



CESER
Hauts-de-France

Conseil Économique, Social
et Environnemental Régional

RAPPORT D'ÉTAPE

LES ENJEUX TRANSFRONTALIERS DE LA SANTÉ : QUELLE ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DES RÉSIDENTS FRONTALIERS FRANCO- BELGES

Rapporteurs : Danièle EROUART et Claire LEFRANC VAN RYSSEL

26 septembre 2023

Éclairer l'avenir



SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	7
MEMBRES DE LA COMMISSION EUROPE ET TRANSFRONTALIER	8
REMERCIEMENTS.....	9
INTRODUCTION	10
PREMIÈRE PARTIE : L'ACCÈS AUX SOINS, VOLET SANITAIRE	13
1. ÉTAT DES LIEUX	14
1.1. Le contexte réglementaire européen et son évolution	14
1.2. La coopération franco-belge en matière sanitaire.....	16
1.3. Quelle place accordée aux soins transfrontaliers dans le Projet Régional de Santé des Hauts-de-France 2018-2028	22
1.4. Cas particulier du médecin traitant pour un patient français.....	22
1.5. Délivrance de médicaments	23
2. IDENTIFICATION DES ENJEUX.....	24
2.1. Analyse du fonctionnement des ZOAST.....	24
2.2. Problématiques soulevées.....	27
3. SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX	29

SOMMAIRE

DEUXIÈME PARTIE : L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, VOLET MÉDICO-SOCIAL	33
1. ÉTAT DES LIEUX	34
1.1. Éléments de contexte	34
1.2. La négociation d'un accord-cadre	35
1.3. Le couperet du moratoire	36
2. PARCOURS DE FAMILLES.....	41
2.1. Motivations au départ vers la Wallonie.....	41
2.2. Le système médico-social wallon	42
2.3. Les enjeux à court et moyen termes	44
2.4. Situation d'urgence	45
3. SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX.....	46
4. RÉALITÉS INSPIRANTES.....	48
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	50
ANNEXES	55
CONTRIBUTION DE GROUPES	63

AVANT-PROPOS

Les travaux sur les enjeux transfrontaliers en matière de santé ayant été engagés récemment par le CESER Hauts-de-France, ils font ici l'objet d'un rapport d'étape, qui pourrait aussi être qualifié de rapport d'étonnement.

Compte tenu des délais impartis, de l'ampleur de la problématique soulevée, des nombreux interactions et aspects spécifiques des systèmes de santé belge et français, le CESER a consacré les quelque six derniers mois de travail à établir un état des lieux de ce qui existe et de ce qui est pratiqué quant à l'accès aux soins des résidents vivant à proximité de la frontière franco-belge, dans le pays voisin.

Au cours des auditions et des rencontres menées de part et d'autre de la frontière franco-belge, de nombreuses pistes de progrès ont émergé et mériteraient une attention particulière et future de l'ensemble du CESER Hauts-de-France.

Au regard des délais, le choix a été fait de concentrer les travaux autour de deux axes :

- > l'accès aux soins de tous, qui constitue le volet sanitaire du présent rapport d'étape ;
- > l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de handicap, qui seront traités dans la seconde partie, dédiée au volet médico-social de la question.

Dans la mesure du possible, et en cohérence avec les problématiques traitées, le CESER s'est attaché à examiner la réciprocité des conditions d'accès au système de soins du pays voisin, que le patient réside en Belgique ou en France.

La question de la mobilité des professionnels de santé n'a pu être traitée et approfondie dans ce rapport, néanmoins ce sujet demanderait une étude complète et argumentée. La mobilité des patients ne peut être totale sans une mobilité accrue et facilitée des personnels soignants. L'équivalence des diplômes, la reconnaissance des qualifications, l'accès aux formations, la mobilité des étudiants sont autant de sujets à conduire à la réflexion d'un prochain mandat peut-être, traités dans de futurs travaux.

Pour les mêmes raisons, la situation des personnes âgées françaises accueillies dans les établissements belges n'a pas été traitée dans ce présent rapport d'étape.

Enfin, s'agissant d'un rapport d'étonnement, les travaux ne donneront pas lieu à un avis et ne seront pas assortis de préconisations. Ce rapport d'étape présente l'avancement du groupe de travail, qui formule une série de pistes de progrès destinées à donner une suite à ce travail en matière de coopérations sanitaires transfrontalières. Le CESER invite à lire ce rapport qui, il l'espère, ne laissera pas les lecteurs insensibles à l'intérêt de ce travail, et aux enjeux stratégiques pour demain. Au regard de ces éléments, ne peut-on être convaincu que les coopérations dans le domaine de la santé s'avèrent particulièrement nécessaires, car elles doivent d'abord répondre aux besoins exprimés par les populations des bassins de vie transfrontaliers, tout en offrant des opportunités de gérer de manière plus rationnelle l'offre de soins transfrontaliers et de répondre au désarroi de certaines familles ?

MEMBRES DE LA COMMISSION EUROPE ET TRANSFRONTALIER

> **Présidente : Claire LEFRANC VAN RYSSEL**

> Sigried BECQUART-DEBRUYNE

> Jean-Pierre BULTEZ

> Dominique DALLE

> Franck DELATTRE

> Stéphane DEVIN

> Danièle EROUART

> Abdelhakim HACHEMI

> Jean-Pierre HILLEWAERE

> Gabriel HOLLANDER

> Christine KAAOUACHI

> Philippe MERVIEL

> Véronique MOENECLAËY

> Christophe MULLER

> Jean-Claude OLEKSY

> Carolina OÑA LA MICELA

> Christophe PETIT

> Dorothee SELLIER

> Dominique THOMAS RAMET

REMERCIEMENTS

La Commission Europe et transfrontalier du CESER Hauts-de-France tient à remercier pour leur participation et leur disponibilité les personnes auditionnées :

- > Mme Yveline BONTE, directrice administrative et financière, Centre Cerfontaine à Péruwelz
- > M. Jean-Pierre BULTEZ, conseiller du CESER Hauts-de-France, membre administrateur de l'URIOPSS Hauts-de-France et membre de la CRSA au titre des Petits frères des Pauvres Hauts-de-France, pour son animation et ses contributions
- > M. Jean-Christophe CANLER, directeur adjoint, Agence régionale de santé des Hauts-de-France
- > Mme Sylvie CLERC, vice-présidente du Conseil départemental du Nord en charge du Handicap
- > Mme Tiziana DAGA, directrice pédagogique, Centre Cerfontaine à Péruwelz
- > Mme Patricia DEDOURGE, représentant l'APF France Handicap au CESER Hauts-de-France et membre de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de handicap du Pas-de-Calais
- > M. Charles DUMORTIER, président de l'association Le Colibri
- > Mme Marine DUPONT-COPPIN, responsable de la cellule Affaires internationales, Agence régionale de santé des Hauts-de-France
- > Mme Halima HADDADI, dont l'enfant est scolarisé dans un établissement d'enseignement spécialisé en Belgique
- > M. Alain JOUBERT, administrateur de l'association Le Colibri
- > M. Grégoire LEFEBVRE, directeur général du Centre Hospitalier de Mouscron
- > M. Olivier MEXENCE, coordonnateur du secteur adolescents, Centre Cerfontaine à Péruwelz
- > Mme Isabelle RESPLENDINO, responsable de l'association des Français en situation de handicap en Belgique
- > Mme Laurence SOUSSIGNE, présidente de l'Observatoire franco-belge de la santé
- > M. André SZMETANA, responsable Action sanitaire et sociale et Conventions transfrontalières, Caisse primaire d'assurance maladie de Roubaix – Tourcoing
- > M. Alain TISON, président de la Mutuelle AESIO
- > M. Philippe WATTIER, président de la Mutualité Hauts-de-France

INTRODUCTION



Longue de 350 kilomètres, la zone frontalière entre les Hauts-de-France et la Belgique a, de tout temps, été propice aux échanges. Bien que présentant une forte hétérogénéité, alternant secteurs urbains denses (parfois continus entre France et Belgique) et territoires ruraux aux spécificités marquées, la zone frontalière constitue un lieu de passage historique. Le développement des échanges, de part et d'autre de cette frontière, s'explique notamment par la culture linguistique commune entre Wallonie et France. Des flux anciens de travailleurs et d'étudiants, des déplacements liés à la consommation ont peu à peu structuré et accentué les connexions entre

les habitants de cette zone, transformant ainsi l'espace frontalier en espace transfrontalier¹, véritable bassin de vie. La fermeture brutale des frontières lors de la crise sanitaire de 2020 a été, à ce titre, frappante. Elle est venue rappeler la matérialité d'une frontière devenue invisible pour nombre de frontaliers.

Dans ce contexte, il est un domaine où la mobilité des résidents et des professionnels s'est particulièrement développée au cours des dernières décennies, celui de la santé. Incitées et parfois financées par l'Union européenne, des collaborations grandissantes entre établissements ont vu le jour. Dans

1. Emmanuel COMTE, Les espaces transfrontaliers intra-européens, Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe, juin 2020

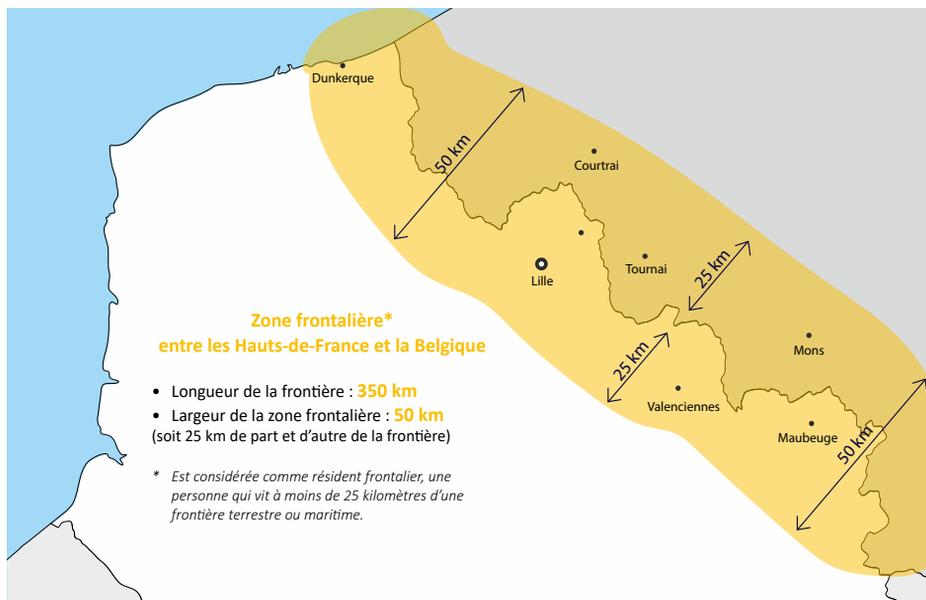
certains secteurs géographiques, franchir la frontière pour accéder à un service de santé de proximité relève de la nécessité. Sous l'impulsion des acteurs de santé belges et français, des initiatives facilitant cette mobilité, faisant figure de pionnières, ont été mises en œuvre ; elles restent pourtant bien souvent méconnues.

C'est pourquoi, au regard de ces constats, le CESER Hauts-de-France a souhaité aborder les problématiques de santé transfrontalière sous l'angle du **résident frontalier, français ou belge, acteur de sa santé : quelle accessibilité aux soins et à quelles conditions ?**

Une première partie des travaux sera consacrée aux conditions d'accès aux soins dans le pays voisin pour le résident frontalier. Il s'agira de dresser l'état des lieux de l'existant (quels dispositifs ?, accessibles à qui ?, selon quelles conditions ?), de comprendre et d'analyser les dispositifs en place et de relever les éventuels

manques ou lacunes faisant encore obstacle à la mobilité transfrontalière des patients.

Dans une seconde partie, le rapport abordera le volet médico-social du sujet, la problématique de l'accueil des personnes en situation de handicap en Belgique, qui est apparue incontournable au fil des auditions et rencontres réalisées. En effet, un nombre important de résidents des Hauts-de-France est accueilli au sein d'établissements médico-sociaux belges. Souvent qualifiés de « forcés », ces départs sont le plus souvent la conséquence d'un manque de places ou de solutions de proximité adaptées. Les travaux viseront à mieux comprendre les motivations des familles à se tourner vers la Belgique, les obstacles et difficultés rencontrés, les spécificités de la prise en charge dans les établissements belges, et enfin, les progrès possibles pour améliorer le quotidien des personnes accueillies en Belgique, ou pour faciliter le parcours des familles.





PREMIÈRE PARTIE

L'ACCÈS AUX SOINS, VOLET SANITAIRE

1. ÉTAT DES LIEUX

● 1.1. LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE EUROPÉEN ET SON ÉVOLUTION

Bien que l'accès aux soins relève de la compétence de chaque État membre, l'Union européenne s'est, très tôt, intéressée au sujet en intervenant par le biais de dispositifs facilitateurs. Dès le début de l'intégration européenne, les premiers règlements ont permis l'instauration d'une coordination des systèmes de sécurité sociale. D'abord limité aux seuls travailleurs dans le but de favoriser leur libre circulation, le dispositif permettait de conserver les droits acquis et de recevoir des prestations. Les textes ont depuis été révisés et enrichis, notamment par la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne. Ils intègrent désormais la pluralité des formes de mobilité qu'elles soient liées au travail, aux loisirs, à la formation et s'appliquent dans tous les États membres de l'UE, ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse.

A partir de 1992, via la signature de Traité de Maastricht, l'UE intervient en complément des politiques nationales en matière de santé, en encourageant la coopération entre les États, en particulier dans les zones frontalières.

Puis, en 2004, le Règlement 883/2004² pose le principe d'égalité de traitement des citoyens européens en matière de soins de santé :

un patient soigné pour des soins d'urgence ou des soins hospitaliers programmés (avec autorisation préalable – formulaire S2) dans un autre État que celui où il est assuré, sera traité dans les mêmes conditions que les personnes assurées dans cet État. En d'autres termes, cela implique que le coût des soins remboursé au patient par l'organisme d'assurance maladie du pays d'affiliation sera calculé en fonction des taux et barèmes en vigueur dans le pays de soin.

Enfin, en 2011, la Directive 2011/24³ relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers est venue conforter ces principes. Elle vise principalement à garantir la mobilité des patients et la libre prestation de services de santé. Depuis sa transposition, les patients peuvent obtenir le remboursement des soins programmés (externes et ambulatoires) dispensés à l'étranger, sans autorisation préalable, sur base du tarif du pays d'affiliation après avoir fait l'avance des frais. Pour les soins hospitaliers de plus d'une nuit et certaines prestations spécifiques (équipements lourds), l'autorisation médicale préalable reste cependant obligatoire.

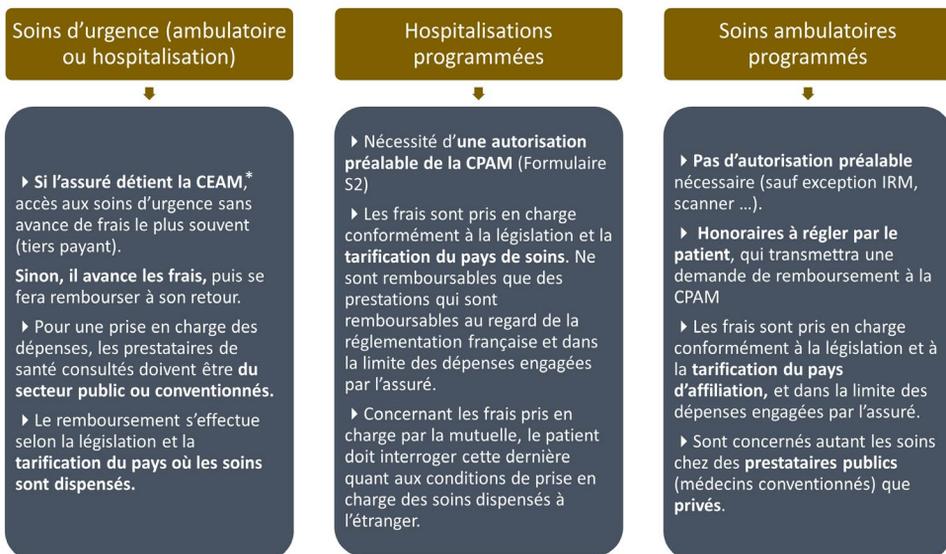
2. Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

3. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers

Bien que novatrice, cette Directive s'avère modérément efficace dans la réalisation de ses objectifs⁴. Si elle a permis de supprimer certains obstacles, les patients méconnaissent encore souvent leurs droits. Par ailleurs, si le texte autorise bien le patient à se faire soigner dans un autre pays européen, il est cependant contraint d'avancer les frais.

En application de ces différents textes, les conditions d'accès aux soins pour un citoyen européen dans un autre État de l'UE sont donc les suivantes :

Soins de santé transfrontaliers (UE/ EEE et Suisse)



* CEAM : Carte Européenne d'Assurance Maladie

FIGURE 1 : CONDITIONS D'ACCÈS AUX SOINS TRANSFRONTALIERS (UE/EEE ET SUISSE)

SOURCE : CENTRE EUROPÉEN DES CONSOMMATEURS FRANCE

4. Commission Européenne, Étude soutenant l'évaluation de la directive 2011/24/UE visant à garantir les droits des patients dans l'UE en matière de soins de santé transfrontaliers, DG Santé, 2021

1.2. LA COOPÉRATION FRANCO-BELGE EN MATIÈRE SANITAIRE

Des premières collaborations transfrontalières aux ZOAST

Les premières collaborations entre centres hospitaliers de part et d'autre de la frontière franco-belge ont été initiées dès les années 1980. Par leur proximité géographique, les hôpitaux de Mouscron et de Tourcoing, distants de 2 kilomètres, ont été pionniers dans la recherche de complémentarités entre les systèmes de santé belge et français. Au début des années 1990, des conventions de partenariat, propres à certaines pathologies, associant les organismes chargés du financement des soins, ont permis d'offrir une réponse de proximité à des patients auparavant contraints à de longs déplacements pour se faire soigner. Ainsi, les patients belges résidant dans la zone frontalière de Tournai – Mouscron souffrant de maladies infectieuses (liées au HIV notamment) étaient orientés vers le service des maladies infectieuses du centre hospitalier de Tourcoing, reconnu pour son expertise dans ce domaine. Tandis que les patients français atteints d'insuffisance rénale étaient pris en charge au centre hospitalier de Mouscron, bénéficiant ainsi des équipements d'un centre de dialyse de proximité.

Dès sa première génération, le Programme européen Interreg (Fonds FEDER) a été mis à profit par les acteurs pour renforcer les synergies et développer les axes de leurs coopérations. Régulièrement depuis, ce programme accompagne financièrement des projets dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins au bénéfice des populations des zones frontalières. Les opérateurs de santé ont ainsi pu initier de nouveaux chantiers, réfléchir collectivement à la mise en œuvre de solutions favorisant l'accès aux soins, faire émerger de

nouvelles collaborations, avec toujours pour objectif l'intérêt des patients.

C'est ainsi qu'impulsée dans le cadre du projet TRANSCARDS, l'expérimentation d'un territoire de santé transfrontalier a vu le jour sur le territoire de Thiérache et du Pays de Chimay. A partir de 1998, les établissements de santé y ont initié un système d'interopérabilité des lecteurs de carte de sécurité sociale des deux pays. Ce projet a permis aux habitants de ce territoire enclavé de recevoir des soins dans les établissements hospitaliers frontaliers, sans autorisation médicale préalable et sans faire l'avance des frais.

Forts de cette première expérimentation mais confrontés à des obstacles toujours importants, les acteurs de la santé des deux versants, réunis au sein de l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS), sont convenus de la nécessité d'une base juridique légale afin d'encadrer la coopération entre pays voisins. Ainsi est née l'idée d'engager des négociations entre États en vue de conclure un accord-cadre.

Structuration de la coopération franco-belge

Cet accord⁵, signé en 2005 par les ministres Xavier BERTRAND et Rudy DEMOTTE, a pour objet de préciser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire transfrontalière entre la France et le Royaume de Belgique. Il permet de structurer la coopération sanitaire franco-belge dans la perspective :

- > d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- > de garantir une continuité des soins à ces mêmes populations,

5. Décret n°2011-449 du 22 avril 2011 portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005

- > d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels,
- > de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

Pour la première fois, ce texte formalise la possibilité pour les acteurs de la santé des zones frontalières de conclure des conventions de coopération. Sur le périmètre précisé dans l'accord-cadre, il devient alors possible et reconnu d'organiser les complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes, ainsi que de créer des organismes de coopération ou des structures communes.

Pour la France, les autorités compétentes pour négocier et autoriser les conventions sont les Agences régionales de santé des régions Hauts-de-France et Grand Est et la Caisse primaire d'assurance maladie de Roubaix-Tourcoing en tant que référent unique pour les deux régions. Sur le versant belge, l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), et les différents organismes assureurs ont été désignés compétents pour conclure ce type de conventions.

Une commission mixte, composée des représentants des autorités compétentes nationales en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale de chacun des États, est chargée de suivre l'application de cet accord.

Le CESER constate qu'en offrant un cadre juridique, cet accord a permis de consolider des pratiques de coopération préexistantes, et de donner une légitimité plus forte aux acteurs de santé investis dans la coopération transfrontalière dans le domaine sanitaire.

La création des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers, nouvelle étape de coopération

Un dispositif pionnier

La nouvelle dynamique de coopération impulsée par la signature de l'accord-cadre a incité les opérateurs à franchir une nouvelle étape. Certaines zones frontalières présentent une proximité telle que les populations, les établissements de soins et les professionnels de santé ont mis en place des dispositifs de simplification administrative et financière en matière d'accès aux soins à l'étranger. Ces dispositifs pionniers, appelés Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST), ont pour principal objectif l'amélioration des conditions d'accès aux soins des populations frontalières.

Chaque ZOAST est caractérisée par :

- > un territoire de santé transfrontalier,
- > les établissements de soins concernés,
- > le mode de prise en charge.

L'ensemble de ces conditions est formalisé via une convention engageant les partenaires. Grâce à ces accords, les modalités administratives et financières de prise en charge des patients dans les établissements hospitaliers de part et d'autre de la frontière sont simplifiées.

Les assurés sociaux français et belges qui résident de façon habituelle et permanente au sein de la zone géographique définie, peuvent bénéficier, sans autorisation médicale préalable et sans avance de frais, d'une prise en charge des soins dans les établissements de santé frontaliers identifiés.

Le périmètre des ZOAST concerne l'intégralité des soins pouvant être dispensés au sein des établissements conventionnés : urgences, soins programmés (avec hospitalisation ou en ambulatoire), ou consultation dès lors que le

praticien exerce au sein de l'établissement (y compris dentiste ou généraliste). En France, les ARS ont désigné les établissements hospitaliers prenant part à ces ZOAST (ils sont publics dans leur très grande majorité). En Belgique, la grande majorité des hôpitaux est gérée par des structures privées, de type ASBL (Association sans but lucratif). Le suivi de ces conventions est assuré annuellement par des comités composés des acteurs concernés.

Cet outil de coopération est directement inspiré de l'expérimentation menée en Thiérache à travers le projet TRANSCARDS au début des années 2000. Grâce à l'impulsion de l'Observatoire franco-belge de la santé, qui réunit la plupart des acteurs de la santé de chacun des versants, les premières ZOAST ont été créées en 2008, fruits d'années de travail de coopération. Leur développement s'est

poursuivi jusqu'en 2015. Sept ZOAST couvrent aujourd'hui la quasi-totalité de la frontière franco-belge, de Dunkerque à Arlon :

- > ZOAST Ardennes (2008)
- > ZOAST MRTW URSA (Mouscron, Roubaix, Tourcoing, Wattrelos, Ypres, Armentières, Bailleul, Hazebrouck, Courtrai, Lille) (2008)
- > ZOAST LUXLOR (Province du Luxembourg belge et Lorraine française) (2008)
- > ZOAST Tournai – Valenciennes (2010)
- > ZOAST Mons – Maubeuge (2010)
- > ZOAST Thiérache (2012)
- > ZOAST Littoral (2015)

Il est à noter qu'un projet de ZOAST est à l'étude sur la frontière franco-allemande ; il concerne les territoires de Strasbourg-Ortenau et de l'Eurodistrict SaarMoselle.





FIGURE 2 : CARTE DES ZOAST

SOURCE : OFBS

Ainsi, les ZOAST constituent un dispositif unique ; déployées le long de la frontière franco-belge, elles ont permis la création de véritables territoires de santé transfrontaliers.

Assuré français recevant des soins dans un hôpital belge

1. Le patient se rend dans l'hôpital belge muni de sa carte Vitale.
2. L'hôpital contrôle l'identité du patient et vérifie sa qualité d'assuré social.
3. L'hôpital demande via l'outil ZOAST une autorisation de prise en charge (équivalent du formulaire S2).
4. L'hôpital facture la part obligatoire à un organisme assureur belge (mutualité).
5. L'hôpital facture les frais à charge du patient directement au patient (ticket modérateur, forfaits et suppléments sauf si ALD CSS MAT facturation à la CPAM).

Assuré belge recevant des soins dans un hôpital français

1. Le patient se rend dans l'hôpital français muni de sa vignette de mutuelle.
2. L'hôpital contrôle l'identité du patient.
3. Le formulaire S2 est édité à partir des informations figurant sur la vignette de mutuelle.
4. L'hôpital facture la part obligatoire à la CPAM après immatriculation (un matricule de passage est attribué à l'assuré belge).
5. L'hôpital facture les frais restant à charge au patient (ticket modérateur, forfaits et suppléments).

FIGURE 3 : PROCÉDURES D'ACCÈS AUX SOINS TRANSFRONTALIERS DANS LE CADRE DES ZOAST

SOURCE : CPAM ROUBAIX-TOURCOING

Afin de simplifier les démarches pour les patients, les opérateurs ont peu à peu développé des outils facilitateurs. Les lecteurs de carte Vitale installés dans les hôpitaux belges permettent, par exemple, d'enregistrer les patients français.

Les flux financiers générés transitent via le CLEISS, le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, l'organe de liaison du règlement européen de coordination des systèmes de sécurité sociale. Les créances réciproques entre la France et la Belgique sont remboursées par l'organisme de sécurité sociale du pays d'origine à l'institution qui a réalisé les prestations. En cas de délivrance des soins en Belgique, les coûts sont directement pris en charge par l'assurance maladie belge (via l'INAMI et le CLEISS). De la même façon, en cas de délivrance des soins en France, les coûts sont directement pris en charge par

l'assurance maladie française, sur base des tarifs français. Le patient n'a pas d'avance à faire, excepté pour les consultations. Dans la plupart des cas, le tiers payant est appliqué aux patients français comme aux patients belges.

Les ZOAST en quelques chiffres

Les sept ZOAST déployées de Dunkerque à Arlon représentent :

- > 2 476 communes dont 1 714 communes françaises et 762 communes belges ;
- > 4.9 millions de frontaliers concernés, dont 1.2 million de citoyens belges et 3.7 millions de français ;
- > 53 hôpitaux parties prenantes, dont 37 établissements français et 16 belges. Pour le versant français, 90% de ces établissements sont publics ; on trouve quelques

établissements privés français dans la ZOAST des Ardennes par exemple.

Les autres formes de coopération transfrontalière

Parallèlement au dispositif des ZOAST, la coopération franco-belge en matière de santé s'est développée sous d'autres formes et traduite par des concrétisations tout aussi significatives.

Rendues possibles par la signature de l'accord-cadre de 2005, les conventions de coopération ont pu être mises en œuvre dans l'objectif de favoriser un meilleur accès aux soins, d'offrir une sécurité accrue ou encore de garantir la continuité des soins. Ces conventions sont relativement nombreuses car elles ciblent le plus souvent une zone géographique délimitée ou un domaine d'activité spécifique. Parmi les plus significatives, l'une d'entre elles concerne l'aide médicale d'urgence. En cas de saturation de l'un des SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation), les services d'aide médicale d'urgence sont autorisés à intervenir sur le territoire du pays voisin, à condition que cette intervention soit la solution la plus rapide. L'aide médicale d'urgence transfrontalière représente de l'ordre de 250 à 300 interventions par an.

Le CESER relève d'autres collaborations également intéressantes concernant :

- > le Centre Hospitalier Sambre Avesnois de Maubeuge et le Centre Régional Psychiatrique Les Marronniers à Tournai ;
- > les services de soins intensifs et de réanimation : collaborations développées entre Furnes et Dunkerque, Valenciennes et Tournai, Mons et Maubeuge. En cas d'insuffisance de l'offre médicale accessible rapidement sur le territoire national, un patient peut être transféré des urgences vers le service de réanimation d'un établissement du pays voisin ;
- > les soins de suite et de rééducation, entre Dunkerque et le Koningin Elisabeth Instituut (KEI) d'Oostduinkerke ;

- > le service commun d'urologie entre les centres hospitaliers de Mouscron et de Tourcoing : grâce à trois médecins partagés sur les deux sites depuis 1998, qui assurent consultations, gardes et chirurgie ;
- > la mutualisation d'un robot chirurgical entre les centres hospitaliers de Mouscron et de Tourcoing : l'hôpital de Mouscron a investi dans l'équipement. Les interventions de chirurgie vasculaire sont réalisées sur le site de Mouscron par les équipes belges et françaises qui ont été formées, et peuvent opérer patients belges et français depuis 2021 ;
- > la chirurgie cardiaque infantile, entre le CHRU de Lille et la clinique universitaire Saint-Luc à Bruxelles, à travers le projet KIDSHEART : grâce à cette collaboration, le CHRU de Lille a pu créer une unité de chirurgie cardiaque infantile très performante ; la formation des spécialistes lillois ayant été réalisée à la clinique bruxelloise. Le CHRU a pu opérer plus de 150 nourrissons et enfants au cours des deux dernières années, évitant ainsi leur transfert vers Paris ou Bruxelles ;
- > la convention, signée en juin 2022, entre le CHRU de Lille et le CHU de Charleroi en matière de réa-néonatalogie, pour répondre à un déficit de places lors de périodes de tension en ressources humaines.

Les projets de collaboration entre établissements hospitaliers français et belges sont donc nombreux. Ils résultent d'initiatives locales, motivées notamment par la proximité des structures, ainsi que par les possibilités de complémentarités identifiées. Ils se sont construits au fil des décennies, afin de répondre à des besoins concrets des citoyens. Ils ont pour but d'apporter une réelle valeur ajoutée au niveau des plateaux techniques des hôpitaux et des équipes soignantes pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins en faveur des patients, des prestataires et des établissements. Nombre d'entre eux ont pu se développer grâce au soutien financier des différents programmes Interreg concernant cette zone transfrontalière.

Ainsi, les accords fixent un cadre général pour la passation de conventions de coopération sanitaire transfrontalière, dont ils déterminent le domaine potentiel et précisent les autorités administratives territoriales habilitées à les conclure.

Les accords-cadres et autres initiatives ont permis d'instaurer des coopérations transfrontalières dynamiques répondant aux urgences sanitaires, à certains besoins de patients de chaque côté de la frontière France/Belgique. Ils ont ouvert le champ des possibles, mais ont aussi créé une part importante de « débrouille associative bienveillante » laissant le bon vouloir de chacun s'organiser comme il le veut, comme il le peut ...

1.3. QUELLE PLACE ACCORDÉE AUX SOINS TRANSFRONTALIERS DANS LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ DES HAUTS-DE-FRANCE 2018-2028

Du fait de l'existence de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire entre la France et la Belgique, le Projet Régional de Santé (PRS) des Hauts-de-France, doit obligatoirement comporter un volet transfrontalier. L'objectif 16 du PRS est ainsi consacré à « Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité ». Afin d'améliorer l'accès aux soins et la mobilité des patients transfrontaliers, la commission mixte chargée de la mise en œuvre de l'accord-cadre a identifié plusieurs axes de travail, inscrits au PRS :

- > évaluer le dispositif issu de l'accord-cadre (conventions ZOAST et conventions inter-hospitalières) ;
- > recenser l'offre de soins accessible de part et d'autre de la frontière ;
- > identifier d'éventuels besoins non satisfaits afin de proposer des réponses adaptées.

Pour ce faire, il est notamment prévu de parvenir à un recensement fiable et homogène des flux de patients pris en charge dans le cadre des ZOAST, données partiellement existantes à ce jour. Il est également attendu

le recensement de toutes les conventions de coopération en cours, et leur mise en perspective avec les flux de patients concernés pour chacune d'elles.

Enfin, les acteurs ont mis en avant la nécessité de consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière. Une meilleure articulation des politiques transfrontalières en matière de santé sera recherchée. Sur le versant français, les ARS Grand Est et Hauts-de-France ont pour objectif de faire converger les volets transfrontaliers des deux projets régionaux de santé sur le champ sanitaire. Concernant la commission mixte de suivi de l'accord-cadre, la mobilisation de nouveaux acteurs, voire la désignation de nouveaux coordinateurs, visera à lui donner une nouvelle dynamique.

1.4. CAS PARTICULIER DU MÉDECIN TRAITANT POUR UN PATIENT FRANÇAIS

En vertu du principe de la libre prestation de services à l'intérieur de l'Union européenne, l'assuré du régime de sécurité sociale français a le droit de désigner comme médecin traitant un professionnel de santé établi dans un autre État membre de l'UE.

Dans la pratique, depuis 2006, un accord entre l'assurance maladie et les médecins établis dans un autre État de l'UE (ainsi que la Suisse) le

permet⁶. Le praticien qui souhaite être désigné comme médecin traitant d'un patient français doit être signataire de cet accord. Un numéro fictif lui est alors attribué par la CPAM, ce qui permet de l'enregistrer de la même manière qu'un médecin français.

Le CESER pointe une réelle méconnaissance de l'existence de cet accord, à la fois des praticiens, de certaines autorités françaises et davantage encore des patients eux-mêmes. A ce jour, il n'a pas été possible de disposer des chiffres des médecins traitants exerçant hors de France effectivement déclarés.

Dans le système de santé belge, chaque citoyen a un libre accès aux médecins spécialistes et aux soins hospitaliers, même comme premier point de contact. Il n'existe pas de système d'orientation des patients des médecins généralistes vers des spécialistes.

1.5. DÉLIVRANCE DE MÉDICAMENTS

Depuis la transcription de la Directive 2011/24, une prescription médicale est valable sur tout le territoire de l'Union européenne. Sur la base d'une prescription établie par un médecin français ou belge, le patient peut donc choisir d'acheter ses médicaments en France ou en Belgique, à condition que la substance soit bien homologuée dans les deux pays. Dans le cas d'un assuré français, les médicaments seront remboursés selon les tarifs en vigueur en France, à condition que les médicaments figurent sur la liste des médicaments remboursables.



Source : Pixabay

6. Circulaire DSS/DAC n° 2005-275 du 27 mai 2005

2. IDENTIFICATION DES ENJEUX

2.1. ANALYSE DU ● FONCTIONNEMENT DES ZOAST

Structuration des espaces de santé

Particulièrement investi dans les projets d'amélioration de l'accès des populations transfrontalières aux systèmes de soins, et notamment dans la création des ZOAST, l'Observatoire franco-belge de la santé a piloté ces dernières années le projet Interreg InTerESanT. Pendant plus de deux ans, la douzaine de partenaires (ARS Hauts-de-France et Grand Est, MGEN, AViQ, mutualités belges, CPAM de Roubaix-Tourcoing, etc.), a entrepris de dresser l'état de lieux du fonctionnement des ZOAST, et de réfléchir aux perspectives d'évolution de ces espaces.

Riches d'enseignements, les conclusions de ces travaux⁷ ont permis de confirmer la grande hétérogénéité des sept territoires de santé, en termes de taille, d'offre de soins ou encore de dynamique. Bien que construites sur un principe de fonctionnement identique, les sept ZOAST présentent en effet des caractéristiques très variables. La population couverte varie de 145 000 habitants en Thiérache, à plus de 1.8 million d'habitants sur la zone MRTW URSA (Mouscron – Roubaix – Tourcoing – Wattrelos – Ypres – Armentières – Bailleul – Hazebrouck – Courtrai – Lille). De même, le nombre d'établissements intégrés à chaque zone est très variable d'un espace à l'autre, variant de deux (zone Littoral) à douze (zone Mons-Maubeuge).

Les acteurs pointent également la discontinuité de la couverture territoriale ; certaines communes frontalières ne faisant partie d'aucune ZOAST. A l'inverse, certains territoires frontaliers ont été intégrés à plusieurs ZOAST différentes. Enfin, il a été constaté que des communes sont parfois plus proches d'établissements en dehors de leur ZOAST.

La figure 4 illustre cette discontinuité pour les communes du versant belge. Il n'a pas été possible d'approfondir cet aspect pour le versant français, ne disposant pas de la même cartographie.



7. Projet InTerESanT, Diaporama de clôture du projet, 13 décembre 2022

Communes par ZOAST - Belgique

ZOAST

Littoral MRTW-URSA MRTW-URSA ; TOURVAL TOURVAL MOMAU Thiérache
Thiérache ; Ardennes Ardennes Ardennes ; LORLUX LORLUX

Des territoires
frontaliers hors
ZOAST

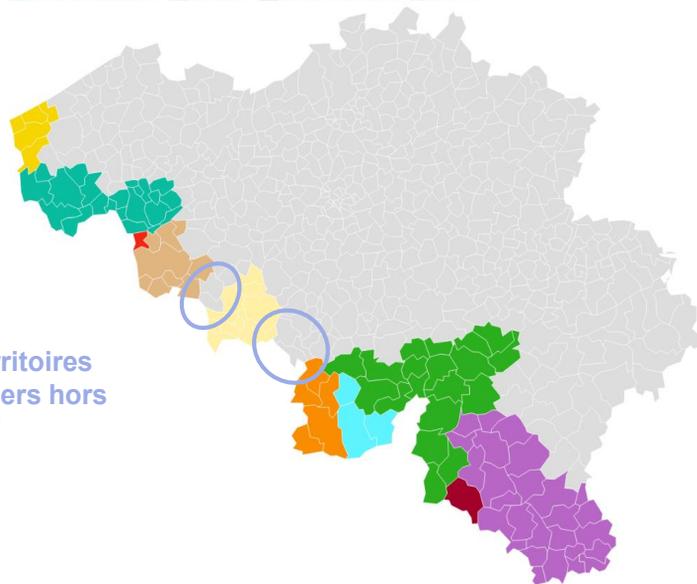


FIGURE 4 : RÉPARTITION DES COMMUNES PAR ZOAST – VERSANT BELGE

SOURCE : PROJET INTERESANT / OFBS

Concernant les structures hospitalières enfin, le dispositif n'intègre pas la totalité des établissements présents sur un territoire. Par ailleurs, certaines structures sont incluses dans plusieurs ZOAST alors que d'autres sont reprises dans une ZOAST autre que celle de

leur territoire. Sur le versant belge, le dispositif est ouvert aux établissements hospitaliers du secteur privé (type ASBL). Alors que les ARS ont fait le choix d'intégrer quasi uniquement les hôpitaux publics sur le versant français.

Via le projet InTerESanT, un outil cartographique interactif a été mis en ligne. En indiquant sa commune de résidence, il permet au patient de connaître la liste des établissements hospitaliers auxquels il peut avoir accès, de part et d'autre de la frontière (<https://www.projet-interessant.eu/carte>).

Flux de patients et dynamisme des espaces de santé

A travers le projet Interreg InTerESanT, les acteurs de la santé sur la zone transfrontalière ont analysé l'évolution des flux de patients entre 2019 et 2021. Les données montrent une nette progression du franchissement de la frontière pour se faire soigner. 20 848 patients français ont reçu des soins dans l'un des établissements d'une ZOAST en 2021, pour 14 397 en 2019. En 2021, ces soins ont représenté un montant remboursé de plus de 21 millions d'euros, en progression de 20% entre 2019 et 2021. Bien que moindre, le nombre de patients belges ayant bénéficié de soins en France a lui aussi nettement progressé, passant de 1 316 à 4 274 entre 2019 et 2021.

La plupart de ces patients ont bénéficié de soins dispensés en ambulatoire ; une faible part de ces flux concerne les hospitalisations.

Les flux observés montrent un net déséquilibre entre les deux versants, les patients français constituant la très large majorité des flux en ZOAST. Ce constat est toutefois à nuancer du fait de la constitution même de la population des ZOAST, composée à 25% de résidents belges et à 75% de résidents français. D'autre part, le déséquilibre tend à se réduire puisqu'entre 2019 et 2021, la part de patients belges a progressé de 8% à 17% du flux total des patients des ZOAST.

Du fait des spécificités de chacun de ces territoires, leur dynamisme est très inégal. L'une des ZOAST les plus actives, et la plus peuplée par ailleurs, est la zone MRTW-URSA en raison d'une mobilité historique de la population de ce secteur, et de la grande complémentarité entre les spécialités des établissements de part et d'autre de la frontière. La ZOAST Ardennes est également très active ; elle est la seconde plus importante en flux de patients. Dans cette ZOAST, près de 7 000 patients français ont traversé la frontière pour se faire soigner en

Belgique au cours de l'année 2021. Cette forte activité répond à la problématique de la zone enclavée de Givet et ses environs.

A contrario, les ZOAST TOURVAL, MOMAU et Littoral (région de Dunkerque/Furnes) fonctionnent moins bien. La barrière linguistique explique vraisemblablement en partie la faible activité de cette dernière zone.

Motivations des patients

Dans la majorité des cas, le patient français ou belge ne se présente pas spontanément dans un établissement de santé du pays voisin. Le plus souvent, il y est orienté par un praticien généraliste ou un hôpital, suivant les compétences complémentaires développées entre établissements. De même, des médecins belges qui consultent en France peuvent également conseiller des établissements ou confrères belges pour les suites de suivi.

Toutefois, les patients français ont plus fréquemment recours à un accès direct pour certaines spécialités comme l'ophtalmologie ou la dermatologie, pour lesquelles des rendez-vous peuvent, dans certains cas, être obtenus plus rapidement en Belgique.

Dans la perspective d'éventuels travaux ultérieurs, il sera sans doute nécessaire d'approfondir l'analyse de la motivation des patients, ainsi que celle des différents modes d'accès au système de soins du pays voisin.

2.2. PROBLÉMATIQUES SOULEVÉES

Problématiques relatives au dispositif des ZOAST

En termes de territorialisation, face au constat de certains secteurs non couverts ou intégrés à plusieurs ZOAST, l'une des évolutions possibles, à l'étude par les autorités compétentes, vise à fusionner l'ensemble des zones actuelles en une ZOAST unique, qui s'étendrait du littoral à la frontière luxembourgeoise. Le principe de libre circulation et de mobilité des patients serait ainsi renforcé.

Cette réponse permettrait vraisemblablement de fluidifier les échanges ; elle suppose toutefois au préalable une harmonisation des pratiques entre les ZOAST actuelles.

La fusion des ZOAST pourrait-elle être l'occasion d'intégrer de nouveaux établissements hospitaliers aux conventions, dont certains relevant du secteur privé français ? De même, une réflexion pourrait-elle être menée concernant les professionnels de première ligne (médecine de ville, maisons de santé, etc.), de sorte à les associer davantage au dispositif ?

Le CESER a pu constater le manque d'information dont disposent les citoyens frontaliers sur le dispositif des ZOAST. Il y aura sans doute à réfléchir à la meilleure manière de mettre à disposition des populations concernées une information ciblée afin de faire connaître le dispositif et de préciser les conditions d'accès aux établissements hospitaliers.

Enfin, en termes de frais, si la prise en charge de la part relevant de l'assurance maladie est traitée de manière efficiente, les patients français recevant des soins en Belgique sont parfois amenés à supporter des montants à leur charge plus élevés que s'ils avaient été soignés en France. En effet, toutes les mutuelles ne reconnaissent pas les conventions ZOAST, car celles-ci n'y sont pas incluses.

Réciproquement, certains mécanismes de plafonnement de reste à charge en vigueur en Belgique (exemple du « minimum à ») ne sont pas reconnus par les conventions ZOAST. Les patients belges se faisant soigner en France ne pourront donc pas en bénéficier.

Le reste à charge du patient constitue également un axe d'amélioration sur lequel de futures discussions entre partenaires pourraient permettre d'avancer.



Dans le système de santé belge, le transport pour raison médicale n'est pas pris en charge. Ce sujet n'est donc pas abordé dans les conventions ZOAST. Pour les patients français en Belgique, la prise en charge du transport dans le cas d'un transfert entre établissements d'une ZOAST, pour un retour d'hospitalisation à domicile ou encore pour le transport en urgence est soumise à conditions :

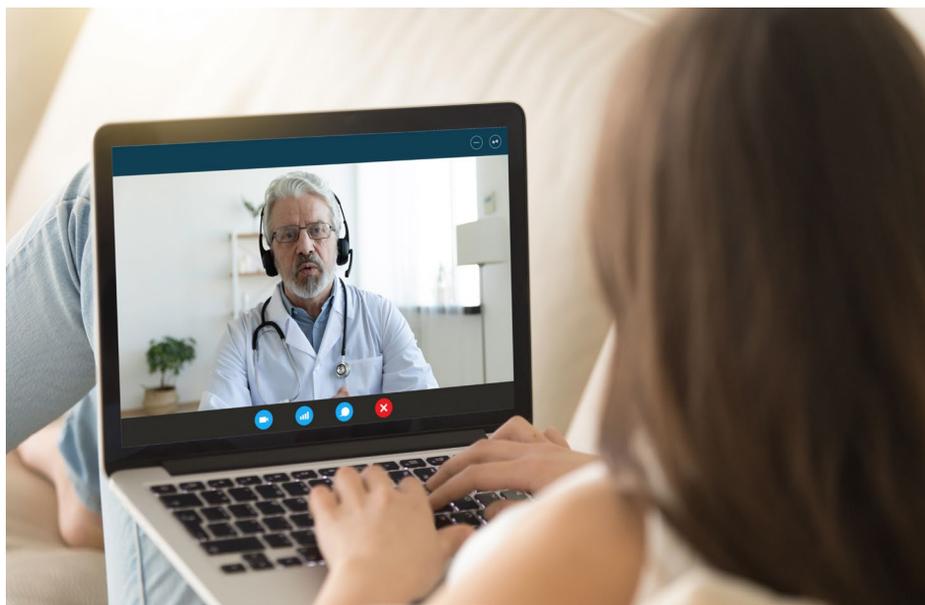
- > disposer d'une prescription médicale (du médecin traitant pour l'entrée à l'hôpital belge, ou d'un médecin belge) ;
- > prestataire français agréé par l'autorité française compétente.

Afin de faciliter la prise en charge du transport, l'une des pistes ne pourrait-elle pas consister à encourager l'assurance maladie française à conventionner avec des prestataires belges ?

Problématiques relatives à l'E-santé

Dans leur analyse, les professionnels réunis au sein de l'OFBS soulèvent également l'enjeu de l'E-médecine, dont le développement s'est considérablement accéléré ces dernières années, en particulier sur certains territoires isolés. Les réflexions à venir sur l'évolution des ZOAST et de la coopération sanitaire transfrontalière se devront de prendre en compte cette dimension.

Parallèlement aux problématiques identifiées dans le cadre de ces travaux, la question de la mobilité des professionnels de santé constitue un enjeu majeur, indissociable de la question de la mobilité des patients. Malgré la Directive européenne 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles datant de 2005, les obstacles des soignants à exercer leur activité en transfrontalier restent encore nombreux. Des travaux complémentaires sur cette question seront indispensables afin d'appréhender le sujet dans sa globalité.



3. SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX

Thème	Ce qui fonctionne	Ce qui ne fonctionne pas ou pourrait être amélioré
<p>Accès aux soins en centre hospitalier ZOAST (soins programmés, consultations ou urgence)</p>	<p>Le dispositif des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers, et en particulier :</p> <p>1/ l'accès facilité via les procédures simplifiées (lecteur de carte vitale dans les établissements belges, etc.)</p> <p>2/ la prise en charge directe de la part obligatoire (pas d'avance de frais par le patient)</p> <p>Principales avancées :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Suppression de l'obligation d'un accord médical préalable > Dispense de l'avance de frais 	<ul style="list-style-type: none"> > Ne concerne que les soins programmés ou les consultations dans les établissements reconnus par la ZOAST (n'intègre pas la médecine de ville, ni les établissements privés pour le versant français) > Le reste à charge du patient (hébergement, autres services, etc.), peut être très variable selon les contrats de complémentaires santé. Les mécanismes de plafonnement du reste à charge en vigueur en Belgique ne sont pas reconnus. > Certains types d'interventions sont exclus des conventions ZOAST (par exemple la PMA, Procréation Médicalement Assistée) > Dynamisme inégal entre les différentes ZOAST (barrière linguistique, zones enclavées, secteurs où la mobilité est historiquement forte, etc.) > Situation particulière des communes à la limite de ZOAST qui recréent des limites territoriales, sortes de nouvelles frontières administratives. > Quelques zones blanches inter-ZOAST non couvertes (communes entre certaines ZOAST) > Manque d'information du patient sur le dispositif ZOAST (information disponible sur le site de certains centres hospitaliers mais pour tous ; pas d'information sur le site AMELI ...) > Barrière linguistique – non prise en compte dans les ZOAST
<p>Médecin traitant</p>	<p>Depuis 2006, possibilité de choisir un médecin traitant exerçant en Belgique (via la signature d'un accord entre la CNAM et les médecins établis dans un autre État de l'UE).</p>	<p>Accord qui reste confidentiel, information très peu diffusée</p>

<p>Conventions spécifiques (non exhaustif)</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Aide médicale d'urgence (250 à 300 interventions par an) > Convention entre le CHRU de Lille et le CHU de Charleroi sur la réa-néonatalogie (objectif : répondre à un déficit de places lors de tensions en ressources humaines), signée en 2022 > Coopération inter-hospitalière entre le CHRU de Lille et la clinique universitaire Saint-Luc à Bruxelles à travers le projet KidsHeart (plateau technique + nouvelles compétences en chirurgie cardiaque infantile développées au CHRU de Lille) > Conventions inter-hospitalières entre CH Mouscron et CH Tourcoing : échanges de patients Dialyse (CHM) / Maladies infectieuses (CHT) ; service de scintigraphie (CHM) en accès partagé ; service commun d'urologie ; radiothérapie des patients français réalisée à Mouscron ; robot chirurgical mutualisé (chirurgie vasculaire), etc. 	
<p>Délivrance de médicaments</p>	<p>Possibilité de se procurer un médicament en France avec une ordonnance belge, et réciproquement, si la substance est homologuée par les législations des deux États.</p>	<p>Absence d'harmonisation des homologations entre la France et la Belgique.</p> <p>Si la substance prescrite n'est pas homologuée dans le pays voisin, le patient devra l'acheter dans le pays où elle a été prescrite.</p>
<p>Transport médicalisé</p>	<p>Transport par ambulance pris en charge pour un patient français en Belgique (si prescription médicale et transport opéré par un prestataire français agréé par la CPAM)</p>	<p>Les conditions de prise en charge pourraient être assouplies via le conventionnement de l'assurance maladie française avec des prestataires belges.</p> <p>Dans le système de santé belge, le transport n'est pas pris en charge.</p>



DEUXIÈME PARTIE

L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, VOLET MÉDICO-SOCIAL

Contrairement au volet sanitaire précédemment exposé, le champ médico-social ne sera pas abordé de manière réciproque entre les versants belge et français de la frontière, puisque l'accueil des personnes en situation de handicap dans le pays voisin ne concerne que les résidents français. Par ailleurs, en raison de la barrière de la langue, les flux observés se font quasi-exclusivement de la France vers la Wallonie ; la Flandre n'est pas concernée par cette problématique.

Par manque de temps, il n'a pas été possible de rencontrer l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité, structure en charge des soins et services aux personnes en situation de handicap pour la Région wallonne. Dans la poursuite de ces travaux, un contact devra être établi avec ce partenaire incontournable.

1. ÉTAT DES LIEUX



1.1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Le départ de Français en situation de handicap vers la Belgique est un phénomène ancien. Historiquement, la loi de séparation de l'Église et de l'État de 1905 a poussé de nombreuses congrégations religieuses à franchir la frontière. A cette époque, elles étaient les principaux acteurs de la prise en charge des personnes en situation de handicap dans le nord de la France.

Ces départs ont d'abord concerné principalement les personnes originaires de la région frontalière, en raison de la proximité

géographique évidente mais aussi de liens culturels et linguistiques importants, en particulier avec la Wallonie. Puis, peu à peu, des personnes originaires de départements français de plus en plus éloignés de la frontière belge ont été accueillis au sein de structures wallonnes.

Dès 1954, l'Assurance maladie a financé la prise en charge de Français en établissements wallons. Dans les années 1990, des dispositifs conventionnels portés par la Caisse régionale d'assurance maladie Nord-Picardie existaient déjà avec une vingtaine d'établissements belges pour l'accueil d'enfants français. Depuis, le nombre de départs n'a cessé de croître, de l'ordre de 2 à 4% par an, pour atteindre en 2009, 6 500 enfants et adultes français pris en charge en Wallonie⁸.

Ces personnes disposent d'une orientation délivrée par la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH) de leur département, soit vers un établissement financé par l'Assurance maladie, soit vers un établissement relevant de la compétence départementale.

Face à l'accentuation des départs et au développement des structures d'accueil en Belgique, les autorités compétentes de part et d'autre sont convenues de la nécessité de poser un cadre juridique à cette situation.

8. Cécile GALLEZ, L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique, Février 2009

1.2. LA NÉGOCIATION D'UN ACCORD-CADRE

Contenu de l'accord-cadre

Souhaitant définir les bases d'une coopération médico-sociale approfondie, la France et la Région wallonne ont conclu un accord-cadre, signé fin 2011, entré en vigueur en mars 2014⁹.

Les objectifs de cet accord sont :

- > d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes en situation de handicap ;
- > de garantir une continuité de cet accompagnement et de cette prise en charge ;
- > d'optimiser les réponses aux besoins médico-sociaux en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens et matériels ;
- > de favoriser l'échange et le transfert de connaissances.

Plus concrètement, les partenaires s'engagent à :

- > réaliser annuellement un recensement précis des Français hébergés en Belgique, accompagné d'éléments sur le parcours de chaque personne ;
- > mettre en œuvre un dispositif d'inspections conjointes franco-wallonnes des établissements wallons ;
- > signer des conventions entre les autorités compétentes et les établissements médico-sociaux wallons. Ces conventions prévoient notamment les conditions et les modalités d'intervention des institutions françaises.

Les parties prenantes

Les autorités et institutions en capacité de conclure des conventions avec les établissements d'accueil ont été définies par l'accord-cadre. Il s'agit :

- > Pour la France, de l'Agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France, au titre des organismes financeurs, de la Caisse primaire d'assurance maladie de Roubaix-Tourcoing pour le compte des organismes français de sécurité sociale, et, le cas échéant, des Conseils départementaux pour les prises en charge relevant de leurs compétences ;
- > Pour la Région wallonne, de l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité en charge des personnes en situation de handicap (AViQ), par délégation du ministère wallon de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Égalité des Chances.

Depuis la mise en œuvre de l'accord-cadre, un programme d'inspections conjointes d'établissements wallons a été élaboré. En 2015, les premières visites ont concerné le contrôle de neuf établissements wallons¹⁰.

La place de la coopération médico-sociale franco-wallonne dans le Projet Régional de Santé (PRS) Hauts-de-France 2018-2028

Au regard des enjeux actuels en termes de nombre de personnes concernées et de moyens financiers dédiés, le volet transfrontalier du Projet Régional de Santé Hauts-de-France est concentré sur le champ médico-social, sujet de préoccupation majeur pour l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France, chargée du suivi de cet accord-cadre.

9. Décret n°2014-316 du 10 mars 2014 portant publication de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la Région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes en situation de handicap, signé à Neufvilles le 21 décembre 2011

10. Projet Régional de Santé Hauts-de-France 2018-2028

Lors de l'élaboration du PRS 2018-2028, deux objectifs principaux ont été identifiés. Le premier consiste à établir un diagnostic relatif aux flux de prises en charge des personnes en situation de handicap en Wallonie. Si le recensement de ces personnes a pu être réalisé de manière plus fine depuis la mise en œuvre de l'accord-cadre, il s'agit désormais de développer les outils permettant d'effectuer un diagnostic précis quant à l'accueil et la prise en charge de ces personnes. Il doit notamment permettre d'identifier les principales raisons de départ vers la Belgique et d'analyser les facteurs liés à l'échec de la prise en charge.

Le second axe du PRS vise à garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des personnes en situation de handicap dans les établissements médico-sociaux wallons. Pour y parvenir, les autorités s'engagent à renforcer le programme des visites d'établissements wallons menées conjointement par l'ARS et l'AViQ, avec l'objectif affiché d'une vingtaine d'inspections par an.



1.3. LE COUPERET DU MORATOIRE

Une progression constante des départs vers la Belgique

Parallèlement à l'instauration de l'accord cadre, et face à la progression constante des admissions de Français en Belgique, le Gouvernement français a déployé à partir de 2016 un « Plan de prévention des départs non souhaités ». Doté à l'origine d'un fonds d'amorçage de 15 M€ répartis entre les trois régions les plus concernées (Ile de France, Hauts-de-France et Grand Est), ce plan a pour finalité le financement de solutions de proximité en France pour ces personnes.

En complément, le dispositif « *Une réponse accompagnée pour tous* » initié en 2014, ambitionne de proposer un accompagnement individualisé à chaque personne, pour lui permettre de s'inscrire dans un parcours de santé sans rupture, conforme à son projet de vie. Le principal enjeu consiste à améliorer l'organisation et la coordination des acteurs pour construire, avec les personnes ou leur famille, des solutions adaptées.

Pourtant, malgré le ré-abondement du plan de prévention des départs de 15 M€ en 2018 puis en 2019, et le déploiement du dispositif « Une réponse accompagnée pour tous », le nombre de départs vers la Wallonie n'a cessé de croître entre 2016 et 2019 (environ 350 personnes chaque année)¹¹. En 2017, l'ARS dénombre 6109 adultes pris en charge en Wallonie. Fin 2018, 1436 enfants et adolescents français sont recensés dans les établissements wallons. Au total, fin 2018, près de 7600 Français, enfants et adultes, étaient pris en charge en Belgique.

Si le départ des adultes évolue régulièrement à la hausse entre 2013 et 2017, le départ des enfants reste stable. Le conventionnement entre l'ARS et les structures wallonnes, ainsi que l'attribution d'une enveloppe financière fermée, ayant permis aux autorités une certaine maîtrise des flux.

11. Edith CHRISTOPHE et Marine DUPONT-COPPIN, Prévention des départs non souhaités en Belgique, Conférence Nationale du Handicap, rapport du groupe de travail n°4, Mai 2019

A l'inverse, au cours des divers entretiens et recherches menés dans le cadre de ces travaux, il n'a jamais été évoqué le cas de personnes

belges en situation de handicap prises en charge en France.

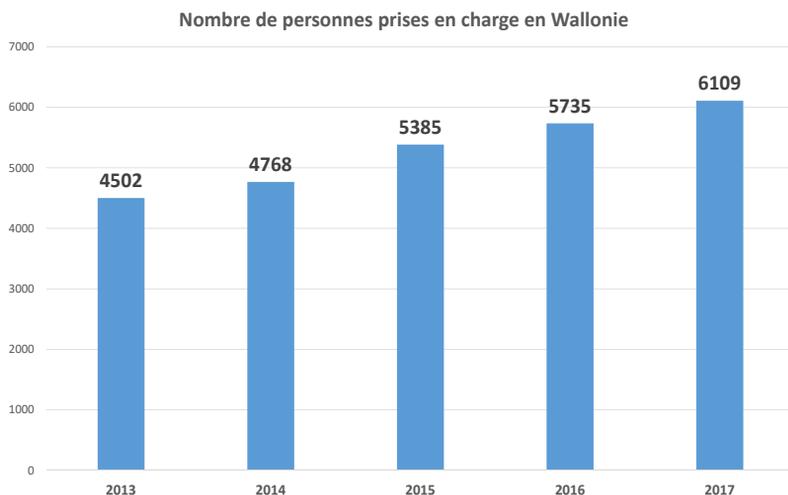


FIGURE 5 : ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ADULTES PRIS EN CHARGE EN WALLONIE

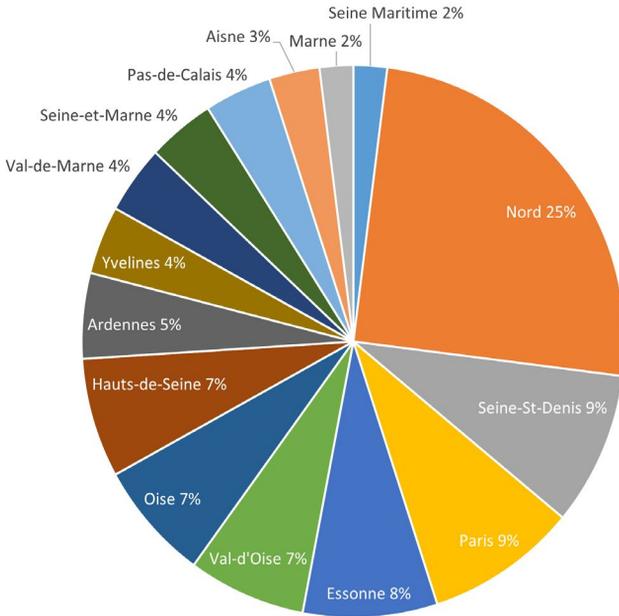
SOURCE : PRÉVENTION DES DÉPARTS NON SOUHAITÉS EN BELGIQUE,
EDITH CHRISTOPHE – MARINE DUPONT-COPPIN, MAI 2019

Si ce phénomène touche l'ensemble du territoire français, les personnes en situation de handicap originaires des Hauts-de-France sont principalement concernées, et davantage encore les personnes originaires du département frontalier du Nord. En 2017, les adultes venant des Hauts-de-France représentent 32% des adultes français accueillis en Belgique, dont 25% pour le seul département du Nord¹². La proportion est encore plus importante pour le secteur enfants. Fin 2018, les enfants et adolescents originaires des Hauts-de-France représentent plus de 65% des enfants français présents dans les institutions wallonnes, dont plus de 51% viennent du Nord.



12. y compris les mesures de protection de personnes de toutes origines à des organismes du département du Nord

Les 15 principaux départements d'origine des adultes présents au 31/12/2017



Origine par département des enfants présents au 31/12/2018

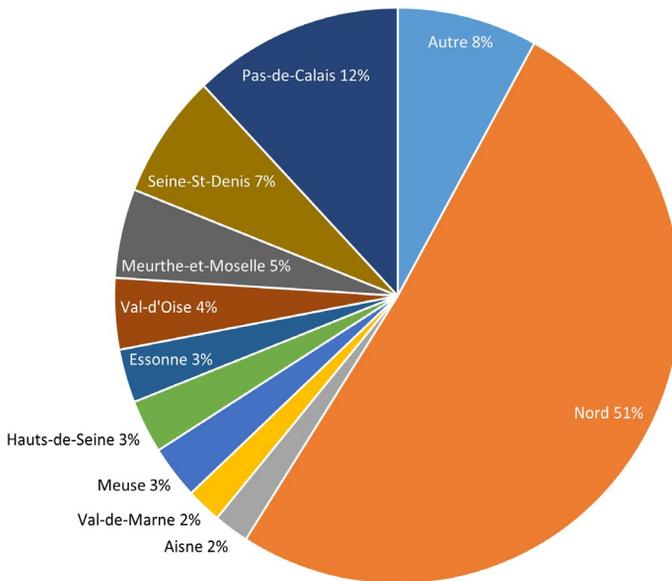


FIGURE 6 : ORIGINE GÉOGRAPHIQUE DES PERSONNES ACCUEILLIES EN WALLONIE

SOURCE : PRÉVENTION DES DÉPARTS NON SOUHAITÉS EN BELGIQUE, EDITH CHRISTOPHE – MARINE DUPONT-COPPIN, MAI 2019

En termes de données qualitatives, les adultes pris en charge en Belgique souffrent principalement de déficience intellectuelle (pour 48% d'entre eux), de handicap psychique

(23%), de troubles du spectre autistique (13%) ou encore de polyhandicap (7%). De manière très marginale, ces personnes présentent un handicap physique (moteur, auditif ou visuel).

Type de déficience principale des adultes accueillis en Wallonie au 31/12/2017

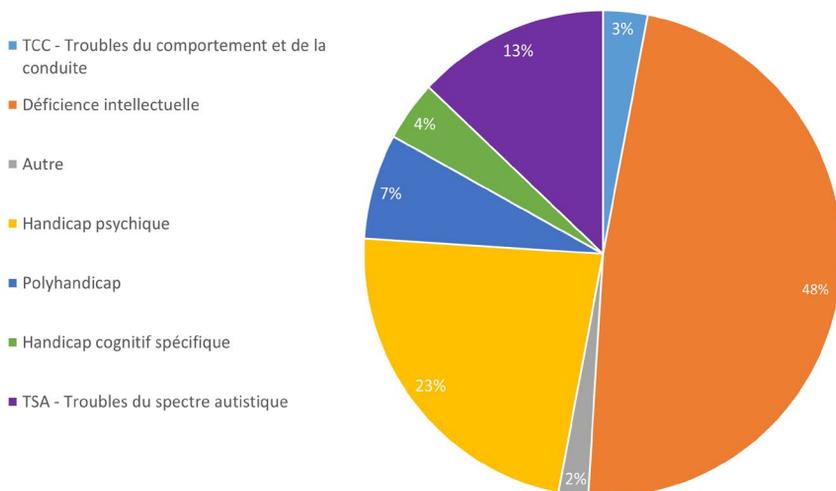


FIGURE 7 : RÉPARTITION DES ADULTES ACCUEILLIS EN WALLONIE PAR TYPE DE HANDICAP

SOURCE : PRÉVENTION DES DÉPARTS NON SOUHAITÉS EN BELGIQUE, EDITH CHRISTOPHE – MARINE DUPONT-COPPIN, MAI 2019

Concernant les enfants pris en charge dans les structures conventionnées, ils sont le plus souvent scolarisés dans les établissements d'enseignement spécialisé wallons. Le taux de scolarisation en 2017 était de 79%. La majeure partie d'entre eux souffre de troubles du comportement (79%), mais aussi de retard mental modéré à sévère (37%) ou de retard mental léger (10%).

Une situation quasi-figée par l'annonce du moratoire sur l'accord-cadre

En février 2021, face à l'augmentation constante du nombre de départs et à certains

cas de maltraitance supposée ou avérée très médiatisés, les autorités françaises ont acté un moratoire sur l'accueil des personnes en situation de handicap en Belgique. **Ainsi, depuis lors, l'ARS a suspendu la création de nouvelles places d'accueil en Wallonie.** La capacité maximale a été arrêtée aux effectifs présents fin février 2021. A cette date, 1250 enfants et 7008 adultes étaient accueillis dans près de 200 structures médico-sociales wallonnes, soient 8258 personnes au total. Parmi elles, plus de 3000 personnes étaient originaires des Hauts-de-France (y compris les tutelles rattachées administrativement à la région des Hauts-de-France), dont plus de 2100 du département du Nord.

En termes budgétaires, la prise en charge de ces 8258 personnes représente un financement de l'ordre de 500 M€ par an pour assurer le fonctionnement des institutions. Selon leurs domaines de compétences respectifs, le financement est partagé entre l'Assurance maladie et les Départements qui comptent des ressortissants en Belgique. A titre indicatif, sur les 7000 places pour adultes, l'Assurance maladie finance environ 4100 places, les plus médicalisées (dont 2500 places en Maison d'Accueil Spécialisée - MAS - et 1600 places en Foyer d'Accueil Médicalisé - FAM). Les autres types d'orientation (Foyer de Vie et Foyer Occupationnel) sont prises en charge par les Départements.

En complément, afin de garantir la qualité de la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes, les autorités ont engagé un vaste plan de conventionnement avec les établissements wallons. Ces conventions encadrent non seulement la capacité d'accueil des établissements, mais introduisent également des éléments qualitatifs (normes), et fixent la dotation affectée à chaque structure.

En parallèle, afin de favoriser le retour des personnes depuis la Belgique, de nouvelles places d'accueil ont été créées notamment dans les Hauts-de-France, avec cependant un succès mitigé. Il semble en effet que certaines places d'établissements de la région restent inoccupées.



2. PARCOURS DE FAMILLES

● 2.1. MOTIVATIONS AU DÉPART VERS LA WALLONIE

Si la demande d'admission dans un établissement médico-social en Belgique relève bien d'un libre choix opéré par les familles (sur la base d'une orientation MDPH toutefois), celles-ci témoignent plutôt d'un choix par défaut, faute de place adaptée pour leur proche en France. De nombreuses familles relatent le véritable parcours du combattant qu'a été la recherche d'une place d'accueil en France, particulièrement pour les personnes atteintes de troubles autistiques ou de troubles du comportement. Les listes d'attente dans ce type d'établissements sont importantes. Bien souvent, la prise en charge ne peut être espérée avant 5 ou 10 ans d'où, pour certains, la solution de la Wallonie.

Au-delà du manque de places adaptées en France, d'autres facteurs expliquent que certaines familles s'orientent vers la Belgique :

- > Pour les résidents frontaliers, l'offre belge peut correspondre à une solution de proximité ;
- > Le parcours des personnes orientées vers la Belgique révèle aussi très souvent un échec de la prise en charge en France (orientation vers la psychiatrie, rupture de parcours de vie, interruption de la prise en charge lors du passage à l'âge adulte, etc.) ;
- > De nombreuses structures wallonnes sont reconnues pour la prise en charge de situations complexes (de type autisme ou troubles du comportement), pour les-

quelles des établissements français avaient pu refuser l'accueil ;

- > Le système médico-social wallon intègre depuis de nombreuses années des méthodes comportementales innovantes, adaptées notamment aux troubles autistiques ;
- > Une majorité de centres médico-sociaux belges proposent un hébergement 365 jours par an, modalité d'accueil moins fréquente en France ;
- > Enfin, certaines structures sont en capacité d'accompagner leurs résidents jusqu'à leur fin de vie, évitant un déracinement et des ruptures de parcours de vie.

Tous les témoignages recueillis font part de l'extrême solitude à laquelle les familles sont confrontées dans leur recherche d'une solution adaptée pour leur proche. Sur la base de l'orientation délivrée par la MDPH, parfois complétée de quelques noms d'établissements, les familles mènent seules les recherches. L'entraide entre familles vivant des situations similaires ou par le biais d'associations est importante, mais aucune structure n'est véritablement dédiée à accompagner et orienter les proches dans leurs démarches. Le manque de structures de conseil et d'écoute est regrettable. Ce déficit d'accompagnement prive, de fait, certaines familles moins favorisées de l'accès aux informations.

2.2. LE SYSTÈME MÉDICO-SOCIAL WALLON

L'organisation du système médico-social wallon

En Belgique, les responsabilités en matière de politique de santé sont partagées entre le niveau fédéral et les gouvernements régionaux. Ces derniers sont notamment en charge des soins et services aux personnes en situation de handicap. Pour la Wallonie, le ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Égalité des Chances de la Région wallonne a délégué à l'Agence wallonne pour une Vie de Qualité (AViQ) la gestion du secteur médico-social.

Plusieurs types de services médicaux-sociaux co-existent en Wallonie :

- > les services agréés et financés par l'AViQ : ils sont financés par la Wallonie et prennent en charge des bénéficiaires belges ;
- > les services agréés et non subventionnés par l'AViQ : ils ont obtenu un agrément de l'AViQ mais ne perçoivent pas ou presque pas de financement ;
- > les Services Agréés et Financés par une Autorité Etrangère (SAFAE) : ils détiennent un agrément de l'AViQ, ne sont pas financés par la Wallonie mais quasi exclusivement par les autorités françaises.

Le plus souvent, les établissements détiennent plusieurs types de reconnaissance, et peuvent accueillir à la fois des bénéficiaires belges et français.

Si de nombreux établissements sont gérés par des associations sans but lucratif (ASBL), d'autres sont administrés par des sociétés privées.

Il est à noter qu'en dehors des cas prioritaires, les autorités belges avaient bloqué l'ouverture de nouvelles places subventionnées (destinées

à des résidents de nationalité belge) depuis la fin des années quatre-vingt-dix, et ce pendant une quinzaine d'années. Cette décision a pu susciter une certaine incompréhension des familles belges alors que les établissements continuaient d'accueillir des résidents français.

Pour pouvoir accéder à une place d'accueil dans un établissement wallon (SAFAE), le résident français doit disposer d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes en situation de Handicap (CDAPH) de son département. Cette dernière doit motiver l'orientation vers une catégorie d'établissement (MAS, FAM, FO, etc.). Sur cette base, les démarches ainsi que le choix de l'établissement reviennent à la famille, qui peut se tourner vers la Belgique à condition de trouver une place disponible. S'agissant des places financées par l'Assurance maladie, après vérification de la disponibilité et du conventionnement de la structure, la CPAM de Roubaix-Tourcoing, caisse pivot pour l'intégralité des placements en Belgique, délivre l'autorisation de placement. Pour une place financée par un Département, le circuit est propre à la MDPH du Département concerné.

En termes de normes, à l'origine, le niveau d'exigence pour les établissements SAFAE était moindre que ce que préconise la réglementation française, à la fois sur les aspects techniques (surface minimale par personne par exemple) mais aussi concernant les aspects propres à l'accompagnement du résident (ratio de personnel par résident par exemple). Les partenaires franco-wallons se sont alors accordés sur la mise en place d'un cahier des charges commun pour les établissements homologués, qui ont vu les normes récemment relevées.

De plus, un programme d'inspections conjointes a été instauré. Ainsi, l'ARS a la possibilité de suspendre l'admission de nouveaux patients français dès lors que des dysfonctionnements sont constatés dans un établissement. Sur la trentaine d'inspections conjointes réalisées en 2022, trois demandes de suspension des admissions ont été formulées par les autorités.

Les spécificités de la prise en charge en Wallonie

De manière unanime, les associations de familles françaises et les responsables de l'ARS rencontrés reconnaissent l'avance de nos voisins belges dans l'accompagnement des handicaps et la prise en charge de situations complexes, qui restent trop souvent sans réponse en France.

Toutes les structures médico-sociales wallonnes n'offrent vraisemblablement pas une qualité identique de services. Toutefois, grâce aux témoignages recueillis et aux visites réalisées, le CESER identifie certaines caractéristiques communes du système médico-social wallon :

- en termes de structuration des établissements : souvent, les structures accueillent des personnes présentant des types d'orientations MDPH différents, donc des types de handicaps et des degrés d'autonomie très divers, à l'inverse du système médico-social français très cloisonné. Les passerelles entre les différentes unités d'un même établissement sont ainsi facilitées. Cette organisation permet d'accompagner le résident sur la durée, dans un même lieu et par une même équipe, selon l'évolution de ses capacités, sans rupture de parcours. Ce mode d'organisation est donc facteur d'adaptabilité et de souplesse ;
- la plus-value de l'accompagnement en Wallonie s'explique probablement en grande partie par la formation des professionnels, qui intègre depuis de nombreuses années les méthodes les plus novatrices (techniques cognitivo-comportementales par exemple). Comparativement à la France, les éducateurs semblent mieux préparés à la prise en charge de situations complexes voire très complexes ;

- dans la manière d'appréhender la prise en charge des personnes en situation de handicap :
 - > l'approche consiste à s'appuyer sur les capacités de la personne (non sur ses déficiences), véritablement placée au centre du dispositif d'accompagnement. La structure et les professionnels s'adaptent en permanence à la personne et à son évolution ;
 - > le projet de vie, basé sur une approche globale et multidisciplinaire, est élaboré annuellement pour chaque personne. Au-delà des aspects éducatifs centraux, il prend en compte les dimensions affective et sexuelle de chaque parcours de vie ;
 - > une relation humaine forte développée avec les résidents ;
 - > une grande tolérance des équipes professionnelles face aux problématiques parfois lourdes de certains patients, et aux situations complexes ;
 - > des liens resserrés noués avec les familles ;
 - > une large palette d'activités proposées relevant des loisirs (sport, musique, théâtre) mais aussi la participation à des activités extérieures à caractère civique ou caritatif.

La scolarisation des enfants français en Belgique a été peu abordée au cours de ces travaux, faute de temps. Pour aller plus loin, il serait souhaitable d'approfondir cet aspect du sujet. En effet, il convient d'aborder l'organisation de la réponse pas uniquement sous l'angle médico-social, mais aussi éducatif. Le CESER a pu constater que de nombreux jeunes frontaliers fréquentent des écoles spécialisées wallonnes, faute de réponse adaptée dans le système éducatif en France. Selon l'UNAPEI¹³, de nombreux enfants n'ont en effet pas accès à une scolarisation adaptée et 23 % d'entre eux n'ont « aucune heure de scolarisation » par semaine. Là encore, l'enseignement spécialisé belge semble avoir intégré des méthodes particulièrement innovantes et adaptées à certains types de handicaps, notamment

13. D'après une étude de l'UNAPEI menée auprès d'un échantillon de 2 103 enfants accompagnés par ses antennes locales, dans six régions en France (août 2023)

l'autisme et le polyhandicap. L'enseignement spécialisé ne relevant pas du champ de l'accord cadre franco-wallon, il n'est pas concerné par le moratoire.

2.3. LES ENJEUX À COURT ET MOYEN TERMES

Bien que relevant d'un « libre choix », le CESER constate que l'accueil d'un proche dans un centre wallon n'est pas sans poser des difficultés quotidiennes très concrètes aux familles :

- > l'éloignement avec leur enfant, leur sœur ou frère, les retours dans les familles se faisant en général une fois par mois ;
- > le remboursement par l'assurance maladie des soins délivrés en Belgique parfois long et aléatoire ;
- > la non prise en charge de ces frais médicaux par certaines mutuelles ;
- > les frais supplémentaires générés par le déplacement des familles à l'occasion d'événements ou de rencontres organisés par les établissements ;
- > le manque d'accompagnement par les services français ;
- > les multiples obstacles administratifs engendrés par la résidence à l'étranger : rupture du versement des allocations survenant suite au changement d'adresse, difficultés pour le renouvellement de papiers d'identité, entrave à l'exercice du droit de vote, etc.

Par ailleurs, le CESER soulève l'une des incohérences engendrées par le moratoire. Le vieillissement des résidents s'accompagnera de besoins de médicalisation et d'encadrement plus importants. Or, la capacité d'accueil en FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) ou MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), les types d'hébergement les plus médicalisés, a été figée par le moratoire. Les besoins croissant inévitablement, il devient très compliqué pour

les structures de s'adapter au vieillissement de leurs résidents.

Quant au retour en France de ces personnes comme les y incitent les autorités, il serait vécu comme un déracinement. Les résidents français ont construit leur vie en Wallonie ; un retour en France entraînerait la perte de leur cadre de vie et une rupture affective pouvant être lourde de conséquences. Pour les familles, cette hypothèse n'est ni opportune, ni humainement acceptable.

Enfin, le CESER constate la situation financière critique de nombreux établissements wallons accueillant des Français. D'une part, les autorités françaises contribuent au fonctionnement des structures sous forme d'un prix de journée, fixé par chacun des financeurs. A titre d'exemple, pour un même établissement, le prix de journée déterminé par les Départements français pour un adulte en Foyer Occupationnel peut varier de 140 €/jour à 170€/jour selon le Département, pour une prise en charge similaire. Cette grande disparité constitue une réelle difficulté pour les structures wallonnes. L'instauration d'un organisme coordonnateur auprès des différents financeurs français pourrait permettre de faciliter les relations avec les établissements wallons.

D'autre part, en Belgique, les salaires étant indexés automatiquement sur l'inflation, les charges des établissements ont progressé de manière spectaculaire ces dernières années. D'autant plus qu'il y a un fort différentiel d'inflation entre la France et la Belgique surtout depuis l'après crise sanitaire (à titre indicatif de l'ordre de 5% en France pour 10% en Belgique). Or, dans le même temps, les financements français n'ont pas été revalorisés, les autorités publiques privilégiant la mobilisation des crédits sur la création de nouvelles solutions, en France. Il est à relever, toutefois, que la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a revalorisé le montant alloué pour les résidents MAS accompagnés en France, sans

pour autant faire évoluer l'allocation allouée aux résidents MAS accueillis en Belgique, créant une discrimination de plus de 20 % avec la médiane française¹⁴. Les tensions budgétaires des établissements wallons accueillant des Français sont donc préoccupantes. Il serait cohérent que les dotations des financeurs français évoluent pour, a minima, prendre en compte les particularités belges. A défaut, le risque est de voir le service se dégrader au détriment des résidents. Si les charges des établissements ne sont plus couvertes par les allocations des financeurs, une analyse de l'impact sur les résidents devra être menée, dans le cadre des inspections de contrôle par exemple.

Le CESER pointe enfin l'incohérence de certaines autorités françaises qui dirigent vers les établissements wallons des situations de plus en plus complexes, à budget constant. A titre d'exemple, l'AViQ module sa contribution selon la nature de la prise en charge. Les partenaires français pourraient s'inspirer de ce mode de financement et ainsi adapter le prix de journée aux réels besoins d'accompagnement du résident.

2.4. SITUATION D'URGENCE

Au cours de ces travaux, le CESER a constaté l'ampleur et le caractère d'urgence des situations dites « sans solution », pour lesquelles aucune réponse adaptée n'a pu être proposée aux personnes en situation de handicap. Cette question dépasse largement les enjeux frontaliers. Selon l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI), en 2023, 48 000 enfants et adultes en France sont sans solution de prise en charge, dont 8 000 pour le seul département du Nord.

Lors de la Conférence Nationale du Handicap en avril 2023, le Gouvernement français a annoncé un nouveau plan pour la création de solutions supplémentaires, doté de 100 M€, sans apporter toutefois de précisions sur ses modalités de mise en œuvre. Lors de sa venue dans le Nord, au mois de mai 2023, Madame Geneviève DARRIEUSSECCQ, ministre déléguée chargée des personnes en situation de handicap, a promis « 1000 nouvelles solutions d'ici à 2027 pour les enfants », témoignant de la prise de conscience de la situation critique de certains jeunes.

Cependant, le CESER a pu observer que les moyens déployés sont encore largement insuffisants pour pouvoir apporter une réponse adaptée à l'ensemble des besoins. Le CESER relève l'indispensable transformation de l'offre médico-sociale en France. Elle doit permettre en premier lieu d'accompagner les situations d'urgence, et les cas très complexes, par la création de nouvelles places d'accueil en établissement médico-social. En parallèle, les autorités doivent également s'attacher à faire évoluer la formation et la qualification des professionnels. L'alternative consisterait à reconsidérer les modalités du moratoire.



14. Question orale posée Madame Jocelyne Guidez, Sénatrice, auprès du ministre des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, 8 juin 2023

3. SYNTHÈSE DE L'ÉTAT DES LIEUX

Thème	Ce qui fonctionne	Ce qui ne fonctionne pas ou pourrait être amélioré
<p>Rôle des autorités françaises</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Financement partiel de places dans des établissements médico-sociaux belges (sur bases financières françaises) > Système de couverture des soins répondant aux accords-cadres en vigueur 	<ul style="list-style-type: none"> > Un moratoire sur la capacité d'accueil financée en Wallonie, fixée à 8258 places (enfants et adultes), sans pour autant s'accompagner d'une « garantie » de place en France > Des plans de prévention des départs vers la Belgique, successifs, au bilan très mitigé jusqu'à présent > Un choix contraint, par défaut, laissé aux familles > Un accompagnement des familles par les services compétents en France défaillant <ul style="list-style-type: none"> -> Chaque famille ayant l'un des siens en Belgique devrait avoir un référent en France (dans une ARS, une CPAM ou une MDPH).
<p>Relations entre les autorités françaises et les établissements médico-sociaux wallons</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Le mode de financement des places en Belgique est basé sur le système médico-social français 	<ul style="list-style-type: none"> > Un mode de financement des établissements wallons par les autorités françaises inadapté, qui ne tient pas compte des réels besoins d'accompagnement de la personne (situations de plus en plus complexes), ni des conditions de fonctionnement des établissements belges (inflation répercutée sur la masse salariale) <ul style="list-style-type: none"> -> Un indispensable effort de revalorisation de l'allocation journalière octroyée par les financeurs > Une multiplicité des interlocuteurs pour les établissements wallons (nombreux Départements financeurs). A l'inverse, un manque de coordination des établissements face à leurs interlocuteurs français. <ul style="list-style-type: none"> -> Une instance de concertation nécessaire réunissant les ARS et Départements concernés côté français, et les établissements et l'AViQ côté belge

<p>Etude comparée des approches belge et française en matière de prise en charge des handicaps</p>	<p>> Echanges de pratiques, micro-initiatives ponctuelles par nécessité (familles, associations, personnels soignants) sur des cas particuliers, qui semblent porter leurs fruits</p>	<p>> Une différence d'approche fondamentale entre les modèles médico-sociaux belge et français (degré d'adaptabilité, souplesse des solutions, etc.) qui nécessiterait un travail universitaire afin d'objectiver les différences de métiers exercés et les raisons de la préférence des familles pour le modèle wallon</p>
<p>Statut des Français résidant en Belgique</p>	<p>> Services consulaires présents en Belgique</p>	<p>> Des difficultés administratives et sociales récurrentes auxquelles sont confrontés ces Français résidant à l'étranger (papiers d'identité, couverture mutuelle, sorties, accès consulaire, etc.)</p> <p>-> De nécessaires États généraux pour enregistrer tous les problèmes concrets rencontrés par les familles et leurs membres afin d'apporter des réponses</p> <p>> Vide juridique : quel statut pour le citoyen français résidant en centre médico-social en Belgique ?</p>
<p>Hypothèse d'un retour vers la France</p>	<p>> Ouverture d'un nombre minimum de places dans des services ou des centres médico-sociaux en France, mais pas toujours adaptées</p>	<p>> Le retour vers la France non souhaité, voire inenvisageable, dans une grande majorité de cas au regard du contexte actuel. Ce retour ne peut relever que du volontariat des familles.</p> <p>> En cas de retour en France, obstacle de la non-équivalence des diplômes ou du système scolaire (ex. : le diplôme délivré par l'enseignement spécialisé belge n'est plus reconnu en France)</p>

4. RÉALITÉS INSPIRANTES

● Au cours de ces travaux, le CESER a pu constater les difficultés particulières auxquelles sont confrontées les personnes en situation de handicap accueillies en Belgique, et mesurer le « parcours du combattant » que représentent de telles situations pour ces personnes et leurs proches.

Plusieurs familles et représentants d'associations ont accepté de partager leur expérience de vie lors d'auditions. Des visites d'institutions spécialisées ont également permis de mieux comprendre la réalité de certaines situations et le quotidien des éducateurs et des accompagnants. Parmi celles-ci, le centre Cerfontaine, situé à Péruwelz, a ouvert ses portes à la délégation du CESER. Portée par des valeurs fortes, la philosophie du centre promeut l'adaptation permanente des réponses apportées aux besoins des personnes accueillies. Pour y parvenir, le centre s'appuie sur ses équipes pluridisciplinaires, et sur le réseau qu'il a su développer (familles, services belges et français, hôpitaux, centres médico-psychologiques, etc.). Dans le cadre d'un Contrat de séjour, les équipes proposent un Projet Pédagogique Individualisé (PPI) à chaque enfant ou adolescent. Le PPI est au centre du projet global de la personne, qui en est l'acteur principal. Il est ajusté tout au long du séjour et interroge différents axes de la prise en charge pour lesquels sont définis, à chaque fois, les forces et les besoins.

Selon les témoignages des représentants de l'association Le Colibri, cette approche semble être également celle adoptée par le centre Reine Fabiola à Neuville. Là encore, l'une des forces du centre repose sur l'élaboration annuelle d'un projet de vie pour chaque personne, basé sur une approche globale et multidisciplinaire. Les attentes et les capacités du résident sont centrales dans la définition du projet. Celui-ci aborde également les dimensions affective et sexuelle de chaque parcours de vie.

Charlotte CAUBEL, secrétaire d'État chargée de l'Enfance, a récemment visité le centre Cerfontaine où elle a pu prendre conscience de la situation des enfants français en Belgique (*vidéo de la visite en Belgique*). Elle souhaite s'inspirer des pratiques belges pour améliorer la prise en charge des enfants en situation de handicap.

Parmi les autres initiatives inspirantes, il est à relever celle de l'institut médico-social Albatros à Petite-Chapelle (Belgique), qui accueille des résidents depuis les années 1970. Situé à proximité immédiate de la frontière avec la France, l'institut Albatros dispose d'agréments et de conventions avec les institutions belges et françaises afin de prendre en charge des ressortissants des deux pays. Le centre accueille notamment des adultes originaires des Ardennes, de l'Aisne ou encore du Nord, atteints de déficience mentale modérée, sévère ou profonde avec ou sans troubles psychiques associés. Compte tenu de leur proximité, une collaboration étroite s'est ainsi tissée au fil des

ans entre l'institut Albatros de Petite-Chapelle et le Département des Ardennes, concrétisée par des conventions et par l'accueil de plus d'une centaine de personnes originaires du département.

A la demande du Président du Conseil départemental des Ardennes, l'institut Albatros, reconnu pour la qualité de son accompagnement, s'est vu confier la mission de créer un établissement dans les Ardennes, s'inspirant du modèle belge. Ainsi est née la structure Albatros 08, qui gère depuis 2009 un foyer de vie (40 places) et un centre d'activités occupationnelles (86 places). Avant l'ouverture du centre français, les éducateurs sont venus s'imprégner de la philosophie et des méthodes éducatives de l'institut belge. Les équipes ont travaillé conjointement sur les valeurs déclinées dans le projet d'établissement. Le projet Albatros 08 a pu bénéficier de l'expérience de son voisin, de ce partenariat et de cette expertise en matière d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de handicap. Des liens étroits relient donc les deux structures, de part et d'autre de la frontière. Plus récemment, ce sont également six places de Foyer d'Accueil Médicalisé pour Autistes (FAMA) qui ont pu être créées au sein du centre ardennais grâce à l'implication et aux travaux de recherche des équipes éducatives.

Pour encore renforcer leur coopération, les deux structures se sont regroupées au sein d'un Groupement Européen d'Intérêt Economique : le G.E.I.E. Albatros, créé en 2014. Ce groupement a pour objet de faciliter et de développer des axes de coopérations transfrontalières dans le domaine médico-social. Il permet aux professionnels de s'unir pour mutualiser, échanger et partager afin d'élargir le champ des réponses possibles.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

● Ce rapport d'étape souligne tout l'intérêt des problématiques de santé transfrontalière, tout comme l'extrême complexité de ces questions. Comme cela a été exposé en avant-propos, en raison du temps imparti et conformément à la note de cadrage, votée par le Bureau du CESER en janvier 2023, un certain nombre de sujets n'ont pu être abordés dans ce rapport. La mobilité des étudiants et professionnels de santé par exemple, l'accès aux formations ou encore la perte d'autonomie et l'aide aux personnes âgées demanderaient des travaux complémentaires. Pour ces raisons, sur la base des constats établis dans ce rapport d'étape, ne sont formulées ici que des pistes d'amélioration et de progrès, qui nécessiteront un travail ultérieur plus approfondi.

Sur le volet des soins proprement dits, il serait, par exemple, pertinent d'approfondir l'analyse de la motivation des patients à franchir la frontière pour se faire soigner, ainsi que celle des différents modes d'accès au système de soins du pays voisin (accès direct, patient orienté par un médecin de première ligne, etc.). De même, concernant la prise en charge des handicaps, l'étude comparée des approches belge et française ouvrirait très certainement des perspectives.

Par ailleurs, une réflexion a été initiée avec le CESER Grand Est sur ces problématiques communes, qu'il conviendrait de poursuivre et d'approfondir dans la perspective d'identifier des pistes de progrès partagées.

Il est clair que ce rapport d'étape appelle donc à des travaux complémentaires, que les conseillers de la nouvelle mandature du CESER pourront poursuivre, cela est à souhaiter. A ce stade, il permet de dresser un état des lieux sur des sujets laissés entre les mains d'acteurs administratifs, soucieux de réglementations certes nécessaires, mais où les familles et les patients ne sont que peu ou pas associés. C'est donc à un nouvel esprit dans les relations entre administrations, familles et patients, que ce rapport appelle car, si le droit du patient reste la clef de lecture du système de soins en Europe, rien n'interdit qu'un accompagnement adapté et adéquat soit proposé aux familles et patients. C'est l'un des défis d'une Europe plus sociale et plus humaine à relever, pour éviter que le soin ne constitue uniquement un enjeu personnel et financier pour les patients.

En matière d'accès aux soins, le rapport a montré que de multiples initiatives de coopérations transfrontalières se sont développées, le plus souvent à l'initiative des acteurs de terrain, au bénéfice des patients (création des ZOAST, conventions inter-hospitalières, mutualisation d'équipements, etc.). Un travail d'information de tous les habitants transfrontaliers sur leurs droits et les opportunités en matière d'accès possible à des soins de santé transfrontaliers reste indispensable. Les CPAM de la zone frontalière pourraient diffuser à un plus grand nombre une information adéquate. Dans le cadre de ces travaux, le CESER propose de réaliser une note d'information sur les modalités d'accès aux soins en tant que transfrontalier franco-belge.

Sur les coopérations existantes, des améliorations et pistes de progrès sont identifiées et connues des acteurs impliqués, qui s'emploient collectivement à aplanir les difficultés et à faire évoluer les dispositifs pour faciliter l'accès aux soins des résidents frontaliers. Les réalisations sont encourageantes et enthousiasmantes grâce à une collaboration ancienne et dynamique. Les efforts doivent être poursuivis dans ce sens, en veillant à la réciprocité des avancées et à répondre aux actuels besoins insatisfaits des patients.

Enfin, il a pu être observé un manque de prise en compte de la dimension transfrontalière dans la définition des politiques publiques en matière de santé, alors même que la France est largement concernée. Ces questions ne mériteraient-elles pas une attention accrue de la part des acteurs à travers un volet transfrontalier du Projet Régional de Santé plus étoffé ? Les enjeux transfrontaliers devraient être intégrés davantage en amont dans la prise de décision par les acteurs publics. L'approche actuelle reste peu favorable à la prise en compte des particularités des territoires frontaliers. La création d'un Comité interministériel transfrontalier annoncée par Dominique FAURE, ministre déléguée en charge des Collectivités territoriales et de la Ruralité, fin juin 2023, permettra peut-être de faire progresser cette dimension. Il serait également intéressant d'en échanger plus amplement avec l'ARS mais aussi avec les députés représentants des Français de l'étranger.

Sur la prise en charge des personnes en situation de handicap, le CESER a rencontré des femmes et des hommes parfois démunis devant des situations familiales difficiles résultant du manque criant de places en France, dues aux besoins de soins, à la complexité des interactions entre les acteurs et les dispositifs existants en France (CPAM, MDPH, ARS, CMP, Éducation nationale, etc.), au moratoire mis en place pour limiter les départs vers la Belgique...

Il est grand temps d'agir et de réagir ! Il y a dans des foyers des Hauts-de-France et de toute la France des situations d'urgence particulièrement dramatiques. La Belgique était, et reste malheureusement pour certains de nos citoyens, une solution de secours. Il s'agit d'humanité, il s'agit de patients, il s'agit de familles, il s'agit de citoyens français ayant des besoins d'accompagnement, de soins, tout au long de leur vie.

L'un des aspects de ce rapport est une alerte, un cri d'alarme poussé auprès des autorités, devant la complexité des situations et le désarroi humain rencontré. La situation en France est urgente non pas faute d'acteurs, ou de moyens déployés sur ce sujet mais du fait de leur inadéquation avec les besoins réels des personnes en situation de handicap et de leurs proches. Un travail académique de comparaison des approches belge et française de la prise en compte des handicaps et des moyens mis au service de ces accompagnements constituerait, à ce titre, une piste de progrès indispensable. Il ressort de ces travaux l'importance de la parole des familles et de leurs représentants ; cette parole est riche d'enseignements. Ce rapport d'étonnement souligne le manque d'écoute et d'attention portées à l'expression des associations de familles. Une meilleure prise en compte de ces expressions ne permettrait-elle pas d'identifier des pistes de progrès en adéquation avec les besoins réels des patients et des familles ? De la même manière, l'expertise de certains établissements et structures belges est reconnue ; il serait intéressant de pouvoir en bénéficier à travers des démarches plus participatives dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord franco-wallon. Entré en vigueur en 2014, cet accord-cadre aura dix ans en 2024 et pourrait donner lieu à un bilan (cf. article 11 de l'accord). Par ailleurs, il est à souligner que la gouvernance de cet accord semble assez faible.

La coopération transfrontalière peut être un levier, un potentiel d'amélioration et de prise en considération des patients, et de leurs proches. N'y aurait-il pas à explorer plus profondément les potentialités que pourrait ouvrir la mutualisation des moyens, des compétences, des savoir-faire et des infrastructures sanitaires et sociales, ou encore ce que pourrait apporter l'amélioration des capacités d'accueil et la qualité de la prise en charge ? Une meilleure prise en considération des besoins des patients et de leurs familles, l'échange de pratiques entre services sociaux transfrontaliers ne pourraient-ils pas constituer là aussi des pistes à explorer ?

Ce rapport d'étape ne doit pas rester « une bouteille à la mer » qui viendra se perdre dans les méandres de procédures administratives, mais bien un début de réflexions et d'améliorations positives. Cette première étape pourra opportunément être complétée par toutes contributions bienveillantes, structurées, afin de poursuivre le travail effectué sur le terrain.



ANNEXES

ANNEXE 1 – GLOSSAIRE

- > **ALD** : Affection de longue durée
- > **ARS** : Agence régionale de santé
- > **ASBL** : Association sans but lucratif
- > **AViQ** : Agence wallonne pour vie de qualité
- > **CDAPH** : Commission des droits et de l'autonomie des personnes en situation de handicap
- > **CEAM** : Carte européenne d'assurance maladie
- > **CH** : Centre hospitalier
- > **CHU** : Centre hospitalier universitaire
- > **CHRU** : Centre hospitalier régional universitaire
- > **CLEISS** : Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
- > **CNAM** : Caisse nationale d'assurance maladie
- > **CNH** : Conférence nationale du handicap
- > **CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- > **CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie
- > **CRAM** : Caisse régionale d'assurance maladie
- > **CSS** : Complémentaire santé solidaire (anciennement Couverture Maladie Universelle)
- > **EEE** : Espace économique européen
- > **FAM** : Foyer d'accueil médicalisé
- > **FAMA** : Foyer d'accueil médicalisé pour autistes
- > **FEDER** : Fonds européen de développement régional
- > **FO** : Foyer occupationnel
- > **GEIE** : Groupement européen d'intérêt économique
- > **INAMI** : Institut national d'assurance maladie invalidité
- > **MAS** : Maison d'accueil spécialisée
- > **MDPH** : Maison départementale des personnes en situation de handicap
- > **MGEN** : Mutuelle générale de l'éducation nationale
- > **OFBS** : Observatoire franco-belge de la santé
- > **PPI** : Projet pédagogique individualisé
- > **PRS** : Projet régional de santé
- > **SAFAE** : Service agréé et financé par une autorité étrangère
- > **SMUR** : Service mobile d'urgence et de réanimation
- > **UE** : Union européenne
- > **UNAPEI** : Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
- > **ZOAST** : Zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers

ANNEXE 2 – RÉFÉRENCES

Bibliographie

- > Emmanuel COMTE, Les espaces transfrontaliers intra-européens, Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe, juin 2020
- > Agence régionale de santé des Hauts-de-France, Schéma Régional de Santé 2018-2023, Projet Régional de Santé des Hauts-de-France, 2018

● Volet sanitaire

- > Eric DELECOSSE, Fabienne LELOUP et Henri LEWALLE, La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé : principes et pratiques, Étude réalisée pour la Commission européenne, DG REGIO, 2017
- > Henri LEWALLE, La coopération sanitaire et médico-sociale transfrontalière franco-belge comme instrument d'intégration européenne, 2021
- > Commission Européenne, Étude soutenant l'évaluation de la directive 2011/24/UE visant à garantir les droits des patients dans l'UE en matière de soins de santé transfrontaliers, DG Santé, 2021
- > Cour des Comptes Européenne, Rapport spécial, Actions de l'UE dans le domaine des soins de santé transfrontaliers : de grandes ambitions mais une meilleure gestion s'impose, 2019
- > Centre Européen des consommateurs France, L'accès aux soins dans l'Union européenne, Informations sur les droits des patients en Europe, mai 2018
- > Les Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers : état des lieux - Population, établissements, et fonctionnement des sept ZOAST de la frontière franco-belge en mars 2022, Projet InTerESanT, octobre 2022
- > Projet InTerESanT, Diaporama de clôture du projet, 13 décembre 2022

● Volet médico-social

- > Cécile GALLEZ, L'hébergement des personnes âgées et handicapées en Belgique, Février 2009
- > Claire-Lise CAMPION et Philippe MOULLER, Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur la prise en charge de personnes handicapées en dehors du territoire français, décembre 2016
- > Édith CHRISTOPHE et Marine DUPONT-COPPIN, Prévention des départs non souhaités en Belgique, Conférence Nationale du Handicap, rapport du groupe de travail n°4, mai 2019
- > Association pour les Français en situation de handicap en Belgique, Guide à l'intention des usagers français en situation de handicap en Belgique et de leurs familles ou représentants légaux, février 2022

Sites

- > Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT) : <http://www.espaces-transfrontaliers.org>
- > Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale : <https://www.cleiss.fr/>
- > Observatoire Franco-Belge de la Santé : <https://www.ofbs.org/>

ANNEXE 3 – FOCUS SUR QUELQUES ACTEURS DE LA COOPÉRATION FRANCO-BELGE

Grâce à l'appui d'acteurs nationaux (Mission Opérationnelle Transfrontalière), le recours à des structures juridiques adaptées (GECT) ou encore le financement des programmes Interreg, la coopération transfrontalière franco-belge s'est développée dans de multiples domaines.

LA MISSION OPÉRATIONNELLE TRANSFRONTALIÈRE

La Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT) est structurée sous forme d'association, créée en 1997 par le Gouvernement français.

- Elle est soutenue au niveau national par :
 - > l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ANCT),
 - > la Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL),
 - > la Banque des Territoires (Groupe Caisse des Dépôts),
 - > le Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères,
 - > le Ministère de l'Énergie et de l'Aménagement du territoire (Grand-duché de Luxembourg).

- La MOT intervient à trois niveaux :
 - > apport d'une **ingénierie technique** au service des territoires transfrontaliers (études, expertise et assistance technique) ;
Ex. : Etude pour le développement d'un hôpital transfrontalier en Cerdagne, Cadre

juridique de l'exercice des médecins belges en France ...

- > **plateforme de mise en réseau et centre de ressources** ;
- > **interface entre les différentes parties prenantes** pour trouver les solutions transfrontalières aux bons niveaux.

- Le réseau de la MOT regroupe de multiples acteurs des territoires frontaliers :
 - > 13 Intercollectivités transfrontalières
 - > 4 Communes
 - > 19 Groupements de communes et de collectivités
 - > 16 Départements
 - > 10 Régions, Comtés etc.
 - > 2 États
 - > 1 Chambre consulaire
 - > 4 Fédérations et agences nationales
 - > 3 Agences d'urbanisme
 - > 8 Associations de personnes morales et autres structures (dont pôles métropolitains)
 - > 4 Associations de personnes physiques et Sociétés coopératives d'intérêt collectif
 - > 3 Parlementaires nationaux et européens

Toutefois, la Région Hauts-de-France n'en est actuellement pas membre.

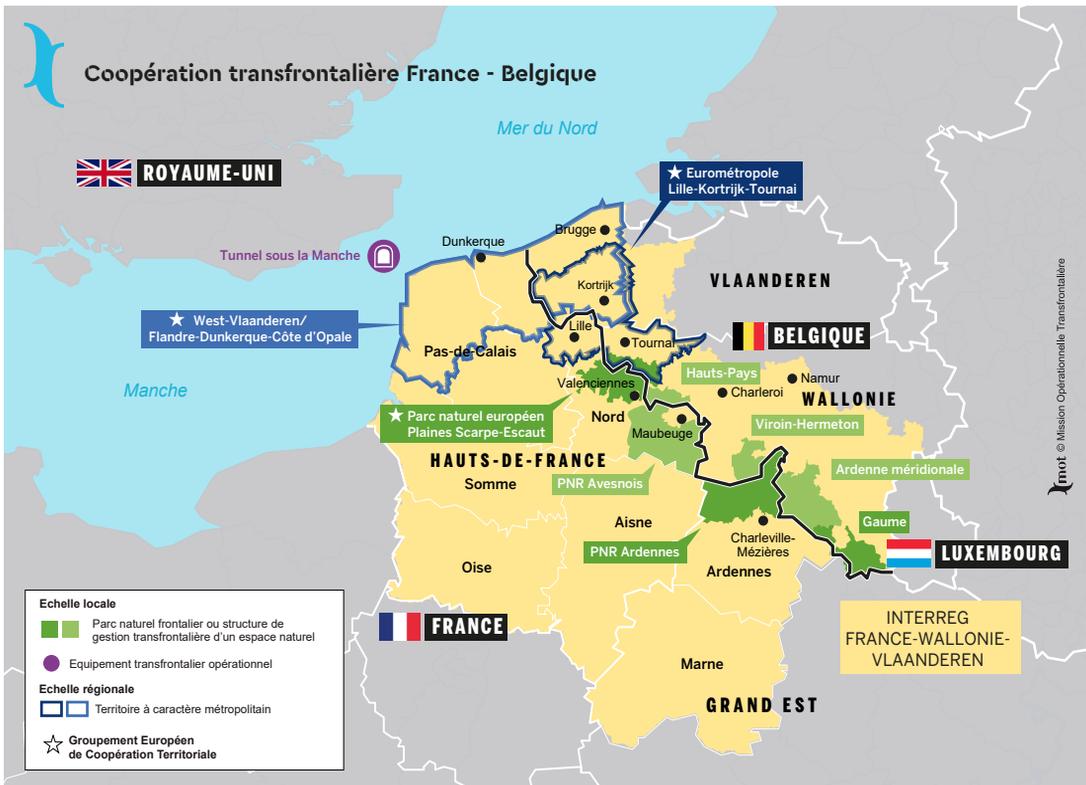
LES GECT

Les groupements européens de coopération territoriale, ou GECT, sont une forme juridique d'instrument de coopération transfrontalière. Ils ont pour objectif de faciliter la coopération transfrontalière entre leurs membres.

Les GECT permettent à leurs membres de mettre en œuvre des projets communs, d'échanger des compétences et d'améliorer la coordination en matière d'aménagement du territoire.

Les GECT franco-belges sont au nombre de trois à ce jour :

- > Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai
- > West-Vlaanderen/Flandre-Dunkerque-Côte d'Opale
- > Parc naturel européen Plaines Scarpe-Escaut



L'OBSERVATOIRE FRANCO-BELGE DE LA SANTÉ

● Statut : Groupement Européen d'Intérêt Économique (GEIE)

● Composition

Créé en 1999, l'OFBS regroupe une cinquantaine de membres. Il est composé des principaux acteurs franco-belges de l'assurance maladie et de l'offre de soins, des observatoires de la santé, des agences régionales de santé ou encore des centres hospitaliers situés dans la zone frontalière franco-belge.

Il constitue un espace de collaboration permanent pour les acteurs de la santé franco-belge. Son objet principal est d'**améliorer l'accès aux soins pour les populations frontalières** via études et actions menées dans le domaine sanitaire, médico-social et de l'assurance maladie.

● Missions

- > Acquérir une bonne **connaissance** à la fois des besoins de la population et de l'offre de soins sur la zone frontalière
- > Impulser des études permettant de **déceler les axes potentiels de coopération** et de complémentarité transfrontalière dans les domaines des soins de santé, du médico-social et de la prévention et promotion de la santé
- > Apporter **aide et conseil aux acteurs** désireux d'améliorer, au travers de projets de coopération transfrontalière, la santé et l'accès aux soins des résidents des espaces frontaliers
- > Assurer une **veille sur l'évolution de la réglementation** européenne relative à la santé
- > Etre un **vecteur d'information** ainsi qu'un interlocuteur privilégié vis-à-vis des populations et des acteurs de terrain de l'espace frontalier franco-belge

- > Etre un **catalyseur pour la coopération** transfrontalière en matière de santé publique

● Travaux

Pour mener à bien ses travaux, l'OFBS s'appuie en grande partie sur les programmes européens de coopération Interreg France – Wallonie – Vlaanderen.

Il a notamment contribué, avec ses partenaires, à la mise en place des ZOAST et des accords de coopération le long de la frontière franco-belge, dont ceux relatifs à l'aide médicale d'urgence.



CONTRIBUTION DE GROUPES

Au regard de l'état d'avancement de ces travaux qui constituent un rapport d'étape, il a été proposé aux différents groupes de concertation organisés au sein du CESER une possibilité de contribution. Le groupe CFDT a répondu positivement à cette sollicitation. Les autres groupes de concertation soit ont exprimé le souhait de voir approfondi le rapport dans un prochain mandat, soit ont estimé que le travail effectué dans le temps imparti était remarquable et qu'ils ne se sentaient pas légitimes à ce stade de se prononcer.

● L'accessibilité aux soins des résidents frontaliers franco-belges ne doit pas se limiter uniquement à la prestation de soins médicaux, mais englober également la coopération nécessaire concernant les services de santé au travail des deux pays en harmonisant les normes et les réglementations afin de garantir les mêmes conditions de travail (code du travail européen).

Les résidents frontaliers franco-belges, jonglent entre les différences dans les systèmes de santé, et les retards dus aux formalités administratives transfrontalières et les salariés des CPAM des Flandres peuvent en témoigner, et, ont en plus, un défi face à la barrière linguistique (particulièrement, sur la ligne Dunkerquo-flamande),

Des mécanismes de coordination devraient être mis en place pour faciliter les soins médicaux, l'échange d'informations médicales et la continuité des traitements pour les patients transfrontaliers.

La coopération en matière de santé transfrontalière doit également impliquer un échange continu d'informations et de bonnes pratiques. Les autorités de santé et les professionnels de la santé des deux pays peuvent apprendre les uns des autres pour améliorer la qualité des soins et des services de santé au travail, de la même façon que pour l'aide médicale d'urgence Belge qui peut intervenir en soutien du SMUR.

Faciliter la mobilité des professionnels de la santé entre les deux pays peut contribuer à combler les lacunes de personnel dans certaines régions frontalières. L'uniformisation des qualifications et des normes professionnelles la faciliterait.

Une meilleure accessibilité aux soins médicaux et une santé au travail bien gérée sont des éléments essentiels pour soutenir la main-d'œuvre locale et les entreprises transfrontalières.

La coopération transfrontalière en matière de santé, qu'il s'agisse de l'accessibilité aux soins médicaux ou de la santé au travail, est un impératif pour répondre aux besoins des résidents frontaliers franco-belges.

Des projets soutenus financièrement par les programmes INTERREG, tels que la mutualisation d'équipement chirurgical permettant des interventions de chirurgie réalisées par les équipes belges et françaises (Hôpital de Mouscron), ainsi que des collaborations, entre le CHRU de Lille et celui de la Clinique universitaire de St Luc à Bruxelles sont de réelles avancées pour répondre aux besoins des citoyens et des patients frontaliers.

Elle est aussi un moyen de renforcer la stabilité économique et la qualité de vie dans ces régions frontalières. Il est temps de mettre en place des mécanismes de collaboration efficaces pour relever ces défis et tirer parti des opportunités de santé transfrontalière.

Conception

CESER Hauts-de-France (2023)

Crédits photos

Licence Adobe Stock Région Hauts-de-France
Pixabay - Pxhere
Autres sources indiquées en légende sur l'image

Impression

La Monsoise (2023)



CESER
Hauts-de-France

Conseil Économique, Social
et Environnemental Régional

Conseil Économique, Social et Environnemental Régional Hauts-de-France

151 Avenue du président Hoover • 59555 LILLE Cedex • Tél. : 03 74 27 58 15

Pôle d'Amiens : 15 mail Albert 1^{er} • BP 2616 • 80026 AMIENS Cedex 1 • Tél. : • 03 74 27 58 32



Téléchargez les rapports et avis du Ceser Hauts-de-France
sur le site ceser.hautsdefrance.fr

