



L'accès aux soins des populations frontalières

Le conventionnement transfrontalier en santé et les coopérations sanitaires transfrontalières franco-belges



| |
|---------------------------|
| Table des matières |
|---------------------------|

| | |
|---|-----------|
| TABLE DES MATIERES | 3 |
| AVANT-PROPOS | 6 |
| 1. L'OFBS ET LUXLORSAN « LLS » | 6 |
| 2. INTERREG..... | 6 |
| 2.1. Programmes Interreg | 6 |
| 2.2. Projets | 7 |
| 2.3. Actions..... | 7 |
| 3. GUICHETS DE SOINS | 7 |
| I. INTRODUCTION GENERALE | 9 |
| II. LES PRINCIPES DU TRAITE SUR L'UNION EUROPEENNE EN MATIERE DE SANTE..... | 11 |
| III. LES SYSTEMES DEROGATOIRES EUROPEENS | 12 |
| 1. LA COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE : LE REGLEMENT CEE N°1408/71 ET SON REGLEMENT D'APPLICATION N°574/72 | 12 |
| 1.1. Champ d'application..... | 13 |
| 1.1.1. Etats concernés | 13 |
| 1.1.2. Bénéficiaires | 13 |
| 1.1.3. Prestations..... | 13 |
| 1.2. Les principes de base | 14 |
| 1.2.1. Etat compétent | 14 |
| 1.2.2. Totalisation des périodes d'assurance..... | 14 |
| 1.3. Octroi des prestations | 14 |
| 1.4. Prestations de soins de santé et de maternité..... | 15 |
| 1.4.1. Droits et procédures..... | 15 |
| (1) Situations liées à un transfert de résidence | 15 |
| (2) Situations liées à un séjour..... | 16 |
| 1.4.2. Application des règlements européens..... | 18 |
| 2. LA JURISPRUDENCE DE LA COUR DE JUSTICE DES COMMUNAUTES EUROPEENNES (CJCE) | 27 |
| 2.1. Les principes de non-discrimination et de libre circulation..... | 27 |
| 2.2. Les soins ambulatoires..... | 28 |
| 2.2.1. L'accès aux soins..... | 28 |
| 2.2.2. L'application de la jurisprudence..... | 28 |
| 2.3. Les soins hospitaliers | 29 |
| 2.3.1. L'accès aux soins..... | 29 |
| 2.3.2. L'application de la jurisprudence..... | 30 |
| 3. CONCLUSION | 31 |
| 3.1. En théorie | 31 |
| 3.2. ... et en pratique | 32 |
| IV. LES SYSTEMES DEROGATOIRES BILATERAUX..... | 33 |
| 1. LES ACCORDS INTERETATQUES | 33 |
| 2. LES ACCORDS DE COOPERATION SANITAIRE TRANSFRONTALIERE | 33 |
| 2.1. Contexte et objectifs | 33 |
| 2.2. Les dispositions nationales relatives à la coopération transfrontalière..... | 34 |
| 2.2.1. La législation belge..... | 34 |
| (1) Loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994..... | 34 |
| (2) Circulaires de l'INAMI..... | 35 |
| 2.2.2. Législation française..... | 36 |
| (1) Décret n°2005-368 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale et la circulaire du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille du 19 mai 2005 y afférente 36 | |
| (2) Circulaire DSS/DACI/2005/275 du 27 mai 2005 relative aux conditions d'inscription dans le parcours de soins des assurés d'un régime étranger recevant des soins en France et des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger | 36 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 2.3. | <i>L'accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière</i> | 37 |
| 2.4. | <i>Les conventions interhospitalières transfrontalières</i> | 38 |
| 2.4.1. | Les réalisations | 38 |
| | CHR J. Yperman : <i>Dialyse</i> (2000) | 39 |
| | Assurés français dialysés à la clinique Yan Yperman d'Ypres | 39 |
| | CH Tourcoing – CH de Mouscron : <i>Maladies infectieuses - Hémodialyse</i> (1995) | 42 |
| | (1) Assurés belges orientés par le CH de Mouscron vers le service des maladies infectieuses du CH de Tourcoing | 42 |
| | (2) Assurés français orientés par le CH de Tourcoing vers le service d'hémodialyse du CH de Mouscron | 46 |
| | CH Tourcoing – CH de Mouscron : <i>IRM – Scintigraphie</i> (2004) | 49 |
| | (1) Assurés belges orientés par le CH de Mouscron vers l'IRM du CH de Tourcoing | 49 |
| | (2) Assurés français orientés par le CH de Tourcoing vers la scintigraphie du CH de Mouscron | 53 |
| | CH Tourcoing – CH de Mouscron : <i>Urologie – Lithotripsie</i> (2005) | 56 |
| | Assurés français recevant des prestations d'urologie au CH de Mouscron | 56 |
| | CHR de Mons – CHSA (Maubeuge) : <i>Soins intensifs – réanimation</i> (2004) | 60 |
| | Assurés français transférés par le CHSA vers le service de soins intensifs – réanimation du CHR de Mons | 60 |
| 2.4.2. | Les projets de conventionnement | 64 |
| | CHR de Tournai – CHR de Valenciennes : <i>Soins intensifs – réanimation</i> | 64 |
| | RHMS (Péruwelz) – CHR de Valenciennes : <i>Soins de suite et réadaptation</i> | 64 |
| | CH de Charleville-Mézières – IMTR de Loverval – UGECAM NE : <i>Grands brûlés – Réadaptation fonctionnelle</i> | 64 |
| | EPSM Lille Métropole (Armentières) – Psychiatrisch Centrum de Menin : <i>Psychiatrie</i> | 64 |
| 2.5. | <i>La Convention: SMUR</i> | 65 |
| 2.6. | <i>Les Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontalier (ZOAST)</i> | 68 |
| | ZOAST « <i>Transcards</i> » (Thiérache) | 68 |
| | ZOAST Mouscron – Roubaix – Tourcoing – Wattrelos | 74 |
| | ZOAST des Ardennes | 81 |
| | ZOAST Arlon – Longwy (ARLWY) | 91 |
| 2.7. | <i>Les coopérations sanitaires transfrontalières franco-belges (situation au 01/10/2008) : Tableaux de synthèse</i> | 99 |
| 2.7.1. | Les réalisations élaborées au bénéfice des assurés français | 99 |
| 2.7.2. | Les projets en cours de validation élaborés au bénéfice des assurés français | 100 |
| 2.7.3. | Les réalisations élaborées au bénéfice des assurés belges | 101 |
| 2.7.4. | Les projets en cours de validation élaborés au bénéfice des assurés belges | 103 |
| 3. | CONCLUSION ET PERSPECTIVES | 105 |
| V. | CONCLUSION GENERALE | 106 |
| 1. | EN THEORIE | 106 |
| 2. | ... ET EN PRATIQUE | 112 |
| | ANNEXES | 114 |
| | ANNEXE 1 – OUTILS DEVELOPPES | 114 |
| | ANNEXE 2 – BASE DE DONNEES INTERACTIVE | 115 |
| | ANNEXE 3 – FORMULAIRES EUROPEENS | 116 |
| | ANNEXE 4 – ARRETS DE LA CJCE | 117 |
| | <i>Arrêts Kohll et Decker (1998)</i> | 117 |
| | Les affaires Kohll et Decker relatives à des demandes de remboursement de soins non hospitaliers reçus dans un autre Etat membre | 117 |
| | L'interprétation de la CJCE | 117 |
| | L'application | 117 |
| | <i>Arrêt Vanbraekel (2001)</i> | 118 |
| | L'affaire Vanbraekel relative à une demande de remboursement de soins hospitaliers programmés dans le cadre d'une autorisation préalable | 118 |
| | L'interprétation de la CJCE | 118 |
| | L'application | 118 |
| | <i>Arrêts Geraets-Smits et Peerbooms (2001)</i> | 119 |
| | Les affaires Geraets-Smits et Peerbooms relatives à des demandes de remboursement de soins hospitaliers dans un autre Etat membre | 119 |
| | L'interprétation de la CJCE | 119 |
| | L'application | 119 |
| | <i>Arrêt Müller-Fauré et Van Riet (2003)</i> | 120 |
| | Les affaires Müller-Fauré et Van Riet relatives à des demandes de remboursement de soins hospitaliers et non hospitaliers reçus dans un autre Etat membre | 120 |
| | L'interprétation de la CJCE | 120 |
| | <i>Arrêt IKA (2003)</i> | 121 |
| | L'affaire IKA relative au droit des retraités à recevoir un traitement médical dans un autre Etat membre | 121 |

| | |
|---|------------|
| L'interprétation de la CJCE | 121 |
| <i>Arrêt Inizan (2003)</i> | 121 |
| L'affaire Inizan relative au refus d'octroi d'un E 112..... | 121 |
| L'interprétation de la CJCE | 121 |
| <i>Arrêt Watts (2006)</i> | 122 |
| L'affaire Watts relative à une demande de remboursement de soins reçus dans un autre Etat membre | 122 |
| L'interprétation de la CJCE | 122 |
| <i>Arrêt Keller (2005)</i> | 122 |
| L'affaire Keller | 122 |
| L'interprétation de la CJCE | 123 |
| <i>Arrêt Acereda Herrera (2006)</i> | 123 |
| L'affaire Acereda Herrera relative au remboursement de frais de voyage et de repas | 123 |
| L'interprétation de la CJCE | 123 |
| ANNEXE 5 – CONVENTION BELGO-LUXEMBOURGEOISE | 124 |
| ANNEXE 6 – CIRCULAIRE INAMI 2006/117 | 126 |
| ANNEXE 7 – DECRET N°2005/368 | 130 |
| ANNEXE 8 - CIRCULAIRE MINISTERIELLE DU 19/05/2006..... | 132 |
| ANNEXE 9 – PRESTATIONS DE SCINTIGRAPHIE | 136 |
| ANNEXE 10 – DOCUMENTS SPECIFIQUES UTILISES DANS LE CADRE DE LA CONVENTION « SOINS INTENSIFS – REANIMATION » ENTRE MONS ET MAUBEUGE..... | 139 |
| ANNEXE 11 – CONVENTION TRANSCARDS – NOTE TECHNIQUE | 142 |
| ANNEXE 12 – CERTIFICAT MEDICAL SPECIFIQUE UTILISE DANS LE CADRE DE LA CONVENTION « TRANSCARDS » | 145 |
| ANNEXE 13 – PROJET IZOM..... | 146 |
| GLOSSAIRE | 147 |
| TERMINOLOGIES BELGE ET FRANÇAISE..... | 147 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 148 |

Avant-propos

1. L'OFBS et LuxLorSan « LLS »

L'Observatoire Franco-Belge de la Santé (OFBS) et LuxLorSan « LLS » sont des **Groupelements Européens d'Intérêt Economique** (GEIE) composés des principaux acteurs de la santé.

L'OFBS regroupe des représentants belges et français de l'assurance maladie et de l'offre de soins, des observatoires de la santé, des médecins libéraux ainsi que des centres hospitaliers situés dans la zone frontalière franco-belge. Les ministères et organismes de tutelle concernés y sont également représentés. En 2008, la structure compte 59 membres.

LuxLorSan est composé d'organismes d'assurance maladie belges, français et luxembourgeois.

Ces GEIE constituent **un espace permanent de discussion, d'études prospectives et d'actions dans les domaines sanitaire, médico-social et de l'assurance maladie**. Les partenaires des groupements analysent les problèmes concrets rencontrés en ces matières dans les espaces frontaliers concernés et tentent d'y répondre de manière optimale.

Leurs **missions** se déclinent comme suit :

- avoir une bonne connaissance à la fois des attentes de la population et de l'offre de soins sur la zone frontalière
- réaliser des études permettant de déceler des axes potentiels de coopération et de complémentarité
- apporter aide et conseil lors de la concrétisation de coopérations
- assurer une veille juridique tant en droit national qu'euro péen
- être un vecteur d'informations vis-à-vis des populations, des professionnels de santé et des établissements de soins de l'espace frontalier
- être un catalyseur pour la coopération transfrontalière en matière de santé publique et de promotion de la santé
- ...

2. Interreg

2.1. Programmes Interreg

Les programmes européens Interreg, lancés par la Commission européenne à partir de 1992, visent à **renforcer la cohésion économique et sociale** au sein de l'Union européenne.

La quatrième programmation de cette initiative communautaire (2007 – 2013) intervient après les programmes précédents INTERREG I (1991-1993) et INTERREG II (1994-1999) et INTERREG III (2000-2006).

Pour favoriser le développement équilibré et harmonieux du territoire européen, les programmes Interreg soutiennent, via le Fonds Européen de Développement Economique Régional (FEDER), **trois volets d'intervention** : la coopération transfrontalière (volet A), la coopération transnationale (volet B) et la coopération interrégionale (volet C).

La coopération transfrontalière entre territoires contigus vise à développer des pôles économiques et sociaux transfrontaliers et des stratégies communes de développement territorial. La santé figure parmi les domaines d'actions prioritaires du volet A.

L'OFBS et LuxLorSan mènent respectivement des projets dans le cadre des programmes Interreg A « France – Wallonie – Flandre¹ » et « Wallonie – Lorraine – Luxembourg² ».

Sur le plan opérationnel, le programme « **France – Wallonie – Flandre** » est divisé en trois sous-programmes, dotés d'enveloppes financières distinctes : un franco-flamand, un franco-wallon et un tripartite (France – Wallonie – Flandre). L'espace transfrontalier éligible à ce programme représente une superficie totale de plus de 27 000 km² et une population totale de presque 5 millions d'habitants.

Le programme « **Wallonie – Lorraine – Luxembourg** » porte sur un espace transfrontalier d'une superficie totale de près de 25 000 km² et une population totale de plus de 2,5 millions d'habitants.

2.2. Projets

Les membres de l'OFBS mènent **trois projets transfrontaliers** dans le cadre du programme Interreg IV « France – Wallonie – Flandre » :

- France-wallonie-flandre
- france-wallonie
- France-flandre

Le **projet LuxLorSan** mène quant à lui un projet dans la région « Wallonie – Lorraine – Luxembourg ».

Ces projets visent, :

- l'amélioration de l'état de santé des populations frontalières ;
- l'amélioration de l'accès à des soins de proximité de qualité ;
- le développement des coopérations transfrontalières entre les systèmes de santé tant dans le domaine des soins de santé que de la prévention ;
- la réduction des surcoûts liés à la territorialité des prestations ;
- la réalisation d'économies d'échelle.

Plus spécifiquement, ces projets contribuent à la mise en œuvre de **complémentarités d'accès** et de services et à la promotion d'une **politique de santé régionale transfrontalière**.

2.3. Actions

Ces initiatives ont permis à l'OFBS et à LuxLorSan de mener des recherches-actions transfrontalières dans le domaine de la santé. Concrètement, ces GEIE mènent trois types d'actions :

- **des actions ressources** : gestion administrative et financière du projet, veille juridique, création de guichets de soins, étude de la démographie médicale, communication
- **des actions d'accès aux soins** : conventions interhospitalières, Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontalier (ZOAST), aide médicale urgente transfrontalière ... et
- **des actions dédiées à des publics-cibles** : actions en faveur des personnes âgées, personnes handicapées et relatives à la santé mentale.

3. Guichets de soins

L'accroissement du nombre de travailleurs frontaliers franco-belges ainsi que l'évolution des réglementations nationales et communautaires entraînent une demande accrue de soins de l'autre côté de la frontière. De plus, depuis la publication du décret français du 19/04/2005³, la jurisprudence européenne s'applique désormais de part et d'autre de la frontière.

¹ <http://www.interreg-fwf.org/>

² <http://www.interreg-wll.org/>

³ Décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale, JO du 27 avril 2005.

Mais les travailleurs et habitants frontaliers restent confrontés à divers problèmes administratifs et financiers et ne reçoivent pas toujours les informations exactes en matière de sécurité sociale.

Or, la signature de l'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière franco-belge le 30 septembre 2005 ouvre de nouvelles perspectives et augure de nouveaux projets de convention.

C'est pourquoi l'OFBS et LuxLorSan encouragent la **création de « guichets de soins » au sein des organismes assureurs frontaliers.**

Les guichets de soins ont pour objectifs principaux :

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

Les guichets de soins peuvent recouvrir plusieurs dimensions : ils peuvent comprendre un volet « papier » (brochures, notes d'information ...), un accès virtuel (réseau de professionnels, site Internet...) et/ou un espace physique au sein des organismes assureurs.

Pour ce faire, l'OFBS et LuxLorSan mettent à disposition des organismes concernés un **ensemble d'outils** adaptés aux questions spécifiques de ces populations (cf. Annexe 1) et propose une **session de formation** à destination du personnel des organismes assureurs confrontés à ces questions.

Les agents de chaque versant sont invités à participer à des journées de formation portant sur la présentation du système de sécurité sociale de chaque pays, sur l'accès aux soins à l'étranger et la coopération sanitaire transfrontalière.

En retour, l'OFBS et LuxLorSan encouragent les participants à les informer des éventuelles **difficultés rencontrées par les assurés** dans le cadre de ces conventions afin qu'ils puissent tenter d'y remédier.

I. Introduction générale

Edifiés pour répondre aux besoins sanitaires et sociaux des territoires nationaux, les systèmes de santé et de protection sociale ont été réfléchis, organisés, réglementés et régulés depuis leur origine selon la logique de l'Etat-nation.

Au niveau européen, les premières heures du Marché commun n'ont pas eu d'incidence sur ces politiques dans la mesure où les règles du Traité de Rome (1957) ne les concernaient pas. Le Conseil a néanmoins adopté, en 1971, un mécanisme de coordination des systèmes de sécurité sociale afin de garantir la libre circulation des travailleurs. Il s'agit des règlements CEE n°1408/71 et n°572/74.

Depuis, le processus d'intégration européenne s'est progressivement accentué avec l'Acte unique (1986), la création du Marché intérieur (1993), le Traité d'Amsterdam (1997) et les objectifs de Lisbonne (2000). La dynamique de libéralisation des marchés s'étend quasiment à toutes les sphères de l'activité humaine émanant de la Commission.

Les domaines sanitaire et social n'échappent pas à cette emprise : sous l'influence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) et notamment de son arrêt dans les affaires Kohll et Decker (1998), il est communément admis que les principes de libre circulation et de libre prestation de services établis par le Traité s'appliquent aux domaines de la santé et d'accès aux soins à l'intérieur de l'Union européenne.

Désormais, les prestataires de soins étrangers ne peuvent plus être discriminés au regard des prestataires nationaux et les patients sont autorisés à se faire soigner à l'étranger. Cependant, conformément au règlement CEE n°1408/71, ces derniers doivent recevoir une autorisation médicale préalable de leur organisme assureur pour obtenir le remboursement des soins hospitaliers reçus à l'étranger. Cette procédure d'autorisation est par contre considérée par la Cour de justice des Communautés européennes comme une entrave à la libre prestation de services pour les soins ambulatoires.

Parallèlement, les Etats membres prennent diverses initiatives en matière d'accès aux soins à l'étranger. Certains Etats établissent des accords bilatéraux modifiant ou complétant certaines dispositions du règlement CEE n°1408/71 afin de mieux couvrir les besoins de travailleurs frontaliers. Les acteurs locaux de la santé et de l'assurance maladie développent en outre des projets de coopération transfrontalière en vue d'une part, de répondre aux besoins spécifiques des populations frontalières souvent éloignées d'une offre de soins étoffée et d'autre part, de faire face aux défis majeurs de la prégnance du processus d'intégration européenne, de la croissance des dépenses de santé, de la pénurie des professionnels de santé ...

S'il existe de nombreux outils expliquant les règlements européens, divers articles présentant les arrêts de la Cour et des notes détaillant les accords bilatéraux, force est de constater que la connaissance des réalisations et des projets sanitaires transfrontaliers reste souvent confinée aux membres des groupes de travail qui élaborent ces (futurs) collaborations. L'ambition de ce rapport est de combler cette lacune : il décrit les coopérations sanitaires franco-belges afin que les acteurs de la santé et de l'assurance maladie puissent informer les populations frontalières des opportunités qui leur sont offertes.

Bien que notre propos soit centré sur l'accès aux soins transfrontalier, nous ne pouvons faire l'économie de présenter préalablement le cadre légal dans lequel s'inscrivent ces conventions afin de mettre en exergue leurs particularités et de les articuler par rapport aux dispositions européennes et nationales existantes.

Ainsi, le présent document s'articule en trois chapitres. Le premier expose brièvement les principes de base du Traité relatifs à la santé. Le deuxième présente les systèmes dérogatoires européens à ces principes, à savoir : les règlements CEE n°1408/71 et n°584/72 et la jurisprudence européenne. Enfin, après avoir évoqué l'accord bilatéral franco-belge, le troisième chapitre décrit de manière systématique les coopérations sanitaires franco-belges et recense les principaux projets en cours d'élaboration.

II. Les principes du Traité sur l'Union européenne en matière de santé

Depuis la signature du Traité de Rome (1957), **les États membres ont conservé leur compétence en matière d'organisation et de gestion de leur système de santé et d'accès aux soins**. Les États membres invoquent d'ailleurs ce **principe de subsidiarité**, défini à l'article 5 du Traité⁴, pour conserver une compétence souveraine dans les domaines de la protection sociale et de la santé.

De plus, bien que le Traité contienne les jalons d'une politique communautaire en matière de protection sociale, sa mise en œuvre est paralysée par le vote à l'unanimité au Conseil des Ministres.

La protection sociale couvre traditionnellement les prestations de santé fournies sur le territoire national. Elle est gouvernée par le **principe de territorialité** qui émane d'une conception de l'Etat-nation qui, en matière de santé, a pour mission de sauvegarder la santé publique, d'organiser un système de soins accessible à la population et de veiller à l'amélioration de l'état de santé.

Elle ne peut toutefois, conformément à l'article 42 du Traité, constituer un obstacle à la **libre circulation** des travailleurs. C'est pourquoi, le Conseil doit adopter « (...) dans le domaine de la sécurité sociale les mesures nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs ».

Le Traité de Maastricht (1993) a créé la base légale qui permet à l'Union européenne de déployer des **actions communautaires** dans le domaine de la santé. Le Traité d'Amsterdam (1997) attribue un rôle complémentaire à la Communauté en vue de « l'amélioration de la santé publique et de la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine »⁵. Ce texte accentue également la fonction essentielle que doit remplir la politique de santé à l'intérieur de l'UE : « Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. » Cette transversalité, reconnue à la protection de la santé, contraint l'UE, lors de l'élaboration d'autres politiques, à tenir compte des conséquences en matière de santé publique.

Force est toutefois de reconnaître que la politique communautaire se limite, jusqu'à présent, à soutenir et à coordonner l'action des États membres. Elle est l'émanation de ce que l'on nomme **du « soft law »**. Celui-ci se définit par un ensemble de mesures non contraignantes comme des communications, des recommandations et des missions de coordination ou de promotion de coopération entre États membres.

⁴ « (...) Dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, la Communauté n'intervient, conformément au principe de subsidiarité, que dans la mesure où les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être réalisés de manière suffisante par les États membres et peuvent donc, en raison des dimensions ou des effets de l'action envisagée, être mieux réalisés au niveau communautaire (...) »

⁵ Traité d'Amsterdam, art. 152, 1, 2)

III. Les systèmes dérogatoires européens

Craignant que la libre circulation de la main-d'œuvre prônée par le Traité ne soit sévèrement entravée si les droits à la sécurité sociale restaient confinés aux frontières, le législateur européen, en l'absence d'une harmonisation en la matière, adopte, aux premières heures du Marché commun, les instruments de la coordination des systèmes de sécurité sociale : les règlements CEE n°1408/71 et n°574/72. Ceux-ci garantissent des droits aux travailleurs migrants et aux personnes dont ils ont la charge⁶.

Ces deux règlements sont en pleine évolution. Le règlement 1408/71 a déjà été revu par la Commission européenne en collaboration avec les Etats-membres. Le nouveau règlement est le règlement 883/2004. La révision du règlement 574/72 est encore en cours. Les 2 nouveaux règlements pourraient n'être d'application qu'à partir du moment que le règlement 574/72 soit entièrement revu, voté et publié également (2010 ?). En attendant, les règlements 1408/71 et 574/72 restent entièrement d'application.

De son côté, suite à différentes affaires, la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) a introduit une brèche dans l'accès aux soins à l'étranger en étendant la primauté du principe fondamental de la libre circulation au secteur de la sécurité sociale.

Le présent chapitre vise à exposer et comparer les deux systèmes dérogatoires au principe de territorialité de la prestation qui coexistent au niveau européen.

1. La coordination des systèmes de sécurité sociale : le règlement CEE n°1408/71⁷ et son règlement d'application n°574/72⁸

La coordination des systèmes de sécurité sociale est fondée sur le principe de la **libre circulation des travailleurs**⁹ et vise à protéger les droits des personnes qui se déplacent au sein de l'Union européenne.

Le règlement européen n°1408/71 et son règlement d'application n°574/72 ont pour objectif l'exercice effectif de la libre circulation des personnes : ils permettent aux ressortissants de l'UE de « recevoir des soins dans leur nouveau pays de résidence ainsi qu'en cas de séjour temporaire à l'étranger (vacances, retour passager en famille ...) »¹⁰.

Le règlement n°1408/71 réaffirme également le principe de **l'égalité de traitement** défendu par le Traité : sauf disposition contraire du règlement, les bénéficiaires de ce texte sont soumis aux mêmes prestations et aux mêmes obligations que les ressortissants de l'Etat membre d'accueil.

⁶ Rappelons que le principe de libre circulation des travailleurs est désormais étendu à l'ensemble des citoyens de l'UE. cf. Acte unique (1986).

⁷ Règlement CEE 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JOCE L 149, 05/07/1971 dans sa version modifiée et mise à jour par le règlement CEE n°118/97 du Conseil du 2 décembre 1996, JOCE L 28, 30/01/1997.

⁸ Règlement n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement CEE n°1408/71, JOCE 1972, L 74, modifié par le règlement d'application CEE 77/2005 du 13 janvier 2005 (JOCE 2005, L 016/3).

⁹ Il faut attendre l'Acte unique européen (1986) pour que ce droit soit étendu à l'ensemble des citoyens de l'UE.

¹⁰ DG de l'Emploi et des Affaires sociales de la CE, *Implications de la jurisprudence récente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risque de maladie*, Bruxelles, Mai 2000, p.3.

Toutefois, force est de constater qu'étant donné que ces règlements ne sont que des règles de coordination, « ils laissent les régimes de sécurité sociale de tous les Etats membres coexister, ce qui entraîne forcément des différenciations dans le volume des droits des personnes. »¹¹

1.1. *Champ d'application*

1.1.1. Etats concernés

Les dispositions communautaires en matière de sécurité sociale sont d'application en Suisse et dans l'Espace Economique Européen (EEE) c'est-à-dire dans les 27 Etats membres de l'Union européenne¹² ainsi qu'en Islande, au Lichtenstein et en Norvège.

1.1.2. Bénéficiaires

Les personnes protégées par ces règlements sont :

- les travailleurs salariés et non salariés
- les fonctionnaires
- les étudiants
- les titulaires de pension (même s'ils étaient déjà pensionnés avant que leur pays n'adhère à l'EEE)
- les membres des familles¹³ et les survivants des personnes susmentionnées, quelle que soit leur nationalité et
- les ressortissants des Etats tiers qui résident légalement sur un territoire de l'Union¹⁴.

1.1.3. Prestations

Ces dispositions communautaires concernent les domaines de la sécurité sociale, à savoir :

- la maladie et la maternité
- les accidents du travail
- les maladies professionnelles
- les prestations d'invalidité
- la prestation de vieillesse
- les prestations aux survivants
- les allocations au décès
- les prestations de chômage et
- les prestations familiales.

Les bénéficiaires qui se déplacent au sein de l'Union européenne ont donc droit aux **prestations en nature** (soins de santé) et aux **prestations en espèces** (indemnités journalières).

¹¹ INAMI, III Les soins de santé dans l'Union européenne, in *Exposés thématiques*, Bruxelles, 2001, p.86.

¹² Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède et République tchèque.

¹³ La qualité de personnes à charge est déterminée par la législation du pays au titre de laquelle les prestations sont fournies. Il s'agit généralement du pays de résidence :

- En cas de transfert de résidence ou en cas de résidence en dehors du pays d'affiliation, c'est le pays qui reçoit le formulaire qui détermine les personnes à charge.
- En cas de séjour temporaire, c'est le pays émetteur du formulaire européen qui détermine les personnes à charge.

« Toutefois, un membre de la famille ne peut prétendre à un droit à charge d'une législation étrangère s'il bénéficie déjà d'un droit à charge du pays de résidence (même soumis au paiement d'une cotisation). » B. KINTZIGER, *Les conventions internationales*, MCPL, Avril 2006, p.2.

¹⁴ Les dispositions en faveur des ressortissants des Etats tiers ne s'appliquent pas au Danemark, à la Norvège, à l'Islande, au Liechtenstein ni à la Suisse.

Les dispositions communautaires ne s'appliquent pas à l'assistance sociale et médicale, ni aux prestations services aux victimes de guerre ou ses conséquences, ni aux prestations qui relèvent des régimes de préretraite existants.

1.2. Les principes de base

1.2.1. Etat compétent

Les travailleurs salariés et indépendants sont en principe soumis à la législation d'un **seul Etat**.

Exceptions : Il existe des situations où des personnes sont assurées simultanément dans deux pays.

Ex. :

- Certains travailleurs qui exercent d'une part une activité salariée dans un pays de l'EEE et d'autre part une activité indépendante dans un autre pays de l'EEE. Ces situations sont reprises à l'annexe VII du règlement n°1408/71.
- Les personnes qui travaillent simultanément comme fonctionnaire dans plusieurs pays de l'EEE.

Les travailleurs sont assujettis dans le **pays où ils exercent leur activité**, et ce même s'ils ne résident pas dans ce pays.

A défaut d'activité professionnelle ou de situation de chômage, c'est la législation du pays de résidence qui s'applique.

Exceptions principales :

- Les travailleurs détachés¹⁵ restent assurés dans le pays où ils sont normalement employés.
- Les travailleurs cumulant plusieurs activités salariées ont pour pays compétent le pays de résidence¹⁶ ou le pays où se trouve le siège social de l'entreprise¹⁷.

1.2.2. Totalisation des périodes d'assurance

La coordination des systèmes de sécurité sociale prévoit la totalisation des périodes d'assurance pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations ainsi que pour le calcul de celles-ci. Autrement dit, « les périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence accomplies sous la législation d'un Etat membre sont prises en considération pour donner droit à des prestations sous la législation d'un autre Etat membre »¹⁸.

1.3. Octroi des prestations

Les prestations en nature et en espèces sont en principe **servies, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence**, selon les dispositions de la législation et les tarifs qu'elle applique, **comme si l'assuré y était affilié**.

La durée de service des prestations en nature est toutefois régie par la législation de l'Etat compétent.

¹⁵ Personne envoyée dans une entreprise d'un autre pays pour y effectuer un travail déterminé (max. 12 mois, éventuellement prolongés de 12 mois).

¹⁶ C'est le cas lorsque :

- les assurés y exercent une partie de leur activité et
- les assurés relèvent de plusieurs employeurs.

¹⁷ C'est le cas lorsque les assurés n'exercent pas d'activité dans leur pays de résidence et qu'ils relèvent d'un seul employeur.

¹⁸ DG Emploi et affaires sociales de la CE, *Les dispositions communautaires en matière de sécurité sociale – Vos droits lorsque vous vous déplacez à l'intérieur de l'Union européenne*, Office des publications, 2004, p.14.

Les prestations en espèces peuvent, après accord entre l'institution compétente et l'institution du lieu de séjour ou de résidence, être servies par cette dernière institution pour le compte de la première, selon des dispositions de la législation de l'État compétent.

Les prestations sont à charge de l'institution compétente.

Concrètement, l'application des règlements européens en matière d'assurance maladie – maternité se décompose en deux étapes :

1. La **délivrance du formulaire d'ouverture du droit aux soins de santé** : l'organisme d'assurance maladie compétent délivre un formulaire européen (formulaire E...¹⁹) afin que l'assuré puisse s'inscrire dans le pays qui délivre les prestations.
2. Le **décompte financier**²⁰ : lorsqu'un assuré reçoit des soins de santé dans un autre Etat membre, une caisse d'assurance maladie de ce pays rembourse les prestations et récupère, via les organismes de liaison²¹, les montants auprès de l'Etat compétent. Pour ce faire, l'institution du pays d'accueil émet un formulaire E 125 (dépenses réelles) ou, en cas de transfert de résidence, un formulaire E 127 (forfait).

1.4. Prestations de soins de santé et de maternité

Le titre III, chapitre 1 du règlement n°1408/71 traite de la maladie et de la maternité.

1.4.1. Droits et procédures

Bien que le mécanisme de dispensation des soins soit identique²² dans chaque cas, « le règlement s'articule autour de chaque situation spécifique et prévoit à chaque situation un formulaire de droit différent^{23, 24} ».

Avant de présenter les principaux cas de figure prévus par les règlements européens n°1408/71 et n°574/72, il convient de préciser une distinction introduite par ces textes qui a une incidence directe sur les droits ouverts dans un autre Etat membre et les procédures nécessaires pour en bénéficier :

- (1) Le **transfert de résidence** s'applique à toutes les situations dans lesquelles le pays de résidence diffère du pays d'affiliation.
- (2) Le **séjour temporaire** se caractérise par un déplacement en dehors du pays d'affiliation (ex. vacances, étude, formation professionnelle, recherche d'emploi ...).

(1) Situations liées à un transfert de résidence

Travailleurs résidant dans un autre Etat membre que le pays d'affiliation

Ces assurés bénéficient des **prestations servies dans leur pays de résidence**. L'attestation de droit, le **formulaire E 106**, couvre le titulaire et ses personnes à charge.

Cette disposition concerne principalement les **travailleurs frontaliers** c'est-à-dire les travailleurs, salariés ou non, qui exercent leur activité professionnelle sur le territoire d'un Etat membre et résident

¹⁹ Cf. Annexe 3

²⁰ Le remboursement des dépenses de prestations en nature engagées intervient selon les dispositions des articles 36 du Règlement (CEE) art 1408/71 et 93 du règlement (CEE) art 574/72.

²¹ L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) en Belgique, le Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) en France, l'Union des Caisses de Maladie (UCM) au Luxembourg ...

²² Les conditions d'ouverture du droit sont toujours déterminées par la législation de l'Etat compétent et les modalités du service des soins sont celles de l'Etat de séjour ou de résidence.

²³ Cf. Annexe 3.

²⁴ INAMI, *loc. cit.*, p.87.

dans un autre Etat membre, pays dans lequel ils retournent (chaque jour ou) au moins une fois par semaine²⁵.

Ce statut permet en outre de bénéficier de la prise en charge des **soins délivrés sur le territoire du pays où ils travaillent**. L'accès aux droits dans le pays compétent cesse dès que le titulaire n'a plus la qualité de travailleur frontalier.

Les membres de la famille d'un travailleur frontalier n'ont pas librement accès aux soins dans le pays de travail. Ils peuvent y recevoir des soins :

- en cas d'urgence (CEAM) ;
- avec une autorisation préalable (E 112) ;
- lorsque des **conventions entre Etats** le permettent. C'est notamment le cas entre la France et la Belgique (cf. infra).

Les personnes à charge résidant dans un autre Etat membre que le travailleur bénéficient des prestations dans leur Etat de résidence. L'attestation de droit est le formulaire E 109.

Titulaires de pension(s) ou de rente(s)

Les titulaires d'une pension ou d'une rente visés sont les titulaires d'une pension de retraite, de survie, d'invalidité ou d'orphelin et les titulaires d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Ces assurés qui ont transféré leur résidence dans un Etat membre différent du/des pays qui leur octroie(nt) une pension peuvent avoir **accès aux soins dans leur pays de résidence**. Pour ce faire, ils doivent obtenir un **formulaire E 121** de l'institution du pays compétent²⁶.

Ce formulaire, contrairement aux autres formulaires européens est un document individuel. Il ne peut être délivré lorsque le pensionné ou la personne à charge travaille ou perçoit des allocations de chômage.

Ces titulaires n'ont plus accès aux soins dans le(s) (autre(s)) pays qui leur octroie(nt) une pension. En cas de retour temporaire, les soins nécessaires pourront être remboursés sur base de la CEAM délivrée par l'institution du lieu de résidence. Ils peuvent également demander un formulaire E112 s'il s'agit de soins programmés.

La suspension des droits dans le pays qui octroie la pension s'explique par le mode de décompte financier : ce pays verse au pays de résidence, sur base du formulaire E 127 émis par ce pays, un forfait censé couvrir tous les soins du retraité.

(2) Situations liées à un séjour

Soins inopinés

En cas de séjour temporaire dans un autre Etat membre, les assurés ont droit au remboursement des **soins nécessaires** compte tenu de la nature des soins et de la durée probable du séjour²⁷.

L'attestation de droit est la **Carte Européenne d'Assurance Maladie** (CEAM), délivrée par le pays compétent²⁸.

²⁵ Règlement 1408/71, art.1 b)

²⁶ NB : En cas de pension mixte, le pays compétent est le pays de résidence si celui-ci verse une pension. Dans ce cas, aucun formulaire n'est nécessaire : les soins reçus dans le pays de résidence sont à charge de ce dernier. Si l'assuré ne reçoit pas de pension de son pays de résidence, le pays compétent est celui auquel l'assuré a été le plus longtemps assujéti.

²⁷ « Le refus des prestations ne peut être de nature à obliger l'intéressé à rentrer au pays pour recevoir les soins ».

Les soins urgents sont remboursés par l'institution du lieu de séjour sur base de la CEAM, selon les dispositions de la législation et les tarifs du pays de soins.

Ces soins sont ensuite pris en charge par le pays compétent sur base du formulaire E 125 émis par l'institution du pays de séjour.

Lorsque l'assuré n'a pas pu faire les démarches dans le pays de séjour, il peut, à son retour, demander le remboursement à son organisme d'assurance maladie²⁹.

Soins programmés

Les personnes couvertes par les règlements européens qui **se déplacent au sein de l'Union européenne pour y recevoir des soins** doivent préalablement obtenir une autorisation de leur institution d'assurance maladie compétente³⁰ et la présenter à l'institution du lieu de séjour.

Le **formulaire E112** atteste le droit d'accès aux soins dans l'Etat d'affiliation et l'acceptation de l'institution compétente de couvrir les frais afférents au traitement médical spécifié.

Les Etats membres ont la possibilité de moduler leur politique d'autorisation de soins à l'étranger. Cependant, l'article 22, 2) du règlement européen précise que l'autorisation ne peut être refusée lorsque deux conditions cumulatives sont remplies :

- le traitement doit être couvert par le système de protection sociale et
- le traitement ne peut être dispensé dans le pays de résidence, dans un délai normalement nécessaire, compte tenu de l'état de santé du patient et de l'évolution probable de sa maladie.

La jurisprudence européenne a établi que, pour en juger, l'assurance maladie doit prendre en compte « le degré de la douleur ou la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle »³¹.

Les soins sont remboursés par l'institution du lieu de séjour sur base du formulaire E 112, selon les dispositions de la législation et les tarifs du pays de soins.

Ces soins sont ensuite pris en charge par le pays compétent sur base du formulaire E 125 émis par l'institution du pays de séjour.

Notons que pour les travailleurs indépendants belges, seuls les soins hospitaliers³² sont remboursés.

Un récent arrêt de la Cour de justice des Communautés européennes a par ailleurs précisé que les frais médicaux d'une personne munie d'une CEAM ou d'un formulaire E112, qui, pour des raisons d'urgence médicale, doit être hospitalisée dans un Etat tiers, doivent être pris en charge par l'institution de sécurité sociale de l'Etat membre de séjour, selon ses propres règles, pour le compte de

²⁸ Notons qu'en Belgique, la centrale d'alarme EuroCross à laquelle sont affiliées la plupart des mutualités apporte une assistance médicale aux assurés ainsi qu'à leur famille lorsqu'ils sont en séjour temporaire dans un autre Etat membre.

²⁹ Si un assuré paye ses soins sans présenter sa CEAM, il peut, à son retour, présenter une demande de remboursement à son institution d'affiliation. Cette procédure de rattrapage, permettra au patient d'obtenir un remboursement sur base des tarifs du pays de soins, dans la limite des tarifs de l'Etat d'affiliation.

En Belgique, deux voies de remboursement a posteriori sont ouvertes à l'assuré. En effet, selon sa volonté, la prise en charge peut se faire sur base :

- d'une tarification demandée au pays de soins à l'aide du formulaire E126 ;
- forfaitaire qui applique un pourcentage de remboursement de la facture fixé pour chaque pays. Un plafond de 1000 euros est appliqué sauf pour le cas de soins reçus au cours d'un séjour en Espagne.

³⁰ En France, l'autorisation préalable est délivrée par le Médecin Conseil National. En Belgique, la décision relève des médecins-conseils des mutualités.

³¹ Arrêt Müller-Fauré – Van Riet

³² Rappelons qu'à leur retour, ils peuvent se faire rembourser le reste s'ils bénéficient d'une couverture pour les petits risques en Belgique.

l'institution de l'Etat membre d'affiliation³³. Autrement dit, lorsqu'un Etat membre a autorisé un de ses nationaux à se faire soigner dans un autre Etat, il transfère automatiquement son pouvoir décisionnel à son homologue étranger³⁴.

1.4.2. Application des règlements européens

Pour connaître les dispositions des règlements européens auxquelles les assurés peuvent prétendre ainsi que les procédures qu'ils doivent respecter pour en bénéficier, il faut :

1. S'assurer que l'assuré est **couvert par les règlements** (cf. section 1.1. « Champ d'application »)
2. Déterminer le **pays compétent**, en l'occurrence la France ou la Belgique
3. Déterminer la **catégorie d'assurés** à laquelle il appartient, à savoir : étudiants / travailleurs /
chômeurs / pensionnés
4. Se reporter au **tableau** ci-dessous correspondant :

³³ Cf. Affaire Keller, Communiqué de presse n°31/05, CJCE.

³⁴ Ch. RONZI, P. SLEIGERS, CMS DeBacker, *L'arrêt Keller : une jurisprudence communautaire de plus en plus protectrice des droits des patients transfrontaliers*.

Assurés belges

Tableau 1 : Étudiants

| Pays compétent* | Pays de résidence | Pays d'études | Pays de soins | Droits | Procédures |
|-----------------|-------------------|---------------|---------------|-----------------------------|--|
| Belgique | Belgique | Belgique | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | | France | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | France | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | | France | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | France | Belgique | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | | France | Libre accès aux soins | → E 106 ou E 109** délivré par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | France | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | | France | Libre accès aux soins | → E 106 ou E 109** délivré par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |

* Le pays compétent est :

- soit le pays où l'assuré paie des cotisations d'assurance obligatoire ;
- soit le pays où le(s) parent(s) dont il est à charge est (sont) assuré(s) de la sécurité sociale de ce pays.

** Formulaire délivré aux personnes à charge d'un travailleur lorsqu'elles ne résident pas avec leur titulaire en dehors du pays d'assujettissement

Assurés belges

Tableau 2 : Travailleurs et les membres de leur famille³⁵

| Pays de travail (habituel) | Pays temporaire de travail (détaché) | Pays de résidence | Pays de soins | Droits | Procédures |
|-------------------------------|--|-------------------|---------------|------------------------------|---|
| Belgique | -- | Belgique | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | | France | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | France | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | | France | Libre accès aux soins | → E 106 délivré par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | France | Belgique | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | | France | Accès aux soins nécessaires* | → CEAM délivrée par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | France | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | | France | Libre accès aux soins | → E 106 délivré par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |

* Le caractère « nécessaire » est fonction de la nature des soins et de la durée probable de séjour. Ainsi, la couverture d'un travailleur détaché peut être plus large que celle d'un touriste.

³⁵ En raison de l'accord bilatéral franco-belge, les personnes à charge ont les mêmes droits que le travailleur frontalier.

| |
|-----------------------|
| Assurés belges |
|-----------------------|

Tableau 3 : Chômeurs et les membres de leur famille

| Ancien pays de travail | Pays de résidence | Pays de soins | Droits | Procédures |
|------------------------|-------------------|---------------|--|---|
| Belgique | Belgique | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | France | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | France | Belgique | Cf. « Catégorie d'assurés : Travailleurs » | |
| | | France | Cf. « Catégorie d'assurés : Travailleurs » | |

| |
|-----------------------|
| Assurés belges |
|-----------------------|

Tableau 4 : Titulaires d'une rente ou d'une pension et les membres de leur famille

| Pays de résidence | Pension(s) | Pays des soins | Droits | Procédures |
|-------------------|--------------------|----------------|-----------------------------|--|
| Belgique | belge | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | France | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | | |
| | belge et française | Belgique | Libre accès aux soins | Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges |
| | | France | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | | |
| | française | Belgique | Libre accès aux soins | → Octroi d'un E 121 par la caisse de maladie française compétente → Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges → Décompte financier forfaitaire (E 127), à charge de la France |
| | | France | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |
| | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la mutualité belge d'affiliation → Remboursement par une CPAM, sur base des tarifs français → Décompte financier (E 125), à charge de la Belgique |

Assurés français

Tableau 5 : Étudiants

| Pays compétent* | Pays de résidence | Pays d'études | Pays de soins | Droits | Procédures |
|-----------------|-------------------|---------------|---------------|-----------------------------|---|
| France | France | France | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | | Belgique | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | Belgique | Belgique | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | Belgique | France | Belgique | Libre accès aux soins | → E 106 ou E 109** délivré par la caisse de maladie française compétente → Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | Belgique | Belgique | Libre accès aux soins | → E 106 ou E 109** délivré par la caisse de maladie française compétente → Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |

* Le pays compétent est :

- soit le pays où l'assuré paie des cotisations d'assurance obligatoire ;
- soit le pays où le(s) parent(s) dont il est à charge est (sont) assuré(s) de la sécurité sociale de ce pays.

** Formulaire délivré aux personnes à charge d'un travailleur lorsqu'elles ne résident pas avec leur titulaire en dehors du pays d'assujettissement

| |
|-------------------------|
| Assurés français |
|-------------------------|

Tableau 6 : Travailleurs et les membres de leur famille³⁶

| Pays de travail (habituel) | Pays temporaire de travail (détaché) | Pays de résidence | Pays de soins | Droits | Procédures |
|-------------------------------|--|-------------------|---------------|-----------------------------|---|
| France | -- | France | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | | Belgique | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125, à charge de la France) |
| | | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | Belgique | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | | Belgique | Libre accès aux soins | → E 106 délivré par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | Belgique | France | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | | Belgique | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125, à charge de la France) |
| | | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | Belgique | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | | Belgique | Libre accès aux soins | → E 106 délivré par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par la mutualité belge d'affiliation, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |

* Le caractère « nécessaire » est fonction de la nature des soins et de la durée probable de séjour. Ainsi, la couverture d'un travailleur détaché peut être plus large que celle d'un touriste.

³⁶ En raison de l'accord bilatéral franco-belge, les personnes à charge ont les mêmes droits que le travailleur frontalier.

| |
|-------------------------|
| Assurés français |
|-------------------------|

*Tableau 7 : **Chômeurs** et les membres de leur famille*

| Ancien pays de travail | Pays de résidence | Pays de soins | Droits | Procédures |
|------------------------|-------------------|---------------|--|--|
| France | France | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | Belgique | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une CPAM, une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | Belgique | France | Cf. « Catégorie d'assurés : Travailleurs » | |
| | | Belgique | Cf. « Catégorie d'assurés : Travailleurs » | |

| |
|-------------------------|
| Assurés français |
|-------------------------|

Tableau 8 : Titulaires d'une rente ou d'une pension et les membres de leur famille

| Pays de résidence | Pension(s) | Pays des soins | Droits | Procédures |
|-------------------|--------------------|----------------|-----------------------------|--|
| France | française | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | Belgique | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | française et belge | France | Libre accès aux soins | Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français |
| | | Belgique | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | belge | France | Libre accès aux soins | → Octroi d'un E 121 par la mutualité belge compétente → Remboursement par la caisse de maladie française d'affiliation, sur base des tarifs français → Décompte financier forfaitaire (E 127), à charge de la Belgique |
| | | Belgique | Accès aux soins nécessaires | → CEAM délivrée par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |
| | | | Accès aux soins programmés | → Octroi d'un E 112 par la caisse de maladie française d'affiliation → Remboursement par une mutualité belge, sur base des tarifs belges → Décompte financier (E 125), à charge de la France |

2. La jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE)

Bien que les dispositions des règlements européens CEE n°1408/71 et n°574/72 constituent les outils de référence en matière de coordination des droits de sécurité sociale des citoyens qui se déplacent au sein de l'Union européenne, la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) a introduit une brèche au sein du système traditionnel de régulation de l'accès aux soins à l'étranger.

En effet, son interprétation de la législation européenne en matière de sécurité sociale permet aux assurés sociaux de recevoir, sans autorisation médicale préalable, des soins ambulatoires dans un autre Etat membre et de se faire rembourser par leur organisme assureur compétent sur base des tarifs en vigueur dans leur pays d'affiliation.

Cette section n'a pas pour vocation de fournir un aperçu des quelque 500 arrêts rendus par la CJCE dans le domaine de la sécurité sociale mais de présenter la voie d'accès aux soins à l'étranger ouverte par la Cour. Les arrêts mentionnés sont succinctement présentés à l'annexe 4. Pour en connaître davantage, nous vous invitons à consulter le rapport intitulé « Mobilité transfrontalière des patients »³⁷.

2.1. Les principes de non-discrimination et de libre circulation

Depuis les arrêts Kohll et Decker rendus par la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) en avril 1998, les secteurs des soins de santé et de la protection sociale n'échappent plus à l'emprise du processus d'intégration européenne.

En effet, bien que la Cour reconnaisse la grande liberté des Etats membres pour organiser leurs systèmes de sécurité sociale, elle estime que ce secteur « ne constitue pas un îlot à l'abri de la législation communautaire. »³⁸ Cela signifie que les **principes du Traité s'appliquent aux soins de santé**, indépendamment du type de couverture (remboursement ou prestations en nature). Les Etats sont par conséquent tenus de respecter dans les domaines des soins de santé et de la protection sociale les principes de non-discrimination (égalité de traitement face à l'accessibilité aux soins), de libre circulation des biens (achats de bien médicaux à l'étranger) et de libre prestation de services (accès aux soins de santé dans un autre Etat membre).

Une jurisprudence européenne constante³⁹ établit que **la procédure d'autorisation médicale préalable** (E 112) nécessaire au remboursement des biens médicaux et soins programmés reçus à l'étranger **constitue une entrave à la libre circulation des biens et à la libre prestation de services**.

Néanmoins, la Cour estime que l'autorisation préalable peut se **justifier dans le cadre de soins hospitaliers** pour les motifs légitimes suivants :

- la préservation de l'équilibre financier du régime de sécurité sociale ;
- la protection de la santé publique, et plus précisément, la qualité des soins et ;
- la protection et la valorisation par un Etat de son infrastructure médicale.

³⁷ LuxLorSan, *La mobilité transfrontalière des patients – Droits et procédures*, s.l., Octobre 2006, 103 p. ; rapport disponible sur le site www.santetransfrontaliere.org/luxlorsan/main.htm

³⁸ Conclusion de l'avocat général

³⁹ Arrêts Kohll et Decker (C-158/96 et C-120/95), Smits et Peerbooms (C-33/01), Müller-Fauré et Van Riet (C-385/99)

En somme, le mode d'accès aux soins à l'étranger et leur modalité de remboursement établis par la CJCE diffèrent selon qu'il s'agit de soins ambulatoires ou hospitaliers : la Cour lève l'autorisation préalable pour les premiers et la maintient, conformément aux règlements n°1408/71 et n°574/72, pour les seconds.

Le remboursement des soins ambulatoires reçus à l'étranger s'effectue sur base des tarifs du pays d'affiliation et celui des soins hospitaliers se base sur les tarifs du pays des soins.

2.2. Les soins ambulatoires

2.2.1. L'accès aux soins

Selon la CJCE, l'autorisation médicale préalable nécessaire au remboursement des soins programmés à l'étranger (E 112) est une entrave à la libre prestation de services qui n'est pas justifiée pour les soins ambulatoires.

En levant l'autorisation préalable pour les soins ambulatoires, les arrêts de la CJCE garantissent un libre accès à ces prestations dans un autre Etat membre. Ainsi, en l'absence de formulaire d'autorisation médicale préalable (non demandé préalablement ou en cas de refus), il est possible, sur base des arrêts Kohll et Decker et suivants, de **demandeur a posteriori le remboursement** des soins ambulatoires reçus à l'étranger. Le remboursement se fait alors **sur base des tarifs en vigueur dans le pays où le patient est assuré**.

Concrètement :

- ① L'assuré reçoit, sans autorisation médicale préalable, des soins ambulatoires dans un autre Etat membre.
- ② L'assuré fait l'avance des frais.
- ③ L'assuré remet sa facture à son organisme d'assurance maladie.
- ④ L'organisme d'assurance maladie rembourse les soins sur base des tarifs de l'Etat d'affiliation pour autant que ces prestations y soient remboursables et selon les délais et critères de remboursement de ce pays (ex. délais de renouvellement, parcours de soins coordonné ...).

Pour ce faire, l'organisme d'assurance maladie doit déterminer l'équivalence entre la prestation dispensée à l'étranger et la nomenclature de son pays.

Le montant du remboursement ne peut excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré.

Les tickets modérateurs des assurés peuvent être plus élevés que s'ils avaient été soignés dans leur pays d'affiliation car le tarif des prestations diffère d'un pays à l'autre.

2.2.2. L'application de la jurisprudence

Les arrêts de la CJCE ont entraîné une modification de la législation belge et française.

En Belgique, l'application des arrêts de la CJCE se fait conformément à la **circulaire INAMI n°2006/117**⁴⁰. Ce texte liste un certain nombre de prestations qui doivent être considérées comme des soins hospitaliers et nécessitent dès lors une autorisation préalable (cf. Annexe 5). Ce texte supprime également le plafond de 1000 € par déplacement autrefois d'application.

En France, l'application des arrêts de la CJCE se fait conformément au **décret n°2005-368** relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale⁴¹ et à la **circulaire** du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille **du 19 mai 2005** y afférente⁴².

⁴⁰ Circulaire O. A. n°2006/117 – 80/85, 83/337 du 16 mars 2006

⁴¹ Décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale, JO du 27 avril 2005.

⁴² Circulaire DSS/DACI/2005/235 du 19 mai 2005 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France.

Ces textes mettent en conformité le cadre législatif français à la jurisprudence communautaire⁴³ et simplifie les conditions de prise en charge. Selon ces textes, les recours à des équipements lourds doivent être considérés comme des soins hospitaliers conformément à la jurisprudence européenne et nécessitent dès lors une autorisation préalable.

2.3. Les soins hospitaliers

2.3.1. L'accès aux soins

Selon la CJCE, bien que **l'autorisation préalable aux soins hospitaliers** à l'étranger soit un obstacle à la libre prestation de services, elle peut être **justifiée** par des raisons impérieuses telles la garantie d'un accès aux soins hospitaliers de qualité ou la maîtrise des coûts.

Dès lors, les règlements n°1408/71 et n°574/72 s'appliquent.

L'assuré qui souhaite être soigné dans un autre Etat membre doit, par conséquent, demander une **autorisation médicale préalable** (formulaire E 112) auprès du médecin-conseil de son organisme d'assurance maladie.

En ce qui concerne l'accès aux soins hospitaliers dans un autre Etat membre, la Cour estime que les conditions de refus de l'autorisation préalable ne peuvent être laissées à la libre appréciation des Etats membres. C'est pourquoi elle précise les exceptions relatives aux traitements hospitaliers. Selon la Cour, **l'autorisation préalable ne peut être refusée** si les deux conditions suivantes sont remplies :

- les soins visés figurent parmi les **prestations couvertes** par le pays compétent
- les soins **ne peuvent être dispensés dans le délai normalement nécessaire**, compte tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de la maladie⁴⁴.

Autrement dit :

- Une autorisation peut uniquement être refusée lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun, selon son état et ses antécédents médicaux⁴⁵, dans un établissement de l'Etat d'affiliation.
Pour en juger, l'assurance maladie doit prendre en compte « le degré de la douleur ou la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle »⁴⁶.
- Un Etat membre ne peut refuser une autorisation pour un traitement suffisamment éprouvé et validé par la science médicale internationale.
- La liste des soins auxquels ont accès les affiliés d'un Etat membre doit être établie selon des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance, respectueux de la libre prestation de services.

Conformément aux règlements n°1408/71 et n°574/72, le remboursement s'effectue **sur base des tarifs en vigueur dans le pays où les soins ont été reçus**.

Toutefois, l'arrêt Vanbraekel⁴⁷ rendu en 2001 par le CJCE aménage la procédure de remboursement des soins programmés à l'étranger : il stipule que le pays compétent doit procéder à un **remboursement complémentaire** correspondant à la différence entre le tarif de remboursement moins élevé du pays des soins et le tarif plus favorable prévu dans le pays compétent.

⁴³ En 2003, la France avait édicté une circulaire ministérielle qui n'autorisait le remboursement des soins ambulatoires dispensés par des prestataires étrangers qu'à raison du tarif d'autorité (≈ 0,50 €/ consultation). Cette circulaire a fait l'objet d'une mise en demeure par la Commission européenne.

⁴⁴ Art. 22, 2.

⁴⁵ Arrêt Inizan (C-56/01)

⁴⁶ Arrêt Müller-Fauré – Van Riet (C-385/99)

⁴⁷ Arrêt Vanbraekel (C-368/98)

2.3.2. L'application de la jurisprudence

En Belgique, la disponibilité d'un traitement identique dans le pays d'affiliation peut entraîner un refus d'autorisation préalable. Par contre, une autorisation devrait être octroyée si les soins sont administrés dans de meilleures conditions à l'étranger.

Les notions floues contenues dans ces principes multiplient leurs interprétations et a fortiori leurs applications.

En France, le décret n°2005-386 rappelle que les soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds (Cf. Code de la Santé publique) ne peuvent être remboursés que sur autorisation préalable.

L'arrêt Vanbraekel (remboursement complémentaire) n'est pas appliqué par les Etats membres.

Depuis l'arrêt Watts (2006)⁴⁸, l'obligation de prendre en charge les soins hospitaliers dispensés dans un autre Etat membre s'applique également aux services nationaux de santé (ex. NHS (UK)).

Enfin, conformément à l'arrêt Acereda Herrera (2006)⁴⁹, l'assuré qui dispose d'un E 112 ne bénéficie pas du remboursement des frais de déplacement, de séjour et de repas encourus sur le territoire de cet Etat membre par lui-même et son accompagnant.

Par contre, les frais de séjour et de repas de l'affilié dans l'établissement hospitalier sont pris en charge par l'assurance maladie.

⁴⁸ C-372/04

⁴⁹ C-466/04

3. Conclusion

3.1. En théorie ...

Au niveau européen, deux systèmes de dérogation au principe de territorialité de la prestation coexistent : les modalités d'accès aux soins programmés à l'étranger définies par les règlements européens CEE n°1408/71 et n°574/72 (autorisation préalable et tarifs du pays où les soins sont dispensés) et celles établies par la jurisprudence européenne (sans autorisation préalable et tarifs du pays d'affiliation).

Les arrêts de la CJCE ne remettent pas en cause les règlements européens mais ouvrent une voie d'accès parallèle : les dispositions relatives au formulaire E 112 restent toujours d'actualité mais le citoyen peut, pour les soins ambulatoires, opter pour un libre accès aux soins à l'étranger, avec remboursement a posteriori identique à celui qu'il aurait reçu s'il avait été soigné dans son pays compétent.

Tableau : Procédures d'accès aux **soins programmés** dans un autre Etat membre

| Soins ambulatoires : Système dual | Règlements n°1408/71 et n°574/72 <u>Procédure standard E 112 :</u> → Autorisation préalable → Tiers payant → Remboursement par la caisse d'assurance maladie du pays de soins sur base des tarifs de ce pays « comme si l'assuré était affilié dans l'Etat de prestations » → Règlement financier entre Etats | Arrêts de la CJCE <u>Procédure Kohll et Decker :</u> → Pas d'autorisation préalable → Avance des frais → Remboursement par son organisme assureur sur base des tarifs du pays compétent « comme si l'assuré avait reçu le traitement dans son Etat d'affiliation » → Prise en charge par le budget national |
|--------------------------------------|---|---|
| Soins hospitaliers : Voie unique | Règlements n°1408/71 et n°574/72 <u>Procédure standard E 112 :</u> → Autorisation préalable → Tiers payant → Remboursement par la caisse d'assurance maladie du pays de soins sur base des tarifs de ce pays « comme si l'assuré était affilié dans l'Etat de prestations » → Règlement financier entre Etats | |

3.2. ... et en pratique

Cas 1 : Prise en charge d'un assuré belge soigné en France selon les dispositions des règlements européens

Mr Dubois est un ressortissant belge. Il est pensionné au régime général belge et réside à Virton (Belgique). Il a des problèmes de santé et demande au médecin-conseil de sa mutualité de consulter un cardiologue réputé qui exerce son art à Metz (France). Celui-ci lui octroie un E 112. Le spécialiste ausculte Mr Dubois et décide de le placer en observation. Ce dernier sera ainsi hospitalisé quelques jours à Metz.

Comment seront prises en charge la consultation et l'hospitalisation à Metz ?

Conformément aux règlements n°1408/71 et n°574/72, la facture de la consultation (**soins ambulatoires**) payée par le patient sera remboursée par la CPAM de Metz sur base des tarifs français (pays de soins). Sur présentation du E 112 à l'établissement, les **frais d'hospitalisation** seront directement pris en charge par la CPAM de Metz, sur base des tarifs français. Dans les deux cas, la CPAM de Metz émettra un formulaire E 125 afin de recupérer, via le CLEISS et l'INAMI, les frais engagés pour le compte de l'assuré belge.

Cas 2 : Prise en charge d'un assuré français soigné en Belgique selon les dispositions de la CJCE

Mr Dupont est un ressortissant français. Il est assuré au régime agricole français et réside à Mont-Saint-Martin (France). Il a des problèmes de santé et décide de consulter un spécialiste qui exerce son art à Arlon (Belgique). Ce dernier décide de lui faire passer un examen IRM à l'hôpital d'Arlon.

Sachant que l'assuré n'a pas demandé l'accord du médecin-conseil, comment la MSA de Meurthe-et-Moselle pourra-t-elle prendre en charge la consultation chez le spécialiste à Arlon et l'examen IRM en Belgique ?

1. En ce qui concerne la consultation (**soins ambulatoires**), les dispositions relatives au formulaire E 112 ne sont pas applicables dans la mesure où l'autorisation du médecin-conseil n'a pas été demandée.

La MSA appliquera dès lors le décret n°2005-368 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale⁵⁰ et la circulaire du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille du 19 mai 2005 y afférente⁵¹ : la consultation (**soins ambulatoires**) payée par l'assuré français sera remboursée par sa MSA, sur base des tarifs français (pays d'affiliation).

2. En ce qui concerne l'examen IRM (**soins hospitaliers**), le formulaire E 112 délivré sur base de l'accord du médecin-conseil ne pourra être émis puisqu'il s'agit d'une autorisation **préalable**. En outre, les arrêts Kohll et Decker ne peuvent être appliqués, étant donné que les recours aux équipements lourds sont exclus du décret n°2005-368. L'assuré devra par conséquent prendre en charge l'ensemble des frais.

⁵⁰ Décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale, JO du 27 avril 2005.

⁵¹ Circulaire DSS/DACI/2005/235 du 19 mai 2005 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France.

IV. Les systèmes dérogatoires bilatéraux

Compte tenu de la mobilité des travailleurs au sein de l'Union européenne, certains Etats membres ont conclu des accords dérogatoires qui introduisent des règles différentes de celles des règlements européens ou complètent certaines de leurs dispositions. C'est notamment le cas entre la France et la Belgique.

Les acteurs locaux de la santé élaborent en outre des mécanismes d'accès aux soins qui dérogent aux principes de territorialité des prestations afin de faire face aux défis majeurs auxquels sont confrontés les systèmes de santé, à savoir la prégnance du processus d'intégration européenne, la croissance linéaire des dépenses de santé, les besoins de soins de santé des personnes mobiles et des patients des régions frontalières, la pénurie de professionnels de santé, la nécessité de rationaliser les plateaux techniques ...

1. Les accords interétatiques

La France et la Belgique ont conclu le **14 mai 1976** un accord⁵² qui **étend le droit des travailleurs frontaliers à se faire soigner de part et d'autre de la frontière aux membres de leur famille** : ces derniers peuvent ainsi recevoir des soins de santé sur le territoire de l'Etat compétent, dans les mêmes conditions que le travailleur.

Outre cette convention, la France et la Belgique ont conclu des accords avec d'autres Etats membres⁵³ ainsi qu'avec des pays ne faisant pas partie de l'EEE.

Les Etats peuvent également signer des conventions avec des établissements étrangers (ex. conventions entre la France et des institutions belges pour personnes handicapées).

2. Les accords de coopération sanitaire transfrontalière

2.1. Contexte et objectifs

Les assurés sociaux qui habitent en région frontalière, en dehors d'une zone urbaine dotée d'une offre de soins étoffée, sont souvent contraints à effectuer de longues distances pour recevoir les soins appropriés à leur état de santé. Ils peuvent certes recourir aux règlements européens qui autorisent l'accès aux soins à l'étranger mais ces procédures ne sont pas simples et très souvent, les patients ne disposent pas de toutes les informations utiles⁵⁴. De plus, ces textes ne répondent pas toujours de manière optimale aux besoins des populations frontalières⁵⁵.

Ce sont les raisons pour lesquelles des acteurs de la santé belges et français élaborent, principalement dans le cadre des programmes européens Interreg, des processus de coopération sanitaire transfrontalière. Ce type d'initiative est d'ailleurs désormais prévu dans les législations nationales⁵⁶.

⁵² Accord du 14 mai 1976 concernant les soins de santé des membres de la famille de travailleurs frontaliers (M.B. : 27/05/1977).

⁵³ Ex. Convention belgo-luxembourgeoise, cf. Annexe 5.

⁵⁴ "En Marche" n° 1247 du 17 janvier 2002, pp. 8-9.

⁵⁵ Ex. : restes à charge plus importants

⁵⁶ En France, cf. le décret français n°2005-368 ; En Belgique, cf. la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994, art. 136.

Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable» (art. R 332-5).

Il peut s'agir de conventions de **coopérations interhospitalières** transfrontalières ou de **Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontalier**. Les premières encadrent des projets médicaux transfrontaliers ciblés, définis par les prestataires de deux ou trois établissements hospitaliers frontaliers tandis que les secondes déterminent des espaces transfrontaliers au sein desquels les populations peuvent avoir librement accès à l'offre hospitalière de soins située des deux côtés de la frontière.

Pour permettre l'accès effectif à cette offre de soins étendue et renforcée, les **procédures administratives et financières** des patients, des prestataires et des institutions de soins se doivent d'être **simplifiées**. C'est pourquoi l'assurance maladie belge et française, les établissements hospitaliers et les tutelles concernées élaborent, après études préalables, des modes de régulation spécifiques.

La plupart des conventions favorisent la **mobilité des patients** en leur permettant de s'affranchir de l'autorisation préalable (formulaire E 112) habituellement nécessaire pour recevoir des soins hospitaliers dans un autre Etat membre. Certaines régissent la **mise à disposition de plateaux techniques** et/ou **l'exercice de médecins spécialistes** dans un établissement hospitalier situé sur le territoire étranger.

En favorisant la mobilité des patients et des prestataires, les conventions transfrontalières **améliorent l'accès géographique et financier des populations frontalières à des soins de qualité**.

2.2. Les dispositions nationales relatives à la coopération transfrontalière

2.2.1. La législation belge

(1) Loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994⁵⁷

L'assurance maladie belge « s'est dotée d'un **cadre juridique** approprié pour la concrétisation des initiatives en matière de soins de santé transfrontaliers par le biais de l'article 136 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (loi SSI) »⁵⁸.

Les exceptions au principe de territorialité des prestations dont peuvent bénéficier les assurés belges peuvent être introduites par :

- un arrêté royal ;
- une coopération dans les régions frontalières ;
- des conventions transfrontalières (entre organismes assureurs et dispensateurs de soins).

« Les prestations servies à un bénéficiaire de la loi en dehors du territoire belge peuvent être ainsi désormais accordées dans les conditions prévues au sein de **conventions conclues entre le Comité de l'assurance et les organismes compétents étrangers** visant à favoriser la libre circulation des assurés dans les régions frontalières par la fixation de règles de coopération. Les prestations peuvent aussi être accordées dans les conditions fixées au sein de **conventions particulières**, dont le contenu s'inscrit dans le cadre général de la réglementation internationale et qui ont été conclues entre des acteurs de la santé belges et étrangers pour réaliser un accès simplifié à des prestations transfrontalières et approuvées par le Comité de l'assurance. »⁵⁹

⁵⁷ M.B. 27/08/1994

⁵⁸ INAMI, *loc.cit.*, p.94

⁵⁹ *Idem*

(2) Circulaires de l'INAMI

Conscient des problèmes en matière d'accès aux soins rencontrés par les résidents des zones frontalières, le législateur belge a énoncé, dès 1981, des modalités simplifiées d'accès aux soins de l'autre côté de la frontière.

Le texte en vigueur est la **circulaire de l'INAMI n°2006/117** du 16 mars 2006⁶⁰.

Champ d'application

> Bénéficiaires

Les bénéficiaires qui habitent la **zone frontalière large de 15 km élargie** aux cantons d'Eupen, Malmédy, Saint-Vith, aux cantons d'Arlon et de Messancy, aux arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne, aux communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Vitry et Anlier aux cantons de Bouillon, Chimay, Couvin et Gedinne.

> Prestations

Ces patients peuvent :

- recevoir des soins et/ou être dialysés dans un **établissement situé en dehors du territoire national à une distance maximale de 25 km de la frontière** séparant le pays étranger de la zone où habite le bénéficiaire concerné et/ou ;
- recevoir des soins ambulatoires prestés par un médecin spécialiste en **neuro-psychiatrie** ou par un médecin **spécialiste en radio et radium-thérapie ou en médecine nucléaire**, ainsi qu'à des examens radiologiques par **scanner**.

Procédures administratives et financières

> Démarches administratives

L'autorisation de se faire soigner à l'étranger est accordée par l'organisme assureur belge du patient, sans qu'aucune justification ne doive apparaître dans le dossier de l'intéressé. Il s'agit d'un **E 112 administratif** et non d'un E 112 médical, comme le prévoit le règlement européen n°1408/71. Ce document mentionne clairement l'établissement ou le prestataire, ainsi que la durée des soins.

> Prise en charge financière

Le formulaire E 112 administratif permet à l'hôpital étranger de facturer directement les frais médicaux à la caisse de maladie du pays où les soins ont été dispensés, à savoir en France, par la CPAM du lieu des soins.

L'assuré ne paie que ses tickets modérateurs. Ceux-ci peuvent être plus élevés que ceux qu'il aurait eu à prendre en charge s'il avait été soigné en Belgique.

La caisse de maladie se fait ensuite rembourser par l'INAMI, via l'institution compétente⁶¹ (formulaire E 125). L'INAMI répercute enfin la dépense sur l'organisme assureur belge compétent.

Notons que le formulaire E 112 n'est pas accepté par certaines institutions et prestataires privés. L'assuré doit dans ce cas faire l'avance de l'intégralité des frais.

Il peut ensuite se faire rembourser par la caisse de maladie du lieu où les soins ont été dispensés.

⁶⁰ Cf. Annexe 6.

⁶¹ En France, il s'agit du Centre de Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

Les procédures de remboursement a posteriori prévues pour la CEAM ne s'appliquent en principe pas dans la situation du formulaire E 112 (sauf pour les soins prodigués en dehors d'une hospitalisation aux indépendants).

Notons que pour les indépendants belges, seuls les gros risques (hospitalisation, scanner ...) seront pris en charge. Pour les soins ambulatoires, ils doivent faire l'avance des frais et peuvent se faire rembourser par leur mutualité s'ils bénéficient d'une couverture pour les petits risques.

2.2.2. Législation française

(1) Décret n°2005-368 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale⁶² et la circulaire du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille du 19 mai 2005 y afférente⁶³

Outre la mise en conformité du cadre législatif français à la jurisprudence communautaire, ce texte autorise les organismes de sécurité sociale et les établissements de soins situés de l'autre côté de la frontière à conclure des conventions afin de prévoir les conditions de séjour des assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état. Les assurés qui bénéficient de ces conventions sont alors dispensés d'obtenir une autorisation préalable.⁶⁴

(2) Circulaire DSS/DACI/2005/275 du 27 mai 2005 relative aux conditions d'inscription dans le parcours de soins des assurés d'un régime étranger recevant des soins en France et des assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger

Cette circulaire a pour objectif de déterminer les modalités **d'application du parcours de soins coordonné aux assurés d'un régime français recevant des soins à l'étranger et aux assurés d'un régime étranger recevant des soins en France.**

Les praticiens étrangers des zones frontalières françaises sont intégrés dans le parcours de soins coordonné en ce qu'ils sont considérés comme se situant dans le périmètre du lieu de résidence stable et durable de l'assuré français.

En conséquence, le patient français se doit de consulter son médecin traitant avant toute autre consultation d'un spécialiste proche de l'autre côté de la frontière afin d'obtenir un plein remboursement de l'Assurance Maladie française.

Un **médecin étranger** pourra toutefois être choisi comme médecin traitant par l'assuré. Un conventionnement spécifique permettant de l'intégrer dans le parcours de soins est en cours d'élaboration par la CNAMTS.

⁶² Décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale, JO du 27 avril 2005. Cf. Annexe 7.

⁶³ Circulaire DSS/DACI/2005/235 du 19 mai 2005 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France. Cf. Annexe 8.

⁶⁴ Des conventions de prise en charge des personnes handicapées françaises dans les établissements belges sont négociées dans ce cadre.

2.3. *L'accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière*

Pour donner une **base juridique aux coopérations transfrontalières** et encourager leur développement, les ministères belge et français de la santé et de la sécurité sociale ainsi que les directions de l'assurance maladie française et belge ont jugé nécessaire d'élaborer un accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière qui s'articule à l'accord-cadre de coopération entre les deux pays signé par les deux premiers ministres, respectivement J.P. Raffarin et G. Verhofstad, le 16 septembre 2002 à Bruxelles.

Ce texte a été signé par les Ministres X. Bertrand et R. Demotte le 30 septembre 2005 à Mouscron. Il doit à présent être ratifié par les parlements des deux pays.

Ce texte, accompagné de son arrangement administratif⁶⁵, permettra de formaliser les projets de coopération existants et de les développer en vue :

- 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 ;
- 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 ce faire, le texte définit le champ d'application territorial⁶⁶ et personnel⁶⁷ ainsi que les autorités compétentes⁶⁸ pour la mise en œuvre de l'accord.

Les conventions peuvent prévoir tant des complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes que la création d'organismes de coopération ou de structures communes. Elles détaillent les conditions et modalités d'intervention des différents acteurs et de prise en charge des patients.

Trois types de prise en charge sont envisagés dans l'accord-cadre et son arrangement administratif :

1. la **voie du règlement n°1408/71** c'est-à-dire avec un document d'ouverture des droits (délivré automatiquement) et selon le **tarif du lieu des soins** ;
2. la procédure introduite par la **jurisprudence** « Kohll et Decker » c'est-à-dire sans document et au **tarif de l'Etat d'affiliation** ;
3. une **prise en charge directe** par l'institution compétente à un **tarif négocié**.

⁶⁵ Arrangement administratif général relatif aux modalités d'application de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique relatif à la coopération sanitaire transfrontalière signé le 30 septembre 2005 à Mouscron, Belgique.

⁶⁶ Art. 2 : L'accord s'applique aux régions françaises suivantes : Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais et Picardie ainsi qu'aux arrondissements belges suivants : Veurne, Ieper, Kortrijk, Mouscron, Tournai, Ath, Mons, Thuin, Philippeville, Dinant, Neufchâteau, Virton et Arlon.

⁶⁷ L'accord couvre toute personne pouvant bénéficier de l'assurance maladie en France ou en Belgique et qui réside ou séjourne temporairement dans la zone frontalière définie.

⁶⁸ Pour la France, il s'agit des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS), des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des Unions régionales des Caisses d'assurance maladie (URCAM).

En Belgique, l'Institut National d'Assurance Maladie-invalidité (INAMI), les organismes assureurs (les mutuelles et la CAAMI) et les dispensateurs de soins sont habilités à conclure les conventions.

2.4. Les conventions interhospitalières transfrontalières

Les acteurs belges et français du secteur hospitalier et de l'assurance maladie ont, depuis 1994, négocié et rédigé **onze conventions interhospitalières transfrontalières**.

Au 1^{er} octobre 2008, **cinq d'entre elles sont opérationnelles**. Ainsi, des assurés frontaliers belges et français peuvent choisir de recevoir, sans contrainte administrative ou financière particulière, un certain nombre de soins dans des centres hospitaliers situés de l'autre côté de la frontière.

Les autres conventions sont en cours de validation. Certaines souffrent des lenteurs au niveau de la validation.

Parallèlement, des acteurs de la santé belges et français envisagent d'autres **projets transfrontaliers**⁶⁹ qui, le cas échéant, feront ultérieurement l'objet d'un conventionnement.

2.4.1. Les réalisations

Un certain nombre d'assurés frontaliers belges et français bénéficient des conventions de complémentarité suivantes :

- 1) **Convention « Dialyse »** (2000) entre la clinique des Sœurs Noires du CHR J. Yperman, le CH de Bailleul, le CH d'Armentières.
- 2) **Convention « Maladies infectieuses – Hémodialyse »** (1995) entre le CH de Mouscron (B) et le CH de Tourcoing (F)
- 3) **Convention « IRM – Scintigraphie »** (2004) entre le CH de Mouscron (B) et le CH de Tourcoing (F)
- 4) **Convention « Urologie - Lithotripsie »** (2005) entre le CH de Mouscron (B) et le CH de Tourcoing (F)
- 5) **Convention « Soins intensifs – réanimation »** (2004) entre le CHR de Mons (B) et le CHSA (F)

Les volets administratif et financier corollaires aux différents projets médicaux transfrontaliers sont négociés par l'ensemble des acteurs impliqués. C'est pourquoi chaque système dérogatoire fait l'objet d'une mise en œuvre particulière qui s'appuie généralement sur le mode de régulation établi par les règlements européens n°1408/71 et n°574/72.

Les conventions existantes présentent trois caractéristiques communes. Elles :

- s'appliquent toujours dans le respect du libre choix du patient ;
- relèvent uniquement du champ de l'assurance obligatoire⁷⁰ ;
- concernent, sur le versant belge, les affiliés des sept organismes assureurs.

⁶⁹ En oncologie entre le CHR de Mons et le CHSA (Maubeuge) ; en ophtalmologie entre le CH de Mouscron et le CH de Tourcoing ...

⁷⁰ Certaines mutuelles complémentaires françaises prennent toutefois en charge le coût des soins reçus dans le cadre de ces conventions.

CHR J. Yperman : **Dialyse** (2000)

Compte tenu de la proximité géographique et de la possibilité pour le service agréé de néphrologie de la clinique Yan Yperman d'Ypres d'accueillir davantage de patients, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie d'Armentières et de Dunkerque ont négocié, avec la Clinique Yan Yperman d'Ypres et l'assurance maladie belge, une convention en matière de dialyse. Cette convention a été étendue au CH d'Armentières le 1/1/2007.

Depuis 2000, cette convention permet à des assurés français d'être dialysés à la clinique Yan Yperman (Ypres).

Assurés français dialysés à la clinique Yan Yperman d'Ypres

Champ d'application

➤ *Bénéficiaires (art.1)*

Les bénéficiaires sont :

- les insuffisants rénaux chroniques,
- ressortissants de l'Espace Economique Européen⁷¹
- qui sont affiliés à la CPAM de Dunkerque ou à la CPAM d'Armentières ;
- et qui résident en France dans les cantons d'Armentières, de Bailleul Nord-Est et Sud-Ouest et de Steenvoorde.

Les communes concernées sont les suivantes :

- Canton d'Armentières : Armentières, Bois Grenier, Capinghem, Erquinghem Lys, Frelinghien, Houplines, La Chapelle d'Armentières et Prêmesques
- Canton de Bailleul : Bailleul
- Canton de Bailleul Nord-Est : Nieppe, St Jans Cappel et Steenwerck
- Canton de Bailleul Sud-Ouest : Berthen, Flêtre, Merris, Méteren et Vieux Berquin
- Canton de Steenvoorde : Boeschepe, Godewaersvelde, Houtkerque, Oudezeele, St Sylvestre Cappel, Steenvoorde, Terdegheem, Winnezele et Eecke

Cette convention est limitée à la prise en charge de cinq patients.

➤ *Prestations (art.3 et 4)*

Ces patients peuvent être dialysés au sein du service d'hémodialyse de la clinique Yan Yperman à Ypres.

Les prestations concernées sont détaillées à l'article 3 de la convention. Il s'agit des prestations suivantes :

- la création chirurgicale de l'abord vasculaire,
- les séances d'épuration extra-rénale,
- les médicaments nécessaires à celle-ci,
- les actes de biologie clinique.

Les bénéficiaires de la convention ont également accès aux consultations hospitalières en rapport avec le traitement de l'insuffisance rénale. Elles sont prises en charge selon le mode défini par la convention.

⁷¹ Etendue aux ressortissants des Etats-tiers

Sont également pris en charge les frais (médicaments, hospitalisation) consécutifs aux complications subies par le patient en raison de son insuffisance rénale chronique ou suite au traitement.

N'entre donc **pas** dans le champ de la convention : les alternatives à la dialyse en centre et les transplantations rénales.

Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives (art.9)

Demande E 112

- ❶ La clinique Yan Yperman demande un E 112 à la CPAM de Dunkerque / CPAM d'Armentières.
- ❷ **Le médecin-conseil** chargé du contrôle hospitalier près de la CPAM d'Armentières / CPAM de Dunkerque **examine les demandes** de prise en charge (demandes de E 112) pour les assurés devant être traités à la clinique Yan Yperman.

Après accord, la CPAM d'Armentières / CPAM de Dunkerque envoie à la clinique Yan Yperman un **formulaire E 112** sur lequel est reprise l'expression « Convention de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique à la clinique Yan Yperman (Ypres) ». Ce document est valable pour une durée maximale d'un an.

Renouvellement E 112

Le renouvellement de cet accord de prise en charge est soumis au même dispositif.

Les **assurés français** dialysés à la clinique des Sœurs Noires dans le cadre de cette convention n'ont donc aucune démarche préalable à effectuer.

➤ Prise en charge financière (art.11)

Le remboursement des dépenses de prestations en nature engagées interviendra selon les dispositions des articles 36 du règlement (CEE) n°1408/71 et 93 du règlement (CEE) n°574/72.

Ainsi, l'assurance maladie française prend en charge, via l'INAMI⁷² (B) et le CLEISS⁷³ (F), la **part obligatoire**, sur base des tarifs belges et la Yan Yperman supporte les tickets modérateurs.

Concrètement :

- ❶ La clinique d'Ypres envoie sa facture à un organisme assureur belge.
- ❷ La mutualité belge paie, sur base du E 112, la **part obligatoire** à la clinique des Sœurs Noires, comme s'il s'agissait d'un assuré belge.
La mutualité belge se fait ensuite rembourser, via l'INAMI, par le CLEISS (formulaire E 125).
L'assurance maladie française rembourse donc les soins sur base des tarifs belges.
Le CLEISS répercute enfin la dépense sur la caisse d'assurance maladie française concernée.

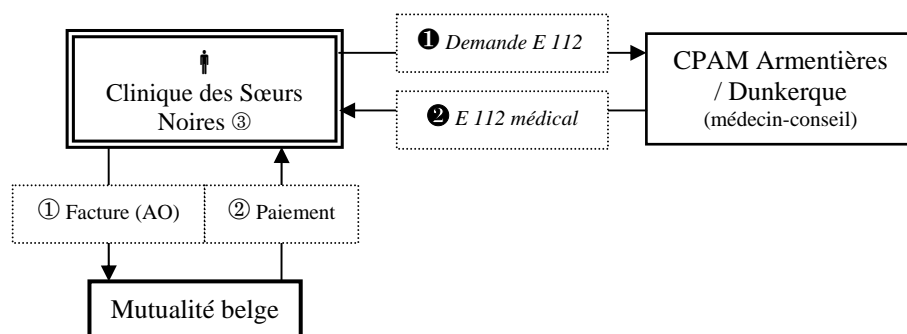
⁷² Institut National d'Assurance Maladie

⁷³ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

- ③ La clinique Yan Yperman supporte l'intégralité des **tickets modérateurs** relatifs au traitement prescrit au sein de la clinique.

Les **assurés français** dialysés à la clinique Yan Yperman dans le cadre de cette convention n'ont donc aucune démarche particulière à effectuer lors de leur sortie de la clinique : leurs frais sont automatiquement et intégralement pris en charge par leur CPAM et la clinique de Sœurs Noires.

Schéma



Evaluation (art.11)

Afin de connaître et de suivre le coût des soins, la clinique adresse un duplicata de chaque facture à l'organisme d'affiliation (CPAM de Dunkerque ou CPAM d'Armentières).

Coordonnées

➤ Etablissement hospitalier

Clinique Yan Yperman
Briekstraat 12
8900 Ieper
Tél. : 0032 (0) 57/35.35.35
Fax : 0032 (0)57/35.36.37
E-mail : info@yperman.net

➤ Caisses d'assurance maladie

CPAM d'Armentières
6 rue des Nieulles – BP 121
F-59428 Armentières Cedex France
Tél. : 0033 (0)820 904 259
Fax : 0033 (0)3 20 44 39 50

CPAM de Dunkerque
rue de la batellerie – BP 4523
F-59386 Dunkerque Cedex
France
Tél. : 0033 (0)820 904 259
Fax : 0033 (0)3 28 26 38 80

CH Tourcoing – CH de Mouscron : **Maladies infectieuses - Hémodialyse** (1995)

Etant donné que le centre hospitalier de Mouscron ne dispose pas d'un laboratoire de référence en conformité avec la législation nationale belge, il ne peut prendre en charge intégralement les patients atteints de maladies infectieuses graves. C'est pourquoi il orientait ses patients vers une unité de soins spécialisés, située parfois à plus de 100 km de leur lieu de résidence. Or, le centre hospitalier de Tourcoing, situé à 2 km de la clinique le Refuge, dispose d'une telle unité.

Pour sa part, le centre hospitalier de Tourcoing ne dispose pas de poste de dialyse. C'est pourquoi il envoyait ses patients vers les services de néphrologie de Lille ou de Roubaix. Or, la proximité des postes de dialyse de la clinique le Refuge pouvait apporter des avantages significatifs en terme de qualité de vie.

Ces constats ont amené les Centres Hospitaliers de Tourcoing et de Mouscron (site « Le Refuge ») à signer une première convention de complémentarité dans ces domaines.

Cette convention, entrée en vigueur le 15 juin 1994, permet :

- (1) à des assurés belges atteints de maladies infectieuses graves de recevoir des soins au CH de Tourcoing et**
- (2) à des assurés français atteints d'insuffisance rénale d'être dialysés au CH de Mouscron.**

(1) Assurés belges orientés par le CH de Mouscron vers le service des maladies infectieuses du CH de Tourcoing

Champ d'application (art.1)

➤ Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- les assurés sociaux tombant sous le champ d'application des règlements européens n°1408/71 et n°574/72,
- qui résident en Belgique et sont domiciliés dans les arrondissements de Courtrai, Mouscron-Comines, Tournai, Ath et Ypres et
- sont atteints de pathologies infectieuses graves (dont les infections à V.I.H.).
- et soignés au CHM

➤ Prestations

Ces patients peuvent être accueillis au sein du service des maladies infectieuses du CH de Tourcoing ou dans le service de réanimation spécifique à cette discipline.

Les prestations autorisées sont reprises à l'annexe 2 de la convention. Il s'agit :

1. pour le V.I.H. :

- des bilans clinique et biologique, psychologique et social,
- des soins, avec prise en charge hospitalière (sauf les soins palliatifs). Ces soins concernent tous les patients atteints par le V.I.H. quel que soit le stade évolutif de l'infection ; traitements anti-rétroviraux AZT-DDI-DDC-trithérapie. Pour la trithérapie, les médicaments peuvent être délivrés en officine de ville depuis le 30 octobre 1997.
- des prescriptions pharmaceutiques autres (avec prise en charge rétroactive de celles-ci).

2. pour les autres maladies infectieuses graves :
 - des bilans clinique et paraclinique,
 - et des soins, avec prise en charge hospitalière. »

Les patients ont également accès aux consultations hospitalières en la matière (art. 5). Elles sont prises en charge selon le mode défini par la convention.

N'entrent donc **pas** dans le champ de la convention : les examens et séances de dépistage liés au V.I.H., ni les soins palliatifs liés au SIDA (art.3, alinéas 2 et 3).

Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives (art.7)

Demande E 112

- ❶ Le CH de Tourcoing transmet la demande d'autorisation médicale (E 112) auprès du CH de Mouscron.
- ❷ Le CH de Mouscron envoie cette demande auprès du médecin-conseil de la mutualité dont dépend le patient.
- ❸ **Le médecin-conseil de la mutualité du patient examine la demande et délivre, le cas échéant, le formulaire E112** au CH de Tourcoing. Le E 112, nécessaire à la prise en charge par l'assurance maladie et invalidité belge des prestations délivrées au CH de Tourcoing, doit porter la mention « convention complémentarité du 15/06/1994 ». Il a une durée de validité maximale d'un an.
Pour les maladies infectieuses graves hors infection VIH, le médecin-conseil se prononce sur la base d'un rapport d'un médecin spécialiste hospitalier.

Renouvellement E 112

- (1) En ce qui concerne le renouvellement des E 112, le CH de Tourcoing transmet la demande du CH de Mouscron.
- (2) **Le médecin-conseil de la mutualité envoie, le cas échéant, le renouvellement au CH de Tourcoing.**

Les **assurés belges** orientés vers le CH de Tourcoing dans le cadre de cette convention n'ont aucune démarche préalable à effectuer.

➤ Prise en charge financière (art.8)

Le remboursement des dépenses de prestations en nature engagées interviendra selon les dispositions des articles 36 du règlement (CEE) n°1408/71 et 93 du règlement (CEE) n°574/72.

Ainsi, l'assurance maladie belge prend en charge, via le CLEISS⁷⁴ (F) et l'INAMI (B), la **part obligatoire**, sur base des tarifs français.

⁷⁴ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

Concrètement :

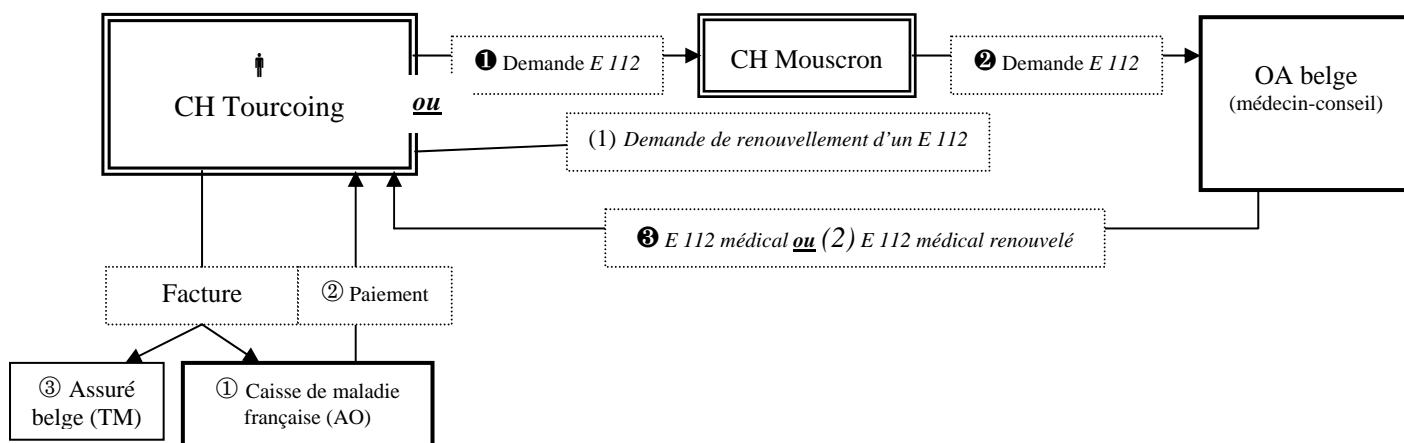
- ① Le CH de Tourcoing envoie sa facture à la CPAM de Tourcoing.
- ② La caisse paie, sur base du E 112, la **part obligatoire** au CH de Tourcoing, comme s'il s'agissait d'un assuré français.

La caisse française se fait ensuite rembourser, via le CLEISS, par l'INAMI (formulaire E 125). L'assurance maladie belge rembourse donc les soins sur base des tarifs français. L'INAMI répercute enfin la dépense sur la mutualité belge concernée.

- ③ **Tickets modérateurs**
La plupart des bénéficiaires de la convention supportent un ticket modérateur.

Les **assurés belges** orientés vers le CH de Tourcoing dans le cadre de cette convention paie, le cas échéant, leur ticket modérateur à leur sortie du CH de Tourcoing.

➤ Schéma



Evaluation (art.8)

Afin de connaître et de suivre le coût des soins, le Centre Hospitalier de Tourcoing adresse un duplicata de chaque facture à l'organisme assureur belge concerné.

Coordonnées

➤ Etablissements hospitaliers

Centre Hospitalier de Tourcoing

Evelyne ANGEON
155, rue du Président Coty - B.P. 619
F-59208 Tourcoing Cedex
Tél. : 0033 (0)3 20 69 46 83
E-mail : enoyez@ch-tourcoing.fr

Centre Hospitalier de Mouscron

Christelle RASSCHAERT
Avenue Fécamp, 49 (Site CHR)
Rue du Couvent, 39 (Site « Le Refuge »)
B-7700 Mouscron
Belgique
Tél : 0032 56 85 82 31
E-mail : c.rasschaert@chmouscron.be

➤ Organismes assureurs

Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI)

Rue du Trône 30 boîte A
B-1000 Bruxelles
Tél. : 0032 (0)2 229 35 62
E-mail : info@caami-hziv.fgov.be

Caisse Nationale de la SNCB

Rue de France 85
B-1060 Bruxelles
Tél. : 0032 (0)2 525 44 45
E-mail : 900.css-kgv@B-Holding.be

Mutualité Chrétienne Hainaut Picardie

Rue Saint-Brice 44
B-7500 Tournai
Tél. : 0032 (0)69 25 62 11
Fax : 0032 (0)69 21 25 65
E-mail : haipi@mc.be

Mutualité Neutre du Hainaut

Avenue de Waterloo 23
B-6000 Charleroi
Tél. : 0032 (0)71 20 52 11
Fax : 0032 (0)71 32 87 98
E-mail : rchif@mut216.be

Mutualité Libérale

Rue Childéric 15
B-7500 Tournai
Tél. : 0032 (0)69 34 38 00
Fax : 0032 (0)69 21 67 20
E-mail : mutlib.413@skynet.be

Mutualité libre

Rue St-Hubert 19
B-1150 Bruxelles
Tél. : 0032 (0)2 778 92 11
E-mail : info@mloz.be

Mutualité socialiste du Hainaut occidental

rue du Val, 2
B-7700 Mouscron
Tél. : 0032 (0)56 85 27 09
Fax : 0032 (0)56 85 27 38
E-mail : info314@msho.be

(2) Assurés français orientés par le CH de Tourcoing vers le service d'hémodialyse du CH de Mouscron

Champ d'application (art.1) :

➤ Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- les assurés sociaux tombant sous le champ d'application des règlements européens n°1408/71 et n°574/72,
- résidant en France et
- affiliés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tourcoing, à la Caisse Maladie Régionale du Nord ou à la Mutualité Sociale Agricole du Nord.

➤ Prestations

Prestations d'hémodialyse

Ces patients peuvent être pris en charge par le service d'hémodialyse chronique pour adultes de la clinique « Le Refuge » (Mouscron), en cas de saturation des équipements appropriés des établissements français publics ou privés du versant nord-est de la Métropole lilloise.

Les actes autorisés sont listés à l'annexe 1 de la convention. Il s'agit :

- de la création chirurgicale de l'abord vasculaire ;
- des séances d'épuration rénale ;
- des médicaments nécessaires à celles-ci ;
- des actes de biologie clinique.

Sont également pris en charge les frais (hospitalisation, médicaments ...) consécutifs aux complications subies par le patient en raison de son insuffisance rénale chronique ou suite au traitement.

Les patients ont en outre accès aux consultations hospitalières en la matière (art. 5). Elles sont prises en charge selon le mode défini par la convention.

N'entrent donc **pas** dans le champ de la convention : les alternatives à la dialyse en centre et les transplantations rénales.

Notons qu'un avenant à cette convention est en cours de validation : celui-ci vise à permettre aux patients greffés au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille et préalablement traités au Centre Hospitalier de Mouscron d'être suivis par leur centre de dialyse référent, à savoir le service de néphrologie du CH de Mouscron.

Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives (art.7)

Demande E 112

- ❶ Le CH de Mouscron transmet une demande d'autorisation auprès du CH de Tourcoing
- ❷ Le CH de Tourcoing envoie cette demande auprès du médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie dont dépend le patient, à savoir :
 - la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tourcoing pour les patients relevant du régime général d'assurance maladie,

- la Caisse Maladie Régionale du Nord pour les patients relevant du régime des artisans et des commerçants ou,
- la Mutualité Sociale Agricole du Nord pour les patients relevant du régime agricole.

③ **Le médecin-conseil** chargé du contrôle hospitalier près de la CPAM de Tourcoing / CMR du Nord / MSA du Nord **examine les demandes** de prise en charge (demandes de E 112).

Après accord, la CPAM de Tourcoing / CMR du Nord / MSA du Nord délivre un **formulaire E 112** sur lequel est reprise l'expression « Convention complémentarité du 15/06/1994 ». Ce document est valable jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La CPAM envoie directement ce formulaire au CH de Mouscron (☉) tandis que les E 112 émis par la CMR et la MSA du Nord transitent par le CH de Tourcoing (☉).

Renouvellement E 112

- (1) Un mois avant la fin de validité des E 112 initiaux (fin novembre), le CH de Mouscron transmet les demandes de renouvellement auprès du service « Relations internationales » de la CPAM de Tourcoing / CMR du Nord / MSA du Nord.
- (2) La caisse d'assurance maladie⁷⁵ transmet, le cas échéant, le renouvellement du E 112 au CH de Mouscron.

En cas de refus du premier renouvellement au 31 décembre de l'année en cours, l'autorisation initiale est réputée acquise jusqu'au terme des droits ouverts, soit une année à compter de sa délivrance.

Les **assurés français** orientés vers le CH de Mouscron dans le cadre de cette convention n'ont aucune démarche préalable à effectuer.

➤ *Prise en charge financière (art.8) :*

Le remboursement des dépenses de prestations en nature engagées intervient selon les dispositions des articles 36 du Règlement (CEE) n°1408/71 et 93 du règlement (CEE) n°574/72.

Ainsi, l'assurance maladie française prend en charge, via l'INAMI (B) et le CLEISS (F), la **part obligatoire**, sur base des tarifs français.

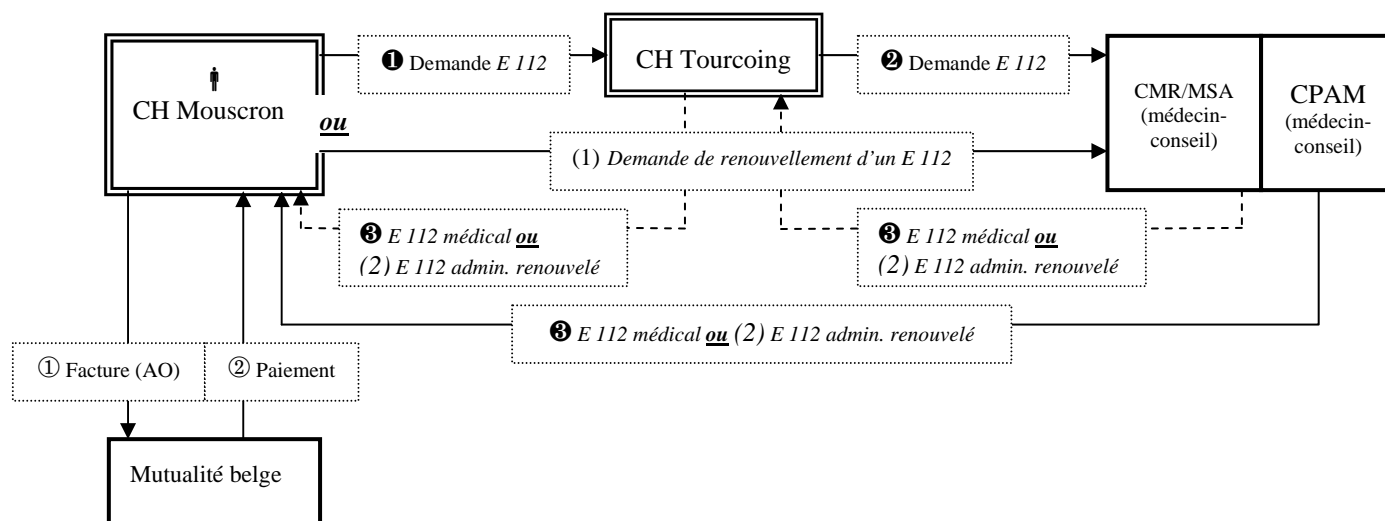
Concrètement :

- ① L'hôpital de Mouscron envoie sa facture à un organisme assureur belge.
- ② La mutualité belge paie, sur base du E 112, la **part obligatoire** au CH de Mouscron, comme s'il s'agissait d'un assuré belge.
La mutualité belge se fait ensuite rembourser, via l'INAMI, par le CLEISS (formulaire E 125).
L'assurance maladie française rembourse donc les soins sur base des tarifs belges.
Le CLEISS répercute enfin la dépense sur la caisse d'assurance maladie concernée.
- ③ **Tickets modérateurs**
Suite à un accord entre le CHM et le CHT, aucun ticket modérateur n'est réclamé à l'assuré.
Les soins sont ainsi, comme en France, pris en charge à 100 % (ALD).

⁷⁵ Procédure non encore appliquée par le CMR et la MSA : le renouvellement délivré par la CMR et la MSA transite via le CH de Tourcoing.

Les **assurés français** orientés vers le CH de Mouscron dans le cadre de cette convention n'ont donc aucune démarche particulière à effectuer lors de leur sortie du CH de Mouscron.

➤ Schéma



Coordonnées

➤ Etablissements hospitaliers

Centre Hospitalier de Tourcoing
 Evelyne ANGEON
 155, rue du Président Coty - B.P. 619
 F-59208 Tourcoing Cedex
 Tél. : 0033 (0)3 20 69 46 83
 E-mail : enoyez@ch-tourcoing.fr

Centre Hospitalier de Mouscron
 Christelle RASSCHAERT
 Avenue Fécamp, 49 (Site CHR)
 Rue du Couvent, 39 (Site « Le Refuge »)
 B-7700 Mouscron
 Tél. : 0032 56 85 82 31
 E-mail : c.rasschaert@chmouscron.be

➤ Caisses d'assurance maladie

CPAM de Tourcoing
 2 place Sébastopol – BP 700
 F-59208 TOURCOING Cedex

 Tél. : 0033 (0)820 904 259
 Fax : 0033 (0)3 20 25 73 10

CMR du Nord
 Rue Nationale
 F-59045 Lille Cedex

 Tél. : 0033 (0)3 20 12 36 00
 Fax : 0033 (0)3 20 57 91 89

MSA du Nord
 Adresse postale : 59716 Lille Cedex 9
 Accueil : 33 rue du Grand But
 F-59160 Capinghem
 Tél. : 0033 (0)3 20 00 21 99
 Fax: 0033 (0)3 20 00 20 00

CH Tourcoing – CH de Mouscron : **IRM – Scintigraphie** (2004)

Le succès du partenariat « Hémodialyse - Maladies infectieuses » et la confiance mutuelle des directeurs et des équipes médicales ont amené les centres hospitaliers de Mouscron et de Tourcoing à envisager d'autres coopérations.

Étant donné que le CH de Tourcoing dispose d'un appareil IRM agréé – ce qui n'est pas le cas du CH de Mouscron et que parallèlement, ce dernier pratique les examens de scintigraphie que ne réalise pas le CH de Tourcoing, les deux établissements hospitaliers ont négocié et signé une convention en imagerie médicale.

Cette convention, en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2004, permet :

- (1) à des assurés belges de se rendre au CH de Tourcoing pour des examens IRM et ;**
- (2) à des assurés français de se rendre au CH de Mouscron pour des explorations de scintigraphie.**

Cette convention permet de réduire les temps d'accès aux examens que les patients des deux établissements hospitaliers doivent subir.

(1) Assurés belges orientés par le CH de Mouscron vers l'IRM du CH de Tourcoing

Champ d'application (art.2) :

➤ Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- les assurés sociaux tombant sous le champ d'application des règlements européens n°1408/71 et n°574/72,
- résidant en Belgique et
- affiliés aux différents organismes assureurs belges
- qui sont préalablement pris en charge par le CH de Mouscron.

➤ Prestations

Ces patients peuvent, sur demande du médecin du CH de Mouscron, se rendre au CH de Tourcoing pour réaliser **certains examens IRM**.

Les actes autorisés sont listés à l'annexe 3 de la convention. Il s'agit des prestations suivantes :

- Examen d'IRM de la tête
- Examen d'IRM du cou ou du thorax
- Angiographie par résonance magnétique des vaisseaux du cou ou du thorax
- Examen d'IRM d'un ou des deux seins
- Examen d'IRM du rachis cervical ou thoracique ou lombosacré
- Examen d'IRM d'un membre

Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives (art.3) :

- ❶** Le CH de Mouscron envoie une demande d'autorisation auprès de l'organisme assureur dont dépend le patient.

② L'organisme assureur délivre, pour les affiliés du régime belge de l'assurance maladie bénéficiaires de la convention, l'autorisation de prise en charge, **sans autorisation médicale préalable**. Le formulaire E112 remis au CH de Mouscron doit porter la mention « Convention transfrontalière de complémentarité IRM – Scintigraphie du 01/11/2004 ».

③ Dès réception du formulaire E 112, le CH de Mouscron l'envoie au CH de Tourcoing.

Les **assurés belges** orientés vers le CH de Tourcoing dans le cadre de cette convention n'ont aucune démarche préalable à effectuer.

➤ **Prise en charge financière (art.4) :**

Le remboursement des dépenses de prestations en nature engagées intervient selon les dispositions des articles 36 du Règlement (CEE) n°1408/71 et 93 du règlement (CEE) n°574/72.

Concrètement, l'assurance maladie belge prend en charge, via le CLEISS⁷⁶ (F) et l'INAMI (B), la **part obligatoire**, sur base des tarifs français :

① Le centre hospitalier de Tourcoing envoie sa facture à la caisse de maladie française compétente et, le cas échéant, à l'assuré.

② La caisse paie, sur base du E 112, la **part obligatoire** relative au CH de Tourcoing, comme s'il s'agissait d'un assuré français.

Le forfait technique est pris directement en charge à 100 % par l'organisme de sécurité sociale.

L'acte intellectuel est, en fonction de la réglementation, remboursé à 70 % ou 100 % par l'organisme assureur.

La caisse se fait ensuite rembourser, via le CLEISS, par l'INAMI (formulaire E 125).

L'assurance maladie belge rembourse donc les soins sur base des tarifs français.

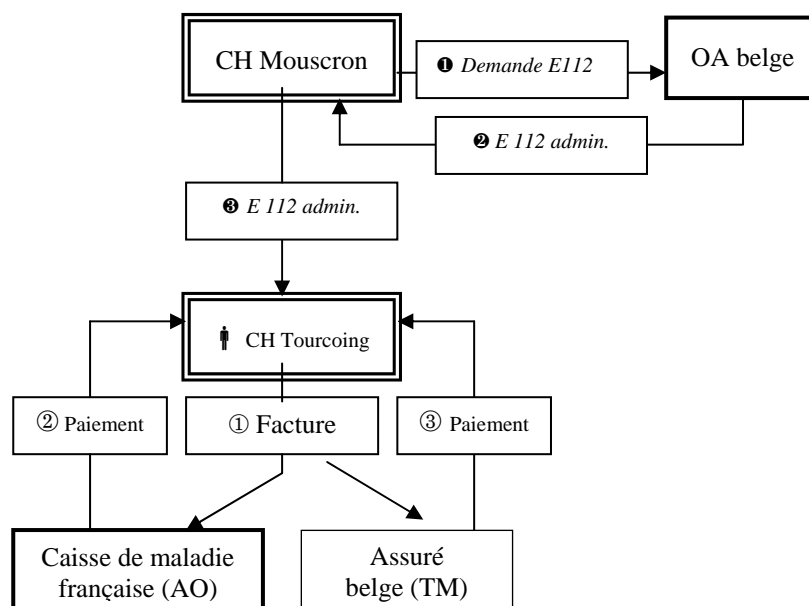
L'INAMI répercute enfin la dépense sur la mutualité belge concernée.

③ L'assuré paie son **ticket modérateur** sur base de la facture émise par le CH de Tourcoing. Suite à un accord entre le CHT et le CHM, les tickets modérateurs supportés par les assurés belges s'élèvent, comme en Belgique, à 9,92 € ou 4,57 € suivant l'assurabilité.

Les **assurés belges** orientés vers le CH de Tourcoing dans le cadre de cette convention doivent, à leur sortie de l'hôpital, payer leur ticket modérateur.

⁷⁶ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

➤ **Schéma**



Evaluation (art.4)

Afin de connaître et de suivre le coût des soins, le Centre Hospitalier de Tourcoing adresse un duplicata de chaque facture à l'organisme assureur concerné.

Une première évaluation de la convention a révélé qu'environ 1000 examens IRM sont pratiqués chaque année dans le cadre de cette convention.

Coordonnées

➤ **Etablissements hospitaliers**

Centre Hospitalier de Tourcoing
 Evelyne ANGEON
 155, rue du Président Coty - B.P. 619
 F-59208 Tourcoing Cedex
 Tél. : 0033 (0)3 20 69 46 83
 E-mail : enoyez@ch-tourcoing.fr

Centre Hospitalier de Mouscron
 Christelle RASSCHAERT
 Avenue Fécamp, 49 (Site CHR)
 Rue du Couvent, 39 (Site « Le Refuge »)
 B-7700 Mouscron
 Tél. : 0032 56 85 82 31
 E-mail : c.rasschaert@chmouscron.be

➤ **Organismes assureurs**

**Caisse Auxiliaire d'Assurance
Maladie Invalidité (CAAMI)**
Rue du Trône 30 boîte A
B-1000 Bruxelles
Belgique
Tél. : 0032 (0)2 229 35 62
E-mail : info@caami-hziv.fgov.be

Mutualité Neutre du Hainaut
Avenue de Waterloo 23
B-6000 Charleroi
Tél. : 0032 (0)71 20 52 11
Fax : 0032 (0)71 32 87 98
E-mail : rchif@mut216.be

**Mutualité socialiste du Hainaut
occidental**
rue du Val, 2
7700 Mouscron
Belgique
Tél. : 0032 (0)56 85 27 09
Fax : 0032 (0)56 85 27 38
E-mail : info314@msho.be

Caisse Nationale de la SNCB
Rue de France 85
B-060 Bruxelles
Belgique
Tél. : 0032 (0)2 525 44 45
E-mail : 900.css-kgv@B-Holding.be

Mutualité Libérale
Rue Childéric 15
B-7500 Tournai
Belgique
Tél. : 0032 (0)69 34 38 00
Fax : 0032 (0)69 21 67 20
E-mail : mutlib.413@skynet.be

Mutualité Chrétienne Hainaut Picardie
Rue Saint-Brice 44
B-7500 Tournai
Belgique
Tél. : 0032 (0)69 25 62 11
Fax : 0032 (0)69 21 25 65
E-mail : haipi@mc.be

Mutualité libre
Rue St-Hubert 19
B-1150 Bruxelles
Belgique
Tél. : 0032 (0)2 778 92 11
E-mail : info@mloz.be

(2) Assurés français orientés par le CH de Tourcoing vers la scintigraphie du CH de Mouscron

Champ d'application (art.1) :

➤ Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- les assurés sociaux tombant sous le champ d'application des règlements européens n°1408/71 et n°574/72,
- résidant en France,
- affiliés à la CPAM de Tourcoing, à la CMR ou à la MSA du Nord et
- pris en charge au CH de Tourcoing.

➤ Prestations

Ces patients peuvent se rendre au CH de Mouscron pour effectuer des explorations de scintigraphie.

Les actes autorisés sont listés à l'annexe 2 de la convention⁷⁷.

Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives (art.3)

- ❶ Le CH de Mouscron envoie une demande d'autorisation au CH de Tourcoing.
- ❷ Le CH de Tourcoing transmet cette demande à la caisse d'assurance maladie dont dépend le patient, à savoir :
 - la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tourcoing pour les patients relevant du régime général d'assurance maladie,
 - la Caisse de Maladie Régionale du Nord pour les patients relevant du régime des artisans et des commerçants ou,
 - la Mutualité Sociale Agricole du Nord pour les patients relevant du régime agricole.
- ❸ La caisse d'assurance maladie délivre, pour les affiliés des régimes français de l'assurance maladie bénéficiaires de la convention, les autorisations de prise en charge, **sans autorisation médicale préalable**. Le formulaire E 112 remis au CH de Mouscron doit porter la mention « Convention transfrontalière de complémentarité IRM – Scintigraphie du 01/11/2004 ».

Les **assurés français** orientés vers le CH de Mouscron dans le cadre de cette convention n'ont aucune démarche préalable à effectuer.

➤ Prise en charge financière (art.4)

Le remboursement des dépenses de prestations en nature engagées intervient selon les dispositions des articles 36 du Règlement (CEE) n°1408/71 et 93 du règlement (CEE) n°574/72.

Ainsi, l'assurance maladie française prend en charge, via l'INAMI (B) et le CLEISS (F), la part obligatoire, sur base des tarifs français. La facture est envoyée en totalité au CH de Tourcoing lorsque le patient y est hospitalisé. Les tickets modérateurs sont supportés par le CHT lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé au CHT ou par les assurés lorsqu'il s'agit de patients ambulatoires.

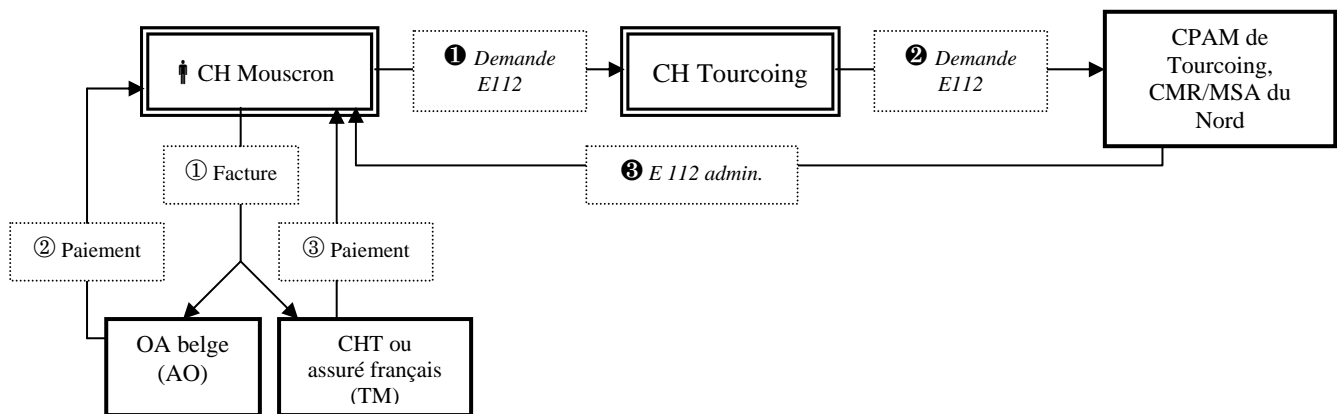
⁷⁷ Les prestations sont reprises à l'annexe 9 de ce document.

Concrètement :

- ① Le CH de Mouscron envoie sa facture à un organisme assureur belge et au CH de Tourcoing.
- ② La mutualité belge paie la **part obligatoire** au CH de Mouscron, comme s'il s'agissait d'un assuré belge.
La mutualité belge se fait ensuite rembourser, via l'INAMI, par le CLEISS (formulaire E 125). L'assurance maladie française rembourse donc les soins sur base des tarifs belges.
Le CLEISS répercute enfin la dépense sur la caisse d'assurance maladie concernée.
- ③ Le CH de Tourcoing prend en charge les **tickets modérateurs** pour les patients hospitalisés au CHT. Les patients ambulatoires doivent par contre prendre en charge un ticket modérateur.

Les **assurés français** orientés vers le CH de Mouscron dans le cadre de cette convention doivent payer leur éventuel ticket modérateur lors de leur sortie du CH de Mouscron.

➤ **Schéma**



Evaluation (art.4)

Afin de connaître et de suivre le coût des soins, le Centre Hospitalier de Mouscron adresse un duplicata de chaque facture à l'organisme assureur concerné.

Une première évaluation de la convention a révélé qu'environ 300 examens de scintigraphie sont pratiqués chaque année dans le cadre de cette convention.

Coordonnées

➤ ***Etablissements hospitaliers***

Centre Hospitalier de Tourcoing

Evelyne ANGEON
155, rue du Président Coty - B.P. 619
F-59208 Tourcoing Cedex
Tél. : 0033 (0)3 20 69 46 83
E-mail : enoyez@ch-tourcoing.fr

Centre Hospitalier de Mouscron

Christelle RASSCHAERT
Rue Fécamp, 49
Rue du Couvent, 39 (Site « Le Refuge »)
B-7700 Mouscron
Tél. : 0032 56 85 82 31
E-mail : c.rasschaert@chmouscron.be

➤ ***Caisses d'assurance maladie***

CPAM de Tourcoing

2 place Sébastopol – BP 700
F-59208 TOURCOING Cedex

Tél. : 0033 (0)820 904 259
Fax : 0033 (0)3 20 25 73 10

CMR du Nord

Rue Nationale
F-59045 Lille Cedex

Tél. : 0033 (0)3 20 12 36 00
Fax : 0033 (0)3 20 57 91 89

MSA du Nord

Adresse postale : 59716 Lille Cedex 9
Accueil : 33 rue du Grand But
F-59160 Capinghem

Tél. : 0033 (0)3 20 00 21 99
Fax: 0033 (0)3 20 00 20 00

CH Tourcoing – CH de Mouscron : ***Urologie – Lithotripsie*** (2005)

Le versant Nord-Est du bassin de vie Métropole et la zone frontalière de la région mouscronnoise disposent dans le domaine urologique d'une offre de soins hospitalière composée de trois pôles complémentaires au degré de spécialisation différencié.

Les centres hospitaliers de Tourcoing, Roubaix et Mouscron ont négocié un projet de partenariat entre ces trois pôles afin d'améliorer la prise en charge et la délivrance des soins aux patients.

La première partie de cette convention est opérationnelle depuis le 1^{er} mars 2005 entre le CH de Mouscron et celui de Tourcoing.

Cette convention permet à des assurés français de recevoir des prestations d'urologie au CH de Mouscron.

Lorsque l'équipe d'urologie du CH de Roubaix sera en mesure de collaborer à ce projet, la convention sera effective entre les trois établissements.

Assurés français recevant des prestations d'urologie au CH de Mouscron

Champ d'application (art.1)

➤ Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont :

- les patients ambulatoires,
- assurés sociaux tombant sous le champ d'application des règlements européens n°1408/71 et n°574/72,
- résidant en France et
- affiliés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tourcoing ou à la Caisse de Maladie Régionale du Nord ou à la Mutualité Sociale Agricole du Nord.

➤ Prestations

Ces patients peuvent se rendre au CH de Mouscron en vue de passer un certain nombre de prestations de lithotripsie, biopsie, examens urodynamiques et endoscopies.

Les actes autorisés sont détaillés à l'article 1 de la convention et dans son avenant n°1. Il s'agit des prestations suivantes :

Prestations urologiques

- Consultation médecin spécialiste
- Examen uro-dynamique mictiographie*
- Examen électrophysiologique de l'appareil génito-urinaire*
- Cinq canaux ou plus*

* Ces examens pris en charge pour une période transitoire c'est-à-dire jusqu'à ce que le CH de Tourcoing dispose des installations et équipements nécessaires à leur réalisation sur son site.

Prestations de lithotripsie

- Traitement de la lithiase (rénale, biliaire, de pancréas) : au moyen de lithotriptideur extracorporel par ondes de choc sous contrôle radioscopique ou échographique.
- Anesthésie générale

Notons que cette convention n'autorise pas uniquement la mobilité des patients : elle prévoit également l'exercice des urologues de Mouscron au CH de Tourcoing.

Procédures administratives et financières

➤ *Démarches administratives (art.2)*

Demande E 112

- ❶ Le CH de Mouscron transmet une demande d'autorisation au CH de Tourcoing.
- ❷ Le CH de Tourcoing envoie cette demande à la caisse d'assurance maladie dont dépend le patient, à savoir :
 - la CPAM de Tourcoing pour les patients relevant du régime général d'assurance maladie,
 - la Caisse de Maladie Régionale du Nord pour les patients relevant du régime des artisans et des commerçants ou,
 - la Mutualité Sociale Agricole du Nord pour les patients relevant du régime agricole.Le service médical de la caisse est informé de l'accord délivré.
- ❸ La caisse d'assurance maladie délivre, pour les affiliés des régimes français de l'assurance maladie bénéficiaires de la convention, les autorisations de prise en charge, **sans autorisation médicale préalable**. Le formulaire E 112 remis au CH de Mouscron doit porter la mention « Convention de complémentarité du 01/03/2005 »⁷⁸.

Renouvellement E 112

Le renouvellement de cet accord de prise en charge est soumis au même dispositif qu'en cas de demande d'un E 112.

Les **assurés français** orientés vers le CH de Mouscron dans le cadre de cette convention n'ont aucune démarche préalable à effectuer.

➤ *Prise en charge financière (art.4)*

Le remboursement des dépenses de prestations en nature engagées interviendra selon les dispositions des articles 36 du règlement (CEE) n°1408/71 et 93 du règlement (CEE) n°574/72.

Ainsi, l'assurance maladie française prend en charge la part obligatoire, via l'INAMI (B) et le CLEISS (F), sur base des tarifs français et l'assuré supporte les tickets modérateurs.

Concrètement :

- ❶ Le CH de Mouscron envoie sa facture à un organisme assureur belge.
- ❷ La mutualité belge paie, sur base du E 112, la **part obligatoire** au CH de Mouscron, comme s'il s'agissait d'un assuré belge (cf. « Montant organismes assureurs »).
La mutualité belge se fait ensuite rembourser, via l'INAMI, par le CLEISS (formulaire E 125).
L'assurance maladie française rembourse donc les soins sur base des tarifs belges.
Le CLEISS répercute enfin la dépense sur la caisse d'assurance maladie concernée.

⁷⁸ Procédure non encore appliquée par le CMR et la MSA : le E 112 délivré par la CMR et la MSA transite via le CH de Tourcoing.

- ③ L'assuré supporte les **tickets modérateurs** sur base de la facture émise par le CH de Mouscron. Ces derniers peuvent être plus importants que ceux que le patient aurait eu à prendre en charge s'il avait été soigné en France. C'est pourquoi, il doit en être informé, au plus tard au moment de la prescription des examens concernés.

Tableau : Tarifs, interventions de l'assurance maladie et tickets modérateurs

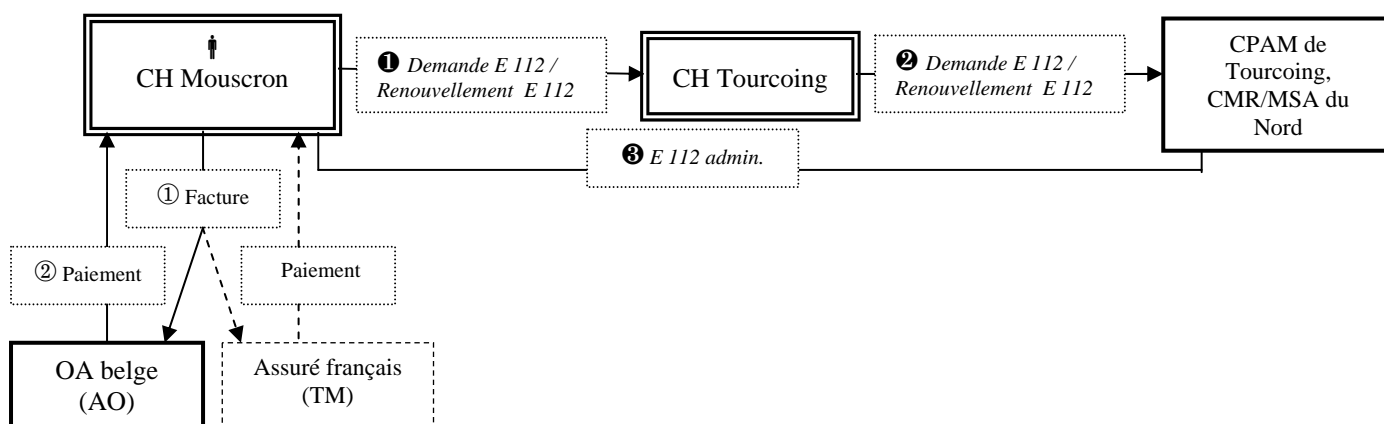
| Prestations urologiques | | | | |
|---|---|---------------|----------------------------|-----------------------------|
| Intitulé | Nomenclature INAMI | Montant total | Montant organisme assureur | Montant patient* (ambulant) |
| Consultation médecin spécialiste | 102535 N8 | 17,00 € | 10,82 € | 6,18 € |
| Examen uro-dynamique mictiographie** | 261914 / 261925 K 15 | 18,35 € | 15,60 € | 2,75 € |
| Examen électrophysiologique de l'appareil génito-urinaire** | 262393 / 262404 K 75 | 91,75 € | 91,75 | 0 € |
| Cinq canaux ou plus** | 261995 / 262006 K70 | 85,64 € | 76,96 € | 8,68 € |
| Lithotripsie | | | | |
| Traitement de la lithiase (rénale, biliaire, de pancréas) : au moyen de lithotriporteur extracorporel par ondes de choc sous contrôle radioscopique ou échographique. | 355073 / 355084 K320 | 321,72 € | 321,72 € | 0 € |
| | Maxi Forfait (761235) | 108,48 € | 108,48 € | 0 € |
| | Forfaits par admission | 23,73 € | 23,73 € | 0 € |
| | pour maxi forfait (591091 F10 + 591113 F12.5) | 29,67 € | 29,67 € | 0 € |
| Anesthésie générale | 200093 / 200104 K 198 | 317,80 € | 317,80 € | 0 € |

* Pour les patients ne bénéficiant pas de l'intervention majorée ; Pour les patients BIM : 0 €

** Ces examens pris en charge pour une période transitoire c'est-à-dire jusqu'à ce que le CH de Tourcoing dispose des installations et équipements nécessaires à leur réalisation sur son site (cf. avenant n°1). – Tarifs 2006

Les **assurés français** orientés vers le CH de Mouscron dans le cadre de cette convention doivent, à leur sortie de l'hôpital, payer leur éventuel ticket modérateur.

➤ Schéma



Evaluation (art.3)

Afin de connaître et de suivre le coût des soins, le Centre Hospitalier de Mouscron adresse un duplicata de chaque facture à l'organisme d'affiliation.

Coordonnées

➤ ***Etablissements hospitaliers***

Centre Hospitalier de Tourcoing

Evelyne ANGEON
155, rue du Président Coty - B.P. 619
F-59208 Tourcoing Cedex

Tél. : 0033 (0)3 20 69 46 83
E-mail : enoyez@ch-tourcoing.fr

Centre Hospitalier de Mouscron

Christelle RASSCHAERT
Rue Fécamp, 49
Rue du Couvent, 39 (Site « Le Refuge »)
B-7700 Mouscron

Tél. : 0032 56 85 82 31
E-mail : c.rasschaert@chmouscron.be

➤ ***Caisses d'assurance maladie***

CPAM de Tourcoing

2 place Sébastopol – BP 700
F-59208 Tourcoing Cedex

Tél. : 0033 (0)820 904 259
Fax : 0033 (0)3 20 25 73 10

CMR du Nord

Rue Nationale
F-59045 Lille Cedex

Tél. : 0033 (0)3 20 12 36 00
Fax : 0033 (0)3 20 57 91 89

MSA du Nord

Adresse postale : 59716 Lille Cedex 9
Accueil : 33 rue du Grand But
F-59160 Capinghem

Tél. : 0033 (0)3 20 00 21 99
Fax: 0033 (0)3 20 00 20 00

CHR de Mons – CHSA (Maubeuge) : *Soins intensifs – réanimation* (2004)

Le Centre Hospitalier du Sambre Avesnois (Maubeuge) ne dispose pas d'un nombre suffisant de lits en réanimation pour faire face aux besoins de son bassin de population. C'est pourquoi, compte tenu de la proximité géographique du Centre Hospitalier Régional de Mons et de sa disponibilité de lits, ces établissements ont signé, avec l'assurance maladie belge et française, une convention de coopération transfrontalière en la matière.

Cette convention, en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2004, permet à **des assurés français qui ne peuvent recevoir les soins dont ils ont besoin au CHSA – ou dans un autre établissement français des bassins de vie du Hainaut et de la Métropole, d'être transférés vers le service de soins intensifs du Centre Hospitalier Régional de Mons (site Saint-Joseph).**

Assurés français transférés par le CHSA vers le service de soins intensifs – réanimation du CHR de Mons

Champ d'application (art.4)

➤ *Bénéficiaires*

Les bénéficiaires sont :

- les assurés sociaux tombant sous le champ d'application des règlements européens n°1408/71 et n°574/72,
- résidant en France et
- hospitalisés au CHSA et/ou affiliés à la CPAM de Maubeuge, à la CMR du Nord ou à la MSA.

➤ *Prestations*

Ces patients peuvent être transférés ou orientés par un SMUR vers le service de réanimation du CHR de Mons.

Procédures administratives et financières

➤ *Démarches administratives*

Trois cas de figure sont prévus par la convention :

1. Le transfert de patients hospitalisés au CHSA vers le CHR de Mons

- ❶ Le CHSA vérifie préalablement l'assurabilité du patient afin d'assurer la prise en charge de la part obligatoire par l'assurance maladie française.
- ❷ Le CHSA transfère le patient vers les CHR, muni :
 - d'un bulletin de situation⁷⁹ + copie à la CPAM/CMR/MSA,
 - d'un bulletin d'hospitalisation⁸⁰ + copie à la CPAM/CMR/MSA ;
- ❸ La CPAM/CMR/MSA émet un formulaire E 112⁸¹ et le transmet au CHR ;

⁷⁹ Document certifiant l'impossibilité pour le CHSA de prendre en charge le patient dans son service de réanimation ou dans son unité de soins intensifs en cardiologie. Cf. Annexe 10.

⁸⁰ Document certifiant que l'assuré correspond à ce cas prévu par la convention. Cf. Annexe 10.

⁸¹ Dans le cadre de cette convention, les soins dans le service du CHR de Mons sont considérés comme des soins programmés au sens de l'assurance maladie.

2. Le transfert de patients admis au service des urgences du CHSA vers le CHR de Mons

- ❶ Le CHSA vérifie préalablement l'assurabilité du patient afin d'assurer la prise en charge de la part obligatoire par l'assurance maladie française.
- ❷ Le CHSA transfère le patient vers le CHR, muni :
 - d'un bulletin de situation⁸² + copie à la CPAM/CMR/MSA,
 - d'un bulletin de circulation externe⁸³ + copie à la CPAM/CMR/MSA ;
- ❸ La CPAM/CMR/MSA émet un formulaire E 112 et le transmet au CHR.

3. Le transfert direct de patients de la voie publique vers le CHR de Mons par le SMUR du CHSA

- ❶ Le SMUR du CHSA oriente le patient, selon les directives du centre 15 du Nord, vers le CHR, muni d'une fiche administrative (éventuellement a posteriori) + copies à la CPAM/CMR/MSA et au service des admissions du CHSA⁸⁴ ;
- ❷ La CPAM/CMR/MSA émet un formulaire E 112 (cf. avenant n°2).

Une procédure similaire devrait être appliquée par les autres SMUR de la région.

Dans les trois cas, les **assurés français** n'ont aucune démarche préalable à effectuer.

➤ Prise en charge financière (art.16)

Le remboursement des dépenses de prestations en nature engagées intervient selon les dispositions des articles 36 du Règlement (CEE) n°1408/71 et 93 du règlement (CEE) n°574/72.

Le circuit suivi par la facture et la prise en charge des tickets modérateurs dépendent du type de transfert.

1. Le transfert de patients hospitalisés au CHSA vers le CHR de Mons

Dans ce cas, l'assurance maladie française prend en charge, via l'INAMI (B) et le CLEISS (F), la part obligatoire, sur base des tarifs français et le CHSA supporte les tickets modérateurs.

Concrètement :

- ❶ Le CHR envoie sa facture à un organisme assureur belge et au CHSA (+ bulletin d'hospitalisation⁸⁵). Il avertit par mail le CHSA de l'envoi de cette facture.
- ❷ La mutualité belge paie, sur base du E 112, **la part obligatoire** au CHR, comme s'il s'agissait d'un assuré belge.
La mutualité belge se fait ensuite rembourser, via l'INAMI, par le CLEISS (formulaire E 125).
L'assurance maladie française rembourse donc les soins sur base des tarifs belges.
Le CLEISS répercute enfin la dépense sur la caisse d'assurance maladie concernée.

⁸² Document certifiant l'impossibilité pour le CHSA de prendre en charge le patient dans son service de réanimation ou dans son unité de soins intensifs en cardiologie. Cf. Annexe 10.

⁸³ Document certifiant que l'assuré correspond à ce cas prévu par la convention. Cf. Annexe 10.

⁸⁴ Afin de pouvoir informer le CHR lorsque la fiche administrative n'a pas été délivrée.

⁸⁵ Document certifiant que l'assuré correspond à ce cas prévu par la convention. Cf. Annexe 10.

- ③ Le CHSA prend en charge les **tickets modérateurs**, sur base de la facture envoyée par le CHR.
- 2. Le transfert de patients admis au service des urgences du CHSA vers le CHR de Mons**
- 3. Le transfert direct de patients de la voie publique vers le CHR de Mons par le SMUR du CHSA**

Dans ces cas, l'assurance maladie française prend en charge, via l'INAMI (B) et le CLEISS (F), la part obligatoire, sur base des tarifs français et la CPAM/CMR/MSA supporte les tickets modérateurs.

Concrètement :

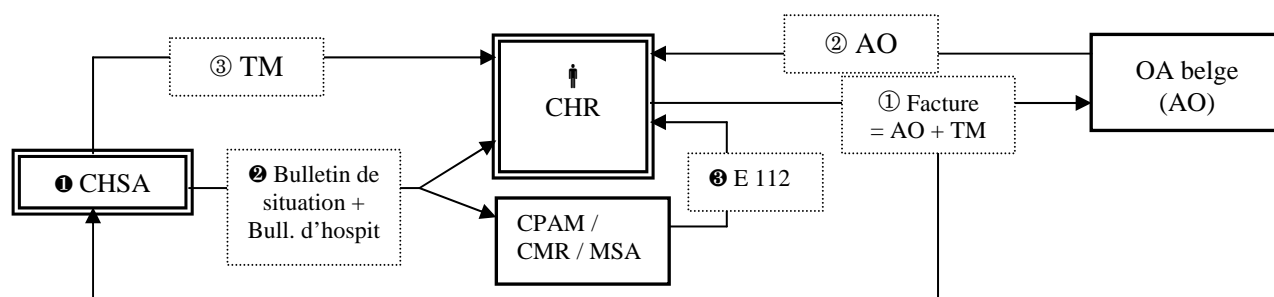
- ① Le CHR envoie sa facture à un organisme assureur belge et à la CPAM/CMR/MSA (+ bulletin de circulation externe⁸⁶).
- ② La mutualité belge paie, sur base du E 112, **la part obligatoire** au CHR, comme s'il s'agissait d'un assuré belge.
La mutualité belge se fait ensuite rembourser, via l'INAMI, par le CLEISS (formulaire E 125).
L'assurance maladie française rembourse donc les soins sur base des tarifs belges.
Le CLEISS répercute enfin la dépense sur la caisse d'assurance maladie concernée.
- ③ La CPAM (FASS⁸⁷) / CMR / MSA prend en charge les **tickets modérateurs**, sur base de la facture envoyée par le CHR.

Dans les trois cas, les soins reçus par les assurés français dans le cadre de cette convention sont pris en charge à 100 %, comme s'ils avaient été admis dans un service hospitalier français. Les **tickets modérateurs** sont, dans le premier cas, supportés par le CHSA et dans les deuxième et troisième cas, par le Fonds d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM de Maubeuge.

Les **assurés français** n'ont donc aucune démarche à réaliser à la sortie du CH de Mons.

> Schémas

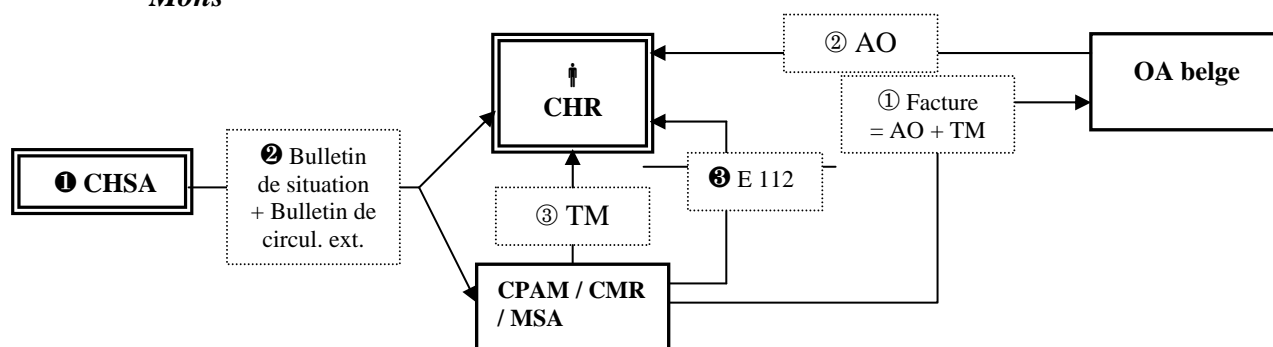
1. Le transfert de patients hospitalisés au CHSA vers le CHR de Mons



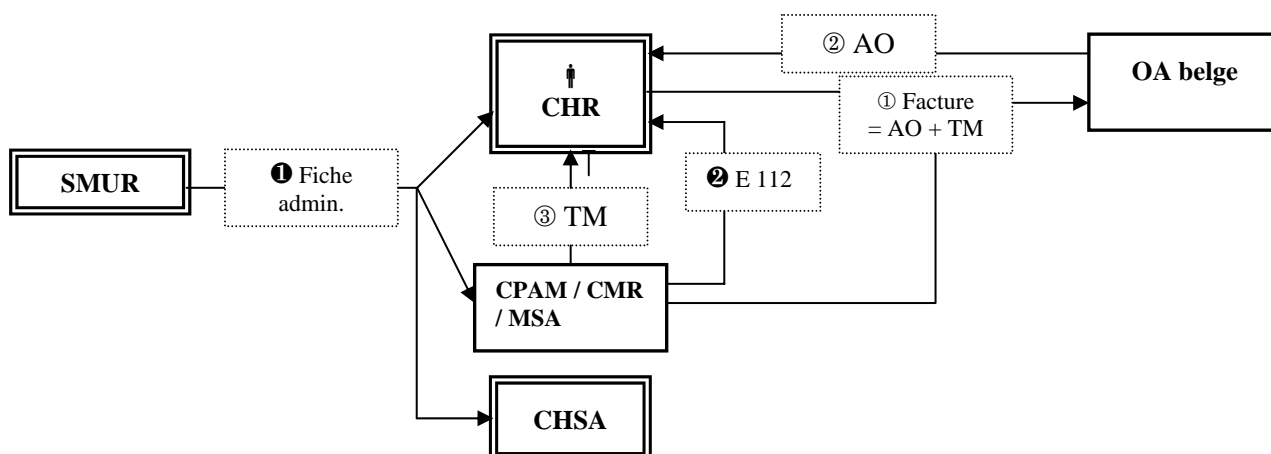
⁸⁶ Document certifiant que l'assuré correspond à ce cas prévu par la convention. Cf. Annexe 10.

⁸⁷ Fonds d'Action Sanitaire et Sociale

2. Le transfert de patients admis au service des urgences du CHSA vers le CHR de Mons



3. Le transfert direct de patients de la voie publique vers le CHR de Mons par le SMUR du CHSA



Evaluation

Le nombre de transferts de patients du CH de Maubeuge vers le CHR de Mons reste limité. Une première évaluation recense 34 cas en 2004 et 21 entre janvier et juillet 2005. Au cours de ces deux exercices, on observe un pic durant la saison hivernale.

Coordonnées

> Etablissements hospitaliers

Centre Hospitalier Régional de Mons
Clinique Saint-Joseph
Avenue Baudouin de Constantinople 5
B-7000 Mons
Tél. : 0032 (0)65 78 65 31
Fax : 0032 (0)65 78 57 48

Centre Hospitalier de Sambre Avesnois
M.C. Lemaire
13 Boulevard Pasteur BP 249
F-59607 Maubeuge Cedex
Tél. : 0033 (0)3 27 69 43 12
E-mail : mc_lemaire@ch-sa.com

> Caisses d'assurance maladie

CPAM de Maubeuge
Agnès Dufranne
24, rue de la Croix
F-59607 Maubeuge Cedex
Tél. : 0033 (0)3 27 69 52 31
Fax : 0033 (0)3 27 69 51 28
E-mail : agnes.dufranne@cpam-maubeuge.cnamts.fr

CMR du Nord
Rue Nationale
F-59045 Lille Cedex
Tél. : 0033 (0)3 20 12 36 00
Fax : 0033 (0)3 20 57 91 89

MSA du Nord
Adresse postale : 59716 Lille Cedex 9
Accueil : 33 rue du Grand But
F-59160 Capinghem
Tél. : 0033 (0)3 20 00 21 99
Fax: 0033 (0)3 20 00 20 00

2.4.2. Les projets de conventionnement

L'OFBS et LuxLorSan mènent d'autres projets de coopération dans la région frontalière franco-belge.

CHR de Tournai – CHR de Valenciennes : **Soins intensifs – réanimation**

Une convention a été négociée afin de permettre aux assurés sociaux français qui ne peuvent être pris en charge dans un délai raisonnable par le service de soins intensifs du CH de Valenciennes – ou dans un autre établissement français de ce bassin sanitaire, d'être transférés vers le CHR de Tournai.

Cette convention a été signée en 2003 par tous les acteurs intervenant dans cette procédure en Belgique. Sur le versant français, la convention n'a pas été signée mais un protocole administratif rédigé par la CPAM de Valenciennes avec les établissements hospitaliers a été élaboré. Celui-ci est en application depuis 2006. Ce dispositif permet de mettre en œuvre la coopération entre les deux établissements de soins concernés et assure le paiement des prestations dispensées par le CHR de Tournai aux patients français relevant de la CPAM de Valenciennes.

RHMS (Péruwelz) – CHR de Valenciennes : **Soins de suite et réadaptation**

Le CH de Valenciennes, le RHMS et l'assurance maladie ont négocié un projet de convention qui porte sur le transfert en permanence d'environ quatre patients du CHR de Valenciennes vers le RHMS – site de Péruwelz, qui dispose d'un plateau technique spécialisé dans la réadaptation fonctionnelle.

Ce texte n'a pas été agréé par l'ARH et n'est donc pas applicable actuellement.

CH de Charleville-Mézières – IMTR de Loverval – UGECAM NE : **Grands brûlés – Réadaptation fonctionnelle**

Le CH de Charleville-Mézières, l'IMTR de Loverval, l'UGECAM⁸⁸ NORD EST, l'ARH⁸⁹ de Champagne-Ardenne et l'assurance maladie ont négocié une convention qui donne la possibilité aux grands brûlés français d'être traités en soins aigus au centre des grands brûlés de Loverval et aux patients belges d'être traités en soins de réadaptation fonctionnelle dans les établissements de l'UGECAM Nord Est du département des Ardennes.

Cette convention permet au SMUR des Ardennes d'orienter les grands brûlés vers l'IMTR de Loverval.

Ce texte a reçu un avis favorable de l'assurance maladie belge. Il est en voie de validation sur le versant français.

EPSM Lille Métropole (Armentières) – Psychiatrisch Centrum de Menin : **Psychiatrie**

L'EPSM Lille Métropole d'Armentières, le Psychiatrisch Centrum de Menin, l'ARH du Nord et l'assurance maladie ont négocié une convention prévoyant l'accueil en France de patients belges en hospitalisation de jour en psychiatrie générale et l'accueil en Belgique de patients français en hospitalisation complète.

Ce texte a été validé par les instances belges. L'ARH a validé le texte et la convention pourra être mise en œuvre très prochainement.

⁸⁸ Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie

⁸⁹ Agence Régionale d'Hospitalisation

2.5. La Convention: SMUR

Le cadre juridique

Pour rappel, un accord-cadre a été signé entre la France et la Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière le 30 septembre 2005 à Mouscron. Cet accord est assorti d'un arrangement administratif d'application qui désigne les autorités compétentes pour conclure des conventions de coopérations sanitaires locales. L'arrangement administratif énumère également les modalités de prise en charge financière des soins assurés dans le cadre des conventions transfrontalières (tarif du pays des soins, tarif du pays d'affiliation ou tarif négocié).

La convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente s'inscrit dans ce dispositif. Signée le 20 mars 2007 à Tournai par le Ministre belge de la Santé, Monsieur Demotte et Monsieur Deroubaix, directeur de l'ARH⁹⁰ Nord-Pas-de-Calais qui avait reçu mandat du Ministère compétent et délégation des ARH de Champagne-Ardenne, Picardie et Lorraine, elle permet l'intervention en seconde intention d'un SMUR sur le territoire de l'autre Etat.

Cette convention porte à la fois sur le volet médical de la prise en charge des patients et le volet administratif et financier. En effet, elle régle d'une part, l'intervention des SMUR de part et d'autre de la frontière franco-belge afin d'améliorer la rapidité des interventions et assure d'autre part, la prise en charge des frais y afférant.

Cette convention s'applique à tout l'espace territorial frontalier franco-belge de Dunkerque et Ypres à Longwy et Arlon et complète les accords de coopération passés entre les deux pays en cas de catastrophes.

Intervention des SMUR de l'autre côté de la frontière

Il est important de souligner en premier lieu que la notion de SMUR diffère entre les deux pays puisqu'en :

Belgique il signifie « Service Mobile d'Urgence » et se compose d'un médecin et d'un infirmier et
En France il signifie « Structure mobile d'Urgence et de Réanimation » et se compose d'un médecin, un infirmier et un conducteur.

Par ailleurs, le système d'appel unifié des deux pays est représenté :
pour la Belgique par les « centres du système d'appel unifié » (centres 100/112) et ,
pour la France les « Centres 15 » qui sont les « centres de réception et de régulation des appels ».

La convention a pour objectif de mettre en synergie les moyens de réponse à l'urgence médicale dans les régions frontalières afin de réduire au maximum les temps d'intervention auprès du patient.

A cet égard, la convention énonce les modalités générales d'intervention des SMUR sur le territoire du pays voisin.

Cette intervention se fait toujours à la demande du centre d'appel du pays d'intervention via le centre d'appel du pays du SMUR.

Les secours sont sollicités selon une grille de hiérarchisation des interventions élaborée dans chaque région frontalière.

⁹⁰ Agence Régionale de l'Hospitalisation

Le SMUR du pays voisin peut ainsi être amené à intervenir en cas de carence d'un SMUR du territoire national lorsque celui-ci peut intervenir auprès du patient plus rapidement que les SMUR nationaux disponibles.

Suite à cette intervention, le patient est transféré dans l'hôpital du territoire d'intervention le plus proche.

Le volet administratif et financier

Dans l'hypothèse d'une intervention d'un SMUR français en Belgique, ce dernier facturera son intervention (dispensée à un assuré social belge) sur base du tarif à la demi-heure qui lui a été attribué, à la Caisse Primaire de sa circonscription avec un formulaire E112 F SMUR. La CPAM récupèrera la somme via le système de compensation international (formulaire E125).

Dans l'hypothèse d'une intervention d'un SMUR belge sur le territoire français, il facturera l'intervention (dispensée à l'assuré social français) sur base d'un tarif à la demi-heure calculé sur la moyenne des tarifs des SMURs français frontaliers (410,63€) à un organisme assureur belge avec un formulaire E112 B SMUR. L'organisme assureur récupèrera la somme via le système de compensation international (formulaire E125).

Les SMURs veilleront à établir ces E112 sur base des informations figurant sur les pièces de sécurité sociale des personnes prise en charge.

Les annexes de la Région Lorraine et du sud de la province de Luxembourg

Ces annexes locales concernent la prise en charge pré-hospitalière d'un patient par le SMUR dans la zone frontalière d'intervention de trois SMUR implantés respectivement à Verdun, Mont-Saint-Martin et Arlon (B).

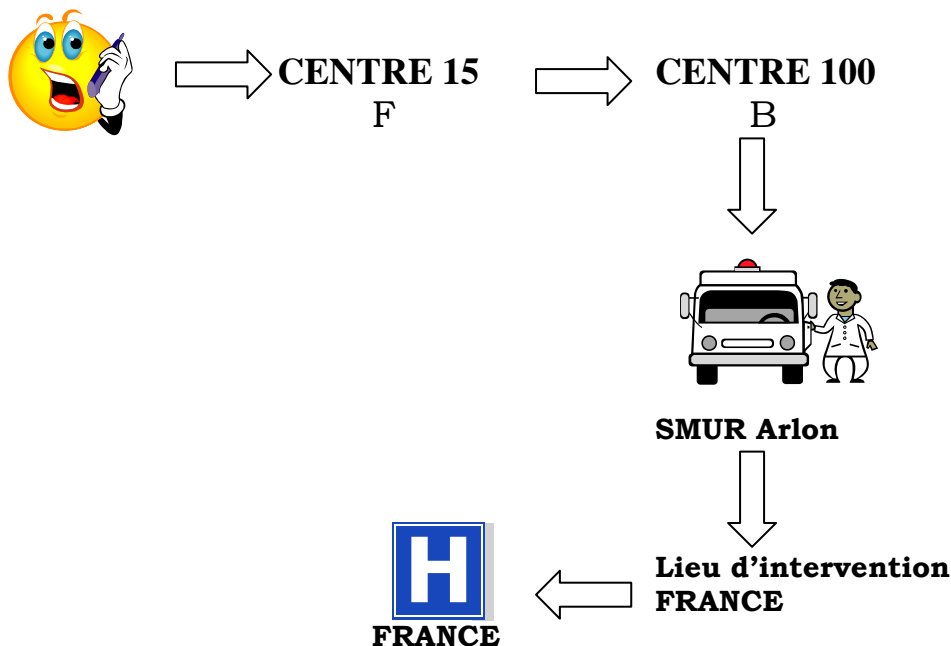
Le principe retenu est celui de faire intervenir le SMUR du pays voisin, quand le SMUR local est indisponible et à condition que le SMUR étranger permette de gagner au moins dix minutes par rapport au SMUR local mobilisable en 2ème intention.

Afin de pouvoir appliquer ce principe, une grille de hiérarchisation de mobilisation des SMUR en trois niveaux a donc été élaborée, accompagnée d'une procédure opérationnelle.

Pour le patient, les pompiers et les professionnels de santé libéraux cette organisation est transparente. C'est toujours le centre 15 ou 100 à Arlon qui est contacté pour une demande de sortie d'un SMUR, et c'est à lui qu'il appartient de mobiliser en cas de besoin le SMUR du pays voisin en contactant le centre d'appel dont il relève.

Le SMUR étranger intervient pour la première prise en charge du patient. Dans l'état actuel de la convention, le patient est ensuite conduit vers le plateau technique local dont il relève, soit par ce SMUR, soit par un autre vecteur local de transport. Le SMUR remettra alors la fiche médicale d'intervention au service hospitalier receveur.

Un petit schéma :



Dans la mesure où les SMUR de Verdun et de Mont-Saint-Martin peuvent assurer 2 sorties simultanées, ce qui n'arrive d'ailleurs qu'une trentaine de fois par an, le nombre de sorties demandées au SMUR d'Arlon devrait donc être limité.

Un comité de suivi de la mise en œuvre des procédures d'application sera mis en place pour en assurer l'évaluation.

2.6. Les Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontalier (ZOAST)

Certaines zones frontalières françaises et belges présentent une proximité telle que les populations, établissements de soins et professionnels de santé ont exprimé le souhait de mettre en œuvre des dispositifs de simplification administrative et financière en matière d'accès aux soins à l'étranger.

Le développement de zones organisées d'accès aux soins transfrontalier apparaît donc comme un moyen de garantir la continuité des soins par le biais de la libre circulation et de la prise en charge des patients entre la France et la Belgique.

Les conventions de zones organisées d'accès aux soins transfrontalier offrent ainsi à une population déterminée la possibilité de se rendre **sans autorisation médicale préalable** dans un établissement hospitalier situé de l'autre côté de la frontière et d'y recevoir des soins hospitaliers et/ou ambulatoires.

ZOAST « *Transcards* » (Thiérache)

Le projet TRANSCARDS, initié suite à un contrat de Partenariat entre la Commission européenne et les opérateurs de l'assurance maladie française et belge, a pour finalité de simplifier les procédures administratives et financières lorsque les habitants de la Thiérache recevaient des soins dans les établissements hospitaliers situés juste de l'autre côté de la frontière franco-belge. La convention permet ainsi, dans une zone enclavée, la libre circulation des patients entre la France et la Belgique et garantit le remboursement réciproque des créances (soins de santé).

Le système repose sur l'utilisation dans les établissements concernés d'un logiciel qui réalise l'interopérabilité des lecteurs de carte SIS (B) et VITALE (F).

Les intérêts de cette interopérabilité sont multiples : simplification administrative (suppression du E 112 médical), fiabilité des données et délivrance automatique d'un E 112t permettant le tiers payant.

Les résultats de l'expérimentation étant positifs aux niveaux du service rendu à la population, de la facilité d'accès aux soins hospitaliers dans la région de la Thiérache et de l'équilibre des flux financiers, il a été décidé, le 22 novembre 2002 à Bruxelles, de maintenir à titre définitif cette simplification des procédures de soins et de prise en charge, appelée « Convention TRANSCARDS ».

D'autres projets similaires ont ensuite été initiés (cf. « ZOAST MRTW » et « ZOAST des Ardennes »).

Champ de la convention

➤ *Bénéficiaires*

Les bénéficiaires de cette convention sont :

- *Sur le versant français* : les affiliés de la CPAM de Maubeuge habitant les communes de Trelon, Avesnes Helpe, Avesnes Nord, Avesnes Sud et les affiliés de la CPAM de Saint-Quentin habitant les cantons de Vervins, Aubenton, Hirson, Le Nouvion, La Capelle
- *Sur le versant belge* : les assurés sociaux belges habitant les communes de Sivry-Rance, Momignies, Chimay, Couvin, Viroinval, Cerfontaine et Froidchapelle

Cette convention concerne donc uniquement les assurés du régime des salariés.

➤ Prestations

Ces habitants de la Thiérache peuvent accéder sans autorisation préalable aux soins dispensés dans les huit hôpitaux de la région, à savoir : le Centre de Santé des Fagnes à Chimay, le CH du Pays d'Avesnes, l'Hôpital Départemental de Felleries Liessies, le CH de Fourmies, le CH Brisset à Hirson, l'Hôpital du Nouvion en Thiérache, le CH de Vervins, la Polyclinique de la Thiérache à Wignehies.

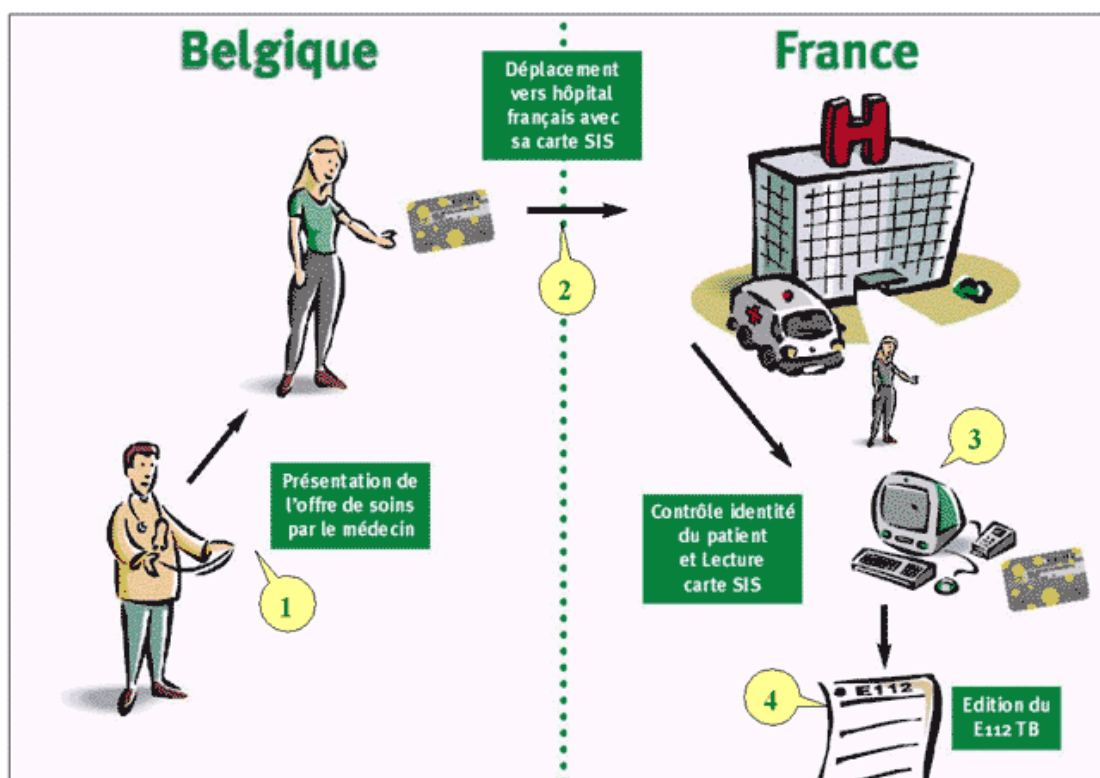
Procédures administratives et financières⁹¹

➤ Démarches administratives

L'accès aux soins est rendu aisé grâce à l'installation dans chacun des établissements d'un lecteur de carte de sécurité sociale du pays voisin c'est-à-dire la carte Vitale pour les assurés français et la carte SIS pour les assurés belges. De la sorte, les services administratifs de l'établissement français qui reçoivent un patient belge procèdent à son inscription et à la constitution de son dossier en lisant sa carte SIS.

1. Cas d'un assuré belge recevant des soins dans un hôpital français

- ❶ Le médecin présente au patient l'offre de soins de la région Thiérache avec la possibilité d'aller dans les hôpitaux français.
- ❷ Le patient se rend dans un hôpital français muni de sa carte SIS.
- ❸ L'hôpital contrôle l'identité du patient et lit sa carte SIS.
- ❹ Le formulaire E112T est édité à partir des informations contenues dans sa carte.

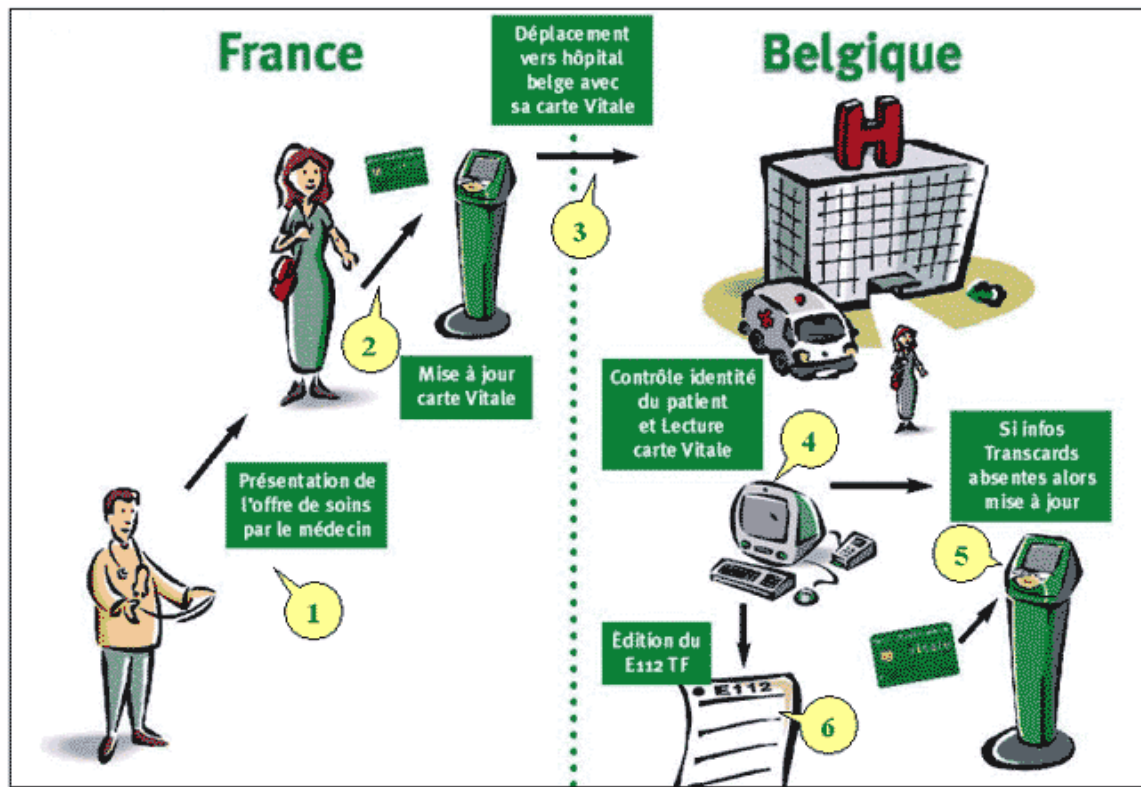


! Si l'assuré belge est un **travailleur frontalier** exerçant en France, il n'y a pas de changement : il utilise sa carte d'assuré social du pays dans lequel il est hospitalisé.

⁹¹ Cf. Note technique, Annexe 12.

2. Cas d'un assuré français recevant des soins dans l'hôpital belge

- ❶ Le médecin présente au patient l'offre de soins de la région Thiérache avec la possibilité d'aller dans l'hôpital belge.
- ❷ Le patient met à jour sa carte dans une borne pour pouvoir bénéficier de la procédure Transcards.
- ❸ Le patient se rend dans l'hôpital belge muni de sa carte Vitale.
- ❹ L'hôpital contrôle l'identité du patient et lit sa carte Vitale.
- ❺ Si la carte ne contient pas les données Transcards, le patient peut mettre à jour sa carte dans une borne mise à disposition dans l'hôpital belge (cf. schéma : *)
- ❻ Le formulaire E112T est édité à partir des informations contenues dans sa carte (logiciel Visutranscards).



* Suite à des changements technologiques, les cartes Vitale ne peuvent plus être mises à jour par les bornes installées en Belgique. Dans l'attente d'une solution Internet, le CSF (CH de Chimay) prend directement contact avec la CPAM de Maubeuge / Saint-Quentin pour qu'elle prolonge le droit sur le formulaire E 112 nécessaire pour la prise en charge des frais médicaux des assurés n'ayant pas mis à jour leur carte depuis le 1^{er} janvier 2006. **C'est pourquoi il importe de sensibiliser les assurés français sur l'importance de mettre à jour leur carte Vitale en France avant de se faire soigner en Belgique dans le cadre de cette convention.**

Une note technique a été annexée à la convention (cf. annexe 2 du présent document).

! Si l'assuré français est un **travailleur frontalier** exerçant en Belgique, il n'y a pas de changement : il utilise sa carte d'assuré social du pays dans lequel il est hospitalisé.

➤ *Prise en charge financière*

Il est établi entre la France et la Belgique que les créances réciproques nées dans le cadre de cette convention seront remboursées, en application des principes contenus dans les articles 93 et 102 du règlement (CEE) n° 574/72 du 21 mars 1972, par l'institution compétente à l'institution qui a servi les prestations, pour le montant des dépenses effectives, sur la base des factures individuelles précitées, par assuré, éditées par le pays.

Les coûts des soins sont directement pris en charge par l'assurance maladie belge (via l'INAMI et le CLEISS), sur base des tarifs belges (procédure du règlement n°1408/71) et inversement.

1. Cas d'un assuré belge recevant des soins dans un hôpital français

- En ce qui concerne l'hospitalisation et les prestations faisant l'objet du tiers-payant, la caisse d'assurance maladie française du lieu des soins prend directement en charge la **part obligatoire** (dépenses réelles) et se fait ensuite rembourser, via le CLEISS et l'INAMI, par l'assurance maladie belge (formulaire E 125).
- Pour les autres prestations ne faisant pas l'objet du tiers-payant (ex. prestations ambulatoires), le patient fait intégralement l'avance des frais. L'hôpital lui remet le E112TB et la facture. Sur présentation de ces documents, le patient se fait rembourser la **part obligatoire** auprès de la CPAM concernée qui édite le E 125 ou auprès de son organisme assureur belge qui rembourse sur base des tarifs français (formulaire E 126).

Les assurés belges soignés en France dans le cadre de cette convention sont parfois amenés à supporter des **tickets modérateurs** qui peuvent être plus élevés que ceux qu'ils auraient dû payer s'ils avaient été soignés en Belgique, compte tenu du fait que les soins sont remboursés sur base des tarifs en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

2. Cas d'un assuré français recevant des soins dans l'hôpital belge

- En ce qui concerne l'hospitalisation et les prestations faisant l'objet du tiers-payant, l'organisme assureur belge prend directement en charge la **part obligatoire** (dépenses réelles) et se fait ensuite rembourser, via l'INAMI et le CLEISS, par l'assurance maladie française (formulaire E 125).
- Pour les autres prestations ne faisant pas l'objet du tiers-payant, le patient fait intégralement l'avance des frais. L'hôpital lui remet le E112TF et la facture. Sur présentation de ces documents, le patient se fait rembourser la **part obligatoire** auprès d'une mutualité belge qui édite le E 125 ou auprès de sa CPAM qui rembourse sur base des tarifs belges (formulaire E 126).
- Au niveau des transports, les CPAM prennent en charge le remboursement des frais de transport médicalisé en cas de soins au Centre de Santé des Fagnes, si le patient choisit librement le transporteur parmi la liste des transporteurs agréés en France et s'il dispose d'un certificat médical de sortie délivré par un médecin belge⁹².

Les **tickets modérateurs** des assurés français bénéficiant d'une Affection de Longue Durée (ALD) au sens de la législation de sécurité sociale française et/ou de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU) gérée par les CPAM sont pris en charge par la CPAM de Saint-Quentin ou de Maubeuge, sur base de leurs Fonds d'Actions Sanitaires et Sociales.

Les autres assurés français soignés en Belgique dans le cadre de cette convention sont parfois amenés à supporter des tickets modérateurs qui peuvent être plus élevés que ceux qu'ils auraient dû payer s'ils avaient été soignés en France, compte tenu du fait que les soins sont remboursés sur base des tarifs en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

⁹² Un document spécifique a été édité à cet effet. cf. Annexe 12.

Certaines mutuelles françaises complémentaires prennent en charge ces frais.

➤ **Evaluation**

Globalement, le nombre de patients français soignés en Belgique est plus élevé que le nombre de patients belges traversant la frontière. Par contre, les flux financiers les plus importants vont vers la France. Ceci s'explique par le fait que les patients français reçoivent principalement des soins ambulatoires⁹³ en Belgique tandis que les Belges sont généralement hospitalisés⁹⁴ en France. Toutefois, cet écart s'amenuise progressivement.

Les patients "mobiles" sont essentiellement des actifs âgés entre 20 et 60 ans dont 60 % sont des femmes.

➤ **Coordonnées**

Hôpitaux

Centre de Santé des Fagnes
Boulevard Louise 18
6460 Chimay
Tél. : 0032 (0)60 21 88 11
Fax : 0032 (0)60 21 30 37

CH du Pays d'Avesnes
Route de Haut Lieu – BP 209
59363 Avesnes-sur-Helpe Cedex
Tél.: 0033 (0)3 27 56 55 55
Fax : 0033 (0)3 27 56 56 00

Hôpital Départemental de Fellerries Liessies
5, Rue du Val Joly
59740 Fellerries Liessies
Tél. : 0033 (0)3 27 56 72 00
Fax : 0033 (0)3 27 61 69 07
E-mail : communication@ch-fellerries-liessies.rss.fr

CH de Fourmies
Rue de l'Hôpital – PB 20025
59611 Fourmies Cedex
Tél. : 0033 (0)3 27 56 47 47
Fax : 0033 (0)3 27 56 47 07
Email : contact@ch-fourmies.fr

CH Brisset
40 Rue aux Loups
02500 Hirson
Tél. : 0033 (0)3 23 58 82 82
Fax : 0033 (0)3 23 58 82 47

Hôpital du Nouvion en Thiérache
40 Rue André Riffers – BP 16
02170 Le Nouvion en Thiérache
Tél. : 0033 (0)3 23 97 56 56
Fax : 0033 (0)3 23 97 56 57

CH de Vervins
Place de la liberté
02140 Vervins
Tél. : 0033 (0)3 23 91 60 60
Fax : 0033 (0)3 23 98 29 36

Polyclinique de la Thiérache à Wignehies
22 Route de Feron – BP 26
59212 Wignehies
Tél. : 0033 (0)3 27 56 66 33
Fax : 0033 (0)3 27 59 95 55

⁹³ Hospitalisation de jour (diagnostic, chimiothérapie ...) et soins ambulatoires (scanner, neurologie, radiologie, ophtalmologie ...)

⁹⁴ Rééducation fonctionnelle, alcoologie et désintoxication ...

Organisme assureur belge et caisses de maladie françaises

CPAM de Maubeuge

Agnès DUFRANNE
24, rue de la Croix
59607 Maubeuge Cedex
Tél. : 0033 (0) 27 69 52 31
Fax : 0033 (0)3 27 69 51 28
E-mail : agnes.dufranne@cpam-maubeuge.cnamts.fr

CPAM de Saint-Quentin

Elizabeth TACQUENIER
29, boulevard Roosevelt – BP 606
02323 Saint-Quentin Cedex
Tél. 0033 (0)3 23 65 41 28

elizabeth.tacquenier@cpam-st-quentin.cnamts.fr

**Caisse Auxiliaire d'Assurance
Maladie Invalidité (CAAMI)**

Rue du Trône 30 boîte A
B-1000 Bruxelles
Tél. : 0032 (0)2 229 35 62
E-mail : info@caami-hziv.fgov.be

Caisse Nationale de la SNCB

Rue de France 85
B-1060 Bruxelles
Tél. : 0032 (0)2 525 44 45
E-mail : 900.css-kgv@B-Holding.be

**Mutualité chrétienne du Centre, de
Charleroi et de Thudinie**

Rue du Douaire 40
B-6150 Anderlues
Tél. : 0032 (0)71 54 85 48
0032 (0)71 54 83 11
Fax : 0032 (0)71 54 83 00
E-mail : anderlues@mc.be

Mutualité Neutre

Avenue de Waterloo 23
B-6000 Charleroi
Tél. : 0032 (0)71 20 52 11
Fax : 0032 (0)71 32 87 98
E-mail : rchif@mut216.be

Mutualité Libérale

Rue Anatole France 8-14
B-7100 La Louvière
Tél. : 0032 (0)64 23 61 90
Fax : 0032 (0)64 23 61 91
E-mail : co409@mut409.be

Mutualité libre

Rue St-Hubert 19
B-1150 Bruxelles
Belgique
Tél. : 0032 (0)2 778 92 11
E-mail : info@mloz.be

**Fédération des Mutualistes
socialistes du bassin de Charleroi**

Avenue des Alliés 2
B-6000 Charleroi
Tél. : 0032 (0)71 20 86 11
Fax : 0032 (0)71 32 44 53
E-mail : info.charleroi@mutsoc.be

Par ailleurs, notons qu'il existe un projet similaire, appelé **IZOM**, dans l'Euregio Meuse-Rhin (Belgique – Allemagne – Pays-Bas)⁹⁵.

⁹⁵ Cf. Annexe 13.

ZOAST Mouscron – Roubaix – Tourcoing – Wattrelos

Les établissements hospitaliers de Mouscron, Tourcoing, Roubaix et Wattrelos et les organismes assureurs de cette zone ont négocié, puis signé un texte de convention créant une Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier, semblable à celle du projet Transcards développée en Thiérache. Ainsi, les assurés sociaux de cette région frontalière peuvent recevoir des soins hospitaliers de l'autre côté de la frontière sans autorisation médicale préalable.

L'interopérabilité des cartes Vitale et SIS n'a pas été mise en place pour la ZOAST MRTW, comme cela avait été le cas initialement dans la zone Transcards. En effet, l'évolution prochaine de la carte belge ainsi que des difficultés liées à la mise en circulation de Vitale 2 rendent les systèmes incompatibles.

L'espace géographique du nord-est de la Métropole lilloise se caractérise par la densité de sa population, ainsi que par une offre de soins importante. Les liens forts existants depuis le début des années 1990 entre Tourcoing et Mouscron ont permis d'initier le projet, auquel se sont adjoints les établissements de Roubaix et de Wattrelos, partenaires naturels du CH de Tourcoing dans l'organisation de l'offre de soins sur le versant français.

Ce projet permettra notamment d'évaluer les effets d'une ouverture de l'offre de soins d'établissements situés en zone urbaine.

La ZOAST MRTW est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2008.

Champ de la convention

➤ Bénéficiaires

Cette convention s'adresse à l'ensemble des assurés sociaux qui bénéficient des prestations de l'assurance maladie obligatoire belge et ou française, quelque soit leur régime d'affiliation.

Les bénéficiaires de cette convention sont :

- *Sur le versant français* : les assurés sociaux affiliés aux Cnam d'Armentières, de Lille, Roubaix ou Tourcoing, à la MSA du Nord (territoire : département), au RSI Nord-Pas de Calais (territoire : la Région)
- *Sur le versant belge* : les assurés sociaux belges qui résident de façon habituelle et permanente :
 - dans les communes de l'arrondissement de Mouscron ;
 - dans la commune d'Estaimpuis.

➤ Communes concernées :

Sur le versant belge :

➤ Les communes de l'arrondissement de Mouscron :

| | |
|------|-------------|
| 7700 | MOUSCRON |
| 7700 | LUINGNE |
| 7711 | DOTTIGNIES |
| 7712 | HERSEAUX |
| 7780 | COMINES |
| 7781 | HOUTHEM |
| 7782 | PLOEGSTEERT |

7783 LEBIZET
7784 BAS-WARNETON
7784 WARNETON

➤ **la commune d'Estaimpuis :**

7730 ESTAIMPUIS
7730 NECHIN
7730 BAILLEUL
7730 EVREGNIES
7730 SAINT-LEGER
7730 LEERS-NORD
7730 ESTAIMBOURG

Sur le versant français :

➤ **Pour le régime général**

L'ensemble des communes appartenant à la circonscription de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tourcoing : BONDUES, BOUSBECQUE, HALLUIN, LINSELLES, MARCQ-EN-BAROEUL, MOUVAUX, NEUVILLE-EN-FERRAIN, RONCQ, TOURCOING.

L'ensemble des communes appartenant à la circonscription de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Roubaix : ANSTAING, BAISIEUX, CHERENG, CROIX, FOREST-SUR-MARQUE, GRUSON, HEM, LANNOY, LEERS, LYS-LEZ-LANNOY, ROUBAIX, SAILLY-LEZ-LANNOY, TOUFFLERS, TRESSIN, VILLENEUVE-D'ASCQ, WASQUEHAL, WATTRELOS, WILLEMS.

L'ensemble des communes appartenant à la circonscription de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Armentières : ARMENTIERES, BAILLEUL, BERTHEN, BLARINGHEM, BOESEGHEM, BOIS-GRENIER, BORRE, CAESTRE, CAPINGHEM, CHAPELLE-D'ARMENTIERES, DOULIEU, EBBLINGHEM, ERQUINGHEM-LYS, ESTAIRES, FLETRE, FRELINGHIEN, GORGUE, HAVERSKERQUE, HAZEBROUCK, HONDEGHEM, HOUPLINES, LYNDE, MERRIS, MERVILLE, METEREN, MORBECQUE, NEUF-BERQUIN, NIEPPE, PERENCHIES, PRADELLES, PREMESQUES, RENESCURE, SAINT-JANS-CAPPEL, SERCUS, STAPLE, STEENBECQUE, STEENWERCK, STRAZEELE, THIENNES, VIEUX-BERQUIN, WALLON-CAPPEL.

L'ensemble des communes appartenant à la circonscription de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Lille : ALLENNES-LES-MARAIS, ANNOEULLIN, ATTICHES, AUBERS, AVELIN, BACHY, BASSEE, BAUVIN, BEAUCAMPS-LIGNY, BERSEE, BOURGHELLES, BOUVINES, CAMPHIN-EN-CAREMBAULT, CAMPHIN-EN-PEVELE, CAPPELLE-EN-PEVELE, CARNIN, CHEMA, COBRIEUX, COMINES, CYSOING, DEULEMONT, DON, EMMERIN, ENGLOS, ENNETIERES-EN-WEPPE, ENNEVELIN, ERQUINGHEM-LE-SEC, ESCOBECQUES, FACHES-THUMESNIL, FOURNES-EN-WEPPE, FRETIN, FROMELLES, GENECH, GONDECOURT, HALLENNES-LEZ-HAUBOURDIN, HANTAY, HAUBOURDIN, HERLIES, HERRIN, HOUPLIN-ANCOISNE, ILLIES, LAMBERSART, LESQUIN, LEZENNES, LILLE, LOMME, LOMPRET, LOOS, LOUVIL, MADELEINE, MAISNIL, MARQUETTE-LEZ-LILLE, MARQUILLIES, MERIGNIES, MONCHEAUX, MONS-EN-BAROEUL, MONS-EN-PEVELE, MOUCHIN, NEUVILLE, NOYELLES-LES-SECLIN, OSTRICOURT, PERONNE-EN-MELANTOIS, PHALEMPIN, PONT-A-MARCQ, PROVIN, QUESNOY-SUR-DEULE, RADINGHEM-EN-WEPPE, RONCHIN, SAINGHIN-EN-MELANTOIS, SAINGHIN-EN-WEPPE, SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE, SALOME, SANTES, SECLIN, SEQUEDIN, TEMPLEMARS, TEMPLEUVE, THUMERIES, TOURMIGNIES, VENDEVILLE, VERLINGHEM, WAHAGNIES, WAMBRECHIES, WANNEHAIN, WARNETON, WATTIGNIES, WAVRIN, WERVICQ-SUD, WICRES.

Pour la MSA : le département du Nord

Pour le RSI : la Région Nord-Pas de Calais

➤ Prestations

Ces assurés peuvent accéder, sans autorisation préalable, à l'ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers, à l'exception de la procréation médicalement assistée, dispensés dans les hôpitaux de chaque versant frontalier, à savoir :

- Sur le versant belge :
 - Centre Hospitalier Régional de Mouscron
- Sur le versant français :
 - Centre Hospitalier de Roubaix,
 - Centre Hospitalier de Tourcoing,
 - Centre Hospitalier de Wattrelos,

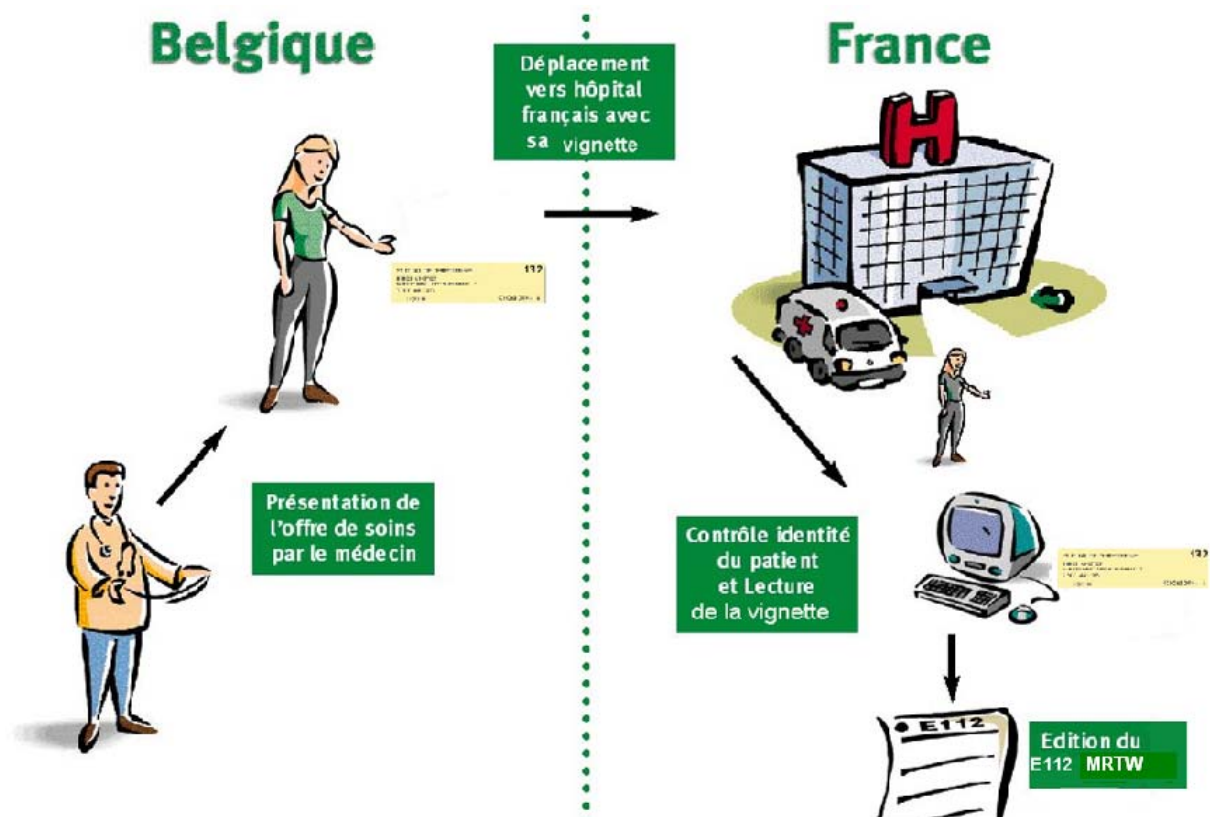
Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives

Grâce à cette convention, les procédures administratives d'accès aux soins sur l'autre versant frontalier sont simplifiées. Le patient n'a aucune démarche préalable à effectuer.

a) Cas d'un assuré belge recevant des soins dans un hôpital français

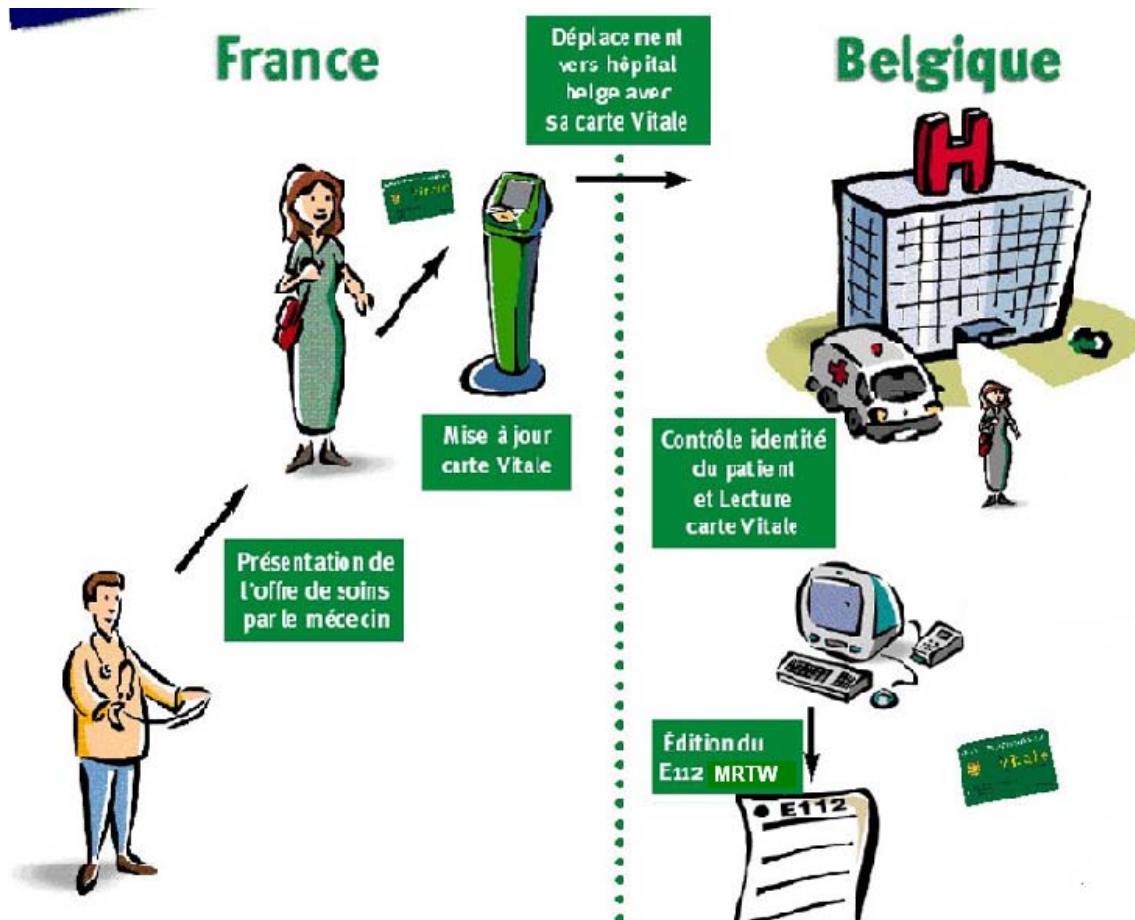
- ② Le patient se rend dans l'hôpital français muni de sa vignette de mutuelle.
- ③ L'hôpital contrôle l'identité du patient.
- ④ L'hôpital édite le formulaire E112MRTW à partir des informations figurant sur la vignette.



! Si l'assuré belge est un **travailleur frontalier** exerçant en France, il n'y a pas de changement : il utilise sa carte d'assuré social du pays dans lequel il est hospitalisé.

b) Cas d'un assuré français recevant des soins dans l'hôpital belge

- ② Le patient se rend dans l'hôpital belge muni de sa carte Vitale qu'il aura préalablement mise à jour auprès de son organisme d'affiliation.
- ④ L'hôpital contrôle l'identité du patient et vérifie sa qualité d'assuré social par le biais de la lecture de sa carte Vitale opérée sur un lecteur installé dans l'établissement belge.
- ⑥ L'hôpital édite un E112 MRTW sur base de la carte Vitale.
- ⑥ L'hôpital facture les frais à charge de l'assurance maladie à un organisme assureur belge (mutualité)
- ⑥ L'hôpital facture les frais à charge du patient au patient (ticket modérateur, forfaits et suppléments)



➤ Prise en charge financière

Il est établi entre la France et la Belgique que les créances réciproques nées dans le cadre de cette convention seront remboursées, en application des principes contenus dans les articles 93 et 102 du règlement (CEE) n° 574/72 du 21 mars 1972, par l'institution compétente à l'institution qui a servi les prestations, pour le montant des dépenses effectives, sur la base des factures individuelles précitées, par assuré, éditées par le pays.

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), sur base des tarifs belges (procédure du règlement n°1408/71)

A l'inverse, 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.

a) Cas d'un assuré belge recevant des soins dans l'hôpital français

En ce qui concerne l'hospitalisation et les prestations faisant l'objet du tiers-payant, la caisse d'assurance maladie française du lieu des soins prend directement en charge la **part obligatoire** (dépenses réelles) et se fait ensuite rembourser, via le CLEISS et l'INAMI, par l'assurance maladie belge (formulaire E 125).

Pour les autres prestations ne faisant pas l'objet du tiers-payant (ex : prestations ambulatoires), le patient fait intégralement l'avance des frais. L'hôpital lui remet le E112 MRTW B et la facture.

Sur présentation de ces documents, le patient se fait rembourser la **part obligatoire** :

- soit auprès de sa caisse d'assurance maladie qui édite le E 125,
- soit auprès de son organisme assureur belge qui rembourse sur base des tarifs français (formulaire E 126).

Les assurés belges soignés en France dans le cadre de cette convention sont parfois amenés à supporter des **tickets modérateurs** qui peuvent être plus élevés que ceux qu'ils auraient dû payer s'ils avaient été soignés en Belgique, compte tenu du fait que les soins sont remboursés sur base des tarifs en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

Cependant, les assurés sociaux belges peuvent bénéficier d'une prise en charge de leur **frais de transport** vers l'établissement français, à l'instar des assurés sociaux français.

La prise en charge des frais de transport est conditionnée à :

- la délivrance d'une prescription médicale⁹⁶,
- la réalisation du transport par un transporteur agréé par l'autorité française compétente.

Il peut être fait appel à différents modes de transport (voiture particulière, transport en commun, taxi, VSL ou ambulance). C'est le médecin qui délivre la prescription qui détermine le mode de transport en fonction de l'état de santé du patient (degré d'autonomie physique et psychique).

b) Cas d'un assuré français recevant des soins dans un hôpital belge

En ce qui concerne l'hospitalisation et les prestations faisant l'objet du tiers-payant, l'organisme assureur belge prend directement en charge la **part obligatoire** (dépenses réelles) et se fait ensuite rembourser, via l'INAMI et le CLEISS, par l'assurance maladie française (formulaire E 125).

Pour les autres prestations ne faisant pas l'objet du tiers-payant, le patient fait intégralement l'avance des frais. L'hôpital lui remet le E112 MRTW F et la facture.

Sur présentation de ces documents, le patient se fait rembourser la **part obligatoire** :

- soit, auprès d'une mutualité belge qui édite le E 125,
- soit auprès de sa caisse d'affiliation qui rembourse sur base des tarifs belges (formulaire E126).

Le patient français est remboursé dans les mêmes conditions qu'un assuré social belge soigné en Belgique.

Les assurés français soignés en Belgique dans le cadre de cette convention sont donc parfois amenés à supporter des tickets modérateurs qui peuvent être plus élevés que ceux qu'ils auraient dû payer s'ils

⁹⁶ Par le médecin traitant du patient pour l'entrée à l'hôpital et par un médecin de l'établissement pour la sortie

avaient été soignés en France. Certaines mutuelles françaises complémentaires prennent en charge ces frais.

Cependant, les assurés sociaux français, bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur en France, conservent les mêmes avantages lorsqu'ils franchissent la frontière.

Les tickets modérateurs de ces patients sont facturés à l'organisme défini (un système va être mis en place pour permettre à ces assurés de bénéficier des mêmes avantages lorsqu'ils franchissent la frontière) qui se chargera du paiement pour ses affiliés ou de la transmission de la facture aux autres caisses d'affiliation.

Les bénéficiaires d'une prise en charge à 100% reconnus par la convention sont :

- Les personnes souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD),
- Les bénéficiaires d'un régime de rattachement ou d'une situation exonérante,
- Les patients recevant des soins dans le cadre du suivi d'une maternité,
- Ceux ayant bénéficié d'un acte médical identifié comme exonérant dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) au sens de la législation de sécurité sociale française (acte médical > 91 euros,
- Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU).

-Les **frais de transport** des assurés sociaux français sont pris en charge dans les conditions suivantes :

- délivrance d'une prescription médicale, soit par son médecin traitant pour l'entrée à l'hôpital belge, soit par un médecin belge,
- réalisation du transport par un transporteur agréé par l'autorité française compétente.

Il peut être fait appel à différents modes de transport (voiture particulière, transport en commun, taxi, VSL ou ambulance). C'est le médecin qui délivre la prescription qui détermine le mode de transport en fonction de l'état de santé du patient (degré d'autonomie physique et psychique).

Enfin, en tout état de cause, l'ensemble des assurés sociaux français doivent supporter les coûts d'une chambre particulière en Belgique :

- supplément hôtelier pour chambre individuelle variant de 30 à 70 euros par jour, selon le confort de la chambre,
- suppléments d'honoraires demandés par les praticiens.

➤ **Evaluation**

Conformément à la convention, une commission de suivi transfrontalière est constituée entre les parties signataires. Celle-ci est chargée de l'évaluation annuelle de la convention.

La première évaluation aura lieu en 2009.

➤ **Coordonnées**

Hôpitaux

**CENTRE HOSPITALIER
DE ROUBAIX**

35, rue de Barbieux
BP 359
59056 Roubaix cedex
T. 03.20.99.31.31
<http://www.ch-roubaix.fr>

**CENTRE HOSPITALIER DE
TOURCOING**

135 r Pres Coty
59200 Tourcoing
Tel : 03.20.69.49.49
<http://www.ch-tourcoing.fr>

**CENTRE HOSPITALIER DE
WATTRELOS**

66 r St Joseph
59150 WATTRELOS
Tél : 03.20.75.58.82
<http://www.ch-wattrelos.com/>

**CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE
MOUSCRON**

**Avenue de Fécamp 49,
7700 Mouscron**
Tel : 056/85.80.80
<http://www.chmouscron.be>

Organisme assureur belge et caisses de maladie françaises

Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Armentières

6 r Nieulles
BP 90121 Armentières Cedex 59486
Tél. : 3646 ou 0811 70 36 46
<http://www.ameli.fr>

Caisse Primaire d'Assurance
Maladie de Lille

2, rue Iéna
59000 Lille
Tél. : 3646 ou 0811 70 36 46
<http://www.ameli.fr>

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Roubaix

6, Rue Rémy Cogghe
59100 Roubaix
Tél. : 3646 ou 0811 70 36 46
<http://www.ameli.fr>

Caisse Primaire d'Assurance
Maladie de Tourcoing

2 place Sébastopol
BP 700
59208 TOURCOING Cedex
Tél. : 3646 ou 0811 70 36 46
<http://www.ameli.fr>

MSA du Nord

rue Grand But
59160 CAPINGHEM
Tél. : 03 20 00 21 30
<http://www.msa59.fr/>

RSI Nord-Pas de Calais

45 rue de Tournai
59045 Lille cedex
Tel. : 03 28 14 01 00
www.npdc.le-rsi.fr

ZOAST des Ardennes

Les établissements hospitaliers et les organismes assureurs des régions du Sud Namurois et des Ardennes ont entrepris des négociations relatives à la création d'une Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier à la suite de la mise en œuvre d'une convention signée en 2004 entre l'ARH de Champagne-Ardenne et le centre hospitalier de Dinant en Belgique permettant la prise en charge dans cet établissement des patients français résidant dans la pointe des Ardennes (cantons de Givet et Fumay).

Suite à cette convention, le centre hospitalier de Dinant en Belgique a été intégré à l'offre de soins de la région Champagne-Ardenne.

L'espace géographique de la pointe des Ardennes présente en effet la particularité d'être enclavée dans la région belge du sud namurois et ne dispose pas d'une offre de soins nationale suffisante. L'hôpital la plus proche sur le territoire français se situe à plus 60 km.

De la même manière, les résidents de la zone de Bouillon en Belgique ne sont distants que d'une vingtaine de kilomètres du centre hospitalier de Sedan.

Ce territoire rural présente donc une opportunité parfaite pour développer une synergie de l'offre de soins sur chaque versant frontalier.

La ZOAST, directement inspirée de la réalisation TRANSCARD, a été mise en œuvre le 1^{er} février 2008.

Champ de la convention

➤ **Bénéficiaires**

Cette convention s'adresse à l'ensemble des assurés sociaux qui bénéficient des prestations de l'assurance maladie obligatoire belge et ou française, quelque soit leur régime d'affiliation.

Les bénéficiaires de cette convention sont :

- *Sur le versant français* : les assurés sociaux français qui résident de façon habituelle et permanente :
 - dans les communes des cantons suivants de l'arrondissement de Charleville-Mézières : Flize, Fumay, Givet, Monthermé, Nouzonville, Omont, Renwez, Revin, Rocroi, Rumigny, Signy-l'Abbaye, Signy-le-Petit ;
 - dans les communes des cantons suivants de l'arrondissement de Sedan : Carignan, Mouzon, Raucourt-et-Flaba, Sedan-Nord, Sedan-Ouest, Sedan-Est.
- *Sur le versant belge* : les assurés sociaux belges qui résident de façon habituelle et permanente :
 - dans les communes des arrondissements de Dinant Philippeville ;
 - dans la commune de Bouillon.

➤ **Communes concernées :**

Sur le versant belge :

➤ **Les communes de l'arrondissement de Dinant :**

- Achène, Achet, Agimont, Alle, Anhée, Annevoie-Rouillon, Anseremme, Anthée, Ave-et-Auffe, Bagimont, Baillamont, Baillonville, Baronville, Barvaux-Condroz, Beauraing, Bellefontaine, Bièvre, Bioul, Blaimont, Bohan, Bonsin, Bourseigne-Neuve, Bourseigne-Vieille, Bouvignes-sur-Meuse, Braibant, Buissonville, Celles, Chairière, Chevetogne, Ciergnon, Ciney, Conneux, Cornimont, Custinne, Denée, Dion, Dinant, Dorinne, Dréhance, Durnal, Emptinne, Éprave, Évrehailles, Falaën (Falaïn), Falmagne, Falmignoul, Felenne, Feschaux, Finnevaux, Flostoy, Focant, Foy-Notre-Dame, Froidfontaine, Furfooz, Gedinne, Gerin, Godinne, Graide, Gros-Fays, Hamois, Han-sur-Lesse, Hastière-Lavaux, Hastière-par-delà, Haut-le-Wastia, Havelange, Heer, Hermeton-sur-Meuse, Heure, Hogne, Honnay, Houdrémont, Hour, Houx, Houyet, Hulsonniaux, Javingue, Jemelle, Jeneffe, Laforêt, Lavaux-Sainte-Anne, Leignon, Lessive, Lisogne, Louette-Saint-Denis, Louette-Saint-Pierre, Maffe, Malvoisin, Martouzin-Neuville, Méan, Membre, Mesnil-Église, Mesnil-Saint-Blaise, Miécet, Mohiville, Monceau-en-Ardenne, Mont, Mont-Gauthier, Mouzaive, Nafrature, Naomé, Natoye, Nettinne, Noiseux, Oizy, Onhayé, Orchimont, Patignies, Pessoux, Petit-Fays, Pondrôme, Porcheresse, Purnode, Pussemange, Rienne, Rochefort, Sart-Custinne, Schaltin, Scy, Serinchamps, Serville, Sinsin, Somme-Leuze, Sommière, Sorinnes, Sosoye, Sovet, Spontin, Sugny, Thynes, Vencimont, Verlée, Villers-sur-Lesse, Vonèche, Vresse-sur-Semois, Waillet, Wancennes, Wanlin, Warnant, Waulsort, Wavreille, Weillen, Wiesme, Willerzie, Winenne, Yvoir.

➤ **Les communes de l'arrondissement de Philippeville :**

- Aublain, Berzée, Boussu-en-Fagnes, Brûly, Brûly-de-Pesche, Castillon, Cerfontaine, Chastrès, Clermont, Corenne, Couvin, Cul-des-Sarts, Dailly, Daussois, Doische, Dourbes, Fagnolle, Flavion, Florennes, Fontenelle, Fraire, Franchimont, Frasnes-lez-Couvin, Gimnée, Gochenée, Gonriex, Gourdinne, Hanzinelle, Hanzinne, Hemptinne, Jamagne, Jamiolle, Laneffe, Le Mesnil, Mariembourg, Matagne-la-Grande, Matagne-la-Petite, Mazée, Merlemont, Morialmé, Morville, Neuville, Nismes, Niverlée, Oignies-en-Thiérache, Olloy-sur-Viroin, Omezée, Pesche, Petigny, Petite-Chapelle, Philippeville, Presgaux, Pry, Rognée, Roly, Romedenne, Romérée, Rosée, Saint-Aubin, Samart, Sart-en-Fagne, Sautour, Senzeille, Silenriex, Somzée, Soulme, Soumoy, Surice, Tarcienne, Thy-le-Bauduin, Thy-le-Château, Treignes, Vaucelles, Vierves-sur-Viroin, Villers-Deux-Églises, Villers-en-Fagne, Villers-le-Gambon, Vodecée, Vodelée, Vogenée, Walcourt, Yves-Gomezée.

➤ **La commune de Bouillon** comprenant les villages de :

- Bellevaux, Bouillon, Corbion, Curfoz, Dohan, Frahan, Les Hayons, Noirefontaine, Poupehan, Rochehaut, Sensenruth, Ucimont, Vivy.

Sur le versant français :

➤ les communes de l'arrondissement de sedan :

| CANTONS | COMMUNES |
|--------------------------|--|
| CARIGAN | Auflance, Bièvres, Blagny, Carignan, Les Deux-Villes, La Ferté-sur-Chiers, Fromy, Herbeuval, Linay, Malandry, Margny, Margut, Matton-et-Clémency, Messincourt, Mogues, Moiry, Osnes, Puilly-et-Charbeaux, Pure, Sachy, Saily, Sapogne-sur-Marche, Signy-Montlibert, Tremblois-lès-Carignan, Villy, Williers, |
| MOUZON | Amblimont, Autrecourt-et-Pourron, Beaumont-en-Argonne, Bréville, Douzy, Euilly-et-Lombut, Létanne, Mairy, Mouzon, Tétaigne, Vaux-lès-Mouzon, Villers-devant-Mouzon, Yoncq |
| RAUCOURT-ET-FLABA | Angecourt, Artaise-le-Vivier, La Besace, Bulson, Chémery-sur-Bar, Haraucourt, Maisoncelle-et-Villers, Le Mont-Dieu, La Neuville-à-Maire, Raucourt-et-Flaba, Remilly-Aillicourt, Stonne |
| SEDAN NORD | La Chapelle, Fleigneux, Floing, Givonne, Glaire, Illy, Sedan |
| SEDAN EST | Balan, Bazeilles, Daigny, Escombres-et-le-Chesnois, Francheval, La Moncelle, Pouru-aux-Bois, Pouru-Saint-Remy, Rubécourt-et-Lamécourt, Sedan, Villers-Cernay |
| SEDAN OUEST | Bosseval-et-Briancourt, Chéhéry, Cheveuges, Donchery, Noyers-Pont-Maugis, Saint-Aignan, Saint-Menges, Sedan, Thelonne, Villers-sur-Bar, Vrigne-aux-Bois, Wadelincourt |

➤ Les communes de l'arrondissement de Charleville-Mézières

| CANTONS | COMMUNES |
|------------------|--|
| FLIZE | Les Ayvelles, Balaives-et-Butz, Boulzicourt, Boutancourt, Chalandry-Elairé, Champigneul-sur-Vence, Dom-le-Mesnil, Élan, Étrépigny, Flize, Guignicourt-sur-Vence, Hannogne-Saint-Martin, Mondigny, Novion-sur-Meuse, Omicourt, Saint-Marceau, Saint-Pierre-sur-Vence, Sapogne-et-Feuchères, Villers-le-Tilleul, Villers-sur-le-Mont, Vrigne-Meuse, Yvernaumont, |
| FUMAY | Fépin, Fumay, Hargnies, Haybes, Montigny-sur-Meuse |
| GIVET | Aubrives, Charnois, Chooz, Foischés, Fromelennes, Givet, Ham-sur-Meuse, Hierges, Landrichamps, Rancennes, Vireux-Molhain, Vireux-Wallerand |
| MONTHERMÉ | Bogny-sur-Meuse, Deville, Haulmé, Les Hautes-Rivières, Laifour, Monthermé, Thilay, |

| | |
|-----------------------|---|
| | Tournavaux |
| NOUZONVILLE | Gespunsart, Joigny-sur-Meuse, Neufmanil, Nouzonville |
| OMONT | Baâlons, Bouvellemont, Chagny, La Horgne, Mazerny, Montigny-sur-Vence, Omont, Poix-Terron, Singly, Touligny, Vendresse |
| RENWEZ | Arreux, Cliron, Ham-les-Moines, Harcy, Haudrecy, Lonny, Les Mazures, Montcornet, Murtin-et-Bogny, Remilly-les-Pothées, Renwez, Saint-Marcel, Sécheval, Sormonne, Tournes |
| REVIN | Anchamps, Revin |
| ROCROI | Blombay, Bourg-Fidèle, Le Châtelet-sur-Sormonne, Chilly, Étalle, Gué-d'Hossus, Laval-Morency, Maubert-Fontaine, Regniowez, Rimogne, Rocroi, Sévigny-la-Forêt, Taillette, Tremblois-lès-Rocroi |
| RUMIGNY | Antheny, Aouste, Aubigny-les-Pothées, Blanchefosse-et-Bay, Bossus-lès-Rumigny, Cernion, Champlin, L'Échelle, Estrebay, La Férée, Flaignes-Havys, Le Fréty, Girondelle, Hannappes, Lépron-les-Vallées, Liart, Logny-Bogny, Marby, Marlemont, Prez, Rouvroy-sur-Audry, Rumigny, Vaux-Villaine |
| SIGNY L'ABBAYE | Barbaise, Clavy-Warby, Dommery, Gruyères, Jandun, Lalobbe, Launois-sur-Vence, Maranwez, Neufmaison, Raillicourt, Signy-l'Abbaye, Thin-le-Moutier |
| SIGNY LE PETIT | Auge, Auwillers-les-Forges, Brognon, Éteignières, Fligny, La Neuville-aux-Joûtes, Neuville-lez-Beaulieu, Signy-le-Petit, Tarzy |

➤ **Prestations**

Ces assurés peuvent accéder, sans autorisation préalable, à l'ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers, à l'exception de la procréation médicalement assistée, dispensés dans les hôpitaux de chaque versant frontalier, à savoir :

- Sur le versant belge :
 - Centre Hospitalier de Dinant,
 - Les polycliniques du CH de Dinant situées à Gedinne et Ciney (soins ambulatoires),
 - Les polycliniques des mutualités socialistes de Beauraing, Couvin et Philippeville.
- Sur le versant français :
 - Centre Hospitalier de Charleville,
 - Centre Hospitalier de Sedan,
 - Hôpital local de Fumay,
 - Polyclinique du Parc de Charleville,
 - Clinique du Dr l'Hoste de Villers-Semeuse
 - Hôpital Local de Nouzonville

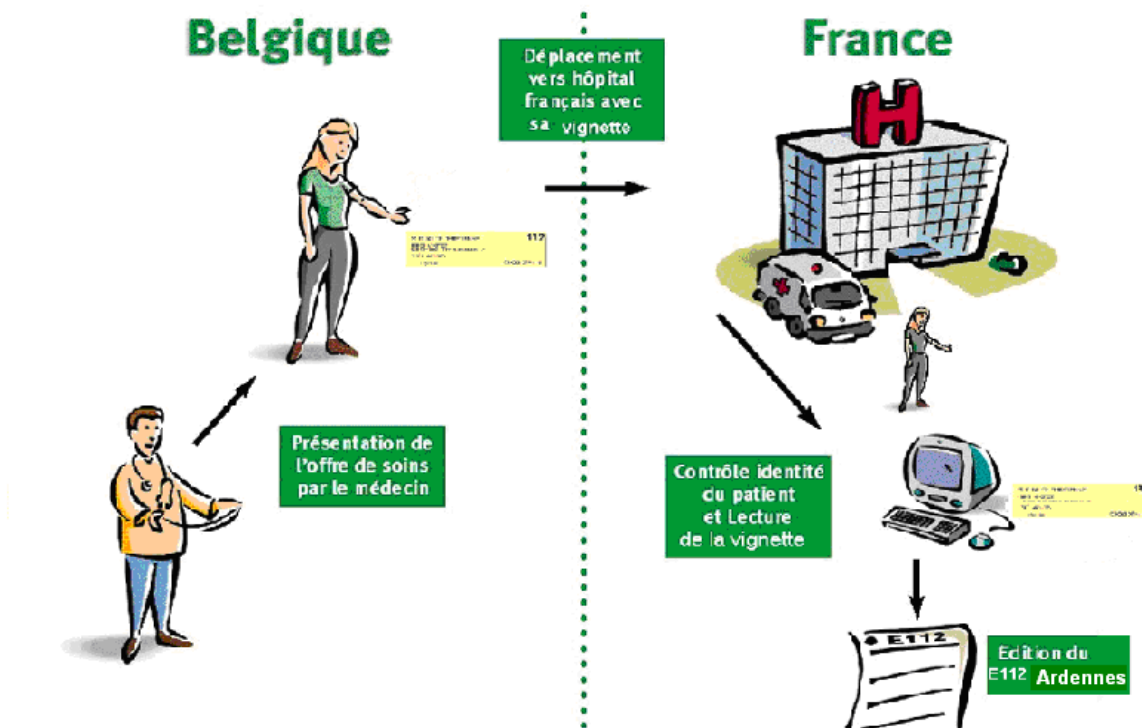
Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives

Grâce à cette convention, les procédures administratives d'accès aux soins sur l'autre versant frontalier sont simplifiées. Le patient n'a aucune démarche préalable à effectuer.

a) Cas d'un assuré belge recevant des soins dans un hôpital français

- ❶ Le médecin oriente son patient vers un hôpital français.
- ❷ Le patient se rend dans l'hôpital français muni de sa vignette de mutuelle.
- ❸ L'hôpital contrôle l'identité du patient.
- ❹ L'hôpital édite le formulaire E112ARDENNES à partir des informations figurant sur la vignette.

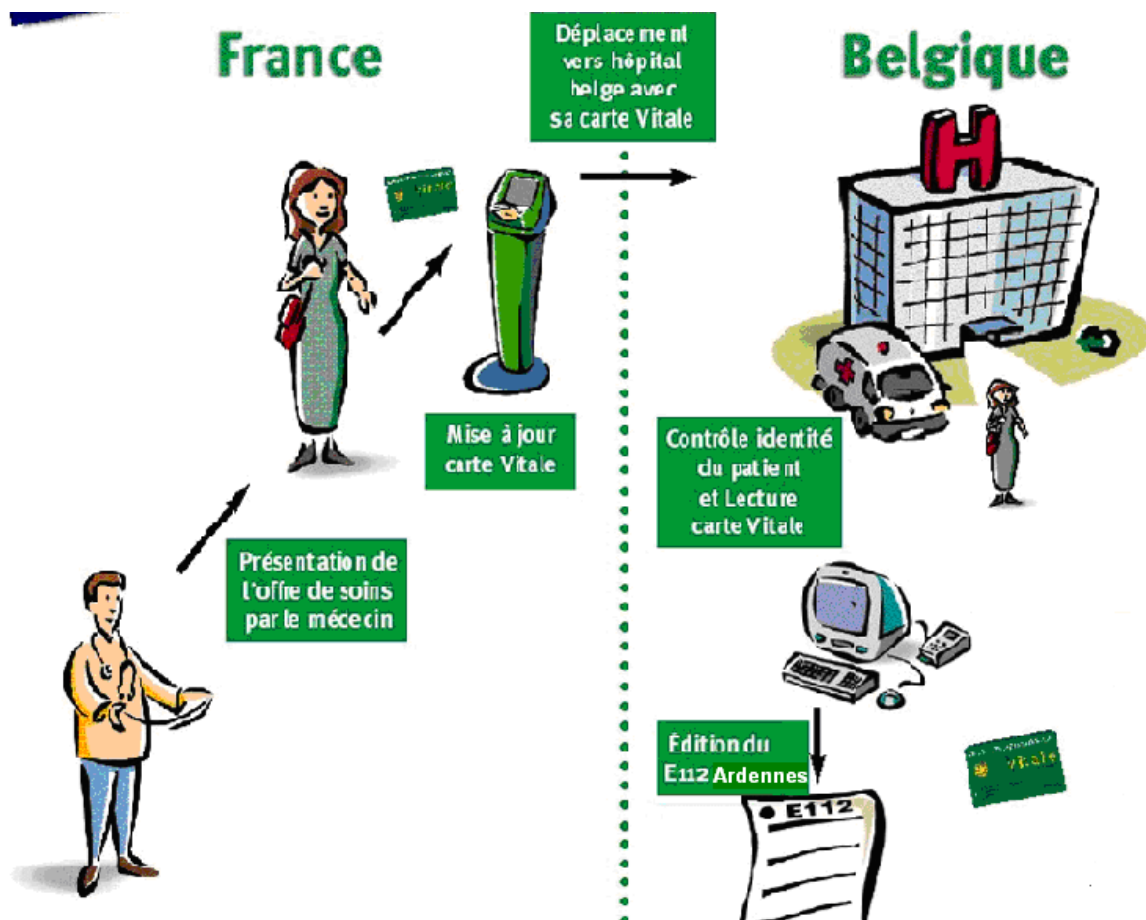


! Si l'assuré belge est un **travailleur frontalier** exerçant en France, il n'y a pas de changement : il utilise sa carte d'assuré social du pays dans lequel il est hospitalisé.

! Si l'assuré belge est un travailleur frontalier exerçant au Grand-duché de Luxembourg, il devra solliciter un formulaire E112 auprès de sa caisse d'assurance maladie luxembourgeoise.

b) Cas d'un assuré français recevant des soins dans un 'hôpital belge

- ❶ Le médecin traitant oriente son patient vers un établissement de soins belge.
- ❷ Le patient se rend dans l'hôpital belge muni de sa carte Vitale qu'il aura préalablement mise à jour auprès de son organisme d'affiliation.
- ❸ L'hôpital contrôle l'identité du patient et vérifie sa qualité d'assuré social par le biais de la lecture de sa carte Vitale opérée sur les bornes installées dans l'établissement belge.
- ❹ L'hôpital transmet l'ensemble des informations administratives à la CPAM des Ardennes via une base informatique.
- ❺ Celle-ci vérifie les droits du patient et édite le formulaire E112ARDENNES pour les assurés relevant du régime général ou transmet l'ensemble des informations nécessaires à la délivrance dudit formulaire aux caisses des autres régimes. La CPAM fait alors l'interface entre les divers organismes d'affiliation et l'établissement belge pour la délivrance du formulaire.



➤ *Prise en charge financière*

Il est établi entre la France et la Belgique que les créances réciproques nées dans le cadre de cette convention seront remboursées, en application des principes contenus dans les articles 93 et 102 du règlement (CEE) n° 574/72 du 21 mars 1972, par l'institution compétente à l'institution qui a servi les prestations, pour le montant des dépenses effectives, sur la base des factures individuelles précitées, par assuré, éditées par le pays.

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), sur base des tarifs belges (procédure du règlement n°1408/71)

A l'inverse, 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.

a) Cas d'un assuré belge recevant des soins dans l'hôpital français

En ce qui concerne l'hospitalisation et les prestations faisant l'objet du tiers-payant, la caisse d'assurance maladie française du lieu des soins (CPAM des Ardennes) prend directement en charge la **part obligatoire** (dépenses réelles) et se fait ensuite rembourser, via le CLEISS et l'INAMI, par l'assurance maladie belge (formulaire E 125).

Pour les autres prestations ne faisant pas l'objet du tiers-payant (ex : prestations ambulatoires), le patient fait intégralement l'avance des frais. L'hôpital lui remet le E112 ARDENNES B et la facture.

Sur présentation de ces documents, le patient se fait rembourser la **part obligatoire** :

- soit auprès de la CPAM des Ardennes qui édite le E 125,
- soit auprès de son organisme assureur belge qui rembourse sur base des tarifs français (formulaire E 126).

Les assurés belges soignés en France dans le cadre de cette convention sont parfois amenés à supporter des **tickets modérateurs** qui peuvent être plus élevés que ceux qu'ils auraient dû payer s'ils avaient été soignés en Belgique, compte tenu du fait que les soins sont remboursés sur base des tarifs en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

Cependant, les assurés sociaux belge peuvent bénéficier d'une prise en charge de leur **frais de transport** vers l'établissement français, à l'instar des assurés sociaux français.

La prise en charge des frais de transport est conditionnée à :

- la délivrance d'une prescription médicale⁹⁷,
- la réalisation du transport par un transporteur français agréé par l'assurance maladie.

Il peut être fait appel à différents modes de transport (voiture particulière, transport en commun, taxi, VSL ou ambulance). C'est le médecin qui délivre la prescription qui détermine le mode de transport en fonction de l'état de santé du patient (degré d'autonomie physique et psychique).

⁹⁷ Par le médecin traitant du patient pour l'entrée à l'hôpital et par un médecin de l'établissement pour la sortie

b) Cas d'un assuré français recevant des soins dans un hôpital belge

En ce qui concerne l'hospitalisation et les prestations faisant l'objet du tiers-payant, l'organisme assureur belge prend directement en charge la **part obligatoire** (dépenses réelles) et se fait ensuite rembourser, via l'INAMI et le CLEISS, par l'assurance maladie française (formulaire E 125).

Pour les autres prestations ne faisant pas l'objet du tiers-payant, le patient fait intégralement l'avance des frais. L'hôpital lui remet le E112 ARDENNES F et la facture.

Sur présentation de ces documents, le patient se fait rembourser la **part obligatoire** :

- soit, auprès d'une mutualité belge qui édite le E 125,
- soit auprès de sa caisse d'affiliation qui rembourse sur base des tarifs belges (formulaire E126).

Le patient français est remboursé dans les mêmes conditions qu'un assuré social belge soigné en Belgique.

Les assurés français soignés en Belgique dans le cadre de cette convention sont donc parfois amenés à supporter des tickets modérateurs qui peuvent être plus élevés que ceux qu'ils auraient dû payer s'ils avaient été soignés en France. Certaines mutuelles françaises complémentaires prennent en charge ces frais.

Cependant, les assurés sociaux français, bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur en France, conservent les mêmes avantages lorsqu'ils franchissent la frontière.

Les **tickets modérateurs** de ces patients sont alors directement facturés à la CPAM des Ardennes qui se chargera du paiement pour ses affiliés ou de la transmission de la facture aux autres caisses d'affiliation.

Les bénéficiaires d'une prise en charge à 100% reconnus par la convention sont :

- Les personnes souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD),
- Les bénéficiaires d'un régime de rattachement ou d'une situation exonérante,
- Les patients recevant des soins dans le cadre du suivi d'une maternité,
- Ceux ayant bénéficié d'un acte médical identifié comme exonérant dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) au sens de la législation de sécurité sociale française (acte médical > 91 euros,
- Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU).

-Les **frais de transport** des assurés sociaux français sont pris en charge dans les conditions suivantes :

- délivrance d'une prescription médicale, soit par son médecin traitant pour l'entrée à l'hôpital belge, soit par un médecin belge,
- réalisation du transport par un transporteur français agréé par l'assurance maladie.

Il peut être fait appel à différents modes de transport (voiture particulière, transport en commun, taxi, VSL ou ambulance). C'est le médecin qui délivre la prescription qui détermine le mode de transport en fonction de l'état de santé du patient (degré d'autonomie physique et psychique).

Enfin, en tout état de cause, l'ensemble des assurés sociaux français doivent supporter les coûts d'une chambre particulière en Belgique :

- supplément hôtelier pour chambre individuelle variant de 30 à 70 euros par jour, selon le confort de la chambre,
- suppléments d'honoraires demandés par les praticiens.

➤ **Evaluation**

Conformément à la convention, une commission de suivi transfrontalière est constituée entre les parties signataires. Celle-ci est chargée de l'évaluation annuelle de la convention.
La première évaluation aura lieu en 2009.

➤ **Coordonnées**

Hôpitaux

**CENTRE HOSPITALIER
DE CHARLEVILLE MEZIERES**
45 Avenue de Manchester
08 000 CHARLEVILLE MEZIERES
Tel : (0)3 24 58 70 70

**CLINIQUE UNIVERSITAIRE UCL
DE MONT GODINNE**
Avenue G. Thérasse, 1-B
5530 YVOIR
Tel : (0)81 42 21 11
www.uclmontgodinne.be

POLYCLINIQUE DU PARC
18 ter Avenue Georges Corneau
08 000 CHARLEVILLE MEZIERES
Tel : (0)3 24 59 56 00

CENTRE HOSPITALIER DE DINANT
Rue Saint Jacques, 501
5500 DINANT
Tel : (0)82 21 24 11

CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN
2 Avenue du Général Margueritte
08 200 SEDAN
Tel : (0)3 24 22 80 00
www.ch-sedan.fr

POLYCLINIQUE CHD
Site Saint Vincent, rue Saint Jacques, 501
5500 DINANT
Tel : (0)82 21 24 24 et (0)82 21 24 35
Site Sainte-Anne, Pont d'Amour, 50
5500 DINANT
Tel : (0)82 21 28 00

HOPITAL LOCAL NOUZONVILLE
65 Rue Edouard Vaillant
08700 NOUZONVILLE
Tel : (0)3 24 53 93 20

POLYCLINIQUE DE CINEY
Avenue Schlogël, 90
5590 CINEY
Tel : (0)83 21 23 83

HOPITAL LOCAL DE FUMAY
30 Place Baty
08 170 FUMAY

POLYCLINIQUE DE GEDINNE
Rue du Moulinay, 20
5575 GEDINNE
Tel : (0)61 58 86 35

CLINIQUE DU DR L'HOSTE
33 Avenue Jean Jaurès
08 000 VILLERS SEMEUSE

**POLYCLINIQUES DES MUTUALITES
SOCIALISTES**
PHILIPPEVILLE (5600) : rue de France, 35
Tel : (0)71 660330
COUVIN (5660) : rue de la Falaise, 20
Tel : (0)60 346803
BEAURAING : Route de Dinant, 18
Tel : (0)82 698640

Organisme assureur belge et caisses de maladie françaises

CPAM des Ardennes

14 avenue Georges Corneau
08000 CHARLEVILLE MEZIERES
Tél. : 0033 811 703 646 08 (ou 3646 depuis la France)

Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI)

Office régional de Namur
Rue de Gembloux 189 – 5002 SAINT-SERVAIS
Tél. : 0032 (0)81 73 29 33
E-mail : administrateur609@caami-hziv.fgov.be

Mutualité chrétienne de la province de Namur

Rue des Tanneries, 55
5000 NAMUR
Tél. : (0)81 24 48 11
www.mc.be
E-mail : namur@mc.be

Union Nationale des Mutualités libres

Rue St-Hubert 19
1150 Bruxelles
Tél. : 0032 (0)2 778 92 11
E-mail : info@mloz.be

Mutualité Neutre Namur Luxembourg

Rue des Dames Blanches, 24
5000 NAMUR
Tél : (0)81 25 07 60

Caisse Nationale de la SNCB

Centre médical régional
Boulevard du Nord, 60
5000 Namur
Tél. : 0032 (0)81 25 24 87
Fax : 0032 (0)81 25 25 02

Fédération Mutualité Socialiste de la Province de Namur

Chaussée de Waterloo, 182
5002 SAINT-SERVAIS
Tél. : (0)81 77 73 10
www.mutsoc.be
E-mail : fms.namur@mutsoc.be

Mutualité Libérale

Rue Bas de la Place, 35
5000 NAMUR
Tél. : (0)81 23 18 23
www.mut409.be

ZOAST Arlon – Longwy (ARLWY)

La convention ZOAST Arlon-Longwy née d'une longue coopération entre les Cliniques du sud Luxembourg (CSL) et l'Association hospitalière du bassin de Longwy (AHBL), permet aux patients de la zone frontalière de recevoir des soins au sein des deux établissements hospitaliers sans démarches préalables. Cette convention signée à Arlon le 30 juin 2008 est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008.

Champ de la convention

➤ **Bénéficiaires**

Cette convention s'adresse à l'ensemble des assurés sociaux qui bénéficient des prestations de l'assurance maladie obligatoire belge et ou française, quelque soit leur régime d'affiliation.

Les bénéficiaires de cette convention sont :

- *Sur le versant français* : les assurés sociaux français qui résident de façon habituelle et permanente dans les communes de l'arrondissement de Briey.
- *Sur le versant belge* : les assurés sociaux belges qui résident de façon habituelle et permanente dans les communes des arrondissements d'Arlon et de Virton.

➤ **Communes concernées :**

Sur le versant belge :

➤ **Les communes de l'arrondissement d'Arlon :**

- Martelange, Arlon, Attert, Messancy, Aubange

qui comprennent les villages de : Autelbas, Bonnert, Guirsch, Heinsch, Sampont, Toernich, Almeroth, Grendel, Heinstert, Lischert, Lottert, Louchert, Luxeroth, Metzert, Nobressart, Nothomb, Parette, Post, Rodenhoff, Schadeck, Tattert, Thiaumont, Tontelange, Habergy, Hondelange, Selange, Wolkrange, Athus, Halanzy, Rachecourt.

➤ **Les communes de l'arrondissement de Virton :**

- Florenville, Chiny, Habay, Etalle, Tintigny, Meix-devant-Virton, Saint-Léger, Virton, Rouvroy, Musson

Qui comprennent les villages de : Chassepierre, Fontenoille, Lacuisine, Muno, Sainte-Cécile, Villers-Devant-Orval, Izel, Jamoigne, Les Bulles, Suzy, Termes, Anlier, Habay-La-Neuve, Habay-La-Vieille, Hachy, Houdemont, Marbehan, Rulles, Buzenol, Chantemelle, Sainte-Marie, Vance, Villers-Sur-Semois, Bellefontaine, Rossignol, Saint-Vincent, Gérouville, Robelmont, Sommethonne, Villers-La-Loue, Châtillon, Meix-Le-tige, Bleid, Ethe, Latour, Ruette, Saint-Mard, Dampicourt, Harnoncourt, Lamorteau, Torgny, Mussy-La-Ville.

Sur le versant français :

➤ **Les communes du canton d'Audun le Roman**

- Joppécourt, Joudreville, Landres, Mairy-Mainville, Malavillers, Mercy-le-Bas, Mercy-le-Haut, Murville, Piennes, Preutin-Higny, Saint Suppley, Sancy, Serrouville, Trieux, Tucquegnieux, Xivry-Circourt, Anderny, Audun-le Roman, Avillier, Bettainvilliers, Beuvillers, Mont-Bonvillers, Crusnes, Domprix, Errouville.

➤ **Les communes du canton de Briey**

- Joueuf, Lantéfontaine, Lubey, Mance, Mancieulles, Anoux, Avril, Les Baroches, Briey

- **Les communes du canton de Chambley – Bussièrès**
 - Hagéville, Mars-la –Tour, Onville, Puxieux, Saint-Julien-les –Gorze, Sponville, Tronville, Villecey-sur- Mad, Waville, Xonville, Chambley-Bussièrès, Dampvitoux
- **Les communes du canton de Conflans en Jarnisy**
 - Gondrecourt-Aix, Hannonville-Suzémont, Jarny, Jeandelize, Labry, Giraumont, Mouaville, Norroy-le-Sec, Olley, Ozerailles, Puxe, Saint Marcel, Thumeréville, Ville-sur-Yron, Abbéville-lès-Conflans, Affléville, Allamont, Béchamps, Boncourt, Brainville, Bruville, Conflans-en-Jarnisy, Doncourt-lès-Conflans, Fléville-Lixières, Friaucourt
- **Les communes du canton d’Herserange :**
 - Haucourt – Moulaine, Herserange, Hussigny-Godbrange, Longlaville, Mexy, Saulnes
- **Les communes du canton de Homécourt :**
 - Hatrize, Homécourt, Jouaville, Moineville, Moutiers, Saint-Ail, Valleroy, Auboué, Batilly
- **Les communes du canton de Longuyon :**
 - Grand- Faily, Longuyon, Montigny-sur- Chiers, Othe, Petit-Faily, Pierrepont, Saint-Jean-lès-Longuyon, Saint-Pancré, Tellancourt , Ugny, Villers-la- Chèvre, Villers-le-Rond, Vilette, Vivier -sur-Chiers, Han-devant-Pierrepont, Allondrelle-la - Malmaison, Beuveille, Charency-Vezin, Colmey, Cons-la-Grandville, Doncourt-lès-Longuyon, Epiez-sur-Chiers, Fresnois-la-Montagne
- **La commune du canton de Longwy :**
 - Longwy
- **Les communes du canton de Mont Saint Martin :**
 - Gorcy, Lexy, Mont-Saint –Martin, Réhon, Ville-Houdlémont, Chenières, Cosnes-et-Romain, Cutry.
- **Les communes du canton de Villerupt :**Laix, Morfontaine, Thil, Tiercelet, Ville-au-Montois, Villers-la-Montagne, Villerupt, Baslieux, Bazailles, Boismont, Bréhain-la-Ville, Fillières.

➤ ***Prestations***

Ces assurés peuvent accéder, sans autorisation préalable, à l’ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers, à l’exception de la procréation médicalement assistée, dispensés dans les deux hôpitaux de chaque versant frontalier, à savoir :

- l’Association hospitalière du bassin Longwy à Mont-Saint-Martin,
- les Cliniques du sud Luxembourg à Arlon et Virton.

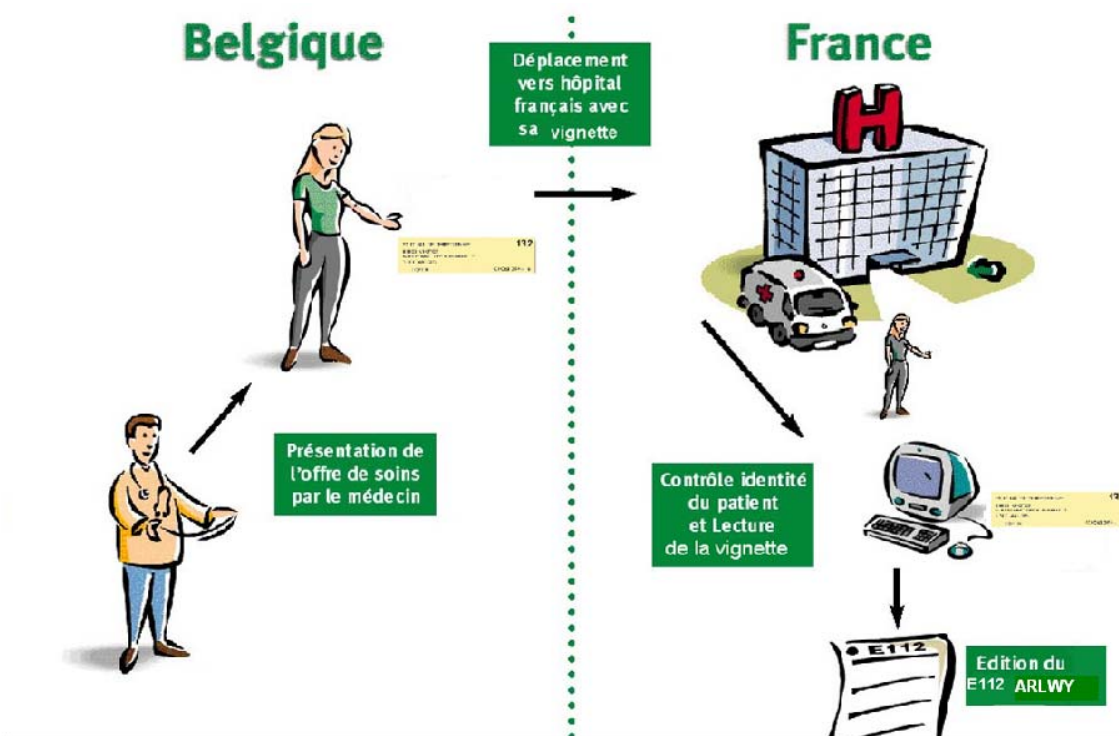
Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives

Grâce à cette convention, les procédures administratives d'accès aux soins sur l'autre versant frontalier sont simplifiées. Le patient n'a aucune démarche préalable à effectuer.

a) Cas d'un assuré belge recevant des soins dans un hôpital français

- ❶ Le médecin oriente son patient vers l'AHBL.
- ❷ Le patient se rend dans l'hôpital français muni de sa vignette de mutuelle.
- ❸ L'hôpital contrôle l'identité du patient.
- ❹ Le formulaire E112ARLWY est édité à partir des informations figurant sur la vignette⁹⁸.



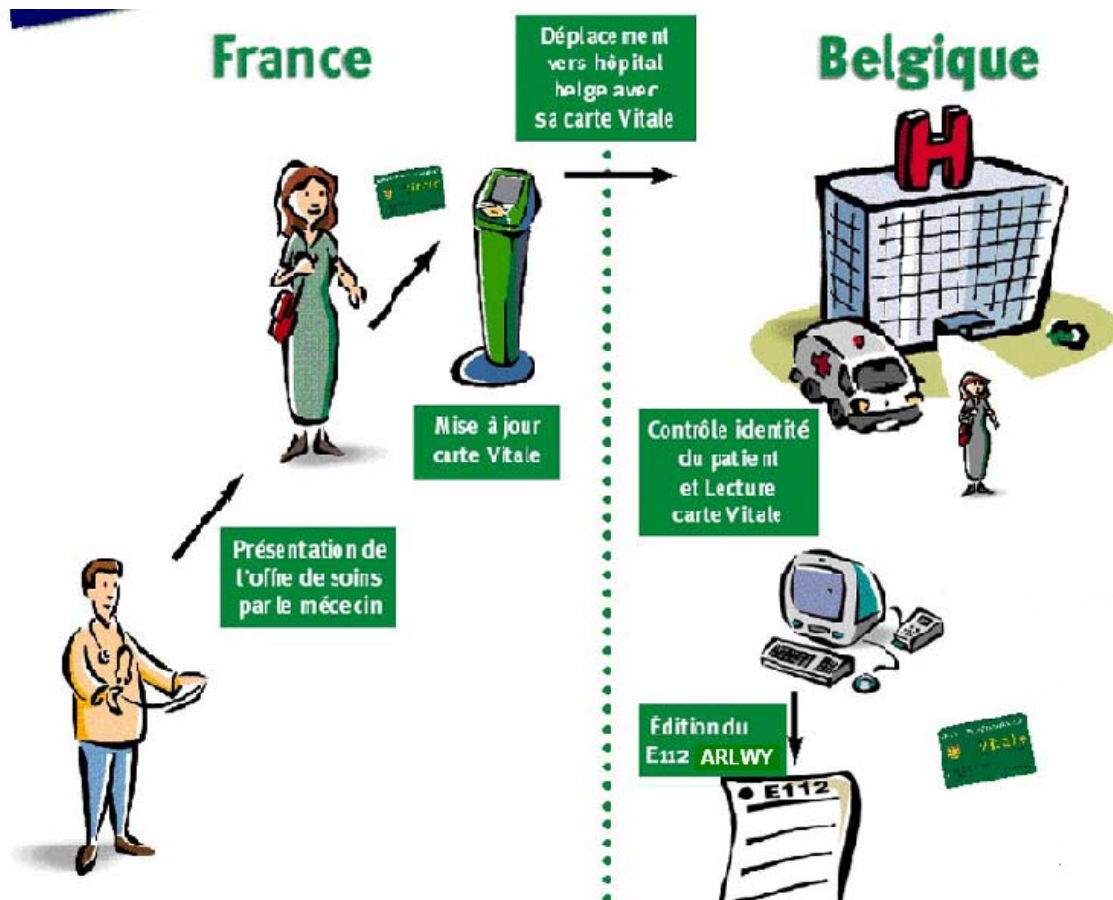
! Si l'assuré belge est un **travailleur frontalier** exerçant en France, il n'y a pas de changement : il utilise sa carte d'assuré social du pays dans lequel il est hospitalisé.

! Si l'assuré belge est un travailleur frontalier exerçant au Grand-duché de Luxembourg, il devra solliciter un formulaire E112 auprès de sa caisse d'assurance maladie luxembourgeoise.

⁹⁸ Un carnet explicatif sur la façon de remplir le document E112 ARLWY B est à disposition du personnel administratif auprès du GEIE LLS.

b) Cas d'un assuré français recevant des soins dans l'hôpital belge

- ❶ Le médecin traitant oriente son patient vers les CSL.
- ❷ Le patient se rend dans l'hôpital belge muni de sa carte Vitale qu'il aura préalablement mise à jour auprès de son organisme d'affiliation.
- ❹ L'hôpital contrôle l'identité du patient et vérifie sa qualité d'assuré social par le biais de la lecture de sa carte Vitale opérée sur les bornes installées dans l'établissement belge.
- ❺ L'hôpital transmet l'ensemble des informations administratives à la CPAM de Longwy.
- ❻ Celle-ci édite le formulaire E112ARLWY pour les assurés relevant du régime général ou transmet l'ensemble des informations nécessaires à la délivrance dudit formulaire aux caisses des autres régimes. La CPAM fait alors l'interface entre les divers organismes d'affiliation et l'établissement belge pour la délivrance du formulaire.



➤ Prise en charge financière

Il est établi entre la France et la Belgique que les créances réciproques nées dans le cadre de cette convention seront remboursées, en application des principes contenus dans les articles 93 et 102 du règlement (CEE) n° 574/72 du 21 mars 1972, par l'institution compétente à l'institution qui a servi les prestations, pour le montant des dépenses effectives, sur la base des factures individuelles précitées, par assuré, éditées par le pays.

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), sur base des tarifs belges (procédure du règlement n°1408/71)

A l'inverse, 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.

a) Cas d'un assuré belge recevant des soins dans l'hôpital français

En ce qui concerne l'hospitalisation et les prestations faisant l'objet du tiers-payant, la caisse d'assurance maladie française du lieu des soins (CPAM de Longwy) prend directement en charge la **part obligatoire** (dépenses réelles) et se fait ensuite rembourser, via le CLEISS et l'INAMI, par l'assurance maladie belge (formulaire E 125).

Pour les autres prestations ne faisant pas l'objet du tiers-payant (ex : prestations ambulatoires), le patient fait intégralement l'avance des frais. L'hôpital lui remet le E112 ARLWY B et la facture.

Sur présentation de ces documents, le patient se fait rembourser la **part obligatoire** :

- soit auprès de la CPAM de Longwy qui édite le E 125,
- soit auprès de son organisme assureur belge qui rembourse sur base des tarifs français (formulaire E 126).

Les assurés belges soignés en France dans le cadre de cette convention sont parfois amenés à supporter des **tickets modérateurs** qui peuvent être plus élevés que ceux qu'ils auraient dû payer s'ils avaient été soignés en Belgique, compte tenu du fait que les soins sont remboursés sur base des tarifs en vigueur dans le pays où les soins ont été dispensés.

Cependant, les assurés sociaux belge peuvent bénéficier d'une prise en charge de leur **frais de transport** vers l'AHBL, à l'instar des assurés sociaux français.

La prise en charge des frais de transport est conditionnée à :

- la délivrance d'une prescription médicale⁹⁹,
- la réalisation du transport par un transporteur français agréé par l'assurance maladie.

Il peut être fait appel à différents modes de transport (voiture particulière, transport en commun, taxi, VSL ou ambulance). C'est le médecin qui délivre la prescription qui détermine le mode de transport en fonction de l'état de santé du patient (degré d'autonomie physique et psychique).

b) Cas d'un assuré français recevant des soins dans l'hôpital belge

En ce qui concerne l'hospitalisation et les prestations faisant l'objet du tiers-payant, l'organisme assureur belge prend directement en charge la **part obligatoire** (dépenses réelles) et se fait ensuite rembourser, via l'INAMI et le CLEISS, par l'assurance maladie française (formulaire E 125).

Pour les autres prestations ne faisant pas l'objet du tiers-payant, le patient fait intégralement l'avance des frais. L'hôpital lui remet le E112 ARLWY F et la facture.

Sur présentation de ces documents, le patient se fait rembourser la **part obligatoire** :

- soit, auprès d'une mutualité belge qui édite le E 125,
- soit auprès de sa caisse d'affiliation qui rembourse sur base des tarifs belges (formulaire E126).

⁹⁹ Par le médecin traitant du patient pour l'entrée à l'AHBL et par un médecin de l'établissement pour la sortie

Le patient français est remboursé dans les mêmes conditions qu'un assuré social belge soigné en Belgique.

Les assurés français soignés en Belgique dans le cadre de cette convention sont donc parfois amenés à supporter des tickets modérateurs qui peuvent être plus élevés que ceux qu'ils auraient dû payer s'ils avaient été soignés en France. Certaines mutuelles françaises complémentaires prennent en charge ces frais.

Cependant, les assurés sociaux français, bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur en France, conservent les mêmes avantages lorsqu'ils franchissent la frontière.

Les **tickets modérateurs** de ces patients sont alors directement facturés à la CPAM de Longwy qui se chargera du paiement pour ses affiliés ou de la transmission de la facture aux autres caisses d'affiliation.

Les bénéficiaires d'une prise en charge à 100% reconnus par la convention sont :

- Les personnes souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD),
- Les bénéficiaires d'un régime de rattachement ou d'une situation exonérante,
- Les patients recevant des soins dans le cadre du suivi d'une maternité,
- Ceux ayant bénéficié d'un acte médical identifié comme exonérant dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) au sens de la législation de sécurité sociale française (acte médical > 91 euros,
- Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU).

-Les **frais de transport** des assurés sociaux français sont pris en charge dans les conditions suivantes :

- délivrance d'une prescription médicale, soit par son médecin traitant pour l'entrée à l'hôpital belge, soit par un médecin belge,
- réalisation du transport par un transporteur français agréé par l'assurance maladie.

Il peut être fait appel à différents modes de transport (voiture particulière, transport en commun, taxi, VSL ou ambulance). C'est le médecin qui délivre la prescription qui détermine le mode de transport en fonction de l'état de santé du patient (degré d'autonomie physique et psychique).

Enfin, en tout état de cause, l'ensemble des assurés sociaux français doivent supporter les coûts d'une chambre particulière en Belgique :

- supplément hôtelier pour chambre individuelle variant de 30 à 70 euros par jour, selon le confort de la chambre,
- suppléments d'honoraires demandés par les praticiens.

➤ **Evaluation**

Conformément à la convention, une commission de suivi transfrontalière est constituée entre les parties signataires. Celle-ci est chargée de l'évaluation annuelle de la convention.
La première évaluation aura lieu en 2009.

➤ **Coordonnées**

Hôpitaux

Cliniques du Sud Luxembourg

Clinique Saint-Joseph
Rue des Déportés 137
6700 - Arlon

Tél. : 0032 (0)63 23 11 11

Email : contact@clinsudlux.be

Cliniques du Sud Luxembourg

Clinique Edmond-Jacques
Rue d'Harnoncourt 48
6762 - Saint-Mard

Tél.: 0032 (0)63 58 81 11

Email : contact@clinsudlux.be

Association Hospitalière du Bassin de Longwy

4, rue Alfred Labbé

54 350 Mont-Saint-Martin

Tél. : 00 33 (0)3.82.44.70.00

Fax : 00 33 (0)3.82.44.73.55

Organisme assureur belge et caisses de maladie françaises

CPAM de Longwy

3, avenue Raymond Poincaré
54401 LONGWY CEDEX
Tél. : 0033 811 703 646 54 (ou 3646 depuis la France)

**Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité
(CAAMI)**

Rue des Martyrs, 46
6700 Arlon
Tél. : 0032 (0)63 22 60 92
Fax : 0032 (0)63 23 43 00

Mutualité chrétienne de la province de Luxembourg

Rue Joseph Netzer 23
6700 Arlon
Tél. : 0032 (0)63 21 17 93
0032 (0)63 21 17 73
Fax : 0032 (0)63 21 77 64
E-mail : arlon@mc.be

MUNALUX

Rue de la Poste, 7
6830 Bouillon
Tél. : 0032 (0)61 46 50 00
Fax : 0032 (0)61 46 50 19
E-mail : info@munalux.be

Union Nationale des Mutualités libres

Rue St-Hubert 19
1150 Bruxelles
Tél. : 0032 (0)2 778 92 11
E-mail : info@mloz.be

Caisse Nationale de la SNCB

Centre médical régional
Boulevard du Nord, 60
5000 Namur
Tél. : 0032 (0)81 25 24 87
Fax : 0032 (0)81 25 25 02

**Mutualité socialiste du
Luxembourg**

Place de la Mutualité, 1
6870 Saint-Hubert
Tél. : 0032 (0)61 23 12 19
Fax : 0032 (0)61 61 28 67
E-mail : contact.lux@mutsoc.be

Mutualité Libérale

Avenue de la Gare, 37
6700 Arlon
Tél. : 0032 (0)63 24 53 04
Fax : 0032 (0)63 21 73 29
E-mail : contact@mutualiteliberale.be

2.7. Les coopérations sanitaires transfrontalières franco-belges (situation au 01/10/2008) : Tableaux de synthèse

2.7.1. Les réalisations élaborées au bénéfice des assurés français

| Domaine médical | Partenaires | Objet | Etat d'avancement |
|--|--|--|--|
| Dialyse | CHR Jan Yperman, CPAM d'Armentières | Accueil de patients français au CHR J. Yperman. | Depuis <u>2000</u> |
| Dialyse | CH de Tourcoing et de Mouscron, AM | Accueil de patients français insuffisants rénaux chroniques au CH de Mouscron | En vigueur depuis <u>juin 1995</u> |
| Scintigraphie | CH de Tourcoing et de Mouscron, AM, ARH | Examens de scintigraphie à Mouscron pour les patients français. | En vigueur au <u>1^{er} novembre 2004</u> |
| Urologie | CH de Tourcoing, de Roubaix et de Mouscron, AM, ARH | Lithotripsie au CH de Mouscron | En vigueur au <u>1^{er} mars 2005</u> |
| Soins intensifs | CH de Maubeuge et de Mons, AM, ARH | Accueil de patients en soins intensifs par manque de place. | En vigueur au <u>1^{er} octobre 2004</u> |
| SMUR | <p>Annexes du Nord : ?????</p> <p>Annexes Ardennes : SMUR de Fumay, de Sedan et de Charleville-Mézières SMUR de Chimay, de Dinant et de Libramont</p> <p>Annexes Lorraine : SMUR de Mont-Saint-Martin et de Verdun SMUR d'Arlons</p> | Intervention d'un SMUR belge sur le territoire français à la demande du centre 15 français au centre 100 belge. Si une hospitalisation est nécessaire, le patient sera transférer dans un hôpital du pays d'intervention. | <p>Nord : En vigueur au <u>???? 2008</u></p> <p>Ardennes : En vigueur au <u>1^{er} juillet 2008</u></p> <p>Lorraine : En vigueur au</p> |
| Zonne Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier « Ardennes » | <p>PARTIE BELGE : CH de Dinant, Polycliniques du CH de Dinant située à Gedinne et Ciney, Cliniques universitaires de Mont Godinne, Polycliniques des mutualités socialistes de Beauraing, Couvin et Philippeville</p> <p>PARTIE FRANÇAISE : CH de Charleville, CH de Sedan, Hôpital local de Fumay, Polyclinique du Parc de Charleville, Clinique du Dr l'Hoste de</p> | <p>Accès aux soins des établissements hospitaliers de la zone belge sans autorisation médicale préalable.</p> <p>Utilisation des cartes Vitale et SIS</p> | En vigueur au <u>1^{er} février 2008</u> |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | Villers-Semeuse, HL Nouzonville, CHRU de Reims | | |
| Zone Organisée d'Accès aux Soins « Transcards » | Centre de Santé des Fagnes à Chimay, CH du Pays d'Avesnes, Hôpital Départemental de Felleries Liessies, CH de Fourmies, CH Brisset à Hirson, Hôpital du Nouvion en Thiérache, CH de Vervins, Polyclinique de la Thiérache à Wignehies | Offre de soins du Centre de Santé des Fagnes aux affiliés de la CPAM de Maubeuge habitant les communes de Trelon, Avesnes Helpe, Avesnes Nord, Avesnes Sud et aux affiliés de la CPAM de Saint-Quentin habitant les communes de Vervins, Aubanton, Hirson, Le Nouvion, La Capelle Utilisation des cartes Vitale en Belgique et SIS en France. | Convention CNAMTS-INAMI mise en œuvre en <u>mai 2000</u> et pérenne depuis le <u>22/11/2002</u> . |
| Zonne Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier « MRTW » | VERSANT FRANÇAIS : CH de Tourcoing, de Roubaix, VERSANT BELGE : CH de Watrelos et de Mouscron | Offre de soins du CH de Mouscron proposée aux affiliés des CPAM de Tourcoing et Roubaix ainsi qu'à une partie des affiliés des CPAM d'Armentières et de Lille. Utilisation des cartes Vitale et SIS | En vigueur au 1 ^{er} avril 2008 |
| Zonne Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier « Arlon/Longwy » | VERSANT FRANÇAIS : Association Hospitalière du Bassin de Longwy (AHBL) VERSANT BELGE : Cliniques du Sud Luxembourg (CSL) | Offre de soins des CSL d'Arlon et Virton proposée aux assurés sociaux français de la zone de l'arrondissement de Brierly. Utilisation des cartes Vitale et SIS | En vigueur au 1 ^{er} juillet 2008 |

2.7.2. Les projets en cours de validation élaborés au bénéfice des assurés français

| Domaine médical | Partenaires | Objet | Etat d'avancement |
|--|---|---|---|
| Soins intensifs | CH de Valenciennes et de Tournai, AM, ARH | Accueil de patients en soins intensifs par manque de place. | Convention finalisée en cours de validation |
| Soins de Suite et de Réadaptation | CH de Valenciennes, RHMS (site de Péruwelz), ARH, AM | Accueil de patients français en SSR sur le site de Péruwelz du RHMS | Convention finalisée en cours de validation |
| Psychiatrie | EPSM Lille Métropole d'Armentières, Psychiatrisch Centrum de Menin, AM, ARH | Accueil en Belgique de patients français en hospitalisation complète. Limite à 3 patients de chaque côté | - Convention validée en Belgique - Texte transmis à la CNAMTS avec motivation écrite de l'ARH. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Prise en charge des grands brûlés | CH de Charleville Mézières, IMTR de Loverval, UGECAM NORD EST, AM, ARH | Donner la possibilité aux grands brûlés français d'être traités en soins aigus au centre des grands brûlés de Loverval. Cette convention permet au SMUR d'orienter les grands brûlés vers l'IMTR de Loverval. | Avis favorable de l'Assurance Maladie belge et française. Attente de l'autorisation du Ministère français de la santé |
|--|--|--|--|

2.7.3. Les réalisations élaborées au bénéfice des assurés belges

| Intitulé | Partenaires | Objet | Etat d'avancement |
|---|--|--|--|
| Maladies infectieuses | CH de Tourcoing et de Mouscron, AM | Accueil de patients français insuffisants rénaux chroniques au CH de Mouscron | En vigueur depuis <u>juin 1995</u> |
| IRM | CH de Tourcoing et de Mouscron, AM, ARH | Utilisation de l'IRM de Tourcoing par les médecins belges pour leurs patients. | En vigueur au <u>1^{er} novembre 2004</u> |
| Zone Organisée d'Accès aux Soins « Transcards » | Centre de Santé des Fagnes à Chimay, CH du Pays d'Avesnes, Hôpital Départemental de Felleries Liessies, CH de Fourmies, CH Brisset à Hirson, Hôpital du Novion en Thiérache, CH de Vervins, Polyclinique de la Thiérache à Wignehies (Transcards) | Offre de soins des sept établissements français accessibles aux assurés sociaux belges habitant les communes de Sivry-Rance, Momignies, Chimay, Couvin, Viroinval, Cerfontaine et Froidchapelle Utilisation des cartes Vitale en Belgique et SIS en France. | Convention CNAMTS-INAMI mise en œuvre en <u>mai 2000</u> et pérenne depuis le <u>22/11/2002</u> . |
| SMUR | Annexes du Nord : ?????? Annexes Ardennes : SMUR de Fumay, de Sedan et de Charleville-Mézières SMUR de Chimay, de Dinant et de Libramont Annexes Lorraine : SMUR de Mont-Saint-Martin et de Verdun SMUR d'Arlons | Intervention d'un SMUR français sur le territoire belge à la demande du centre 100 belge au centre 15 français. Si une hospitalisation est nécessaire, le patient sera transférer dans un hôpital du pays d'intervention. | Nord : En vigueur au ??? 2008 Ardennes : En vigueur au 1er juillet 2008 Lorraine : En vigueur au |
| Zonne Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier « Ardennes » | Partie belge : CH de Dinant, Polycliniques du CH de Dinant située à Gedinne et Ciney, Cliniques universitaires de Mont Godinne, Polycliniques des | Accès aux soins des établissements hospitaliers de la zone française sans autorisation médicale préalable. Utilisation des cartes Vitale et SIS | En vigueur au 1er février 2008 |

| | | | |
|---|---|---|--------------------------------|
| | mutualités socialistes de Beauraing, Couvin et Philippeville Partie française : CH de Charleville, CH de Sedan, Hôpital local de Fumay, Polyclinique du Parc de Charleville, Clinique du Dr l'Hoste de Villers-Semeuse, HL Nouzonville, CHRU de Reims | | |
| Zonne Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier « MRTW » | VERSANT FRANÇAIS : CH de Tourcoing, de Roubaix, VERSANT BELGE : CH de Watrelos et de Mouscron | Offre de soins des trois hôpitaux français (Roubaix, Tourcoing et Watrelos) proposée aux assurés belges de l'arrondissement de Mouscron et de la commune d'Estaimpuis. Utilisation des cartes Vitale et SIS | En vigueur au 1er avril 2008 |
| Zonne Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier « Arlon/Longwy » | VERSANT FRANÇAIS : Association Hospitalière du Bassin de Longwy (AHBL) VERSANT BELGE : Cliniques du Sud Luxembourg (CSL) | Offre de soins de l'AHBL de mont-Saint-Martin proposée aux assurés sociaux belge de la zone des communes des arrondissements d'Arlon et de Virton. Utilisation des cartes Vitale et SIS | En vigueur au 1er juillet 2008 |

2.7.4. Les projets en cours de validation élaborés au bénéfice des assurés belges

| Domaine médical | Partenaires | Objet | Etat d'avancement |
|-----------------------------------|---|--|--|
| Psychiatrie | EPSM Lille Métropole d'Armentières, Psychiatrisch Centrum de Menin, AM, ARH | Accueil en Belgique de patients français en hospitalisation complète. Limite à 3 patients de chaque côté | - Convention validée en Belgique - Texte transmis à la CNAMTS avec motivation écrite de l'ARH. |
| Urologie | CH de Tourcoing, de Roubaix et de Mouscron, AM, ARH | Chirurgie lourde à Roubaix. | En vigueur au <u>1^{er} mars 2005</u> entre les CH de Tourcoing et de Mouscron. |
| Réadaptation fonctionnelle | CH de Charleville Mézières, IMTR de Loverval, UGECAM NORD EST, AM, ARH | Donner la possibilité aux patients belges d'être traités en soins de réadaptation fonctionnelle dans les établissements de l'UGECAM Nord Est dans le département des Ardennes. | Avis favorable de l'Assurance Maladie belge et française. Attente de l'autorisation du Ministère français de la santé |

3. Conclusion et perspectives

Au 1^{er} octobre 2008, les acteurs de la santé et de l'assurance maladie situés le long de la frontière franco-belge ont concrétisé cinq conventions interhospitalières transfrontalières¹⁰⁰, quatre zones organisées d'accès aux soins transfrontalier et une déclaration de coopération interhospitalière¹⁰¹.

Les coopérations interhospitalières transfrontalières existantes mettent en adéquation les forces et les faiblesses de certains établissements frontaliers. Il s'agit principalement de micro-projets, souvent expérimentaux, dont les bénéficiaires sont ciblés et les prestations médicales limitées.

Le point de vue des zones organisées d'accès aux soins transfrontalier est quelque peu différent : elles permettent aux habitants d'une zone transfrontalière délimitée d'avoir librement accès à l'offre de soins des hôpitaux de cette zone, indépendamment du pays d'affiliation.

Ces projets, basés sur la complémentarité de l'offre de soins existante de part et d'autre de la frontière, créent des synergies entre les institutions et les prestataires de soins belges et français et renforcent le tissu sanitaire de la région frontalière. Ils apportent, dans le respect des politiques nationales de programmation sanitaire, une réelle valeur ajoutée au niveau des plateaux techniques des hôpitaux et des équipes soignantes.

L'accès aux soins autorisé dans le cadre de ces coopérations se fait sans contrainte administrative ou financière particulière pour les patients et les prestataires. La plupart de ces conventions permettent aux assurés de s'affranchir de l'autorisation médicale préalable imposée par le règlement européen CEE n°1408/71. Les organismes d'assurance maladie délivrent dans ces cas un formulaire E 112 administratif afin d'assurer la prise en charge financière des soins reçus sur le territoire voisin. Il s'agit en quelque sorte d'une extension de l'application du règlement européen.

D'autres projets de convention sont en cours d'élaboration. Certains peinent à se concrétiser car leur validation est soumise préalablement à de multiples procédures administratives et est tributaire de la volonté de nombreux acteurs. Toutefois, l'accord-cadre franco-belge ouvre des perspectives encourageantes pour les acteurs locaux de la santé et les populations résidant dans l'espace frontalier franco-belge car ce texte donne une assise juridique aux projets de coopération sanitaire transfrontaliers et décentralise la décision sur le versant français.

Il permet d'augurer l'aboutissement et le développement d'autres coopérations interhospitalières comblant une lacune identifiée à l'aide d'une offre adéquate de places, de prestataires et/ou d'équipements disponibles de l'autre côté de la frontière. Il a déjà permis la transposition du système Transcards avec la mise en place de Zones organisées d'accès aux soins transfrontalier « Mouscron – Roubaix – Tourcoing – Wattrelos », « Ardennes » et « Arlon-Longwy ». Certains envisagent à terme de structurer les offres de soins frontalières belge et française en filières de soins transfrontalières, répondant ainsi aux besoins de santé des bassins de population transfrontaliers.

L'accord-cadre de coopération sanitaire franco-belge ratifié par la France doit cependant encore l'être ratifié par la Belgique.

¹⁰⁰ Conventions : « Maladies infectieuses – Hémodialyse » (Mouscron – Tourcoing), « IRM – Scintigraphie » (Mouscron – Tourcoing), « Urologie » (Mouscron – Tourcoing), « Dialyse » (Armentières – Ypres) « Soins intensifs – Réanimation » (Mons – Maubeuge)

¹⁰¹ incluant également le Luxembourg : déclaration signée par les CSL (Arlon), le CHL (Luxembourg) et l'AHBL (Longwy)

V. Conclusion générale

1. En théorie ...

Les systèmes de santé et de sécurité sociale de l'Union européenne sont, conformément au Traité, basés sur les principes suivants :

- l'organisation et la gestion des systèmes de santé relèvent de la compétence des Etats membres ;
- les assurés sociaux ont accès aux prestations délivrées dans leur pays compétent (territorialité de la prestation).

Toute harmonisation communautaire étant exclue, il appartient à chaque Etat membre d'organiser son système de protection sociale, d'en définir les conditions d'accès et les conditions qui donnent droit aux prestations.

Toutefois, le Traité de Rome (1957) instaure par ailleurs la libre circulation des travailleurs¹⁰² au sein de l'Union européenne. Dès lors, pour ne pas entraver cette libre circulation, les instances européennes ont créé un mécanisme dérogatoire au principe de territorialité de la prestation : les règlements CEE n°1408/71 et n°572/74 de coordination des systèmes de sécurité sociale permettent aux citoyens européens de maintenir des droits en la matière lorsqu'ils séjournent ou résident dans un autre Etat membre.

En ce qui concerne l'assurance maladie, les formulaires européens de liaison délivrés par les organismes assureurs compétents permettent aux citoyens qui se déplacent au sein de l'Union européenne d'ouvrir un droit aux soins de santé dans un autre Etat membre. Au nom du principe de non-discrimination, les prestations reçues par un assuré étranger sont prises en charge de la même manière que celles des assurés de ce pays : les soins sont pris en charge par une institution du pays d'accueil, sur base des tarifs en vigueur dans cet Etat.

Bien que ce système de régulation constitue l'outil de référence en matière d'accès aux soins à l'étranger, la Cour de justice des Communautés européennes a ouvert une seconde voie d'accès : l'application des arrêts Kohll et Decker de 1998 permet aux assurés sociaux de recevoir, sans autorisation médicale préalable (E 112), des soins ambulatoires dans un autre Etat membre et, à leur retour, de se faire rembourser par leur organisme compétent, sur base des tarifs en vigueur dans leur pays d'affiliation.

La Cour a introduit cette procédure parallèle car elle estime que l'autorisation médicale préalable nécessaire au remboursement des biens médicaux et soins programmés reçus à l'étranger est contraire à un autre principe du Traité, celui de la libre prestation de services.

Le principe de non-discrimination est, dans ce cas établi, par rapport aux autres assurés de l'Etat d'affiliation.

Si la procédure d'autorisation est considérée comme une entrave à la libre prestation de services, la Cour reconnaît toutefois qu'elle est justifiée pour les soins hospitaliers par des motifs d'intérêt général et de santé publique.

La Cour a par ailleurs énoncé un certain nombre de règles relatives à l'application des règlements européens : elle a notamment défini les conditions de délivrance des E 112 (cf. arrêt Smits et Peerbooms) et précisé les conséquences de l'octroi d'un tel document (cf. arrêt Herrera).

Malgré leur complexité, les règlements européens ne solutionnent pas toutes les situations liées à la mobilité des citoyens. C'est pourquoi d'autres initiatives ont été prises. Certains Etats membres ont signé

¹⁰² Il faut attendre l'Acte unique européen (1986) pour que ce droit soit étendu à l'ensemble des citoyens de l'UE.

des accords bilatéraux afin d'étendre la couverture des travailleurs frontaliers et de leur famille. Leur application se fait dans certains cas à l'aide des formulaires européens existants.

La législation belge autorise en outre ses assurés résidant dans une zone de 15 km le long de la frontière à se faire soigner, sur base d'un E 112 administratif, dans un établissement situé à maximum 25 km de l'autre côté de la frontière.

Dans les régions frontalières, les acteurs locaux s'appuient généralement sur le mécanisme de coordination établi par les règlements européens pour élaborer des systèmes de régulation spécifiques aux régions transfrontalières. Ces derniers peuvent être dérogatoires à plusieurs titres. La plupart des conventions remplacent l'autorisation médicale préalable par un formulaire E 112 administratif. Certaines assurent une prise en charge complémentaire des frais (ex. par l'hôpital) afin que les tickets modérateurs ne constituent pas un frein à la mobilité dans les régions frontalières.

En somme, nous pouvons affirmer que l'accès aux soins dans un autre Etat membre est inscrit au centre des préoccupations sanitaires et sociales des institutions communautaires et de celles des acteurs locaux de la santé et de l'assurance maladie.

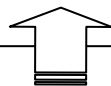
Les premières ont établi un système dérogatoire au principe de territorialité de la prestation inscrit dans le Traité, lequel a été partiellement court-circuité par une procédure introduite par les arrêts de la CJCE. Dès lors, pour les soins ambulatoires, il revient au citoyen de choisir l'une ou l'autre voie d'accès et de remboursement.

Les seconds tâchent de répondre aux attentes spécifiques des populations frontalières en complétant les dispositions des règlements européens et en imaginant des modes de régulation particuliers qui s'articulent au cadre légal européen. En procédant de la sorte, les acteurs locaux visent à :

- assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière,
- garantir une continuité des soins à ces mêmes populations,
- optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels et,
- favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

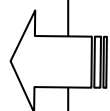
Accès des assurés résidant en France aux soins en Belgique : législations applicables

Traité de Rome : Accès aux soins dans le pays de résidence*, en l'occurrence la France



Règlements européens : Accès aux soins à l'étranger, en l'occurrence la Belgique

- *Travailleurs frontaliers :*
E 106
= accès aux soins ambulatoires et hospitaliers
= remboursement par leur mutualité sur base des tarifs belges
- *Autres assurés (dont anciens travailleurs frontaliers)*
CEAM
= accès aux soins ambulatoires et hospitaliers nécessaires
= remboursement par leur caisse française ou une mutualité sur base des tarifs belges
- E 112**
= accès aux soins ambulatoires et hospitaliers programmés
= remboursement par une mutualité sur base des tarifs belges

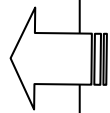


Convention bilatérale franco-belge

Ayants-droit

E 109

- = accès aux soins ambulatoires et hospitaliers
- = remboursement par leur mutualité sur base des tarifs belges

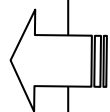


Conventions transfrontalières

Assurés visés par la convention

Document visé par la convention (ex. : cartes SIS/ Vitale, E 112 admin. ...)

- = accès aux soins visés par la convention
- = remboursement selon les modalités définies par la convention



Décret n°2005-368 et circulaire du 19/05/2005

(application des arrêts Kohll et Decker)

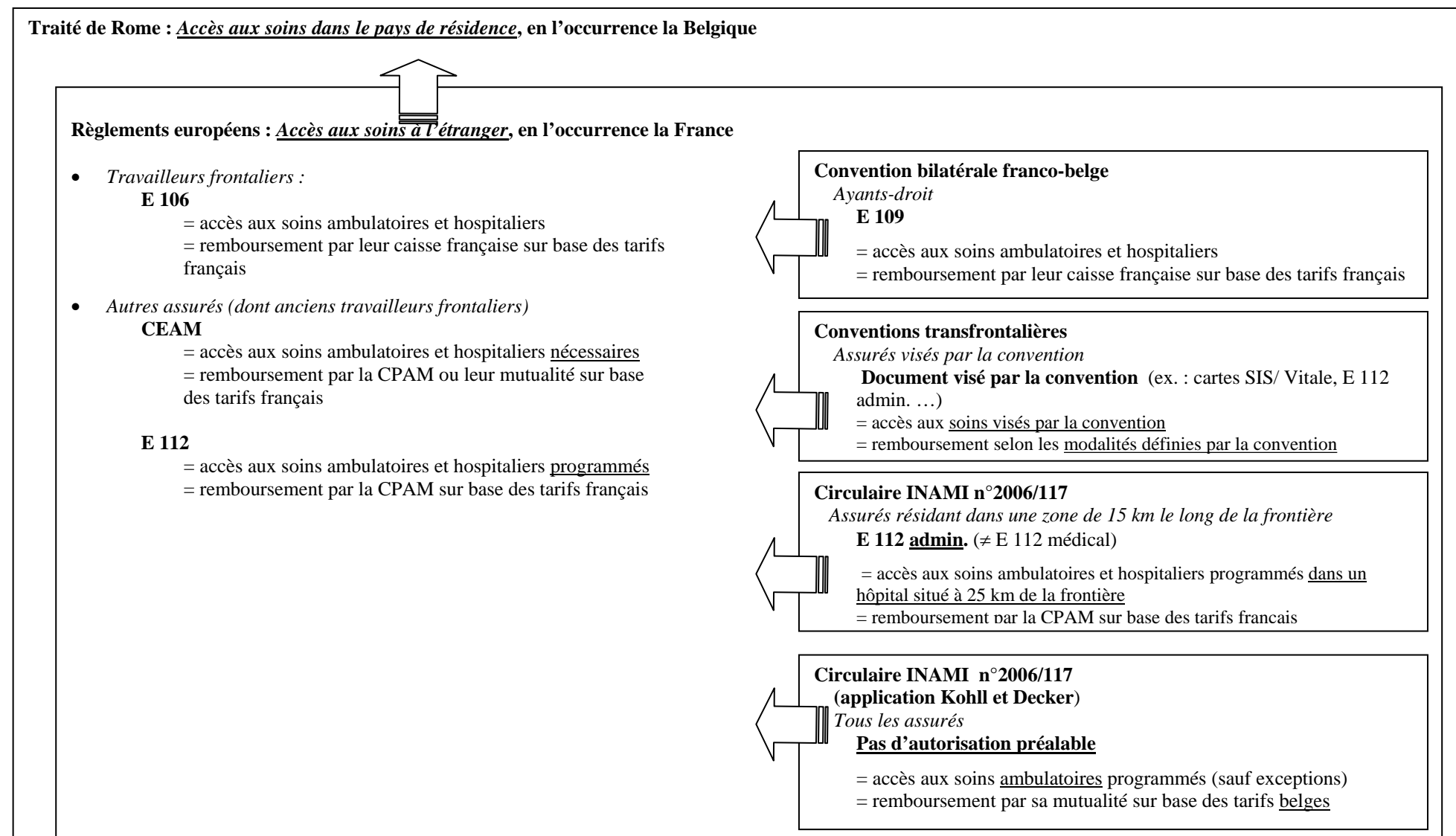
Tous les assurés

Pas d'autorisation préalable

- = accès aux soins ambulatoires programmés (sauf exceptions)
- = remboursement par leur caisse française sur base des tarifs français

* Les personnes ayant transféré leur résidence vers un autre Etat membre sont, sur base du formulaire E 121, considérés comme des assurés ce pays.

Accès des assurés résidant en Belgique aux soins en France : législations applicables



* Les personnes ayant transféré leur résidence vers un autre Etat membre sont, sur base du formulaire E 121, considérés comme des assurés ce pays.

Accès aux soins de l'autre côté de la frontière (en France ou en Belgique)

1. L'assuré est un travailleur frontalier¹⁰³

Législation applicable : Règlements européens 1408/71 et 574/72 (! vérifier que l'assuré soit couvert par ces textes) / *Accord bilatéral pour les membres de la famille*

Démarche préalable : l'organisme assureur du pays compétent¹⁰⁴ délivre un E 106 à remettre à l'organisme assureur du pays de résidence

Droits : libre accès aux soins en France et en Belgique

Procédure de prise en charge :

- ♦ Soins en France : prise en charge comme un assuré français (CPAM, tarifs français)
- ♦ Soins en Belgique : prise en charge comme un assuré belge (mutualité, tarifs belges)

2. L'assuré est en séjour temporaire de l'autre côté de la frontière (ex. vacances)

Législation applicable : Règlements européens 1408/71 et 574/72 (! vérifier que l'assuré soit couvert par ces textes)

Démarche préalable : l'assuré demande une CEAM à son organisme assureur (mutualité / caisse de maladie)

Droits : accès aux soins nécessaires et prise en charge financière

Procédure de prise en charge : prise en charge des soins par l'organisme assureur du pays des soins (ou éventuellement à son retour par son organisme assureur), sur base des tarifs de ce pays c'est-à-dire comme un assuré de ce pays

3. L'assuré se rend de l'autre côté de la frontière pour y recevoir des soins (soins programmés)

En principe il doit demander une autorisation médicale préalable :

Législation applicable : Règlements européens 1408/71 et 574/72 (! vérifier que l'assuré soit couvert par ces textes)

Démarche préalable : l'assuré doit demander une autorisation médicale (E 112) à son organisme assureur (mutualité / caisse de maladie)

Droits : accès aux soins mentionnés sur le E 112

Procédure de prise en charge : prise en charge des soins par l'organisme assureur du pays des soins, sur base des tarifs de ce pays c'est-à-dire comme un assuré de ce pays

3 alternatives

- a) Ces soins sont visés par une **coopération transfrontalière** c'est-à-dire par une convention interhospitalière¹⁰⁵ ou une ZOAST¹⁰⁶ → application *des modalités définies par la convention* (démarche, droits et procédures)
- b) Ce sont des **soins ambulatoires**
Législation applicable : Arrêt « Kohll et Decker »
Démarche préalable : Aucune
Droits : accès aux soins ambulatoires
Procédure de prise en charge : prise en charge des soins par l'organisme assureur du pays compétent, sur base des tarifs de ce pays
- c) Il s'agit de **résidents frontaliers belges** (zone frontalière de 15 km)
Législation applicable : circulaire INAMI 2006/117

¹⁰³ Il s'agit d'un travailleur frontalier c'est-à-dire qu'il exerce son activité professionnelle sur le territoire d'un Etat membre et réside dans un autre Etat membre, pays dans lequel il retourne au moins une fois par semaine.

¹⁰⁴ Mutualité s'il travaille en Belgique / Caisse de maladie s'il travaille en France

¹⁰⁵ Conventions : « Maladies infectieuses – Hémodialyse » (Mouscron – Tourcoing), « IRM – Scintigraphie » (Mouscron – Tourcoing), « Urologie » (Mouscron – Tourcoing), « Dialyse » (Armentières – Ypres) « Soins intensifs – Réanimation » (Mons – Maubeuge), ZOAST « MRTW », « TRANSCARDS », « Ardennes » et « Arlon-Longwy ».

¹⁰⁶ L'assuré habite en Thiérarche (Cf. Transcards)

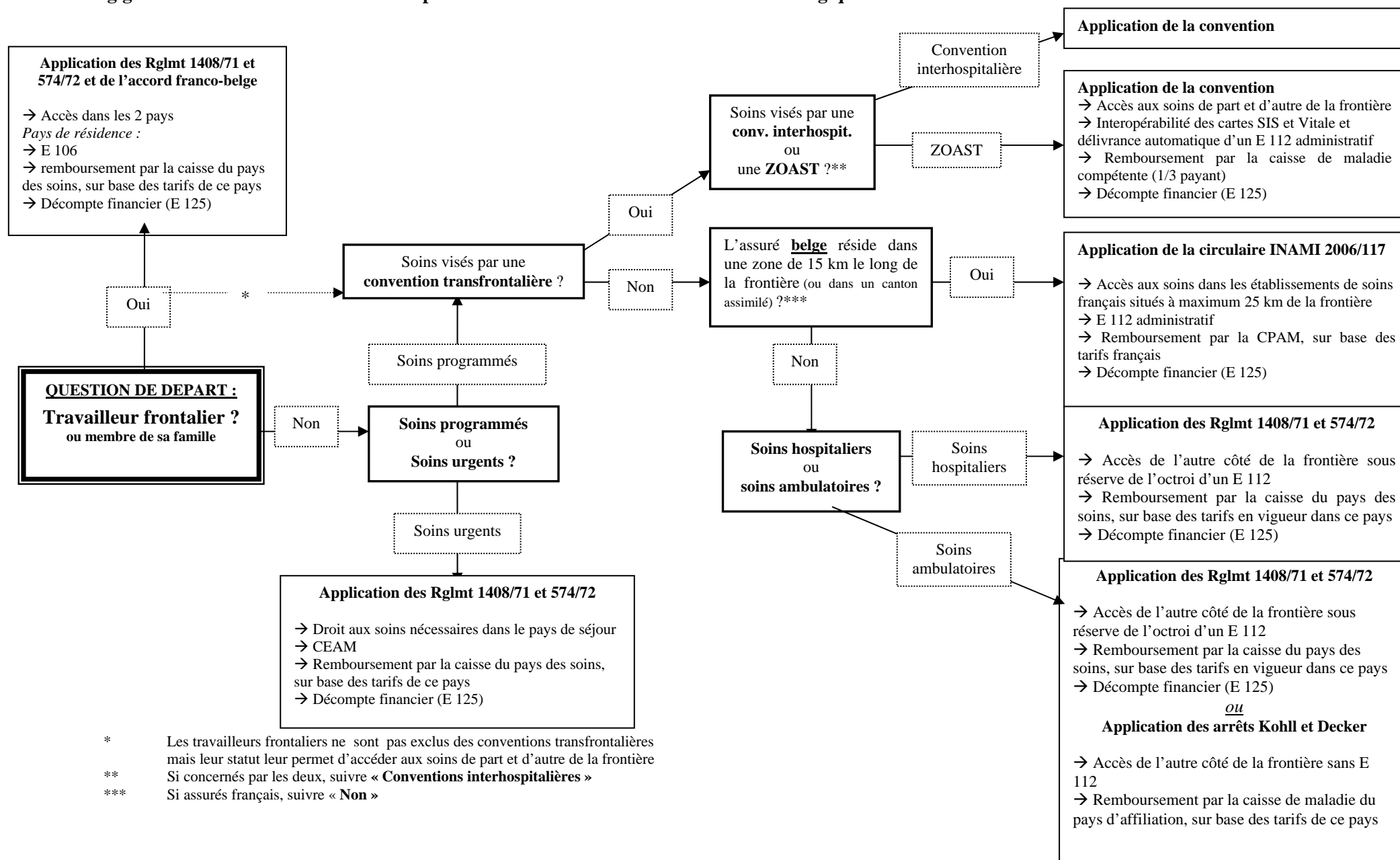
Démarche préalable : l'assuré doit demander une autorisation (E 112 administratif) à son organisme assureur

Droits : **accès aux soins dans un établissement situé à moins de 25 km de la frontière** et prise en charge financière

Procédure de prise en charge : prise en charge des soins par l'organisme assureur du pays des soins, sur base des tarifs de ce pays c'est-à-dire comme un affilié de ce pays

2. ... et en pratique

Logigramme articulant les différents dispositifs d'accès aux soins transfrontalier en Belgique et France



| |
|----------------|
| Annexes |
|----------------|

Annexe 1 – Outils développés

Pour répondre rapidement et de manière uniforme aux questions des assurés, il convient de doter les « guichets de soins » **d’outils** adaptés. Parmi les outils créés, nous pouvons citer :

- Le *lexique* qui « traduit » les termes utilisés en France (équivalence des termes, sigles des organismes ...) en français (version belge) et en néerlandais et inversement ;
- Le *glossaire* qui définit les termes les plus utilisés ;
- La *base de données* « veille juridique » à destination des patients¹⁰⁷ qui est un outil interactif permettant aux patients de connaître, via l’introduction de diverses variables (pays de soins, pays de résidence ...), leurs droits en matière d’accès aux soins à l’étranger et la procédure à respecter pour en bénéficier ;
- Les *fiches* d’information s’adressant aux *travailleurs frontaliers* ;
- Le *rapport* «La mobilité transfrontalière des patients » qui analyse l’impact de la jurisprudence sur l’accès aux soins à l’étranger ;
- Des *feuilles de signalisation* (papier ou via Internet) qui ont été/seront remises aux organismes assureurs afin de permettre à leurs employés de signaler au groupe de travail les problèmes rencontrés par les populations frontalières lorsqu’elles font valoir leurs droits en matière d’accès aux soins à l’étranger. Cette procédure permettra également d’orienter le groupe de travail de pilotage qui assure la guidance du projet ;
- Le présent support.

Ces outils d’information devraient permettre aux professionnels « guichets de soins » de répondre à la plupart des questions des assurés frontaliers. Pour les situations plus complexes, la constitution d’un groupe technique peut être envisagée dans un second temps.

¹⁰⁷ Pour tester la base de données « veille juridique », consultez le site www.santetransfrontaliere.org. (Cf. Annexe 2)

Annexe 2 – Base de données interactive

Le groupe de travail « Veille juridique », commun à l'OFBS et à LLS a créé un outil interactif en ligne permettant aux patients de connaître leurs droits en matière d'accès aux soins à l'étranger et la procédure à respecter.

Les partenaires

Belgique : Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes (ANMC), Mutualité chrétienne Hainaut Picardie (MCHP), Mutualité chrétienne de la province de Luxembourg (MCPL)

France : CPAM de Maubeuge, CPAM des Ardennes, CPAM de Saint-Quentin

Grand-Duché de Luxembourg : Union des Caisses de Maladie

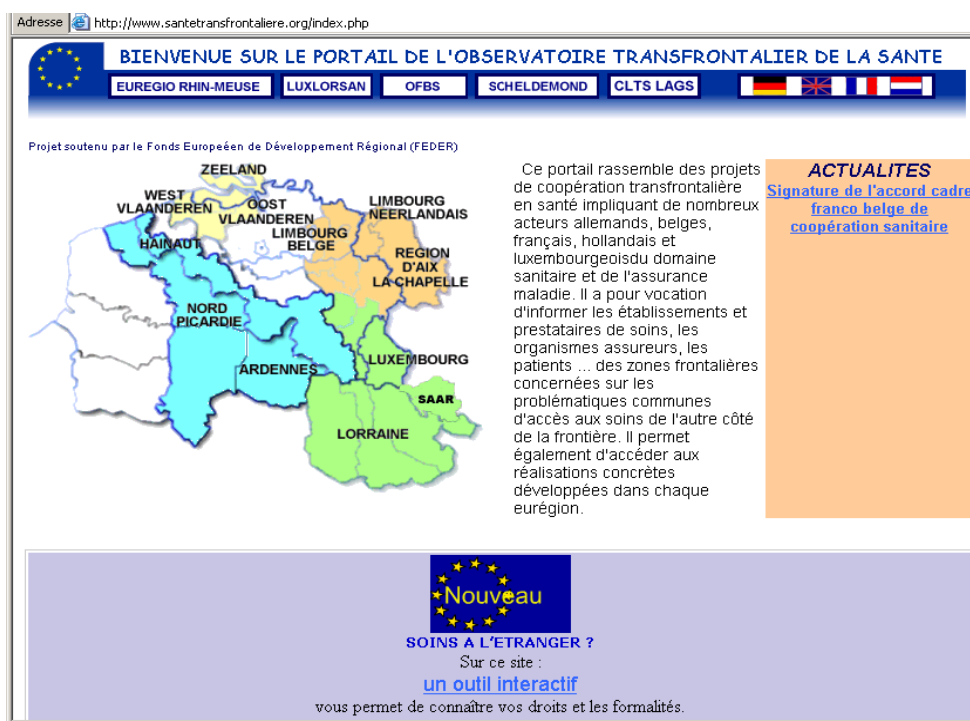
Le champ d'application

Catégories d'assurés : Travailleurs, Chômeurs, Retraités, Etudiants

Territoire : France, Belgique, Grand-Duché de Luxembourg (en construction)

Accès et structure

Accueil du site portail : www.santetransfrontaliere.org



Deux pages de formulaires : Catégorie d'assuré / Eléments complémentaires adaptés à la situation

- Une fiche réponse (complétée par des liens vers les organismes officiels compétents) avec :
- Un rappel des informations fournies (1^{er} contrôle)
- Votre situation (2^{ème} contrôle)
- Les formalités à accomplir
- Les droits

Nombre de fiches

| | Belgique | France | Luxembourg | TOTAL |
|---------------------|----------|--------|------------|------------|
| Etudiants | 35 | 13 | 35 | 83 |
| Chômeur | 17 | 17 | 17 | 51 |
| Pensionnés | 33 | 25 | 33 | 91 |
| Travailleurs | 39 | 39 | 39 | 117 |
| TOTAL | 124 | 94 | 124 | 342 |

Annexe 3 – Formulaires européens

Les formulaires utilisés dans le cadre des règlements peuvent être classés dans cinq groupes :

- Série E 1.. concerne l'assurance maladie – maternité (assujettissement et droit aux prestations).
- Série E 2.. traite du calcul et du paiement des pensions.
- Série E 3.. concerne le droit aux prestations de chômage.
- Série E 4.. concerne le droit aux prestations familiales.
- Série E 6.. concerne les prestations spéciales à caractère non contributif.

Rappelons que la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM) remplace désormais les formulaires E 110, E 111, E 119 et E 128.

Annexe 4 – Arrêts de la CJCE

Arrêts Kohll¹⁰⁸ et Decker¹⁰⁹ (1998)

Les affaires Kohll et Decker relatives à des demandes de remboursement de soins non hospitaliers reçus dans un autre Etat membre

Messieurs Kohll et Decker, tous deux de nationalité luxembourgeoise et affiliés au système de sécurité sociale luxembourgeois, se voient refuser le remboursement de prestations de soins délivrées dans un autre Etat membre.

Monsieur Decker n'avait pas d'autorisation préalable pour l'achat de lunettes en Belgique et Monsieur Kohll s'était vu refuser cette autorisation pour un traitement orthodontique en Allemagne pour sa fille car le traitement n'était pas urgent et aurait donc pu être dispensé au G-D de Luxembourg.

Ils contestent ces décisions au motif que l'autorisation préalable est contraire au principe de libre circulation des biens et services.

Ces arrêts posent la question de la compatibilité entre les principes du Traité (libre prestation de services) et l'autorisation préalable instituée par les règlements européens n°1408/71 et n°574/72.

L'interprétation de la CJCE

La Cour a jugé que si **les Etats membres** jouissent d'une grande liberté pour organiser leur système de sécurité sociale, ils **ne peuvent pas se soustraire à l'application des principes communautaires de non-discrimination et de libre circulation des biens (achats de bien médicaux) et services (soins ambulatoires) sauf motifs légitimes.**

Les motifs légitimes pouvant justifier une restriction à la libre circulation sont :

- la préservation de l'équilibre financier du régime de sécurité sociale ;
- la protection de la santé publique, et plus précisément, la qualité des soins et ;
- la protection et la valorisation par un Etat de son infrastructure médicale.

Ces justifications n'ont pas trouvé lieu à s'appliquer dans les affaires Kohll et Decker où la Cour a considéré que **l'autorisation médicale préalable** exigée par la législation luxembourgeoise, alors en cause, **constituait une restriction injustifiable à la libre circulation des biens et services** contenue dans le Traité.

L'application

Ces arrêts garantissent un libre accès aux prestations ambulatoires dans un autre Etat membre, dans les mêmes conditions que dans le pays d'affiliation :

- l'assuré peut recevoir, sans autorisation médicale préalable, des soins ambulatoires dans un autre Etat membre ;
- l'assuré doit faire l'avance des frais et remettre sa facture à son organisme assureur ;
- le remboursement des soins se fait sur base des tarifs de l'Etat d'affiliation (à concurrence des frais réellement encourus) ;
- les délais et critères de remboursement de l'Etat d'affiliation restent d'application.

En Belgique, l'application de ces arrêts se fait conformément à la circulaire INAMI n°2006/117. Ce texte liste un certain nombre de prestations qui doivent être considérées comme des soins hospitaliers conformément à la jurisprudence européenne et nécessitent dès lors une autorisation préalable (cf. annexe). Ce texte supprime également le plafond de 1000 € de remboursement par déplacement.

¹⁰⁸ C-158/96.

¹⁰⁹ C-120/95, C-158/96.

En France, l'application de ces arrêts se fait conformément au décret n°2005-368 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale¹¹⁰ et à la circulaire du ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille du 19 mai 2005 y afférente¹¹¹.

Ce texte met en conformité le cadre législatif français à la jurisprudence communautaire et simplifie les conditions de prise en charge. Il rappelle notamment que les soins hospitaliers programmés dans un autre Etat membre et le recours à des équipements lourds restent soumis à autorisation préalable.

Arrêt Vanbraekel (2001)¹¹²

L'affaire Vanbraekel relative à une demande de remboursement de soins hospitaliers programmés dans le cadre d'une autorisation préalable

Une ressortissante belge a sollicité auprès de sa mutualité l'autorisation de subir en France une intervention chirurgicale orthopédique. Cette autorisation lui a été refusée au motif que la demande était insuffisamment motivée dans la mesure où elle n'était pas accompagnée de l'avis d'un médecin exerçant dans une structure universitaire nationale.

Malgré l'absence d'autorisation, l'assurée subit l'opération en France et introduit une action afin d'obtenir le remboursement du coût des soins par son organisme assureur.

Le rapport du médecin-expert confirme que l'intervention n'était pas couramment pratiquée en Belgique et que la santé de l'assurée nécessitait bien l'hospitalisation à l'étranger.

La Cour est donc interrogée sur la question de savoir si, une fois établi qu'une hospitalisation dans un autre Etat membre aurait dû être autorisée, le remboursement des frais d'hospitalisation doit se faire selon le régime de l'Etat de l'institution compétente ou selon le régime de l'Etat où a eu lieu l'hospitalisation.

L'interprétation de la CJCE

Avec cet arrêt, la Cour de justice se prononce sur la prise en charge financière des soins lors d'une intervention hospitalière dans un autre Etat membre.

Cet arrêt confirme les arrêts Kohll et Decker, à savoir que l'autorisation préalable n'est plus indispensable pour les soins ambulatoires et que les prestations délivrées à l'étranger sans autorisation préalable doivent être remboursées sur base du tarif du pays d'affiliation.

Par conséquent, un assuré social auquel a été, à tort, refusé une autorisation de se faire hospitaliser dans un autre Etat membre que son Etat d'affiliation a droit au remboursement des frais engagés si l'autorisation est accordée postérieurement à cette hospitalisation.

La Cour estime également que le patient a droit à un remboursement complémentaire si le remboursement des frais exposés pour les services fournis dans un Etat membre de séjour est inférieur à celui qui aurait résulté de l'application de la législation en vigueur dans l'Etat membre d'affiliation.

L'application

Actuellement, le remboursement complémentaire instauré par l'arrêt Vanbraekel n'est pas appliqué par les Etats membres.

¹¹⁰ Décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale, JO du 27 avril 2005.

¹¹¹ Circulaire DSS/DACI/2005/235 du 19 mai 2005 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France.

¹¹² C-368/98.

Arrêts Geraets-Smits et Peerbooms (2001)¹¹³

Les affaires Geraets-Smits et Peerbooms relatives à des demandes de remboursement de soins hospitaliers dans un autre Etat membre

Ces deux litiges opposent Mme Smits et Mr Peerbooms à leurs organismes assureurs au sujet du remboursement de frais d'hospitalisation exposés respectivement en Allemagne et en Autriche.

La caisse de Mme Smits lui a indiqué qu'elle ne lui accorderait aucun remboursement parce qu'un traitement satisfaisant et adéquat était disponible aux Pays-Bas et que le traitement clinique reçu en Allemagne ne comportait aucun avantage supplémentaire. De même, la demande de Mr Peerbooms a été rejetée au motif que des soins adéquats pouvaient être obtenus aux Pays-Bas auprès d'un prestataire de soins et/ou d'un établissement avec lequel la caisse d'assurance maladie avait conclu une convention.

Avec ces affaires, la Cour a dû se prononcer sur la demande remboursement de prestations hospitalières dispensées à l'étranger sans autorisation médicale préalable.

L'interprétation de la CJCE

Cet arrêt rappelle, conformément à la jurisprudence Kohll et Decker, que l'autorisation préalable constitue une entrave à la libre prestation de services médicaux. Toutefois, l'autorisation préalable reste valable dans le cadre d'un système hospitalier. Cette restriction se justifie par des motifs d'intérêt général (coût économique d'une offre hospitalière nationale) et de santé publique (nécessité de planifier une infrastructure pour répondre aux besoins de la population) et de respecter le principe de proportionnalité.

Cet arrêt précise également les conditions dans lesquelles l'autorisation préalable peut être refusée :

- 1) Un Etat membre ne peut refuser une autorisation pour un traitement suffisamment éprouvé et validé par la science médicale internationale ;
- 2) La liste des soins auxquels ont accès les affiliés d'un Etat membre doit être établie selon des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance, respectueux de la libre prestation de services ;
- 3) Une autorisation ne peut être refusée que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun dans un établissement de l'Etat d'affiliation.

L'application

Chaque Etat membre délimite l'étendue de la couverture maladie dont bénéficient ses assurés. Il peut utiliser des listes limitatives de prestations remboursables ou fixer des plafonds de remboursements.

Le droit communautaire n'impose pas d'étendre le panier de prestations médicales que l'Etat membre prend en charge, quels que soient les traitements couverts par les autres régimes de sécurité sociale. Il doit néanmoins respecter le droit communautaire et ces listes de traitements doivent être dressées selon des critères objectifs, non discriminatoires et connus d'avance, sans référence au lieu de d'établissement des prestataires de soins.

¹¹³ C-157/99.

Arrêt Müller-Fauré et Van Riet (2003)¹¹⁴

Les affaires Müller-Fauré et Van Riet relatives à des demandes de remboursement de soins hospitaliers et non hospitaliers reçus dans un autre Etat membre

L'affaire Müller-Fauré

Mécontente des services d'odontologie néerlandais, M^{me} Müller-Fauré a décidé de profiter de vacances en Allemagne pour consulter un dentiste sans avoir préalablement obtenu de sa caisse de maladie l'autorisation nécessaire, selon la législation hollandaise, pour consulter un prestataire non conventionné. De retour aux Pays-Bas, elle a demandé à sa caisse de maladie de lui rembourser les honoraires qu'elle avait acquittés pour ce traitement.

L'affaire Van Riet

La compagnie d'assurance maladie de M^{me} Van Riet lui a refusé l'autorisation de subir une arthroscopie en Belgique, pays dans lequel l'intervention pouvait être effectuée dans un délai plus bref qu'aux Pays-Bas. Sa demande a été rejetée au motif que le traitement pouvait être dispensé aux Pays-Bas.

Sans attendre la réponse, l'intéressée s'était soumise à une arthroscopie dans une clinique de médecine sportive en Belgique. Elle avait pour cela acquitté des honoraires que la caisse de maladie a refusé de lui rembourser.

Dans les deux cas, la Cour est interrogée sur la compatibilité de l'autorisation médicale préalable avec le principe de libre prestation de services.

L'interprétation de la CJCE

Comme dans ses arrêts précédents, la Cour prend une position qui autorise le remboursement des soins ambulatoires reçus à l'étranger sans autorisation médicale préalable sur base du tarif du pays compétent et qui impose le respect de la procédure du règlement n°1408/71 pour les soins hospitaliers (autorisation préalable nécessaire pour obtenir le remboursement).

L'arrêt apporte des précisions sur les exceptions relatives aux traitements hospitaliers. Une décision de refus est admissible uniquement :

- si un traitement identique ou avec une même efficacité existe et peut être dispensé en temps opportun dans le pays d'affiliation ;
- si une programmation est nécessaire et a d'importantes implications financières.

L'assurance maladie d'un Etat membre peut refuser le remboursement des frais pour absence de nécessité médicale. Cette notion doit tenir compte du « degré de la douleur ou (*de*) la nature du handicap (...), qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle ».

¹¹⁴ Affaire C-385/99, Recueil 2003.

Arrêt IKA (2003)¹¹⁵

L'affaire IKA relative au droit des retraités à recevoir un traitement médical dans un autre Etat membre

Monsieur Ioannidis est un résident grec, titulaire d'une pension de vieillesse.

Lors d'un séjour en Allemagne, il est hospitalisé d'urgence.

En possession du formulaire E111, délivré par la sécurité sociale grecque (IKA), il demande le paiement des frais par la caisse d'assurance maladie allemande, à charge, pour celle-ci, de se faire rembourser par l'IKA conformément au règlement n°1408/71 CEE.

La caisse de maladie allemande a demandé à l'IKA de délivrer un formulaire E112 (soins programmés).

L'IKA a refusé toute prise en charge des frais au motif que Monsieur Ioannidis souffrait d'une maladie chronique et que la détérioration de son état de santé n'avait pas été soudaine.

L'interprétation de la CJCE

Selon la CJCE, « un Etat membre ne peut subordonner la prise en charge des frais médicaux d'un pensionné qui s'est rendu en visite dans un autre Etat membre, ni à une autorisation ni à la condition que l'affection dont souffre l'intéressé se soit manifestée soudainement ».

Avec cet arrêt c'est-à-dire avec l'ouverture de l'accès aux soins des pensionnés sans contraintes, la Cour conforte la mobilité des retraités dans l'Union européenne.

Arrêt Inizan (2003)¹¹⁶

L'affaire Inizan relative au refus d'octroi d'un E 112

Madame Inizan a demandé à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Hauts-de-Seine à laquelle elle est affiliée une autorisation préalable (E112) pour suivre un traitement contre la douleur dans un hôpital allemand.

La CPAM a refusé de délivrer cette autorisation.

Dans cette affaire, la Cour est amenée à se positionner sur les conditions d'une autorisation préalable dans le cas d'un traitement dispensé dans un établissement hospitalier étranger.

L'interprétation de la CJCE

A l'instar de ce qu'elle avait jugé dans l'affaire Smits et Peerbooms, la Cour rappelle que les conditions d'octroi de l'autorisation préalable doivent être objectives, non discriminatoires au regard du lieu d'établissement des prestataires de soins, et connues à l'avance.

La Cour se penche également sur la condition du **traitement disponible dans un délai opportun**¹¹⁷.

Pour apprécier si un traitement avec le même degré d'efficacité peut être obtenu dans un délai opportun dans l'Etat de résidence, il faut prendre en considération l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret :

1. La situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée et, le cas échéant, le degré de la douleur ou de la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle et
2. Ses antécédents.

¹¹⁵ C-326/00.

¹¹⁶ C-56/01.

¹¹⁷ Art. 22 du Règlement CE 1408/71.

***Arrêt Watts (2006)*¹¹⁸**

L'affaire Watts relative à une demande de remboursement de soins reçus dans un autre Etat membre

Madame Watts assurée sociale du régime britannique, souffre d'arthrite dans les hanches.

Elle a introduit une demande d'autorisation de soins à l'étranger auprès du NHS.

Suite au diagnostic du médecin qui la classe dans la catégorie des « cas de routine », elle se voit opposer un refus et, par conséquent, un délai d'attente d'environ un an.

Madame Watts se rend néanmoins en France pour se faire poser une prothèse de hanche et acquitte les frais d'hospitalisation.

Elle introduit alors une procédure de recours devant la High Court of Justice pour obtenir remboursement des ses frais médicaux qui lui est refusé.

L'interprétation de la CJCE

Dans cette affaire, la Cour rappelle que l'existence d'une autorisation préalable aux soins hospitaliers à l'étranger est un obstacle à la libre prestation de services qui peut être justifié par des raisons impérieuses telles la garantie d'un accès aux soins hospitaliers de qualité ou la maîtrise des coûts.

Depuis cet arrêt, l'obligation de prendre en charge les soins hospitaliers dispensés dans un autre Etat membre s'applique également aux services nationaux de santé qui les dispensent gratuitement.

Pour pouvoir refuser à un patient l'autorisation de se faire traiter à l'étranger sur la base d'un motif tiré de l'existence d'un délai d'attente pour un traitement hospitalier dans l'Etat de résidence, le NHS (National Health Service britannique) doit établir que ce délai n'excède pas le délai acceptable compte tenu d'une évaluation médicale objective des besoins cliniques de l'intéressé au vu de son état pathologique, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur et/ou de la nature de son handicap au moment où l'autorisation est sollicitée¹¹⁹.

Le patient autorisé à se faire soigner dans un autre Etat membre ou qui a reçu un refus d'autorisation non fondé, a droit à la prise en charge financière de son traitement selon la législation de l'Etat des soins.

En l'absence d'une prise en charge totale dans l'Etat de traitement, l'Etat compétent doit verser un complément d'un montant maximum du coût de prise en charge dans le système national sans excéder le montant facturé.

Les frais de voyage et de transport ne sont pris en charge que dans la mesure où une obligation de prise en charge correspondante existe dans le système national.

***Arrêt Keller (2005)*¹²⁰**

L'affaire Keller

Madame Keller, Allemande résidant en Espagne, effectue un voyage d'un mois en Allemagne pour lequel elle est en possession du formulaire E111.

Lors de son séjour, on lui diagnostique une tumeur susceptible d'entraîner à tout moment son décès. Elle demande alors à l'institution compétente espagnole de lui délivrer un formulaire E112 afin de pouvoir continuer à se faire soigner en Allemagne.

¹¹⁸ C-372/04

¹¹⁹ La Cour s'inspire ici de l'art. 20 du Rgt CE n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des régimes de sécurité sociale, JO L166 du 30/04/2004, p.1.

¹²⁰ C-145/03.

Les médecins allemands, après analyse des possibilités thérapeutiques, décident de transférer Madame Keller à la Clinique universitaire de Zurich (Suisse) seule compétente pour pratiquer une intervention nécessaire.

Madame Keller a supporté les coûts des soins reçus en Suisse et en demande le remboursement à la « sécurité sociale » espagnole.

Sa demande est rejetée et la juridiction nationale de recours demande l'interprétation du règlement n°1408/71 CEE sur la possibilité d'un remboursement des frais liés à des soins hospitaliers reçus dans un pays tiers.

L'interprétation de la CJCE

Les frais médicaux d'une personne munie des formulaires E111 et E112, qui, pour des raisons d'urgence médicale, doit être hospitalisée dans un Etat tiers, doivent être pris en charge, selon les règles, par l'institution de sécurité sociale de l'Etat membre de séjour pour le compte de l'institution de l'Etat membre d'affiliation.¹²¹ Autrement dit, lorsqu'un Etat membre a autorisé un de ses nationaux à se faire soigner dans un autre Etat, il transfère automatiquement sa liberté et son pouvoir décisionnel à son homologue étranger.¹²²

Le pays compétent est :

- lié par les **constatations** de la nécessité de soins urgents à caractère vital effectuées :
 - * Pendant la période de validité du formulaire délivré par l'institution compétente,
 - * Par des médecins agréés par l'institution de l'Etat membre de séjour ;
- lié par la **décision**¹²³ de transfert vers un hôpital d'un autre Etat :
 - * Des médecins agréés,
 - * Prise pendant la période de validité du formulaire (E111/E112),
 - * Fondée sur les constatations (cf. supra) et l'état des connaissances médicales du moment.

***Arrêt Acereda Herrera (2006)*¹²⁴**

L'affaire Acereda Herrera relative au remboursement de frais de voyage et de repas

Monsieur Acereda Herrera est un affilié au système national de santé espagnol.

Après un séjour en urgence dans un établissement public espagnol, il sollicite une autorisation de soins (E112) pour être traité dans un hôpital en France.

Il obtient ce formulaire et se rend en France plusieurs fois dans le cadre de son traitement, accompagné d'un membre de sa famille.

Par la suite, il demande le remboursement des frais de voyage, de séjour et de repas occasionnés par ces déplacements. Cette requête est rejetée par l'institution espagnole.

L'interprétation de la CJCE

La Cour estime que l'autorisation de se faire soigner à l'étranger n'oblige par la caisse de maladie compétente de rembourser des frais de déplacement, de séjour et de repas sur le territoire de l'Etat membre de soins.

Par contre, les frais de séjour et de repas de l'affilié (et non de son accompagnant) dans l'établissement hospitalier sont pris en charge.

¹²¹ Cf. Communiqué de presse n°31/05, CJCE.

¹²² Ch. RONZI, P. SLEIGERS, CMS DeBacker, *L'arrêt Keller : une jurisprudence communautaire de plus en plus protectrice des droits des patients transfrontaliers*.

¹²³ « (...) l'institution compétente n'est en droit ni d'exiger le retour de l'intéressé dans l'Etat-membre compétent aux fins de l'y soumettre à un contrôle médical, ni de faire contrôler celui-ci dans l'Etat-membre de séjour, ni de soumettre les constatations et les décisions susmentionnées à une approbation de sa part. », CJCE, 12 avril 2005, aff. C-145/03, Keller

¹²⁴ C-466/04 (arrêt de la Cour du 15 juin 2006)

Annexe 5 – Convention belgo-luxembourgeoise

La convention belgo-luxembourgeoise du 24 mars 1994, entrée en vigueur le 1^{er} juin 1995, déroge au principe fondamental établi par le règlement européen : selon ce texte, « les prestations sont servies selon la législation du pays de résidence »¹²⁵.

Champ d'application

Cette convention s'applique :

- Aux travailleurs frontaliers (salariés et non salariés) et leurs personnes à charge, pour autant qu'ils résident sur le territoire belge ou luxembourgeois
- Aux anciens travailleurs frontaliers¹²⁶, bénéficiaires d'une pension à charge de l'un des deux pays ou de deux pensions à charge de chacun des deux pays, leurs personnes à charge et leurs survivants, pour autant qu'ils résident sur le territoire belge ou luxembourgeois

Les dispositions de la convention qui concerne la maladie et la maternité sont applicables sans distinction de nationalité.

Les règlements européens restent applicables pour toutes les situations qui ne sont pas prévues par la convention belgo-luxembourgeoise.

Droits

- Les **travailleurs frontaliers** et leurs personnes à charge ont droit aux soins de santé de part et d'autre de la frontière.
Les soins sont remboursés par la caisse de maladie du pays de résidence, sur base des tarifs de ce pays. Ils sont à charge du pays d'emploi.
Ce dernier fournit les formulaires d'ouverture des droits dans le pays de résidence (BL1) et de clôture (E108). En cas de nécessité, il fournit la CEAM.
- L'**ancien travailleur frontalier titulaire d'une pension** à charge d'un pays et résidant dans l'autre ainsi que les membres de sa famille ont les mêmes avantages que le travailleur frontalier (soins de part et d'autre de la frontière).
Les soins sont remboursés par la caisse de maladie du pays de résidence, sur base des tarifs de ce pays. Ils sont à charge du pays d'emploi.
Ce dernier fournit les formulaires d'ouverture des droits dans le pays de résidence (BL2) et de clôture (E108). En cas de nécessité, il fournit la CEAM.
- L'**ancien travailleur frontalier titulaire de deux pensions** dans chacun des deux pays, ainsi que les membres de sa famille ont les mêmes avantages que le travailleur frontalier (soins de part et d'autre de la frontière).
Les soins sont remboursés par la caisse de maladie du pays de résidence, sur base des tarifs de ce pays. Ils sont à charge du pays de résidence.
Aucun formulaire de droit aux soins de santé n'est délivré.
Toutefois, un formulaire BL3 est délivré par la caisse de pension luxembourgeoise pour ses anciens travailleurs frontaliers qui résident en Belgique. Ce document atteste du droit au complément à charge du Luxembourg.

¹²⁵ INAMI, *loc. cit.*, p.92

¹²⁶ Un ancien travailleur frontalier est une personne qui avait, avant la prise de cours de la pension, comme dernière qualité de travailleur actif, la qualité de travailleur frontalier. Cette définition évite donc qu'on exclue la personne qui a eu la qualité de chômeur ou de pré-pensionné entre la fin de la carrière active et la prise de cours effective de la pension.

Complément luxembourgeois

Afin de garantir aux (anciens) frontaliers (et leur famille)¹²⁷ résidant en Belgique un taux moyen global de remboursement annuel équivalent à celui octroyé aux personnes assurées au Luxembourg et y ayant leur résidence, la convention prévoit l'octroi d'un complément exclusivement à charge du Grand-Duché de Luxembourg.

Ce complément est égal à la différence entre le montant qu'aurait remboursé l'institution du Grand-Duché (en tenant compte du taux moyen de remboursement des soins de santé au Luxembourg durant l'année civile) et le montant effectivement remboursé en Belgique.

Ex. Complément positif

Soit une prestation A reçue en Belgique dont le tarif est de 200 €

Si cette prestation est remboursée à 80 % par l'INAMI, le patient recevra 160 € de sa mutualité.

L'UCM rembourse un complément : $(93,5\%^{128} \times 200) - 160 = 27 \text{ €}$

Le ticket modérateur du frontalier est donc au total de 13 € ($200 - 187$) alors qu'un travailleur belge aurait payé 40 € ($200 - 160$).

Ex. : Complément négatif

Soit une prestation B reçue en Belgique dont le tarif est de 200 €

Si cette prestation est remboursée à 95 % par l'INAMI, le patient recevra 190 € de sa mutualité.

L'UCM rembourserait un complément : $(93,5 \times 200) - 190 = -3 \text{ €}$

Le frontalier recevra bien 190 € de la mutualité mais les 3 € seront soustraits de son prochain complément positif (autre prestation de soins).

Ainsi, si le patient reçoit à nouveau une prestation A (Cf. Exemple "complément positif") dont le complément est de 27 €, le patient n'en recevra que 24 € ($27 \text{ €} - \text{complément négatif enregistré précédemment}$).

Bien que les taux de remboursement sont généralement plus élevés au GDL, cette situation n'est pas systématique. En effet, dans certains cas (longue hospitalisation ou médicaments très coûteux), la prise en charge en Belgique est plus élevée et entraîne un complément négatif pour le frontalier qui se fait soigner dans son pays. Il peut même arriver que des patients enregistrent un complément négatif toute leur vie.

¹²⁷ Les six catégories suivantes d'assurés peuvent bénéficier de ce complément : le travailleur frontalier et ses personnes à charge ; l'ancien travailleur frontalier titulaire d'une pension luxembourgeoise et ses personnes à charge ; l'ancien travailleur frontalier titulaire de pensions à charge des deux pays et ses personnes à charge ; le survivant des personnes précitées et ses personnes à charge ; les personnes à charge du frontalier ou de l'ancien frontalier titulaire d'une pension luxembourgeoise, qui ont un droit prioritaire à charge de la Belgique comme personne à charge ; le titulaire indépendant qui aurait pu être inscrit comme personne à charge du fait que son revenu est inférieur au seuil prévu par la législation belge.

¹²⁸ Taux forfaitaire de 2003. Ce taux s'applique à tout type de dépense indépendamment de la prestation médicale ou médicaments. Ainsi, des médicaments non remboursés en Belgique sont remboursés à 93,5% par l'UCM.

Annexe 6 – Circulaire INAMI 2006/117

APPLICATION DE L'ARTICLE 22 DU REGLEMENT (CEE) N° 1408/71 APRES LES ARRETS KOHLL ET DECKER

Pour rencontrer le contenu des dispositifs des arrêts de la Cour de justice des Communautés européennes du 28 avril 1998 qui créait une nouvelle possibilité d'obtenir le remboursement de certains soins reçus volontairement en dehors du territoire national, il a été élaboré plusieurs circulaires visant à adapter les directives ministérielles datant de 1981 relatives à l'application de l'article 22 du Règlement (CEE) 1408/71; dès lors que la législation communautaire n'a pas encore intégré les modifications utiles pour répondre aux situations nouvellement créées.

La dernière mise à jour a tenu compte de l'extension du Règlement (CEE) 1408/71 aux ressortissants des pays tiers au 1er juin 2003 et de l'adhésion de nouveaux Etats.

Elle a aussi précisé l'attitude à adopter tant à l'égard du travailleur frontalier assujéti au régime d'assurance maladie belge qu'à l'égard d'un assuré d'un régime étranger inscrit auprès d'un organisme assureur belge et qui a utilisé la procédure Kohll-Decker et rappelé les modalités d'octroi simplifié de l'autorisation préalable au bénéfice d'assurés qui résident dans certaines régions frontalières.

La présente circulaire contient désormais une annexe au sein de laquelle figurent des prestations dont le caractère spécifique empêche l'application d'une libre circulation inconditionnelle sous peine de rendre les mesures de gestion nationale, telles que fixation de normes d'agrément et instauration d'une planification, prises à l'égard de ces prestations, inopérantes. Ces soins médicaux doivent être considérés comme des soins hospitaliers conformément à la jurisprudence de la Cour car bien que ne nécessitant pas l'hébergement du patient, ils requièrent pour leur dispensation une infrastructure hospitalière comportant des équipements que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux.

Le même raisonnement sera suivi pour les membres de la famille d'un travailleur frontalier quand ils jouissent d'un droit équivalent à celui du travailleur frontalier.

A. PROCEDURE AVEC AUTORISATION

Pour pouvoir prétendre, en application de l'article 22, 1, c, i), du Règlement (CEE) 1408/71, au remboursement des prestations de santé aux tarifs de l'Etat membre de séjour, les assurés doivent disposer d'une autorisation préalable de la mutualité de se rendre dans un autre Etat membre pour y subir un traitement approprié.

En ce qui concerne l'application de l'article 22 du Règlement (CEE) 1408/71, il convient de s'appuyer sur les principes suivants:

1. l'autorisation de se faire soigner à l'étranger ne peut être donnée lorsque le traitement peut également être suivi en Belgique sur le plan médico-technique ;
2. lorsqu'une autorisation de se faire soigner à l'étranger est donnée dans des cas très exceptionnels, lorsque le traitement ne peut être appliqué en Belgique, le médecin-conseil doit mentionner clairement l'établissement de soins et/ou le médecin spécialiste ainsi que la période de traitement prévue; dans ce cas, il importe que la justification de la décision apparaisse dans le dossier de l'intéressé ;
3. sous réserve du point 2, aucune autorisation ne peut être donnée pour des prestations qui sont non remboursables en Belgique par l'assurance maladie invalidité obligatoire, ou pour lesquelles les conditions au remboursement ne sont pas remplies (restriction absolue).

B. PROCEDURE SANS AUTORISATION

1. Etendue

Les prestations servies dans les Etats membres de l'Union européenne, à des assurés de la législation belge (sans distinction de nationalité) peuvent être remboursées aux tarifs de l'assurance soins de santé belge et ce pour autant :

2. Règles générales

- que les prestations de santé et produits médicaux puissent être remboursés en Belgique et que les conditions légales prévues pour le remboursement (exigence d'une autorisation pour l'obtention de la prestation sur le territoire belge, fixation de délais de renouvellement, nécessité d'établissement d'un devis préalable, ...) soit remplies ;
- que les prestations de santé aient été dispensées en dehors d'une hospitalisation ;
- que le montant à rembourser ne dépasse pas le montant des frais réellement encourus ;
- que lors de la demande de remboursement, l'assuré ait fait l'avance des frais.

3. Règles spécifiques pour le remboursement de certaines prestations

a) Hospitalisation de jour et prestations médico-techniques lourdes

Sous réserve des dispositions reprises à l'annexe et pour autant que les conditions légales et celles prévues via les dispositions insérées dans la convention avec les établissements hospitaliers soient respectées, il s'agit de prestations ambulatoires pouvant bénéficier d'un remboursement ;

b) Analyses de laboratoire

Nonobstant le fait qu'il n'y a pas nécessairement déplacement physique de l'assuré sur un territoire étranger pour effectuer ces analyses sur des échantillons biologiques, il peut être procédé au remboursement si les analyses se révèlent assimilables à celles pratiquées en Belgique et pour lesquelles les modalités de remboursement sont prévues ;

c) Spécialités pharmaceutiques sous brevet, spécialités pharmaceutiques hors brevet et spécialités génériques

La spécialité pharmaceutique qui a été achetée à l'étranger entre en ligne de compte pour l'intervention de l'assurance à condition qu'aussi bien sa dénomination commune internationale (DCI) que ses caractéristiques soient exactement identiques ou considérées comme étant identiques à une spécialité remboursable en Belgique.

Pour être considéré comme étant identique, cette spécialité doit satisfaire aux critères suivants:

- * contenir les mêmes principes actifs,
- * dans la même dose,
- * sous une forme pharmaceutique similaire,
- * dans la même association.

Sont considérés comme forme pharmaceutique similaire:

- * les comprimés, capsules et poudres en sachet,
- * les crème, pommade, pâte et gel,
- * les sirop, suspension, émulsion et solution à usage interne et externe (les produits injectables et les produits administrés par voie parentérale ne sont pas considérés comme des solutions).

Les règles suivantes seront appliquées pour le calcul de la base de remboursement:

i) Sur la base du prix de vente au public en vigueur à l'étranger

Si le prix par unité de prise du conditionnement étranger, calculé à partir du prix de vente au public est inférieur ou égal au prix par unité de prise calculé à partir du prix de vente au public de la taille du conditionnement remboursable en Belgique qui se rapproche le plus de la taille du conditionnement étranger.

ii) Sur la base du prix de vente au public, calculé à partir du prix belge par unité de prise

Si le prix par unité de prise du conditionnement étranger, calculé à partir du prix de vente au public est supérieur au prix par unité de prise calculé à partir du prix de vente au public de la taille du conditionnement étranger.

Le calcul du remboursement est effectué au taux de prise en charge selon les catégories dans lesquelles les spécialités sont classées appliqué au prix acquitté, sans pouvoir dépasser le montant ayant pu découler du remboursement pour le médicament identique ou similaire acheté en Belgique.

Sur la facture acquittée du fournisseur étranger doivent apparaître les mentions et indications permettant d'identifier la spécialité et le conditionnement dont il s'agit. A cette facture doit être obligatoirement jointe l'ordonnance médicale originale ou une copie certifiée conforme par le prestataire.

C. PARTICULARITES FRONTALIERES

1. Ces principes sont également applicables aux travailleurs frontaliers et aux membres de leur famille, pour des soins à charge de l'assurance soins de santé belge.

Les dispositions du Règlement (CEE) 1408/71 et des conventions bilatérales spécifiques aux situations du travailleur frontalier demeurent néanmoins intégralement d'application ce qui entraîne que la procédure Kohll-Decker ne peut être envisagée pour des soins obtenus sur le territoire de l'Etat d'emploi.

Le même raisonnement sera suivi pour les membres de famille du travailleur frontalier lorsque ceux-ci bénéficient d'un droit identique à celui dévolu au travailleur frontalier.

Cela a aussi pour effet que l'assuré inscrit en Belgique au moyen d'un formulaire d'ouverture de droit (E 106 ou assimilé) émis par une caisse étrangère, et qui a été intentionnellement se faire soigner dans un Etat de l'Union européenne autre que celui émetteur du formulaire en se réclamant de la jurisprudence Kohll-Decker, devra adresser ses factures à la caisse émettrice du document d'ouverture du droit dans les situations où c'est cette caisse qui reste compétente pour les situations de séjour ou de déplacement pour l'obtention de soins programmés et à qui il incombe dès lors la prise en charge financière directe des prestations reçues dans un tel contexte.

2. En cas de demande de délivrance d'un formulaire E 112, l'autorisation de se faire soigner à l'étranger peut cependant être accordée, *sans qu'aucune justification doive apparaître dans le dossier de l'intéressé*, mais dans le respect des conditions relatives à la mention de l'établissement de soins et/ou du médecin spécialiste et à la prévision de la période de traitement, aux bénéficiaires:
 - a) qui habitent la zone frontalière large de 15 km et qui se font hospitaliser ou dialyser dans un établissement situé en dehors du territoire national à une distance maximale de 25 km de la frontière séparant le pays étranger de la zone où habite le bénéficiaire concerné.
La limite de la zone frontalière de 15 km est portée à l'étendue des cantons d'Eupen, Malmédy et St. Vith, aux cantons d'Arlon et de Messancy, aux arrondissements administratifs de Virton et de Bastogne, aux communes de Mellier, Léglise, Ebly, Juseret, Vitry et Anlier, aux cantons de Bouillon, Chimay, Couvin et Gedinne;
 - b) qui habitent dans les zones frontalières citées au point a), alinéa 2 ci dessus et qui ont recours à des soins ambulatoires prestés par un médecin spécialiste en neuro psychiatrie, ou par un médecin spécialiste en radio et radiumthérapie ou en médecine nucléaire, ainsi qu'à des examens radiologiques par scanner.

Annexe

Liste reprenant les prestations pour lesquelles une prise en charge n'est pas possible sans obtention d'une autorisation préalable

1. Soins dispensés dans des services médicaux et services médico-techniques au sens de l'article 44 de la Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 :
 - soins à recevoir dans un service de radiothérapie;
 - soins à recevoir dans un service où est installé un tomographe à résonance magnétique
 - avec calculateur intégré;
 - soins à recevoir dans un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET;

- soins à recevoir dans un centre de génétique humaine;
- soins à recevoir dans un centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique;
- soins à recevoir dans un centre de transplantation;
- soins à recevoir dans un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse.

2. Soins dispensés dans un programme de soins au sens de l'article 9quater de la Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 :

- le programme de soins " médecine de reproduction " tel que défini à l'article 2, §1er, de l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant les normes auxquelles les programmes de soins " médecine de la reproduction " doivent répondre pour être agréées ;
- les programmes de soins " pathologie cardiaque B, T et C " tels que définis aux chapitres III, VI et VII de l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins " pathologie cardiaque " doivent répondre pour être agréés.

3. Hospitalisation de jour chirurgicale

Les prestations reprises au sein de la liste A (codes INAMI retenus à l'identification de l'hospitalisation de jour réalisée) figurant à l'annexe 3 à l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Annexe 7 – Décret n°2005/368

Décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Le Premier ministre,
Sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 332-3 ;
Vu le code de la santé publique ;
Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 6 janvier 2005 ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 13 janvier 2005 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Au sein du chapitre II du titre III du livre III du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) sont créées une section 1 intitulée : « Cumul de prestations en espèces et d'autres prestations ou revenus » et comprenant l'article R. 332-1 et une section 2 intitulée : « Soins dispensés hors de France ».

Article 2

A l'article R. 332-2 du même code, le mot : « pourront » est remplacé par le mot : « peuvent », les mots : « hors de France » et « en dehors de la France » sont remplacés par les mots : « hors d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen » et les mots : « organismes qualifiés français » sont remplacés par les mots : « organismes de sécurité sociale ».

Article 3

La section 2 du chapitre II du titre III du livre III du même code est complétée par quatre articles ainsi rédigés :

« Art. R. 332-3. - Les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses engagées par l'assuré et sous réserve des adaptations prévues aux articles R. 332-4 à R. 332-6.

« Art. R. 332-4. - Hors l'hypothèse de soins inopinés, les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais des soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds mentionnés au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et appropriés à leur état.

« Cette autorisation ne peut être refusée qu'à l'une des deux conditions suivantes :

« 1° Les soins envisagés ne figurent pas parmi les soins dont la prise en charge est prévue par la réglementation française ;

« 2° Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection.

« L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse d'affiliation. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande, En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée.

« Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours dans les conditions de droit commun devant le tribunal des affaires sanitaires et sociales compétent. Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IV du livre Ier du présent code.

« Art. R. 332-5. - Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour dans ces établissements de malades assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés.

« Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, d'autorisation préalable.

« Art. R. 332-6. - Les frais d'analyses et d'examens de laboratoire, effectués par un laboratoire d'analyses de biologie médicale établi sur le territoire d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, sont remboursés dès lors que ce laboratoire a été autorisé à exercer son activité pour le compte d'assurés d'un régime français dans les conditions prévues à l'article L. 6211-2-1 du code de la santé publique. »

Article 4

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe 8 - Circulaire ministérielle du 19/05/2006

Le décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France publié au JORF du 27 avril 2005 parachève l'intégration en droit interne de la jurisprudence communautaire relative à la libre prestation de services et à la libre circulation des marchandises en matière de soins de santé.

Il satisfait ainsi aux prescriptions de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) concernant la prise en charge des soins reçus par un assuré dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (UE-EEE).

Cette intégration de la jurisprudence communautaire aux règles françaises de remboursement des soins reçus dans un autre Etat membre s'est faite par étapes.

➤ Trois circulaires (citées sous la rubrique « textes complétés ») ont progressivement ouvert le droit à la prise en charge des soins reçus en UE-EEE sur la base des prescriptions précitées.

Elles définissent les conditions de remboursement des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), des prestations hospitalières et des soins ambulatoires (notamment des actes des professionnels de santé et des analyses de biologie médicale) facturés dans un autre Etat membre.

➤ L'article L. 332-3 du code de la sécurité sociale (CSS) a par ailleurs été modifié par l'ordonnance n°2004-329 du 15 avril 2004 allégeant les formalités applicables à certaines prestations sociales, publiée au JORF du 17 avril 2004, afin d'exclure plus clairement de l'application du principe de territorialité inhérent au service des prestations par l'assurance maladie française, la prise en charge des soins reçus en UE-EEE.

Dans l'article L. 332-3, les termes « à l'étranger » ont ainsi été remplacés par les termes « hors d'un Etat membre de l'UE-EEE » et un alinéa complémentaire, spécifique aux soins reçus dans un autre Etat membre, a été ajouté. Cette nouvelle rédaction permet de mieux affirmer que le remboursement des soins reçus dans un autre Etat de l'UE-EEE ne relève pas des exceptions à l'application du principe de territorialité prévues à l'article R. 332-2 du CSS, mais constitue bien un droit des assurés, qui s'exerce dans le respect de certaines adaptations autorisées par la CJCE et fixées en droit interne par un décret en Conseil d'Etat.

➤ Ce décret n° 2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France a été publié au JORF du 27 avril 2005.

Il détermine les conditions de prise en charge des soins reçus à l'étranger en fonction de la zone géographique dans laquelle ils ont été délivrés : l'article 2 du décret limite ainsi clairement le champ d'application de l'article R. 332-2 aux soins reçus hors UE-EEE et son article 3 crée quatre nouveaux articles (R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5 et R. 332-6) spécifiques aux soins reçus en UE-EEE.

L'objectif de la présente circulaire est d'exposer les principaux changements engendrés par la mise en œuvre de ce décret, qui complète et stabilise les dispositions prévues dans les circulaires précitées.

I - La prise en charge des soins reçus hors UE-EEE (article R. 332-2)

➤ La nouvelle rédaction limite clairement le champ d'application géographique de l'article R. 332-2 aux soins reçus « hors d'un Etat membre de l'UE-EEE » (non lié à la France par un instrument de coordination international en matière de sécurité sociale - convention ou règlement - qui peut prévoir des modalités spécifiques de prise en charge des soins reçus dans ce cadre).

Le remboursement des soins reçus en Suisse doit ainsi être examiné dans ce cadre, dans la mesure où l'accord entre l'UE et la Suisse n'intègre pas tous les aspects du traité CE liés à libre circulation des biens et des services, précisément visée par la jurisprudence communautaire.

➤ La nouvelle rédaction tend également à moderniser le texte initial en rédigeant toutes les dispositions de l'article au temps présent et en précisant la nature des organismes français habilités à passer convention avec des établissements de soins étrangers, en l'occurrence les « organismes de sécurité sociale ». Dorénavant, les

organismes d'assurance maladie de base, mais aussi les caisses régionales, nationales ou encore les unions de caisses des régimes obligatoires de sécurité sociale peuvent conclure de telles conventions.

Ces modifications ne changent en rien les modalités de mise en oeuvre de l'article R. 332-2 initial et ne portent notamment pas atteinte au principe du remboursement sur la base des tarifs de l'arrêté du 9 février 1978.

La prise en charge des soins reçus « hors d'un Etat membre de l'UE-EEE » dans le cadre du nouvel article R. 332-2 relève ainsi toujours des exceptions au principe de territorialité inhérent au service des prestations par l'assurance maladie française et reste donc strictement limitée aux trois cas suivants : soins inopinés reçus à l'occasion d'un séjour temporaire (remboursement facultatif pour les organismes d'assurance maladie), soins reçus dans le cadre d'une convention avec un établissement de soins étranger et soins programmés sans autorisation préalable (sous certaines conditions).

II - La prise en charge des soins reçus en UE-EEE (articles R. 332-3, R. 332-4, R. 332-5, R. 332-6)

Ces quatre nouveaux articles concernent spécifiquement les soins reçus en UE-EEE.

Ils comprennent un article de portée générale qui affirme le principe de la prise en charge des soins reçus dans un autre Etat membre et trois articles d'adaptation à des situations particulières.

A - Le principe général (article R. 332-3)

L'article R. 332-3 définit les modalités générales de remboursement des soins reçus en UE-EEE.

➤ Les soins reçus en UE-EEE doivent être remboursables en France pour être pris en charge.

➤ Le remboursement des soins reçus dans un autre Etat membre n'est pas soumis à autorisation préalable de l'organisme d'assurance maladie de l'assuré (sauf exceptions précisées ci-après au point II B). Toutefois, lorsqu'une demande d'entente préalable doit être formulée pour obtenir la prise en charge de soins en France, la même formalité doit être accomplie par l'assuré qui envisage de se faire soigner en UE-EEE.

➤ La prise en charge s'effectue sur la base des tarifs applicables en France, notamment pour les consultations de professionnels de santé, sur la base des tarifs conventionnels et non plus des tarifs d'autorité comme le prévoyait la circulaire DSS/DACI/2003/286 du 16 juin 2003.

➤ Les soins reçus dans un autre Etat membre sont remboursés dans la limite des dépenses engagées.

Le principe est donc de prendre en charge les dépenses de soins exposées dans un autre Etat membre dans les mêmes conditions que si elles avaient été engagées en France.

B – Les adaptations particulières (articles R. 332-4, R. 332-5 et R 332-6)

➤ Les articles R. 332-4, R. 332-5 et R 332-6 complètent l'article R. 332-3 en apportant certaines adaptations du principe posé par cet article dans les situations suivantes :

1 – Les soins hospitaliers (article R. 332-4)

➤ L'article R. 332-4 encadre le remboursement des soins hospitaliers et le recours à des équipements matériels lourds - type IRM, TEP-SCAN, etc - listés au II de l'article R. 712-2 du code de la santé publique (CSP), auxquels il est possible d'avoir accès hors de l'hôpital, en cabinet de ville.

➤ Cet article ne s'applique pas aux soins reçus inopinément à l'occasion d'un séjour temporaire (professionnel, familial, touristique, etc.), qui doivent être pris en charge sur la base des règlements (CE) n°1408/71 et n°574/72 de coordination des régimes de sécurité sociale en Europe, que l'assuré ait ou non présenté dans l'Etat du lieu de soins un document communautaire attestant l'ouverture de ses droits.

➤ La prise en charge des soins hospitaliers et du recours à des équipements matériels lourds reste subordonnée à la délivrance d'une autorisation préalable par l'organisme d'affiliation de l'assuré qui envisage d'obtenir ces prestations en UE-EEE.

Cette restriction est autorisée par la CJCE, les soins hospitaliers comme le recours à des équipements matériels lourds étant susceptibles, en cas de totale liberté d'accès hors du territoire national, de porter gravement atteinte à l'organisation du système sanitaire ou à l'équilibre financier du système de sécurité sociale de l'Etat d'affiliation de l'assuré.

Toutefois, en pratique, les organismes d'assurance maladie ne doivent pas systématiquement refuser de délivrer l'autorisation préalable pour ce type de prestations programmées dans un autre Etat membre.

L'autorisation préalable ne peut en effet être refusée, si les soins envisagés sont prévus au remboursement en France et si ces soins, ou un traitement d'effet équivalent, ne sont pas disponibles en temps opportun, c'est-à-dire dans un délai compatible avec l'état du patient et l'évolution probable de son affection.

➤ Pour des raisons de simplicité, ces mêmes conditions de refus doivent être appliquées dans le cadre de la mise en oeuvre de l'article 22 paragraphe 2 du règlement (CE) 1408/71 de coordination des régimes de sécurité sociale en UE-EEE-Suisse, un système unique d'autorisation préalable devant prévaloir.

➤ Bien entendu, les décisions de refus doivent être motivées. La CJCE n'admet pas, en cas de refus d'autorisation préalable, que la décision n'indique pas précisément à l'assuré les raisons pour lesquelles il ne lui est pas permis d'obtenir ses soins dans un autre Etat membre. Ainsi, la simple mention, sans précisions supplémentaires, de l'existence des soins pouvant être délivrés en France en temps opportun, ne peut pas être considérée comme suffisante au regard des exigences de la CJCE. Les décisions de refus doivent donc comporter, dès lors qu'il est répondu au demandeur qu'un traitement d'effet équivalent peut être délivré en France, les éléments de faits fondant cette affirmation. Il pourra notamment être utile de communiquer une liste d'établissements ou de professionnels de santé susceptibles de prodiguer au patient les soins nécessaires dans le délai requis.

➤ Dans les régions qui souffrent d'un déficit d'offre de soins hospitaliers spécifiques ou d'équipements matériels lourds, les organismes d'assurance maladie devront systématiquement autoriser la prise en charge de certaines catégories de soins programmés en UE-EEE. Une prochaine circulaire précisera les régions et les types de soins hospitaliers ou équipements matériels lourds concernés par cette disposition.

2 – Le conventionnement avec des établissements de soins établis en UE-EEE (article R. 332-5)

➤ L'article R. 332-5 prévoit la possibilité pour les organismes de sécurité sociale français (mentionnés au point I), après accord des ministres compétents, de passer avec des établissements de soins établis en UE-EEE des conventions déterminant les conditions de prise en charge des assurés du régime français, en cas d'impossibilité pour ces derniers de recevoir en France les soins appropriés à leur état.

Il reprend les dispositions similaires de l'article R. 332-2 applicables aux soins reçus hors UE-EEE.

Cet article couvre les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux. Ainsi, par exemple, les conventions entre l'assurance maladie française et les établissements belges qui accueillent des enfants handicapés d'assurés d'un régime français continuent d'avoir une base légale et de pouvoir être conclus.

➤ L'article R. 332-5 précise en outre, dans un second alinéa, que dans le cadre de ces conventions, l'autorisation préalable prévue à l'article précédent n'est, par définition, plus requise.

3 - Les analyses de biologie médicale (article R. 332-6)

➤ L'article R. 332-6 étend le remboursement des frais d'analyses et d'examen de laboratoire aux analyses et examens réalisés par des laboratoires établis dans d'autres Etats membres de l'UE-EEE.

➤ Il subordonne toutefois cette prise en charge à la détention par ces laboratoires d'une autorisation délivrée par les autorités françaises pour exercer leur activité pour le compte d'assurés d'un régime français, dans les conditions prévues à l'article L. 6211-2-1 du code de la santé publique (CSP).

Il est en effet important, en l'absence de mesures d'harmonisation communautaire, d'imposer, dans le cadre d'un régime d'autorisation, le niveau français de qualité et de protection de la santé publique aux laboratoires établis dans un autre Etat membre désireux d'offrir leurs services aux assurés d'un régime français.

➤ Une liste de laboratoires ayant reçu cette autorisation sera établie, afin que les frais d'analyses effectuées par ces laboratoires soient pris en charge comme si ces analyses avaient été réalisées par un laboratoire habilité à fonctionner sur le territoire français.

Dans l'intervalle, puis, lorsque la liste sera constituée, en cas de présentation au remboursement par un assuré d'une facture d'analyse effectuée par un laboratoire établi en UE-EEE non autorisé à fonctionner pour le compte d'assurés d'un régime français, l'organisme d'assurance maladie concerné ne devra pas d'emblée refuser la prise en charge des frais exposés, mais devra d'une part contacter le laboratoire étranger pour lui proposer de présenter aux autorités françaises un dossier de demande d'autorisation en lui indiquant la procédure à suivre précisée à l'article L. 6211-2-1 du CSP (les textes d'application de cet article, un décret et un arrêté, sont en cours de préparation et seront transmis aux organismes d'assurance maladie dès publication) et d'autre part informer l'assuré de cette démarche.

En cas de refus du laboratoire d'être agréé par les autorités françaises ou de non réponse de ce dernier au bout d'un mois après envoi du courrier, l'organisme d'assurance maladie pourra refuser de rembourser les analyses effectuées et notifiera sa décision motivée à l'assuré. Une liste des laboratoires contactés ayant refusé ou n'ayant pas répondu aux organismes d'assurance maladie pourra utilement être tenue à jour.

En cas de réponse positive du laboratoire, la décision de prise en charge des frais exposés est suspendue jusqu'à ce que les autorités françaises compétentes aient statué et décidé ou non d'autoriser le laboratoire à exercer son activité pour le compte d'assurés d'un régime français.

III - Le suivi statistique de la prise en charge des soins reçus hors de France

Les nouvelles dispositions introduites par ce décret nécessitent de mettre en oeuvre un suivi statistique précis et régulier des dépenses afférentes au remboursement des soins de santé reçus hors de France. Ce suivi doit permettre d'apprécier les flux financiers liés à cette évolution de la réglementation et d'identifier par pays, le nombre de patients et le type de soins concernés. Il doit également permettre de recueillir les informations nécessaires à l'exercice du contrôle médical, dans les mêmes conditions que pour la prise en charge des soins dispensés en France.

Dans l'hypothèse où les outils informatiques des organismes d'assurance maladie ne permettraient pas de disposer des éléments nécessaires à ce suivi, il appartient aux caisses nationales de mettre en oeuvre les modalités nécessaires à la centralisation de premières statistiques pour le dernier trimestre de l'année 2005. Un point d'étape sur la mise en oeuvre de ce suivi devra être transmis par les caisses nationales à la Direction de la sécurité sociale pour le 30 juillet prochain au plus tard.

Annexe 9 – Prestations de scintigraphie

Externes

| Nomenclature INAMI | Intitulé | Montant total | Montant organisme | Montant patient |
|---------------------------------------|--|---------------|-------------------|-----------------|
| 102 535 N 8 | Consultation médecin spécialiste | | | |
| EXPLORATIONS NEUROLOGIQUES | | | | |
| 442 396 + 699 112 | Tomographie cérébrale/HMPAO – 99 mTc | 215,6 | 206,31 | 9,29 |
| EXPLORATION CARDIOVASCULAIRES | | | | |
| 442 396 + 699 112 | Tomographie cardiaque Effort/Mibi – 99 mTc | 215,6 | 206,31 | 9,29 |
| 442 396 + 699 112 | Tomographie cardiaque Persantine/Mibi- 99 mTc | 215,6 | 206,31 | 9,29 |
| 442 396 + 699 112 | Tomographie cardiaque Repos/Mibi – 99 mTc | 215,6 | 206,31 | 9,29 |
| 442 610 + 699 112 | Ventriculographie/Pyrophosphate – 99 mTc | 206,92 | 197,63 | 9,29 |
| EXPLORATIONS PULMONAIRES | | | | |
| 442 411 + 699 112 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc | 126,63 | 117,34 | 9,29 |
| 442 610 + 699 112 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc quantification | 206,92 | 197,63 | 9,29 |
| 442 411 + 699 112 + 442 411 + 699 112 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc Ventilation pulmonaire/DTPA – 99 mTc | 253,26 | 234,68 | 18,58 |
| 442 610 + 699 112 + 442 610 + 699 112 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc Ventilation pulmonaire/DTPA – 99 mTc quantifications | 413,84 | 395,26 | 18,58 |
| 442 610 + 699 112 + 442 610 + 699 053 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc Ventilation pulmonaire/Krypton quantifications | 395,25 | 381,33 | 13,92 |
| EXPLORATIONS OSSEUSES | | | | |
| 442 455 + 699 112 | Corps entier/HDP – 99 mTc | 177,18 | 167,89 | 9,29 |
| 442 411 + 699 112 | Os partiel/HDP – 99 mTc | 126,63 | 117,34 | 9,29 |
| 442 610 + 699 112 | 3 temps/HDP – 99 mTc | 206,92 | 197,63 | 9,29 |
| 442 396 + 699 112 | Os partiel + tomographie | 215,6 | 206,31 | 9,29 |
| 442 514 + 699 112 | Corps entier + tomographie | 266,15 | 256,86 | 9,29 |
| EXPLORATIONS ENDOCRIENNES | | | | |
| 442 411 + 699 053 | Thyroïde/99 mTc | 108,04 | 103,41 | 4,63 |
| 442 610 + 699 112+ 442 411 + 699 053 | Parathyroïde/Mibi – 99 mTc / thyroïde – 99 mTc | 314,96 | 301,04 | 13,92 |
| EXPLORATIONS DIGESTIVES | | | | |
| 442 610 + 669 112 | Vidange gastrique solide/Colloïdes – 99 mTc | 206,92 | 197,63 | 9,29 |
| 442 411 + 699 112 | Foie – rate/Colloïdes – 99 mTc | 126,63 | 117,34 | 9,29 |
| 442 396 + 699 112 | Foie- rate/Colloïdes – 99 mTc + tomographie | 215,6 | 206,31 | 9,29 |
| 442 610 + 699 112 | Voies biliaires/HIDA – 99 mTc | 206,92 | 197,63 | 9,29 |
| 442 411 + 699 053 | Recherche Meckel/ 99 mTc | 108,04 | 103,41 | 4,63 |

| | | | | |
|-------------------|---|--------|--------|------|
| 442 610 + 699 112 | Transit oesophagien et reflux gastro-oesophagien/Colloïdes – 99 mTc | 206,92 | 197,63 | 9,29 |
| 442 212 + 699 090 | Breath test à l'Urée/Urée – C14 | 119,2 | 111,76 | 7,44 |
| 442 212 + 699 090 | Breath test à l'Aminopyrine/Amino – C14 | 119,2 | 111,76 | 7,44 |

EXPLORATIONS RENALES

| | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|--------|--------|------|
| 442 411 + 699 112 | Morphologie/DMSA – 99 mTc | 126,63 | 117,34 | 9,29 |
| 442 610 + 699 112 | Étude fonctionnelle/Mag3 – 99 mTc | 206,92 | 197,63 | 9,29 |

EXPLORATIONS DIVERSES

| | | | | |
|-------------------|--|--------|--------|------|
| 442 455 + 699 193 | Corps entier/Ga67 | 189,58 | 180,28 | 9,3 |
| 442 514 + 699 193 | Corps entier/Ga67 + tomographie | 278,55 | 269,25 | 9,3 |
| 442 411 + 699 193 | Os partiel/Ga67 | 139,03 | 129,73 | 9,3 |
| 442 396 + 699 193 | Os partiel/Ga67 + tomographie | 228 | 218,7 | 9,3 |
| 442 610 + 699 053 | Glandes salivaires/99 mTc | 188,33 | 183,7 | 4,63 |
| 442 610 + 699 112 | Lymphoscintigraphie/Colloïdes – 99 mTc | 206,92 | 197,63 | 9,29 |
| 442 411 + 699 112 | Lymphoscintigraphie/ganglion sentinelle/Colloïdes – 99 mTc | 126,63 | 117,34 | 9,29 |
| 442 455 + 699 193 | Corps entier/Globules blancs – In 111 | 189,58 | 180,28 | 9,3 |
| 442 411 + 699 193 | Os partiel/Globules blancs – In 111 | 139,03 | 129,73 | 9,3 |
| 442 455 + 699 193 | Octréoscan – In 111 | 189,58 | 180,28 | 9,3 |

TRAITEMENT

| | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|--------|--------|---|
| 442 013 + 698 176 | Capsule I131 (+ facture) | 196,26 | 196,26 | 0 |
| 442 013 + 698 390 | Yttrium90 (+ fracture) | 196,26 | 196,26 | 0 |
| 442 013 + 698 456 | Strontium89 (+ facture) | 196,26 | 196,26 | 0 |
| 442 013 + 698 471 | Quadramet (samarium153) (+ facture) | 196,26 | 196,26 | 0 |

Internes

| Nomenclature INAMI | Intitulé | Montant total | Montant organisme | Montant patient |
|--------------------|----------------------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| 102 535 N 8 | Consultation médecin spécialiste | | | |

EXPLORATIONS NEUROLOGIQUES

| | | | | |
|-------------------|--------------------------------------|-------|--------|------|
| 442 400 + 699 123 | Tomographie cérébrale/HMPAO – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
|-------------------|--------------------------------------|-------|--------|------|

EXPLORATION
CARDIOVASCULAIRES

| | | | | |
|-------------------|---|-------|--------|------|
| 442 400 + 699 123 | Tomographie cardiaque Effort/Mibi – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 400 + 699 123 | Tomographie cardiaque Persantine/Mibi- 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 400 + 699 123 | Tomographie cardiaque Repos/Mibi – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 621 + 699 123 | Ventriculographie/Pyrophosphate – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |

EXPLORATIONS PULMONAIRES

| | | | | |
|--|---|--------|--------|------|
| 442 422 + 699 123 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc | 135,31 | 134,94 | 0,37 |
| 442 621 + 699 123 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc quantification | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 422 + 699 123 + 442 422 + 699 123 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc Ventilation pulmonaire/DTPA – 99 mTc | 270,62 | 269,88 | 0,74 |

| | | | | |
|--|--|--------|--------|------|
| 442 621 + 699 123 + 442 621 + 699 123 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc Ventilation pulmonaire/DTPA – 99 mTc quantifications | 431,2 | 430,46 | 0,74 |
| 442 621 + 699 123 + 442 621 + 699 064 | Perfusion pulmonaire/MAA – 99 mTc Ventilation pulmonaire/Krypton quantifications | 412,61 | 411,87 | 0,74 |

EXPLORATIONS OSSEUSES

| | | | | |
|-------------------|----------------------------|--------|--------|------|
| 442 466 + 699 123 | Corps entier/HDP – 99 mTc | 185,86 | 185,49 | 0,37 |
| 442 422 + 699 123 | Os partiel/HDP – 99 mTc | 135,31 | 134,94 | 0,37 |
| 442 621 + 699 123 | 3 temps/HDP – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 400 + 699 123 | Os partiel + tomographie | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 525 + 699 123 | Corps entier + tomographie | 266,15 | 265,78 | 0,37 |

EXPLORATIONS ENDOCRINIENNES

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--------|--------|------|
| 442 422 + 699 064 | Thyroïde/99 mTc | 116,72 | 116,35 | 0,37 |
| 442 621 + 699 123+ 442 422 + 699 064 | Parathyroïde/Mibi – 99 mTc / thyroïde – 99 mTc | 332,32 | 331,58 | 0,74 |

EXPLORATIONS DIGESTIVES

| | | | | |
|-------------------|---|--------|--------|------|
| 442 621 + 699 123 | Vidange gastrique solide/Colloïdes – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 422 + 699 123 | Foie – rate/Colloïdes – 99 mTc | 135,31 | 134,94 | 0,37 |
| 442 400 + 699 123 | Foie- rate/Colloïdes – 99 mTc + tomographie | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 621 + 699 123 | Voies biliaires/HIDA – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 422 + 699 064 | Recherche Meckel/ 99 mTc | 116,72 | 116,35 | 0,37 |
| 442 621 + 699 123 | Transit oesophagien et reflux gastro-oesophagien/Colloïdes – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 223 + 699 101 | Breath test à l'Urée/Urée – C14 | 127,88 | 127,51 | 0,37 |
| 442 223 + 699 101 | Breath test à l'Aminopyrine/Amino – C14 | 127,88 | 127,51 | 0,37 |

EXPLORATIONS RENALES

| | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|--------|--------|------|
| 442 422 + 699 123 | Morphologie/DMSA – 99 mTc | 135,31 | 134,94 | 0,37 |
| 442 621 + 699 123 | Etude fonctionnelle/Mag3 – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |

EXPLORATIONS DIVERSES

| | | | | |
|-------------------|--|--------|--------|------|
| 442 466 + 699 204 | Corps entier/Ga67 | 198,26 | 197,89 | 0,37 |
| 442 525 + 699 204 | Corps entier/Ga67 + tomographie | 278,55 | 278,18 | 0,37 |
| 442 422 + 699 204 | Os partiel/Ga67 | 147,71 | 147,34 | 0,37 |
| 442 400 + 699 204 | Os partiel/Ga67 + tomographie | 228 | 227,63 | 0,37 |
| 442 621 + 699 064 | Glandes salivaires/99 mTc | 197,01 | 196,64 | 0,37 |
| 442 621 + 699 123 | Lymphoscintigraphie/Colloïdes – 99 mTc | 215,6 | 215,23 | 0,37 |
| 442 422 + 699 123 | Lymphoscintigraphie/ganglion sentinelle/Colloïdes – 99 mTc | 135,31 | 134,94 | 0,37 |
| 442 466 + 699 204 | Corps entier/Globules blancs – In 111 | 198,26 | 197,89 | 0,37 |
| 442 422 + 699 204 | Os partiel/Globules blancs – In 111 | 147,71 | 147,34 | 0,37 |
| 442 466 + 699 204 | Octréoscan – In 111 | 198,26 | 197,89 | 0,37 |

TRAITEMENT

| | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|--------|--------|---|
| 442 024 + 698 180 | Capsule I131 (+ facture) | 196,26 | 196,26 | 0 |
| 442 024 + 698 401 | Yttrium90 (+ facture) | 196,26 | 196,26 | 0 |
| 442 024 + 698 460 | Strontium89 (+ facture) | 196,26 | 196,26 | 0 |
| 442 024 + 698 482 | Quadramet (samarium153) (+ facture) | 196,26 | 196,26 | 0 |

Annexe 10 – Documents spécifiques utilisés dans le cadre de la convention « Soins intensifs – Réanimation » entre Mons et Maubeuge



ANNEXE 1

**Certificat établi pour le transfert d'un patient
au CHR de MONS
après hospitalisation au CHSA**

Je soussigné, **Docteur**, au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de SAMBRE AVESNOIS, certifie que **M**....., né(e) le, a été transféré(e) vers la Clinique Saint Joseph à MONS (ou Centre Hospitalier de WARQUIGNIES), le, par manque de place dans les Hôpitaux des bassins de vie du Hainaut et de Métropole.

Fait à Maubeuge,

Le

Docteur



ANNEXE 2

FICHE ADMINISTRATIVE
TRANSFERT DU LIEU D'INTERVENTION
PAR LE SMUR DE MAUBEUGE VERS LE C.H.R. DE MONS

Partie Médicale :

Je soussigné, **Docteur**, Médecin du SMUR / Centre Hospitalier de Sambre Avesnois certifie que **M**..... né(e) le, a été transféré(e) vers la Clinique Saint Joseph à MONS / Centre Hospitalier de WARQUIGNIES (*) le par manque de place dans les Hôpitaux des bassins de vie du Hainaut et de Métropole.

(*) *barre la mention inutile*

Partie Administrative concernant le (la) patient(e) pris(e) en charge :

Nom Prénom
Date de naissance :
N° de sécurité sociale :
Caisse :
Date d'intervention :
Lieu d'intervention :
Destination :



Annexe 3

A remettre aux familles dans tous les cas de transfert SMUR
du domicile ou du C.H. vers le C.H.R. clinique Saint Joseph de Mons (Belgique)

INFORMATION AUX FAMILLES

C.H.R. Clinique St Joseph Warquignies
Av. B. de Constantinople, 5
B. 7000 Mons

C.H de Sambre Avesnois
Bvd Pasteur, 13 B.P. 249
59600 Maubeuge (France)

Informations nécessaires en cas de transfert du C.H de Maubeuge (France) vers l'unité de Soins intensifs au C.H.R. Clinique Saint Joseph à Mons (Belgique)

*Dans le cadre d'une convention transfrontalière, si l'état de santé de l'un de vos proches a nécessité le transfert vers l'unité des soins intensifs du CHR Clinique St Joseph à Mons en Belgique et Warquignies, par manque de place dans les Hôpitaux des bassins de vie du Hainaut et de Métropole,
Le service social du C.H.R. de la clinique Saint Joseph de Mons et du C.H. de Maubeuge peut vous accompagner dans toutes les démarches sociales que ce transfert engendre.*

- Pour contacter directement le service des soins intensifs- réanimation à partir de la France vers la Belgique, formez le **00 32 65 38 57 64**

Si vous souhaitez l'aide du service sociale, n'hésitez pas à contacter

- **Pour le C.H.R. de Mons clinique Saint Joseph**
Monsieur THIBAUT
Formez à partir de la France vers la Belgique le **00 32 65 38 60 11**
- **Pour le C.H. de Sambre Avesnois à Maubeuge**
Monsieur D.SAINTHUILE
Formez à partir de la Belgique vers la France le **00 33 3 27 69 43 78**

Restant à votre disposition pour d'autres renseignements complémentaires, soyez assurés, Madame, Monsieur de notre entière collaboration.

Pour le service social
Du C.H.R. clinique Saint Joseph Mons
Monsieur THIBAUT
Responsable du service social
Tel : 065 38 60 11

pour le service social
du C.H. de Maubeuge
Monsieur SAINTHUILE
Assistant social service des
urgences tel : 03 27 69 43 78

Mise à jour le 26/05/06

Annexe 11 – Convention Transcards – Note technique

NOTE TECHNIQUE

Cette note technique et fonctionnelle sur la mise en œuvre de la Convention TRANSCARDS se base sur le document étude technico-fonctionnelle du projet TRANSCARDS.

I- INTRODUCTION

OBJECTIF

La Convention offre aux belges et français de la région frontalière choisie la possibilité d'utiliser respectivement leur carte SIS ou Vitale dans les cas précis nécessitant les formulaires E 111 ou E 112 pour recevoir des soins dans un établissement hospitalier.

CONTRAINTES

La Convention s'appliquant à une région limitée, la Thiérache, il est nécessaire d'identifier précisément les assurés qui peuvent en bénéficier.

REMARQUE

Les cartes Vitale ou SIS n'ont pas pour but de contenir les formulaires administratifs E 111, E 112. Mais elles contiennent un ensemble de données nécessaires mais non suffisant pour l'établissement du justificatif propre à TRANSCARDS appelé formulaire E 112T par l'établissement de soins (les données manquantes, l'adresse et le nom antérieur sont saisis lors de l'établissement du formulaire E 112T).

II- DONNEES TRANSCARDS DANS LA CARTE VITALE : MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION EN BELGIQUE.

2.1- DESCRIPTION

La CNAMTS a fait le choix d'ajouter un volet d'informations supplémentaires dans la carte Vitale actuellement déployée permettant d'identifier sans ambiguïté les personnes de la région concernée. Il existe donc pour les assurés du régime général habitant dans la région de la Thiérache une zone activée dans leur carte Vitale contenant les informations suivantes :

- Type de Convention,
- Numéro du formulaire,
- Date d'établissement du formulaire,
- Article du règlement européen,
- Activité = travailleur ou pensionné,
- Date de début de validité,
- Date de fin de validité.

Pour les assurés de la région Thiérache, cette zone sera inscrite automatiquement dès la prochaine mise à jour de la carte Vitale.

2.2- IMPACT SUR LES PRODUITS

Cette solution transparente pour les logiciels de facturation des Ps¹²⁹, entraîne des modifications dans les versions nationales des Bornes et des Outils Caisses et l'aménagement de Visu/Vitale destiné aux hôpitaux belges de la zone TRANSCARDS permettant d'éditer les formulaires E 112T.

2.3- PROCEDURE ADMINISTRATIVE

Le Centre de Santé des Fagnes lit la carte Vitale de l'assuré français à partir du logiciel "Transcards Vitale". Si l'assuré fait partie de la région concernée, la carte contient la zone TRANSCARDS, ce qui autorise l'édition du formulaire E 112T 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 formulaire E 112TF avec la demande de prise en charge à la Mutualité chrétienne d'Anderlues.

Cette mutualité crée le dossier pour les droits ouverts lors de séjour temporaire (E 111 - E 112) en se basant sur les informations provenant de la carte Vitale et inscrite sur le E 112TF. Un numéro d'identification est alors attribué à l'affilié français.

2.4- DETAIL DE LA PRISE EN CHARGE D'UN ASSURE FRANCAIS DANS UN HOPITAL BELGE

- A- Lecture de la carte Vitale
- B- Affichage de la zone TRANSCARDS avec vérification des droits
- OUI : C- Edition à l'écran du E 112TF
- D- Saisie de l'adresse de l'assuré et du nom antérieur si nécessaire
- E- Impression du formulaire E 112TF
- F- Envoi à la mutuelle au 721 bis avec le E 112TF
- NON : G- Insertion de la carte Vitale dans la borne de mise à jour
- H- Lecture de la carte Vitale
- I - Affichage de la zone TRANSCARDS
- OUI : alors étape C, D, E, F.
- NON : K- Procédure habituelle.

3- DONNEES DANS LA CARTE SIS : MISE EN ŒUVRE DE LA CONVENTION EN FRANCE.

La Belgique a fait le choix de ne pas inscrire de nouvelles données en carte. Toutes les données nécessaires non inscrites en carte SIS seront saisies par le personnel des hôpitaux français.

3.1- PROCEDURE ADMINISTRATIVE POUR LA CREATION DU E 125 DANS LE CAS D'UN ASSURE BELGE SOIGNE EN FRANCE

Le personnel de l'établissement hospitalier vérifie au vu de la carte d'identité de l'assuré belge l'appartenance de l'assuré à la région concernée. Pour cela, il saisira l'adresse figurant sur la carte d'identité du patient qui sera comparée automatiquement au fichier des codes postaux des communes belges appartenant à la zone TRANSCARDS. Cette comparaison validera la poursuite de la procédure TRANSCARDS par le logiciel «TRANSCARDS SIS» ou renverra le patient à une procédure classique.

Le personnel de l'établissement hospitalier lit la carte SIS de l'assuré belge avec le logiciel «TRANSCARDS SIS» et édite le formulaire E 112 TB, renseigné automatiquement par les informations utiles contenues dans la carte SIS en ayant saisi l'adresse et le nom antérieur si

¹²⁹ Professionnels de santé

nécessaire. Il adresse ensuite à la CPAM de Maubeuge ou Saint-Quentin la demande de prise en charge avec le formulaire E 112TB.

La CPAM crée le dossier administratif au vu des informations émanant de la carte SIS inscrite sur le E 112TB et transmise par l'établissement hospitalier. Un numéro d'immatriculation est alors attribué à l'affilié belge.

La création du dossier s'effectue après avoir défini le numéro d'immatriculation d'un assuré pour lequel les droits sont ouverts dans le cadre d'un E 111 ou E 112.

3.2- DETAIL DE LA PRISE EN CHARGE D'UN ASSURE BELGE DANS UN HOPITAL FRANCAIS

- A- Vérification de l'appartenance à la zone TRANSCARDS en saisissant le code postal de l'assuré au vu de la pièce d'identité sur le logiciel « TRANSCARDS SIS ».
- B- Appartenance à la région TRANSCARDS
- NON : C- Procédure habituelle
- OUI : D- Lecture de la carte SIS
- E- Vérification des droits
- NON : F- Procédure habituelle
- OUI : G- Edition du formulaire E 112TB
- H- Saisie de l'adresse et du nom antérieur si nécessaire
- I- Impression du formulaire E 112TB
- J- Envoi du SP4 et du E 112TB à la CPAM.

4- FORMULAIRE E 112T

Les formulaires E 112TB et E 112TF sont identiques à l'exception du B ou du F dans la case en haut à droite.

Annexe 12 – Certificat médical spécifique utilisé dans le cadre de la convention « Transcards »



Prescription médicale de transport

A REMETTRE AU PATIENT FRANÇAIS

le bénéficiaire du transport et l'assuré(e)

- **le bénéficiaire du transport voir E112 T**

nom (suivi, s'il y a lieu du nom de jeune fille) prénom :

date de naissance :

- **l'assuré (le titulaire) voir E112 T**

nom prénom de l'assuré (e) :

numéro d'immatriculation français

adresse :

la prescription médicale lors de *la sortie d'hospitalisation* du Centre de Santé

- **les conditions d'exécution du transport**

transport assis ☐ ou ☐ non

transport allongé ☐ ou ☐ non

(si cachet le reporter sur les 2 volets)

Annexe 13 – Projet IZOM

Le projet IZOM est une initiative des organismes assureurs hollandais, relayée ensuite par Interreg II et III. Il avait pour objectif principal de répondre aux demandes des habitants de la zone frontalière, et plus particulièrement à celles des pensionnés frontaliers.

Ainsi, depuis le 1^{er} octobre 2001, l'accès aux soins des populations de l'Euregio Meuse-Rhin a été libéralisé.

Le mode de régulation de cette zone organisée d'accès aux soins transfrontalier est quelque peu différent de celui en vigueur en Thiérache (Transcards).

Champ de la convention

➤ Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les habitants des provinces de Liège et du Limbourg pour la Belgique, la région d'Aix-la-Chapelle pour l'Allemagne et les provinces du Brabant du Nord et du Limbourg néerlandais pour les Pays-Bas.

➤ Prestations

Ces patients peuvent se rendre dans les deux autres régions frontalières pour y recevoir des soins ambulatoires dispensés par un médecin spécialiste et des soins hospitaliers sans autorisation préalable. Les prestations des généralistes et des dentistes ont été exclues de cette convention.

Procédures administratives et financières

➤ Démarches administratives

Les démarches administratives des assurés ont été simplifiées :

- ❶ Le patient de la zone doit, dans son pays d'origine, introduire une demande auprès de son organisme assureur afin d'obtenir un E112 dérogatoire repris sous l'intitulé E 112 +. Il s'agit d'un E112 administratif et non d'un E 112 médical, comme le prévoit le règlement européen n°1408/71.
- ❷ Le patient choisit librement dans le pays où les soins sont dispensés un organisme assureur auquel il remet, son E 112 + afin d'être couvert pour les soins qu'il reçoit dans ce pays.

NB : Comme lorsqu'il se fait soigner aux Pays-Bas, un assuré hollandais doit préalablement consulter un généraliste avant de se rendre chez un spécialiste exerçant de l'autre côté de la frontière.

➤ Prise en charge financière

Le projet IZOM s'inscrit dans le cadre de la réglementation européenne (Règlements n°1408/71 et 574/72) : ce sont les dispositions légales en matière d'assurance maladie, les tarifs et les procédures de chaque pays qui sont appliqués.

Evaluation

Une évaluation a permis de constater que les soins étrangers accessibles dans l'Eurégio Meuse-Rhin concernent essentiellement les spécialités médicales diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les soins hospitaliers.

Selon l'enquête d'évaluation réalisée, les patients "mobiles" sont essentiellement des travailleurs et des anciens travailleurs (pensionnés) frontaliers belges et hollandais, âgés entre 30 et 70 ans. Les patients les plus âgés sont essentiellement des Allemands. Les principales motivations de ces patients sont "les soins appropriés" (surtout pour les patients belges et allemands), "la plus grande attention des prestataires" et le "temps d'attente moindre" (surtout les patients hollandais).

| |
|------------------|
| Glossaire |
|------------------|

| | |
|--------|--|
| AHBL | Association Hospitalière du Bassin de Longwy (F) |
| ALD | Affection de Longue Durée (F) |
| ARH | Agence Régionale d'Hospitalisation (F) |
| BIM | Bénéficiaire d'Intervention Majorée (B) |
| CEE | Communauté Economique Européenne |
| CH | Centre Hospitalier |
| CHL | Centre Hospitalier de Luxembourg (L) |
| CHSA | Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois (F) |
| CHR | Centre Hospitalier Régional |
| CHRU | Centre Hospitalier Régional Universitaire (F) |
| CJCE | Cour de Justice des Communautés Européennes |
| CLEISS | Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (F) |
| CMR | Caisse de Maladie Régionale (F) |
| CNAMTS | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (F) |
| CPAM | Caisse Primaire d'Assurance Maladie (F) |
| CSL | Cliniques du Sud Luxembourg (B) |
| EEE | Espace Economique Européen |
| FASS | Fonds d'Actions Sanitaires et Sociales (F) |
| GEIE | Groupeement Européen d'Intérêt Economique |
| IMTR | Institut de Médecine, Traumatologie et Réadaptation (B) |
| INAMI | Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (B) |
| IRM | Imagerie par Résonance Magnétique |
| JO | Journal Officiel (F) |
| JOCE | Journal Officiel des Communautés Européennes (UE) |
| M.B. | Moniteur Belge (B) |
| MSA | Mutualité Sociale Agricole (F) |
| NHS | National Health Service |
| OA | Organisme Assureur (B) |
| OFBS | Observatoire Franco-Belge de la Santé |
| UE | Union Européenne |
| UGECAM | Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie (F) |
| URCAM | Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (F) |
| SMUR | Service Mobile d'Urgence et de Réanimation |
| TM | Ticket Modérateur (B) |
| UK | United Kingdom |
| ZOAST | Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontalier |

| |
|---|
| Terminologies belge et française |
|---|

Belgique

Organisme assureur / mutualité
 Personne à charge
 Ticket modérateur
 Pensionné

France

Caisse de maladie
 Ayant-droit
 Reste à charge
 Retraité

Bibliographie

Monographies

ANMC, *Les conventions internationales*, Centre de formation, mai 2003, 66 p.

DG de l'Emploi et des Affaires sociales de la CE, *Implications de la jurisprudence récente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risque de maladie*, Bruxelles, Mai 2000, p.3.

DG Emploi et affaires sociales de la CE, *Les dispositions communautaires en matière de sécurité sociale – Vos droits lorsque vous vous déplacez à l'intérieur de l'Union européenne*, Office des publications, 2004, 51 p.

B. KINTZIGER, *Les conventions internationales*, MCPL, Avril 2006, 24 p.

LuxLorSan, *La mobilité transfrontalière des patients – Droits et procédures*, s.l., Octobre 2006, 103 p. (rapport disponible sur le site www.santetransfrontaliere.org/luxlorsan/main.htm)

Articles de revues

INAMI, III - Les soins de santé dans l'Union européenne, in *Exposés thématiques*, Bruxelles, 2001, pp.86-103.

Ch. RONZI, P. SLEGGERS, CMS DeBacker, *L'arrêt Keller : une jurisprudence communautaire de plus en plus protectrice des droits des patients transfrontaliers*, s.l.,

Article de presse

"En Marche" n° 1247 du 17 janvier 2002, pp. 8-9.

Affaire Keller, Communiqué de presse n°31/05, CJCE.

Sites Web

www.santetransfrontaliere.org (portail des projets transfrontaliers en santé et accès à la base de données incluant les règlements européens, les arrêts de la CJCE et les accords bilatéraux.)

<http://www.interreg-fwf.org>

<http://www.interreg-wll.org>

<http://inami.fgov.be/care/fr/nomenclature/index.htm> (nomenclature belge)

<http://www.ameli.fr/68/RUB/68/omb.html> (nomenclature française)

Références législatives

Belgique

Circulaire O. A. n°2006/117 – 80/85, 83/337 du 16 mars 2006

Loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994, art. 136.

France

Décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France et modifiant le code de la sécurité sociale, JO du 27 avril 2005.

Circulaire DSS/DACI/2005/235 du 19 mai 2005 relative aux modalités de mise en œuvre du décret n°2005-386 du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France.

Textes bilatéraux

Accord du 14 mai 1976 concernant les soins de santé des membres de la famille de travailleurs frontaliers (M.B. : 27/05/1977).

Convention belgo-luxembourgeoise sur la sécurité sociale des travailleurs frontaliers signée à Arlon le 24/03/1994 et approuvée par la loi du 8 avril 1995 (M.B. 07/06/1995).

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.

Arrangement administratif général relatif aux modalités d'application de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique relatif à la coopération sanitaire transfrontalière signé à Mouscron le 30 septembre 2005.

Union européenne

Traité instituant la Communauté économique européenne du le 25 mars 1957

Traité d'Amsterdam modifiant le Traité sur l'Union européenne, les Traités instituant les Communautés européennes et certains actes connexes, JO n° C 340 du 10 novembre 1997

Acte unique européen du 28 février 1986, JO L 169 du 29 juin 1987

Règlement CEE n°1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, JOCE L 149, 05/07/1971 dans sa version modifiée et mise à jour par le règlement CEE n°118/97 du Conseil du 2 décembre 1996, JOCE L 28, 30/01/1997.

Règlement n°574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement CEE n°1408/71, JOCE 1972, L 74, modifié par le règlement d'application CEE 77/2005 du 13 janvier 2005 (JOCE 2005, L 016/3).

Règlement CE n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des régimes de sécurité sociale, JO L166 du 30/04/2004.

Jurisprudence européenne

Arrêts Kohll et Decker (C-158/96 et C-120/95)

Arrêt Vanbraekel (C-368/98)

Arrêt Smits et Peerbooms (C-157/99)

Arrêt Müller-Fauré et Van Riet (C-385/99)

Arrêt IKA (C-326/00)

Arrêt Inizan (C-56/01)

Arrêt Keller (C-145/03)

Arrêt Watts (C-372/04)

Arrêt Acereda Herrera (C-466/04)