où les droits de l'assuré social sont ouverts ;
- les soins pendant les stages des étudiants à l'étranger...

Aujourd'hui, tous les citoyens européens qui se rendent à l'étranger dans un autre État membre peuvent bénéficier de ces avantages sociaux qui facilitent la jouissance de l'application d'un des principes fondamentaux de l'U.E., celui de la libre circulation des personnes.

Les diverses formes de mobilité liées au travail, aux loisirs, etc. peuvent se réaliser à l'intérieur de l'U.E. sur base du droit dont dispose chaque citoyen de circuler librement et sans obstacle, grâce à la garantie offerte par les règlements européens de sécurité sociale d'assurer le maintien et le transfert des prestations acquises. Ainsi, la personne retraitée pourra couler des jours paisibles à plus de mille

*Mots-clés : Coopération
sanitaire transfrontalière,
Europe, accès aux soins,
sécurité sociale*

*(1) Coordinateur des projets
de coopération transfrontaliers
des GEIE OFBS et Luxlorsan
Belgique
Téléphone 00 32 476 22 30 97*

kilomètres de son lieu habituel de résidence. La personne malade chronique pourra bénéficier des soins dont elle a besoin pendant un séjour touristique dans un autre État membre. En cas d'études ou de stages, dans n'importe quel État de l'U.E., l'étudiant aura ses soins couverts par son système de sécurité sociale. Quant à toutes les personnes en âge de travailler, elles sont protégées par les aléas provoqués par les risques sociaux couverts par les différentes branches de sécurité sociale, à savoir : les soins de santé, l'incapacité de travail, les accidents du travail, les maladies professionnelles, etc.

Le marché intérieur

Les mécanismes de coordination des systèmes de sécurité sociale constituent un des instruments de base du modèle social européen, sur lequel peuvent se greffer des initiatives et des projets qui ont l'ambition d'améliorer la qualité de vie des citoyens, leur état de santé, leur accès aux soins, etc.

Cette perspective de progrès social s'inscrit dans les opportunités qu'ouvre le Marché Intérieur depuis sa mise en œuvre en 1992.

En effet, pour dynamiser la logique d'intégration européenne, diverses politiques d'accompagnement ont été initiées dans divers champs. Dans le domaine interrégional, une politique a été lancée pour valoriser et intensifier les bienfaits du grand projet de construction d'une « *Europe sans frontière* ».

Pour concrétiser cet axe politique, un programme d'actions interrégionales dénommé « *INTERREG* » a été élaboré.

Ce cadre a permis de développer des projets dans le champ de la santé pour améliorer l'accès aux soins des populations résidant dans les régions frontalières, créer des synergies entre l'offre de soins de deux ou plusieurs versants frontaliers, développer des projets transfrontaliers de prévention, etc.

Dès 1992, un premier projet Interreg a vu le jour, le long de la frontière franco-belge entre le département de Nord-Pas-de-Calais et les provinces belges du Hainaut et de Flandre occidentale.

Dans un premier temps, il a permis aux acteurs potentiels de la santé exerçant des responsabilités sur chaque versant de se rencontrer, d'échanger et de comparer leurs activités, leurs pratiques, le fonctionnement de leur système, les faire valoir de leurs structures et équipements de soins, mais aussi leurs difficultés.

Dans un deuxième temps, ils ont entrepris une étude approfondie des mécanismes de gestion des deux systèmes de soins, de leurs capacités, et des besoins qu'ils avaient peine à rencontrer.

Puis, en dressant un constat des points forts et des points faibles de chacun des systèmes, ils en sont

arrivés à envisager de développer une logique de coopération entre l'offre de soins des deux versants frontaliers sous l'axe de la complémentarité.

C'est de cette dynamique que les premiers projets de coopération interhospitalière sont nés entre la France et la Belgique. Ceux-ci avaient pour vocation tantôt de répondre à un développement de traitements de certaines pathologies à proximité des lieux de vie des patients frontaliers, tantôt de pallier la carence de l'offre de soins observée dans un ou plusieurs domaines de soins en favorisant la complémentarité entre les deux versants, tantôt encore, de combler les lacunes résultant de la pénurie de prestataires compte tenu de la situation défavorable de la démographie médicale dans certaines zones frontalières.

La coopération sanitaire

La première initiative de coopération sanitaire qui a vu le jour concerne des établissements hospitaliers frontaliers. Elle a été initiée dans le Nord-est de l'Agglomération lilloise entre les centres hospitaliers de Mouscron et de Tourcoing.

Ces deux structures, situées à proximité l'une de l'autre, étaient en mesure de répondre en partenariat à des besoins de soins spécifiques émanant des populations qui s'adressaient à elles, sans être en mesure de répondre seule à ces demandes.

Des analyses effectuées au départ des travaux des opérateurs du projet Interreg et des rencontres organisées entre les directeurs administratifs et médicaux de ces deux hôpitaux, il est apparu que des synergies entre les deux plateaux techniques pouvaient apporter une réponse de qualité de proximité à des patients atteints de certaines affections qui étaient obligés d'effectuer souvent de longues distances pour trouver une réponse adaptée à leur situation sanitaire.

C'est ainsi que les acteurs chargés du financement des prestations de santé de part et d'autre de la frontière, les personnels médicaux et les directions des établissements de soins concernés ont décidé d'autoriser les assurés sociaux belges atteints du sida, habitant l'espace frontalier de Tournai - Mouscron, à se rendre dans le service universitaire des maladies infectieuses du CH de Tourcoing, pour s'y faire soigner afin de leur épargner des déplacements longs et coûteux vers des structures de soins bruxelloises, seules, à l'époque, en mesure d'administrer à ces patients des traitements médicaux adéquats.

Dans le même temps, les assurés sociaux français, insuffisamment rénaux chroniques, résidant dans cette zone frontalière, ayant besoin d'être dialysés, qui devaient effectuer plus d'une demi-heure de déplacement par trajet pour subir des séances de trois heures de soins, à raison de trois fois la semaine,

ont été autorisés, dès 1994, à se faire dialyser au CH de Mouscron, soit à moins de dix minutes de leur lieu de vie habituelle.

Cette première convention de coopération inter-hospitalière s'intègre dans la logique qui a toujours prévalu au développement de la coopération sanitaire franco-belge, à savoir, la complémentarité entre l'offre de soins des deux versants frontaliers. Elle a pu se concrétiser grâce à l'application des procédures mises en œuvre par les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale, autorisant l'assuré social français et belge, concerné par un domaine de coopération, à se soigner sur l'autre versant frontalier en étant assuré de la prise en charge financière, par le système de sécurité sociale où ses droits sont ouverts, des prestations dispensées à l'étranger.

C'est en se fondant sur ce mécanisme de remboursement des soins programmés à l'étranger, soumis à une autorisation médicale préalable dans la législation européenne, que les assurés sociaux bénéficiaires de ces conventions de coopération transfrontalière ont aisément traversé la frontière car les deux systèmes de sécurité sociale ont décidé de commun accord de lever l'obstacle principal à la mobilité des patients à l'intérieur de l'UE, celui de l'autorisation médicale préalable accordée par l'organisme de sécurité sociale dont dépend le patient.

Par l'adoption de ce dispositif conventionnel entre les acteurs de la santé des deux versants frontaliers, les bases de la coopération sanitaire franco-belge étaient jetées.

Cette nouvelle forme d'accès aux soins pour les résidents des zones frontalières et, ces mécanismes de prise en charge médicale, administrative et financière ont été ensuite, approfondis et élargis à d'autres initiatives et ambitions.

Cette pratique s'est progressivement répandue tout au long de la frontière franco-belge, au cours des deux dernières décennies.

Néanmoins, pour atteindre ce niveau de développement de la coopération sanitaire transfrontalière, il a fallu mettre en œuvre des projets de collaboration, entre l'offre de soins des deux versants, adaptés aux spécificités de chaque sous-territoire frontalier composant l'espace transfrontalier franco-belge.

Ainsi, un projet expérimental de territoire de santé transfrontalier a vu le jour en Thiérache entre sept structures de soins. Depuis le 1^{er} mai 2000, des patients belges et français se font soigner de part et d'autre de la frontière dans un des établissements concernés par la convention négociée entre les acteurs de la santé des deux versants frontaliers sans qu'ils ne soient contraints de respecter des procédures administratives et financières décourageantes.

Aujourd'hui, six territoires de soins transfrontaliers ont été déployés :

- l'espace frontalier lorrain et de la province de Luxembourg constitue la zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) Lorlux ;
- le département des Ardennes et la province de Namur, la ZOAST Ardennes ;
- entre Maubeuge et Mons ;
- entre Tournai et Valenciennes ;
- au nord de l'agglomération lilloise entre onze structures de soins ;
- et en Thiérache.

Près de 20.000 patients français et belges se sont soignés sur l'autre versant frontalier, en 2013 et ce, sans obstacle administratif ni financier.

Ces différents dispositifs, concernant la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ont été élargis à d'autres formes de prise en charge. En effet, les conventions de coopération intègrent les couvertures complémentaires octroyées par les mécanismes de politique de correction sociale tels que :

- la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) qui finance le reste à charge des patients dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil de revenus ;
- les Affections de Longue Durée (ALD) dont les coûts sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie ;
- les autres formes d'exonération etc...

De plus, depuis 2009, les assurés du département des Ardennes, bénéficiaires de la *Zoast Ardennes* sont couverts pour le reste à charge, par leur organisme complémentaire (assurance, mutuelle) auprès duquel ils sont affiliés.

Dès lors, tout le long de la frontière, l'accès aux soins à l'intérieur des territoires de santé transfrontaliers est aujourd'hui quasi comparable sur le plan administratif et financier à celui dont bénéficie tout assuré social dans son pays. Quant aux projets de collaboration entre les structures de soins, ils n'ont cessé de se diversifier et de s'intensifier tout le long de la frontière.

L'aide médicale urgente

À côté de cette coopération sanitaire, construite pas à pas et reposant sur un instrument juridique fondamental : l'accord-cadre de coopération sanitaire signé par les ministres de la santé de France et de Belgique, au nom des gouvernements des deux États, le 1/06/2005, une initiative importante a été mise en œuvre depuis 2008 : la convention d'aide médicale urgente.

La convention AMU transfrontalière signée le 20 mars 2007, entre les deux pays, a créé cette nouvelle forme de collaboration transfrontalière essentielle pour améliorer les chances de survie des patients et réduire les séquelles éventuelles liées à des accidents ou des affections tels que des AVC et ou des infarctus du myocarde. Ce dispositif a été implémenté dans chaque sous-région de l'espace frontalier franco-belge, à partir du premier semestre 2008.

Afin de réduire le temps d'intervalle médical libre (IML), entre l'appel à un centre d'appel unifié et la prise en charge médicale par un prestataire de soins au chevet du patient, des SMUR français et belges interviennent désormais de part et d'autre de la frontière.

En pratique, les Smur de chaque versant prennent en charge, en seconde intention, selon une grille de hiérarchisation établie, le patient du versant voisin qui ne peut être soigné par le SMUR du territoire sur lequel il se trouve car celui-ci est indisponible ou déjà en activité. De plus, dans certaines sous-régions (la Lorraine et l'Ardenne) où le temps d'intervalle médical peut dépasser les 20 minutes, une intervention en première intention a été développée avec l'accord des autorités et acteurs concernés.

Enfin, le dispositif créé est doté d'un mécanisme de régulation financière spécifique et original. Il est maintenant utilisé, sur d'autres versants frontaliers de l'U.E.

En guise de synthèse

La politique interrégionale européenne a permis de lancer, grâce aux différents programmes d'actions Interreg, des projets de coopération sanitaire, dans l'espace frontalier franco-belge.

Les règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale créés dans la foulée des Accords de la CEEA et du Traité de Rome servent d'instruments de régulation financière de l'accès aux soins dans les régions frontalières.

Les initiatives prises pour améliorer l'accès aux soins, dans l'espace frontalier franco-belge reposent sur un instrument juridique de droit international, l'accord-cadre de coopération sanitaire signé en 2005, une dynamique de coopération entre les acteurs de la santé des deux versants frontaliers (hôpitaux, prestataires, assurance-maladie...), des mécanismes facilitateurs (la prise en charge des restes à charge, des procédures simplifiées...).

Ces développements assurent aujourd'hui aux patients de l'espace frontalier franco-belge, confrontés à la pénurie de prestataires dans certains lieux ou domaines d'activités, à la carence de certains maillons de l'infrastructure de soins de l'un ou l'autre versant frontalier, aux contractions des dépenses publiques et aux restructurations des établissements hospitaliers, un accès à des soins de qualité de proximité. ■