

Les zones frontalières sont-elles créatrices de nouvelles perspectives dans le domaine de la mobilité des patients ?

Do border-regions create new perspectives in patient mobility?

Coheur A¹

Résumé

Les régions frontalières constituent d'importantes zones expérimentales où les contradictions entre les systèmes de sécurité sociale apparaissent clairement mais en même temps donnent lieu à des projets novateurs. Les partenariats mis en place sont assurément le principal moteur d'une approche plus européenne des soins de santé. Ces projets se heurtent également à différents obstacles d'un côté le cadre réglementaire national inadapté à une perspective européenne de l'autre, le manque de cohérence entre les différentes initiatives transfrontalières qui pourraient certainement être optimisées par la politique européenne.

Ces projets nous donnent un éclairage sur les possibilités d'actions transfrontalières. Deux types d'approche semblent se dégager, l'une portant sur les pratiques de conventionnement l'autre sur la mobilité transfrontalière intentionnelle des citoyens. Ces deux approches, dans la pratique, nécessitent toujours une dérogation au principe de la territorialité des prestations qui trouve son fondement dans les limites de l'offre de soins dans les régions frontalières.

Cependant faut-il voir dans la multiplication des projets transfrontaliers une menace pour la politique de santé nationale ? Non, ce serait manquer de perspicacité que de freiner ces initiatives dans le seul but de préserver aussi longtemps que possible les systèmes nationaux de santé existants, ce serait passer à côté des besoins existants des individus dans les régions frontalières, ce serait négliger les opportunités d'une planification plus optimale de l'offre de santé, ce serait gâcher les chances de guider le processus d'eupéanisation des soins de santé à partir des expériences concrètes de terrain.

Rev Med Ass Maladie 2003;34,3:183-189

Mots clés : Europe, offre de soins, conventionnement, soins transfrontaliers.

Summary

The border regions are major experimental areas where the contradictions between the different healthcare funds become apparent. At the same time, however, they give rise to innovative projects. The partnerships established are undoubtedly the main driving force behind a more European approach to healthcare. These projects also encounter various obstacles such as national regulatory statutes unsuited to a European context and a lack of consistency between the various cross-border initiatives which could certainly be optimized by a policy at the European level.

The border regions give us an idea of the possibilities which exist for cross-border initiatives. Two types of approaches are apparently emerging: one relating to contractual practices while the other, to intentional cross-border mobility for citizens. In practice, both of these approaches will always require derogation from the principle of the territorial nature of the services rendered based on the existing limits regarding healthcare delivery in the border regions.

However, do we have to consider the number of cross-border projects as a threat to national health policies? The answer is «no», since curbing these initiatives solely for the purpose of maintaining the existing national health systems for as long as possible would be near-sighted; it would mean ignoring the existing needs of individuals living in the border regions; it would mean neglecting opportunities for improved planning of health care delivery; and finally, it would mean spoiling the opportunities for elaborating a European healthcare-delivery policy based on concrete, «hands-on» experiences.

Rev Med Ass Maladie 2003;34,3:183-189

Key words: Europe, healthcare availability, state healthcare contract, cross-border healthcare.

¹ Directeur des affaires européennes à l'Union nationale des Mutualités socialistes (Bruxelles, Belgique)

Adresse pour correspondance : Alain Coheur, Union nationale des mutualités socialistes, place Saint-Jean 32/38, B-1000 Bruxelles (Belgique).
E-mail : alain.coheur@mutsoc.be

I. PRÉAMBULE

L'intégration européenne croissante observée dans de nombreux domaines (libre circulation des personnes, des biens, des services et des capitaux, avènement de la monnaie unique, etc.) ainsi que les affaires traitées au niveau de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) conduisent à faire des soins transfrontaliers un thème de plus en plus important au sein des différents États membres. Ainsi, les ministres de la santé de l'Union européenne, réunis le 8 février 2002 à Malaga (Espagne) ont lancé les premières discussions sur le thème de la mobilité des patients ce qui a abouti, lors du Conseil de la Santé du 26 juin 2002 à Luxembourg, à la mise en place d'un groupe de haut niveau en charge, entre autres, de l'analyse « des soins dans les zones frontalières ».

En effet, ces zones frontalières se prêtent particulièrement bien à une action politique dans les domaines de la santé. Elles constituent, la plupart du temps, une aire géographique à forte mobilité de travailleurs. Elles ont été les premières à pouvoir bénéficier d'accords ou de conventions passés entre pays limitrophes pour améliorer l'accessibilité aux soins et les premières législations européennes de droit social ont été élaborées en faveur des travailleurs frontaliers, résidant, pour la plupart, dans ces espaces territoriaux.

Actuellement, ces zones offrent des perspectives innovantes et constituent un terrain d'expérimentation unique pour l'Europe. En effet, il ne s'agit plus seulement de réflexions sur la mobilité des travailleurs mais bien d'une pression qu'exerce chaque citoyen afin de bénéficier des soins les plus appropriés à son état de santé. Cette pression croissante est le résultat du processus européen qui a mis en exergue la libre circulation des personnes, des biens et des services comme valeur fondamentale à la création d'un espace unique. Il serait ainsi paradoxal d'encourager uniquement la création d'une zone économique de libres échanges sans en assumer les conséquences indirectes et dès lors vouloir réduire la mobilité lorsqu'on ne peut en maîtriser tous ses aspects, ceci étant particulièrement vrai dans le domaine de la santé.

Cependant, toutes les régions frontalières ne se prêtent pas au développement d'un même projet d'actions politiques. Chaque région doit, en effet, être évaluée en fonction de ses déterminants géo-

graphique, économique, démographique et de la capacité de ses infrastructures (sur- ou sous-équipements, pléthore médicale, liste d'attente...). Il existe ainsi des zones à faible flux de patients et faible développement des structures sanitaires, et des zones à flux élevé lié à une forte mobilité de travailleurs et à un développement important des infrastructures.

Force est de constater que les initiatives lancées, sont le résultat d'une volonté notamment des acteurs de terrain, organismes assureurs, établissements hospitaliers et que jusqu'à présent le législateur a fait preuve de passivité en arguant du principe de territorialité.

II. CONTEXTE EUROPÉEN ÉVOLUTIF

A l'échelle européenne, la mise en place, après le Traité de Rome, du règlement de coordination 1408/71 et 574/72 n'a pas limité la marge de manœuvre des États notamment à travers l'établissement de conventions bilatérales. Mais cet instrument de coordination des systèmes de sécurité sociale élaboré afin de garantir des droits aux travailleurs migrants et aux personnes dont ils ont la charge, et qui fut par la suite étendu¹, se voit progressivement affaibli. D'une part, il contient des éléments intrinsèques restrictifs et, d'autre part, l'intégration européenne a fait passer le principe de libre circulation des personnes d'un droit à caractère économique vers un droit personnel des citoyens européens.

Cet affaiblissement est d'autant plus marqué que les États membres continuent à réclamer une compétence souveraine en matière d'organisation de la protection sociale et de la santé en se basant sur l'article 5 du Traité définissant le principe de subsidiarité et sur l'article 152, section 5 du Traité « *l'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux* ». En fait, les Règlements 1408/71 et 574/72 n'écartent pas le principe de la territorialité et n'ont pas comme objectifs d'assurer le simple accès aux soins de santé des citoyens dans d'autres États membres.

Ainsi nous sommes confrontés à un paradoxe où le contenu du Règlement n'a plus réellement évolué depuis 1981 alors que de nombreux changements²

¹ L'article 51 du Traité de Rome a chargé le Conseil des ministres des Communautés économiques européennes d'adopter « **dans le domaine de la sécurité sociale les mesures nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs** ». Ce Conseil a d'abord établi :

- les Règlements (n° 3 et 4) visant la sécurité sociale des travailleurs migrants,
- le Règlement (n° 36/63 et 73/63) visant la sécurité sociale des travailleurs frontaliers,
- puis ensuite, le Règlement (1408/71 et 574/72) relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et non salariés et à leur famille (ressortissants d'un des États membres, les réfugiés et apatrides), qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

² Avis du Comité économique et social, JO n° C 367 du 20 déc. 2000, pp.18-20.

sont intervenus dans les différents Etats membres en matière de sécurité sociale, par le biais des législations nationales, des accords bilatéraux ou, au niveau de l'ensemble de l'Union européenne, par la jurisprudence de la CJCE (nous ne reviendrons pas sur ce dernier aspect)³.

Après une période relativement longue où la compétence européenne s'appuyait quasi exclusivement sur l'article 51 du Traité de Rome (article 42 du Traité d'Amsterdam), renforcée entre autres en 1961 par la Charte sociale européenne (révisé en 1996), art 11, « *le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre* », il faut attendre 1992 et 1997, les Traités de Maastricht et d'Amsterdam, pour connaître une nouvelle dynamique dans les domaines de la protection sociale et de la santé.

La Communauté parle de contribution à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé (art. 3, 1), d'un niveau élevé de protection de la santé humaine assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté (art. 152, 1), d'amélioration de la santé publique et de la prévention des maladies, des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine (art 152, 1, 2).

La Commission accorde une importance croissante au développement des systèmes de soins de santé⁴ et à la mise en place d'un système d'information⁵ permettant de procéder à une évaluation des différents systèmes de santé. Enfin, la Commission dans sa communication du 5 décembre 2001 (Com 2001, 723 final) a posé pour la première fois les priorités pour l'avenir des soins de santé à savoir garantir à la fois l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière des systèmes de santé.

La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne signée à Nice le 7 décembre 2000 reconnaît le Droit à la sécurité sociale (art. 34) et à la Protection de la santé (art. 35).

En matière de protection sociale l'Europe s'est également montrée beaucoup plus active depuis le début des années 90 à travers des recommandations du Conseil⁶ et des communications de la Commission⁷. La dynamique sociale s'est vue également renforcée à travers la mise en place d'une stratégie européenne pour l'emploi lors du Conseil européen de Luxembourg en 1997 et aussi de Lisbonne en 2000.

Si, le niveau communautaire a reçu la compétence de coordonner les différents systèmes nationaux afin d'assurer la libre circulation des personnes en préservant leurs droits à la sécurité sociale au-delà des frontières de l'État d'affiliation, la construction européenne a laissé intacte la compétence à chaque État membre d'organiser son système de protection sociale, d'en définir les conditions d'accès et le droit des prestations, laissant au pouvoir discrétionnaire des États membres de préciser le degré de liberté pour se procurer des soins à l'étranger ou d'en négocier le contenu dans le cadre d'éventuelles conventions bilatérales.

III. DYNAMIQUES DES EURÉGIOS DANS UN ESPACE RESTREINT DE LIBERTÉ

À la lumière de ce qui précède les Eurégios⁸ disposent-elles d'une autonomie effective dans le domaine de la santé ? Même si le degré de liberté apparaît *a priori* relativement faible, il semble néanmoins suffisant pour prendre des initiatives et mener à bien des expériences favorisant la libre circulation des personnes et facilitant l'accessibilité aux soins frontaliers.

Les régions frontalières occupent 15 % du territoire communautaire et représentent 10 % de sa population. Ces régions sont extrêmement hétérogènes en termes de densité de population ou de développement économique, de plus elles doivent faire face à un certain nombre d'entraves de nature juridique ou institutionnelle qui ne relèvent pas toujours de la compétence des régions notamment dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie comme nous venons de le mettre en évidence.

Les résultats les plus significatifs et les progrès enregistrés dans le domaine de l'accessibilité transfrontalière aux soins de santé, le sont actuellement dans le cadre du programme européen *Interreg*. Mais au-delà de ce programme, la question la plus pertinente concerne l'évaluation de la mobilité intentionnelle des patients lorsque la procédure d'autorisation préalable aux soins à l'étranger est levée. Cette évaluation devrait permettre d'apprécier l'importance des flux des soins même si dans un premier temps elle donne encore peu d'informations sur les coûts de cette libéralisation ou sur le comportement des prestataires.

³ Lire, dans ce même numéro, l'article de Willy Palm « *La Cour de Justice européenne et la mobilité des patients : un nouveau pas franchi* » (N.d.R.).

⁴ Communication de la Commission COM (1998) 230 final du 15 avril 1998.

⁵ Communication de la Commission sur la stratégie de santé, proposition d'un programme d'action (2001-2006). COM (2000) 285 du 16 mai 2000.

⁶ Recommandation 92/442/CEE du 27 juillet 1992, JO 1992, L 245/49, concernant la convergence des objectifs de la protection sociale.

⁷ Communication COM (1997) 102 final du 12 mars 1997, « Moderniser et améliorer la protection sociale dans l'UE et Communication » COM (1999) 347 final du 14 juillet 1999 « Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale ».

⁸ Sur la définition des Eurégios (ou eurorégions), voir le site www.coe.int aux rubriques Affaires juridiques/Démocratie locale et régionale/Coopération transfrontalière et interterritoriale/Eurorégions.

Ces projets de complémentarités ont donné naissance à un assouplissement des procédures administratives d'autorisation de soins à l'étranger, à un partenariat entre des établissements de soins, à des conventions bilatérales entre des systèmes de sécurité sociale limitrophes, à des échanges de connaissance et de savoir-faire.

Implicitement, cette accessibilité transfrontalière assure de fait la reconnaissance mutuelle des pratiques médicales et hospitalières des Etats membres concernés.

IV. EXPÉRIENCES TRANSFRONTALIÈRES

À travers l'analyse de différents projets, nous avons pu mettre en évidence l'existence d'une demande potentielle non négligeable pour des soins transfrontaliers dans les zones eurégionales et, par conséquent, d'une mobilité intentionnelle forte.

Cette demande répond à un réel besoin des populations mais est conditionnée par un nombre important de paramètres provenant à la fois des caractéristiques de cette population et de l'infrastructure sanitaire propre à chaque région. Ces facteurs pris séparément n'ont aucun impact, ce qui donne une image de la mobilité transrégionale pour des soins de santé d'une extrême complexité mais fait aussi que chaque Eurégio est unique.

De manière générale, nous pouvons dégager deux types d'approche, l'une portant sur *les pratiques de conventionnement*, l'autre sur *la mobilité transfrontalière intentionnelle* des citoyens.

1. Pratiques de conventionnement

Le conventionnement peut porter soit sur une demande de collaboration soit sur une convention de réciprocité entre prestataires individuels ou institutions hospitalières et/ou avec les organismes assureurs afin de compléter une offre de soins insuffisante d'un côté de la frontière et/ou pléthorique de l'autre ? ou encore de réduire les problèmes d'accessibilité de certains patients liés principalement aux distances à parcourir.

Le développement de ces partenariats est construit sur la notion de complémentarité et sur la recherche de la coopération médicale. Dans sa mise en pratique, cela nécessite toujours une dérogation au principe de la territorialité des prestations qui trouve son fondement dans les limites de l'infrastructure de soins de cette région.

Jusqu'à présent dans le cadre de ces conventions, l'impact des arrêts de la CJCE est très faible voire inexistant étant donné le cadre particulièrement bien défini, la population cible, et le caractère négocié du remboursement des prestations.

Plusieurs éléments sont pris en compte avant de pouvoir aboutir à la conclusion d'une convention :

- la réalisation d'un inventaire exhaustif des capacités existantes dans chacune des régions,
- l'analyse des procédures administratives et des niveaux de remboursement des prestations,
- la définition de critères d'agrément, de qualité, de coûts afin d'obtenir une équivalence des exigences requises en matière de santé publique au niveau de chacun des pays.

Les principaux acteurs de ces processus peuvent intervenir de façon différenciée en fonction du contexte spécifique des régions frontalières concernées. Nous avons ainsi pu identifier quatre modes de conventions interhospitalières négociées entre :

- a) des établissements hospitaliers uniquement,
- b) des établissements hospitaliers, les autorités nationales compétentes en matière d'assurance maladie et les organismes assureurs régionaux,
- c) des établissements hospitaliers et des organismes assureurs régionaux,
- d) des établissements hospitaliers, des administrations publiques (nationales ou locales) et les organismes assureurs.

a) Conventions entre établissements hospitaliers

Essentiellement en matière de haute technologie, par exemple :

- la collaboration passée entre les services de chirurgie cardiaque pédiatrique et de dialyse rénale de l'*Academisch Ziekenhuis Maastricht* (NL) et l'*Universitätlinikum der RWTH d'Aix-la-Chapelle* (D) ;
- la collaboration passée dans le domaine de la radiothérapie dans la région de Schleswig (D) et Süd-jütland (DK) où les habitants danois ont la possibilité d'être pris en charge à l'hôpital de Flensburg tout en continuant à être suivis par le service d'oncologie danois de l'hôpital de Sonderborg.

b) Conventions entre établissements hospitaliers, autorités nationales compétentes en matière d'assurance maladie et organismes assureurs

Avec, pour exemple, la coopération transfrontalière entre les hôpitaux de Tourcoing (F) et de Mouscron (B). Les ressortissants français atteints d'une insuffisance rénale bénéficient d'une prise en charge au sein du service de dialyse du centre hospitalier de Mouscron. Les patients belges atteints du syndrome d'immuno-déficience sont soignés au service des maladies infectieuses du centre hospitalier de Tourcoing. L'évaluation du nombre de bénéficiaires montre que 20 patients du côté français et 17 du côté belge ont été suivis depuis la signature de la convention en 1994.

c) Conventions entre établissements hospitaliers et organismes assureurs

Depuis le 1^{er} mars 1978⁹, les assurés néerlandais affiliés à la caisse de maladie locale (OZ) de la Flandre Zeelandaise (NL) et du West Brabant (NL) ont la possibilité de recevoir des soins à charge du système de sécurité sociale néerlandais, dans deux hôpitaux belges : l'hôpital universitaire de Gand et l'hôpital Saint-Jean à Bruges.

Ainsi, lorsque l'état du patient nécessite des soins immédiats, le patient est envoyé dans l'un des deux hôpitaux belges, après avis du médecin traitant (échelonnement des soins) et l'accord (administratif) de la caisse de maladie compétente (qui délivre un E112 pour l'identification des données nécessaires à la facturation des dépenses). Dans les autres cas, la procédure normale de demande de soins (E112) à l'étranger est requise. Le patient supporte la part du coût des soins cliniques qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale néerlandaise. La caisse de maladie rembourse les dépenses hospitalières.

d) Conventions entre établissements hospitaliers, les administrations publiques et organismes assureurs

• Administrations en santé publique :

Avec pour exemple, la convention signée entre les centres de transfusion de Liège (B) et de Maastricht (NL) permettant la délivrance de produits sanguins de courte conservation dans le cadre des soins d'urgence à l'hôpital d'Hermalle-sous-Argenteau. Cet hôpital situé à vingt minutes de Maastricht devait s'approvisionner auprès du centre de transfusion de l'hôpital universitaire de Liège situé à plus de 40 minutes. Après un examen minutieux des conditions de GMP¹⁰, des normes fixées par la législation néerlandaise et en fonction des exigences de qualité en matière de produits sanguins relatives à la législation belge, un protocole d'accord, ayant reçu l'aval du ministère belge de la Santé publique, a été signé. L'évaluation réalisée entre mai 2000 et mars 2001 montre qu'un nombre total de 130 poches de sang ont été délivrées représentant 46 déplacements entre le centre de transfusion et l'hôpital d'Hermalle.

• Administration communale :

Convention pour le transport en urgence (en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2000) signée entre la commune de Riemst (Riemst, Kanne, Vroenhoven, Lafelt) (B) et les organismes assureurs belges pour permettre à des ressortissants belges accidentés sur

le territoire de Riemst et transportés en urgence à l'AZ de Maastricht (NL) de bénéficier du remboursement au tarif belge, la différence avec les tarifs néerlandais étant pris en charge par la commune de Riemst.

2. Expériences de mobilité intentionnelle transfrontalière

Ces expériences visent à faciliter, accélérer et adapter au mieux l'accès global aux infrastructures de santé et aux prestataires (par des simplifications administratives) dans les régions frontalières et répondre aux besoins généraux des assurés qui veulent recourir aux soins transfrontaliers.

Ces actions permettent de créer une dynamique institutionnelle grâce à l'implication directe des organes de tutelle et des organismes assureurs. Les actions menées en concertation avec les pouvoirs publics peuvent ainsi favoriser un assouplissement des procédures d'accès aux soins, des mécanismes d'autorisation si nécessaire, une adaptation du cadre législatif national des pays concernés. Les règlements européens restent la référence réglementaire.

Compte tenu de l'importance croissante du contrôle des coûts dans les États membres de l'Union européenne, l'ampleur de la concurrence à l'intérieur, voire à l'extérieur des systèmes nationaux de soins de santé, augmente elle aussi. Cette évolution place les organismes gestionnaires de l'assurance maladie dans un contexte particulier. Bien que toutes les parties perçoivent l'importance de soins transfrontaliers accessibles à tous, les techniques de budgétisation ou de responsabilisation des assureurs en soins de santé (Pays-Bas, Belgique, Allemagne) influencent la dynamique d'accès aux soins.

Différents éléments peuvent influencer ces politiques : la surcapacité ou non des infrastructures, l'existence ou non des listes d'attente, l'égalisation des disparités régionales, l'existence d'économie d'échelle,...

Ainsi les projets transfrontaliers les plus avancés en matière de mobilité se sont développés dans des Eurégios où les organismes assureurs et l'environnement national tels que décrits jouent en faveur d'une dynamique transfrontalière.

a) Région du Hainaut (B) et Nord-Pas de Calais (F)

Le projet *Transcard* a pour objectif de faciliter l'accès aux soins dispensés dans des établissements hospitaliers¹¹ déterminés qu'il s'agisse de soins ambu-

⁹ Cette convention a été modifiée et étendue en 1998. Le nombre de personnes qui bénéficient annuellement de ce règlement est d'environ 2300, ce qui correspond approximativement à 4% des assurés à l'OZ dans cette région. (Sources : communication orale 15 janvier 1999 M. A.F.M. Bootsma, médecin directeur OZ).

¹⁰ GMP = Good Manufacturing Practice.

¹¹ Pour la partie belge, centre de santé des Fagnes à Chimay, pour la partie française, centre hospitalier du Pays d'Avesnes, Hôpital départemental de Fellerlies Liessies, centre hospitalier de Fournies, centre hospitalier Brisset à Hirson, hôpital de Nouvion en Thiérache, centre hospitalier de Vervins, polyclinique de la Thiérache à Wignehies.

latoires ou hospitaliers pour des salariés belges ou français, et de vérifier l'interopérabilité des cartes de santé de chacun des deux pays (*Vitale* pour la France et *SIS* pour la Belgique).

Ce projet déroge à certaines dispositions des règlements 1408/71 et 574/72 étant donné qu'il ne nécessite pas l'autorisation préalable du médecin de la caisse d'assurance maladie du pays d'affiliation. L'expérimentation offre aux belges et français de la région frontalière la possibilité d'utiliser respectivement leur carte *SIS* ou *Vitale* dans des cas précis nécessitant les formulaires E111 ou E112. Les cartes *SIS* et *Vitale* remplacent ces formulaires au niveau de l'identification des patients « transfrontaliers » et du contrôle de leur assurabilité. L'information contenue dans les cartes est utilisée par les intervenants (établissements hospitaliers et organismes assureurs) afin de pouvoir réaliser la facturation des soins et obtenir le remboursement de la créance¹².

En dehors des aspects médicaux, cette expérience démontre la possibilité d'utiliser une carte d'identité sociale d'un pays à l'autre ainsi que l'interopérabilité des systèmes à moyen terme. Pour les organismes de sécurité sociale, ce système de transmission informatisée des données résout le problème de la lourde charge administrative de gestion des formulaires d'accès aux soins et de régulation financière.

Ce projet rejoint une autre expérience de lecture de carte *Netlink* entre la France (Strasbourg) et l'Allemagne (Bade-Wurtemberg) pour les dialysés.

b) Région de Liège (B), Limbourg (B), Limbourg (NL), Kreis Aachen (D) : Eurégio Meuse-Rhin

Le projet *Integratie Zorg Op Maat* (IZOM) qui regroupe l'ensemble des organismes assureurs a pour objectif de faciliter l'accès aux soins à l'ensemble des populations résidant dans cet espace géographique pour les soins généraux donnés par des médecins spécialistes, au niveau diagnostique et thérapeutique, pour la prescription des médicaments dans le cadre de ce traitement et les soins hospitaliers qui s'y rapportent.

Le projet expérimental unique à l'échelle européenne est réalisé dans le cadre des conventions internationales (Règlements CEE 1408/71 et 574/72), par conséquent les dispositions légales en matière d'assurance maladie, les tarifs ainsi que les procédures de chaque pays sont d'application. Dans la pratique, l'assureur autorise les soins transfrontaliers à l'aide d'un formulaire spécifique IZOM EMR E112+ et ce sans l'accord préalable du médecin-

conseil. Ce projet offre pour les utilisateurs une combinaison d'avantages tels que :

- des déplacements plus courts,
- des temps d'attente moins longs,
- la communication dans la langue maternelle,
- un mode de traitement différencié,
- une approche plus personnelle.

V. CONCLUSIONS

En dépit des tendances, des évolutions et des résultats esquissés ci-dessus les entraves pratiques et légales à la circulation transfrontalière resteront provisoirement encore importantes. La convergence des systèmes de soins de santé ne peut être vue que comme un objectif à long terme dans l'Union européenne.

Les éléments de divergence reposent sur :

- l'évolution historique et juridique des modèles sociaux européens,
- l'organisation et le financement de la sécurité sociale et de l'assurance maladie,
- le rôle joué par les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et les organisations privées dans le processus décisionnel et la mise en œuvre des systèmes de santé. Pour les systèmes complémentaires, les différences sont encore plus grandes.

Les marges d'action des Eurégios s'en trouvent fortement réduites, puisqu'il faut pouvoir composer, construire et collaborer à partir d'une mosaïque de différences.

Nous pouvons néanmoins constater qu'indépendamment de leurs différences, tous les systèmes sont confrontés à des problèmes et des défis analogues qui imposent une plus grande collaboration.

De leur côté, l'unicité des Euregios montre qu'il existe différentes possibilités d'y poursuivre le développement des résultats pratiques obtenus jusqu'à présent. La situation géographique unique des Euregios fait que l'on peut y expérimenter à petite échelle des projets de complémentarité ou de mobilité, ce qui ne semble pas encore être réalisable aujourd'hui à l'échelle européenne. Les Euregios constituent en fait un champ d'expérimentation pour le développement de nouvelles initiatives transfrontalières sur le territoire européen.

Une évolution intéressante qui s'observe est la tendance à une diversité croissante de la circulation transfrontalière. Lors de l'instauration des règlements européens en matière de coordination de la sécurité sociale, le législateur n'avait prévu qu'un

¹² Dans la pratique, par exemple, le centre de santé des Fagnes lit la carte *vitale* de l'assuré français à partir du logiciel « Transcards Vital ». Si l'assuré fait partie de la région d'expérimentation, la carte contient la zone *Transcards*, ce qui autorise l'édition d'un formulaire spécial E112TF renseigné automatiquement avec les informations de la carte *Vitale*, le personnel hospitalier complète le formulaire en saisissant l'adresse de l'assuré et transmet le E112TF avec la demande de prise en charge à la mutualité belge qui attribue un numéro d'identification à l'affilié français.

nombre très limité de catégories d'assurés dans le cadre de la circulation transfrontalière, assurés qui devaient à l'époque de surcroît être des salariés. Depuis lors, la diversité des types et des catégories d'assurés et de patients qui peuvent obtenir une aide à l'étranger avec ou sans l'autorisation préalable de leur organisme assureur est devenue extrêmement grande. Il n'est cependant pas question d'un accroissement de la circulation transfrontalière dans toutes les catégories existantes. Les études menées dans les Euregios montrent que, dans de nombreux cas, les patients reçoivent à l'étranger des soins complémentaires qui ne sont pas ou guère disponibles dans leur propre pays.

La circulation transfrontalière vise de plus en plus à garantir aux assurés qui habitent l'Euregio des soins « de proximité au-delà de la frontière ». Dans beaucoup de cas, les soins dont les assurés ont besoin sont disponibles juste au-delà de la frontière du pays voisin, dans la partie limitrophe de l'Euregio, tandis que, dans leur propre pays, ces assurés devraient se déplacer (plus) loin pour obtenir ces mêmes soins. Pour les prestations qui sont aussi couvertes par la sécurité sociale du pays de l'assuré, l'obtention d'une aide à l'étranger, quand celle-ci n'est pas ou pas suffisamment disponible dans son propre pays, ne pose en général pas de problème.

Il est important de souligner que la composition de la population joue un rôle important dans l'établissement de la dynamique. Parmi les habitants des différentes Euregios, nous trouvons des assurés qui sont au départ originaires d'un autre pays limitrophe. Ces assurés ont beaucoup favorisé et stimulé la dynamique particulière de l'Euregio, surtout ces derniers temps.

L'image ainsi obtenue étant d'une extraordinaire complexité et les résultats étant propres à chaque Euregio en tant que tels, ils ne sont pas généralisables à l'ensemble des Euregios, et encore moins aux systèmes en général.

Sur base de ce qui précède, les perspectives d'avenir des soins de santé transfrontaliers dans les Euregios pourraient conduire à :

- un assouplissement du régime des soins transfrontaliers avec accessibilité pour l'ensemble des assurés ; on arriverait au plus grand dénominateur commun de ce qui est fixé dans les régimes (deux ou trois pays concernés en fonction de l'Euregio) pour la couverture sociale des soins de santé ;
- l'apparition d'une circulation transfrontalière pour les prestations de proximité complétant si nécessaire ce qui peut être offert aux assurés dans leur propre pays ;
- une extension aux patients et aux assurés d'autres Euregios dans le cadre d'arrangements bilatéraux et multilatéraux (expérimentaux), des soins transfrontaliers, qui au départ ne sont accessibles qu'aux habitants d'une seule Euregio essentiellement pour des soins de haute technologie.

RÉFÉRENCES

1. Coheur A. *A Europe of patients? European Health Systems in a Changing Environment Practical dimension: Co-operation in the Member States, possibilities and constraints. September 2002* (www.ehfg.org - European Health Forum).
2. Coheur A. *Innovative perspectives for the European convergence of healthcare systems. Hospital 2001;3,2:20-4.*
3. *Eurégio Meuse-Rhin : la santé sans frontières. Espace Social Européen 6-12 oct. 2000, p. 17.*
4. Bassi D, Denert O, Garel P, Ortiz A (*Mission opérationnelle transfrontalière*). *Etat des lieux de la coopération transfrontalière sanitaire. Rennes (France) : Editions ENSP 2001 ; 80 p.*
5. *HOPE Working Party on Cross-border Co-operation. Hospital co-operation in border regions in Europe. Standing Committee of the Hospitals of the European Union (HOPE), June 2003* (www.hope.be).
6. *Observatory for the Development of Social Services in Europe. Transborder provision of social services/work. 23/24 April 2002, Aachen (Germany), September 2002* (www.bmfsfj.de).
7. Lacoste O, Spinosi L, Le Niniven S, Poirier G, Jeantet M. *Le littoral Nord - Pas-de-Calais : milieu, hospitalisation, médico-social et perspectives. Conseil régional Nord - Pas-de-Calais. 4^e trimestre 2000.*
8. *Gesundheitspolitik in Europa. Entwicklungen, Chancen, Perspektiven aus der Sicht des Landes Nordrhein-Westfalen. Landesgesundheitskonferenz, 1^{er} septembre 2000.*