

**CONVENTION DE ZONE ORGANISEE D'ACCES AUX SOINS
TRANSFRONTALIERS
« ARDENNES »**

**PROVINCE SUD DE NAMUR ET DE LUXEMBOURG (B)
NORD DES ARDENNES (F)**

RETROACTES

Origine :

Certaines zones frontalières françaises et belges présentent une proximité telle que les organismes assureurs ont exprimé le souhait de mettre en œuvre des modes de régulation spécifiques aux besoins de la population résidant dans cet espace frontalier et aux capacités des plateaux techniques des établissements de soins qui y sont implantés.

Ce projet est directement inspiré de l'action pilote TRANSCARDS développée en 2000 dans la zone enclavée franco-belge de la Thiérache permettant aux patients de recevoir des soins dans les établissements hospitaliers frontaliers, sans autorisation médicale préalable et sans faire l'avance des frais.

Cette convention s'inscrit dans l'esprit de l'accord franco belge de coopération sanitaire transfrontalière signé le 30 septembre 2005 par les Ministres français et belge chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cet accord-cadre a pour objet :

- 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 matériels et humains,
- de favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques.

Il donne compétence aux autorités régionales françaises pour conclure avec l'Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité et les organismes assureurs y référent, des conventions de coopération sanitaire entrant dans leur champ de compétence.

La convention Ardennes s'inscrit dans la continuité de la coopération transfrontalière engagée, depuis plusieurs années, entre les deux versants. Elle a pour finalité de favoriser des synergies entre les structures de soins frontalières et surtout d'améliorer l'accès aux soins de qualité de proximité des patients résidant dans cet espace frontalier.

Cadre Légal :

Vu l'article L 332-3 du Code français de la Sécurité Sociale,

Vu l'article 136 de la loi coordonnée belge relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994,

Vu l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière du 30 septembre 2005, ratifié par le Parlement français le 3 octobre 2007¹ et publié au Journal officiel de la République française le 24 avril 2011², ratifié par le Parlement belge le 9 février 2009 et publié au Moniteur belge le 18 février 2011³ suite aux ratifications des Communauté flamande⁴, Communauté française⁵ et Région wallonne⁶.

Vu l'arrangement administratif général entre le Ministre français de la Santé et de la Protection Sociale et le Ministre belge des Affaires Sociales et de la Santé Publique 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 du 30 septembre 2005,

¹ Loi n°2007-1419 du 3 octobre 2007 – JO du 4 octobre 2007

² Décret n°2011-449 du 22 avril 2011

³ Loi portant assentiment de l'Accord cadre entre le Gouvernement du Royaume de Belgique et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005

⁴ Décret du 13 mars 2009 (M.B. 06/04/2009)

⁵ Décret du 27 mai 2010 (M.B. 24/06/2010 éd. 2)

⁶ Décret du 3 juin 2010 (M.B. 16/06/2010)

TITRE I

DISPOSITIONS COMMUNES

ARTICLE 1

OBJET

La présente convention permet dans la zone définie à l'annexe 2, la prise en charge des soins de santé des assurés sociaux français et belges dans les établissements de soins frontaliers repris à l'annexe 1.

ARTICLE 2

PARTIES CONTRACTANTES

d'une part,

L'AGENCE REGIONALE DE SANTE de CHAMPAGNE-ARDENNE
8, rue Dom Pérignon, Complexe du Mont Bernard, CS40513
51007 CHAMONS EN CHAMPAGNE

d'autre part,

L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES
579 Chaussée de Haecht – 1031 BRUXELLES

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES
32-38 Rue Saint Jean – 1000 BRUXELLES

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES
145 Chaussée de Charleroi – 1060 BRUXELLES

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBERALES
25 Rue de Livourne – 1050 BRUXELLES

L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES
19 Rue Saint Hubert – 1150 BRUXELLES

LA CAISSE AUXILIAIRE D'ASSURANCE MALADIE - INVALIDITE
30 Rue du Trône – 1000 BRUXELLES

LA CAISSE DES SOINS DE SANTE DE LA SNCB
85 Rue de France – 1060 BRUXELLES

CENTRE HOSPITALIER DE DINANT
501 Rue St Jacques - 5500 DINANT

LES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE MONT GODINNE
1 Avenue du Docteur Gaston Therasse - 5530 YVOIR

**LES POLYCLINIQUES DES MUTUALITES SOCIALISTES DE BEAURAING,
COUVIN ET PHILIPPEVILLE**
35 Rue de France - 5600 PHILIPPEVILLE

ARTICLE 3

CHAMP D'APPLICATION :

La présente convention s'applique à la prise en charge des soins ambulatoires et hospitaliers dispensés dans un des établissements de soins concernés cités en annexe 1 à l'exception de la procréation médicalement assistée.

La présente convention s'applique à tous les assurés sociaux belges ou français qui résident de façon habituelle et permanente dans la zone définie et reprise à l'annexe 2 et qui bénéficient des prestations de l'assurance maladie obligatoire quel que soit leur régime d'affiliation.

ARTICLE 4

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge financière des soins s'effectue selon les règles du pays où les soins sont dispensés en respect de la procédure en vigueur dans le cadre des règlements européens de coordination 883/2004⁷ et 987/2009⁸.

L'identification des assurés concernés et l'autorisation de prise en charge des soins s'effectuent par la délivrance administrative a posteriori du formulaire d'ouverture de droits spécifique dénommé S2 ou E112 « ARDENN ».

Une note technique établie par la Commission de suivi transfrontalière prévue à l'article 7 de la présente convention définit la procédure d'identification de l'assuré social.

⁷ Règlement (CE) N° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

⁸ Règlement (CE) N° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale

ARTICLE 5

DISPOSITIONS FINANCIERES

Les soins dispensés à ces assurés donneront lieu à l'établissement de factures individuelles par assuré type SED S080 ou E125.

Les créances réciproques nées dans le cadre de la présente convention seront remboursées, en application des principes contenus dans les articles 62, 66 et 67 du Règlement (CE) n° 987/2009 du 21 septembre 2009, par l'institution compétente à l'institution qui a servi les prestations, telles qu'elles ressortent de la comptabilité de cette dernière, pour le montant des dépenses effectives, sur la base des factures individuelles précitées, par assuré, éditées par le pays.

Ces créances seront visées par l'Echange de lettres franco-belges des 21 novembre 1994 et 8 février 1995 concernant les modalités d'apurement des créances réciproques au titre des articles 93, 94, 95 et 96 du Règlement (CEE) no 574/72.

Les deux pays se réservent le droit d'exercer les contrôles habituels sur ces créances.

ARTICLE 6

EVALUATION

Les parties signataires recueillent toutes les données statistiques et financières utiles, de même que des informations relatives à la qualité des soins sur base des indicateurs précisés à l'annexe 4.

Elles évaluent l'intérêt de la convention et, à cette fin, fournissent annuellement, dans le courant du mois de septembre, aux organismes régionaux et/ou nationaux compétents, un rapport d'évaluation détaillé de l'exécution de la Convention au cours de l'année calendaire précédente.

Les parties signataires s'engagent à transmettre tous les éléments nécessaires à l'évaluation de la présente convention à la Commission Mixte prévue à l'article 7 de l'accord cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière dès que celle-ci sera constituée conformément à l'accord-cadre.

ARTICLE 7

COMMISSION DE SUIVI TRANSFRONTALIERE

Une Commission de suivi transfrontalière, composée de membres représentant à parité les parties signataires, est créée.

Elle désigne un Coordinateur en son sein.

Cette Commission est chargée :

- de réunir tous les éléments utiles à l'évaluation annuelle des flux de patients et des montants financiers engagés ;
- de mettre en place des critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins ;
- d'examiner les plaintes déposées par l'une des parties signataires ainsi que les éventuelles réclamations des patients.

ARTICLE 8

REVISION DE LA CONVENTION

Une révision de la présente convention peut être réalisée par voie d'avenant sur proposition de l'une des parties signataires et examen par la commission de suivi transfrontalière.

ARTICLE 9

ELECTION DE DOMICILE LITIGES

Les parties élisent leur domicile à leur siège respectif.

Les éventuels litiges sont soumis à la commission de suivi transfrontalière qui s'efforcera de les résoudre à l'amiable.

ARTICLE 10

DATE D'EFFET ET RESILIATION

La présente convention entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012 après signature des parties.

Elle peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties moyennant un délai de préavis de six mois et l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception à destination de chacune des parties signataires. Dans ce cas, elle garde ses effets pour les créances nées antérieurement dans le cadre de la convention.

TITRE II
DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX ASSURES SOCIAUX FRANCAIS

ARTICLE 11

PRISE EN CHARGE DES TICKETS MODERATEURS

Les frais supplémentaires à charge du patient (hors supplément pour chambre particulière, repas accompagnant, boisson, télévision, etc.) des assurés français recevant des soins dans un établissement hospitalier belge visé dans la présente convention et bénéficiant, au sens de la sécurité sociale française, d'une exonération de ticket modérateur résultant :

- d'une Affection de Longue Durée (ALD)
- du régime de rattachement ou d'une situation exonérante (A115, RL...)
- de soins dispensés dans le cadre du suivi d'une maternité
- d'un acte médical identifié comme exonérant dans la Classification commune des actes Médicaux. (CCAM)

ou d'une prise en charge au titre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)⁹,

sont pris en charge par la caisse d'affiliation de l'assuré.

La prise en charge à 100% des soins en lien avec un accident du travail ou maladie professionnelle est réalisée sur présentation d'un formulaire DA1 ou E123.

ARTICLE 12

PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS

Transports primaires :

Les assurés du régime français d'Assurance Maladie bénéficient d'une prise en charge des frais de transports conformément aux dispositions de l'article R 322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

Concernant les frais de transports sanitaires, le recours à un transporteur français est obligatoire.

Les formulaires de prescription et d'entente préalable sont transmis par la caisse de liaison aux établissements hospitaliers belges concernés par la présente convention.

Les transports doivent être strictement adaptés à l'état du patient. Ceux-ci ne sont pris en charge que s'ils sont médicalement justifiés.

⁹ L'identification de ces différentes situations est décrite en annexe 3

Transports secondaires :

Les assurés du régime français d'Assurance Maladie bénéficient d'une prise en charge des frais de transport lorsque celui-ci a lieu à partir d'un établissement concerné par la convention vers un établissement de recours et dans les conditions suivantes :

- dans les situations d'urgence médicale, le personnel de l'hôpital belge organise le transfert du patient vers la structure hospitalière la plus proche et la plus adéquate à son état de santé ;
- il doit être fait appel à un transporteur français, à l'exception des transferts en néonatalogie vers des services « N » pris en charge par l'établissement d'origine du patient.

Fait à

Le

Les signataires de la convention

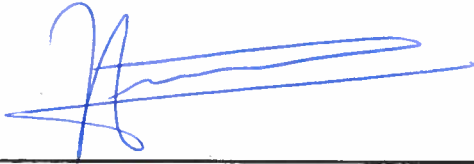
Pour la France :

**Pour l'Agence Régionale de santé de
Champagne- Ardenne**

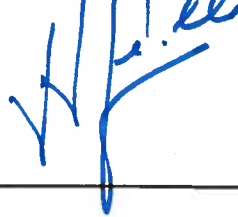

Le directeur général
Jean-Christophe PAILLE

Pour la Belgique :

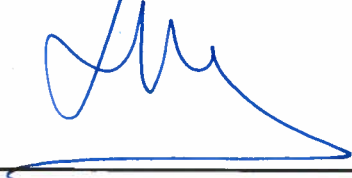
**Pour L'Alliance Nationale
des Mutualités Chrétiennes**




**Pour L'Union Nationale
des Mutualités Socialistes,**



**Pour L'Union Nationale
des Mutualités Libres**



**Pour L'Union Nationale
des Mutualités Libérales,**



**Pour L'Union Nationale
des Mutualités Neutres,**



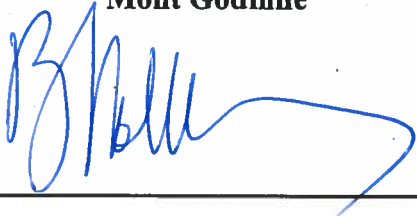
**Pour La Caisse Auxiliaire
d'Assurance Maladie Invalidité**



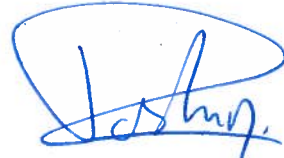
**Pour La Caisse des Soins de Santé
de la SNCB**



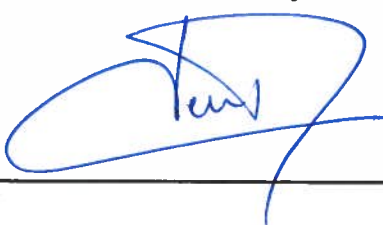
**Pour Les Cliniques Universitaires de
Mont Godinne**



Pour Le CH de DINANT



**Pour Le Centre de Santé des Fagnes à
Chimay**



**Pour les Polycliniques des Mutualités
Socialistes**



ETABLISSEMENTS DE SOINS CONCERNÉS

→ POUR LA PARTIE BELGE :

- Centre hospitalier de Dinant
- Les polycliniques du CH de Dinant située à Gedinne et Ciney (soins ambulatoires)
- Les cliniques universitaires de Mont Godinne
- Le Centre de Santé des Fagnes à Chimay
- Les polycliniques des mutualités socialistes de Beauraing, Couvin et Philippeville

→ POUR LA PARTIE FRANCAISE :

- 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
- HL Nouzonville
- Les Etablissements de Réadaptation des Ardennes - UGECAM:
 - (Site adulte) Soins de Suite - CRFA site de Charleville-Mézières
 - (Site enfant) CRFE site de Warnécourt

Pôle régional de recours :

- CHRU de Reims

COMMUNES CONCERNÉES

POUR LA PARTIE BELGE :

Les communes des arrondissements de Dinant Philippeville
La commune de Bouillon

POUR LA PARTIE FRANCAISE :

Les communes des arrondissements de :

Charleville Mézières
Flize, Fumay, Givet, Monthermé, Omont, Renwez, Rocroi, Rumigny, Signy-l'Abbaye, Signy-
le-Petit, Nouzonville, Revin,

Sedan
Carignan, Mouzon, Raucourt-et-Flaba, Sedan-Nord, Sedan-Est, Sedan-Ouest

**CRITERES D'IDENTIFICATION DES BENEFICIAIRES FRANÇAIS D'UNE
EXONERATION DU TICKET MODERATEUR :**

○ **Au titre d'une affection de longue durée reconnue : (liste ci dessous)**

La lecture de la carte vitale permet l'identification de bénéficiaires exonérés à ce titre par la mention « 100% pour soins en rapport avec affection liste » ou « 100% pour soins en rapport avec affection hors liste » dans ces deux situations, la présentation du protocole par l'assuré au médecin hospitalier, est obligatoire.

○ **Au titre d'un régime exonérant**

La lecture de la carte vitale permet l'identification de bénéficiaires exonérés à ce titre par la mention « 100% pour tout » ou « 100% pour tout sauf médicaments à vignette bleue »

○ **Au titre du suivi de la maternité au cours des 4 derniers mois de la grossesse et des 12 jours suivant la date d'accouchement**

La lecture de la carte vitale permet l'identification de bénéficiaires exonérés à ce titre par la mention « 100% pour tout »

Dans tous les cas la période d'exonération figure sur la carte vitale en complément des libellés indiqués ci-dessus

○ **Au titre de la réalisation d'acte médical exonérant**

L'exonération étant liée directement à l'acte réalisé il est indispensable d'avoir recours à la CCAM pour l'identification. « Accès à la CCAM sur le site Ameli.fr »

Identification des bénéficiaires de la CMU complémentaire :

La lecture de la carte vitale permet l'identification des bénéficiaires d'un droit CMU complémentaire. Cette information figure en organisme complémentaire et est identifiée par un code contrat égal à 89

La liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie, en application du 3° de l'article L. 322-3, est établie ainsi qu'il suit :

- Accident vasculaire cérébral invalidant.
- Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques.
- Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques.
- Bilharziose compliquée.
- Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme grave, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves.
- Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses.
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine.
- Diabète de type 1 et diabète de type 2.
- Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave.
- Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères.
- Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves.
- Maladie coronaire.
- Insuffisance respiratoire chronique grave.
- Maladie d'Alzheimer et autres démences.
- Maladie de Parkinson.
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé.
- Mucoviscidose.
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif.
- Paraplégie.
- Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive.
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.
- Affections psychiatriques de longue durée.
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives.
- Sclérose en plaques.
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne.
- Spondylarthrite ankylosante grave.
- Suites de transplantation d'organe.
- Tuberculose active, lèpre.
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Identification des principaux critères d'évaluation.

En complément des éléments visés dans l'accord cadre de coopération transfrontalière et son arrangement administratif, cette évaluation devra nécessairement permettre d'apprécier :

- l'état des dépenses engagées annuellement,
- le flux des patients traités (nombre, âge, régime d'affiliation),
- les pathologies concernées.

Les indicateurs seront fournis par les établissements hospitaliers et pourront régulièrement être revus en fonction de leur disponibilité, faisabilité de collecte, pertinence.

Chaque année, au premier trimestre, seront collectés les indicateurs suivants :

- Le nombre d'admissions total (=le nombre de séjours total),
- Le nombre d'admissions par spécialité (=le nombre de séjours par spécialité),
- La provenance des patients (la ville et le pays),
- Le mode de prise en charge (soins externes, hospitalisation...),
- L'age, le sexe et l'organisme d'affiliation des patients,
- Le nombre de transports total et par mode transport (non informatisé),
- Le mode d'entrée (autre hôpital, médecine généraliste...),
- Le montant total des factures par établissements,
- Le montant total du reste à charge,
- Le coût moyen des factures par type de séjour.

Ces indicateurs seront analysés lors de la réunion annuelle de suivi – évaluation de la convention.

L'arrangement administratif de l'accord cadre transfrontalier Franco-belge prévoit en son article 3 un suivi –évaluation de la qualité sur les points suivants :

- La politique de qualité en matière de gestion des risques, notamment sur :
 - l'ensemble des vigilances,
 - la distribution du médicament,
 - la transfusion sanguine,
 - l'anesthésie,
 - la gestion des risques iatrogènes et des infections nosocomiales.
- L'actualisation des connaissances des professionnels de santé
- La transmission des informations médicales relatives aux patients
- La prise en charge de la douleur

Les établissements signataires de la convention mettront en place dès le démarrage de la convention un groupe de travail chargé de mettre en œuvre cet accord.