

EVEN DE GRENS OVER NAAR DE DOKTER

Groeiend grensoverschrijdend gezondheidsverkeer

Christophe Boval

Het is bekend dat Noord-Fransen graag de grens oversteken om pralines, planten en meubelen te kopen. Op de terugweg tanken ze ook nog even. Komt daar binnenkort ook een doktersbezoek bij? Zo'n vaart loopt het natuurlijk niet. Maar toch is er de jongste jaren sprake van een groeiend "medisch" verkeer over de grens.

Wie er niet expliciet naar op zoek was, had haar nooit gevonden, de ondertekeningsceremonie van het grensoverschrijdend partnerschap tussen het universitair ziekenhuis van Rijsel, het AZ Groeninge van Kortrijk, de Université Lille 2 – Droit et Santé en de KU Leuven. De bescheiden plechtigheid, die maandag 14 december 2009 plaatsvond op de uitgestrekte campus van het Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) van Rijsel, verliep volledig volgens de lijnen van de samenwerking in de gezondheids- en welzijnszorg aan beide zijden van de grens: weinig spectaculair of revolutionair, maar wel gestaag toenemend.

139

De raamovereenkomst tussen de beide ziekenhuizen heeft in de eerste plaats tot doel gezamenlijke medische projecten op te zetten. Op dit ogenblik is er al sprake van uitwisseling van expertise op het vlak van de radiologie en de medische beeldvorming. Zowel AZ Groeninge als het CHRU beschikken natuurlijk ieder apart over gesofisticeerd materiaal en een uitgebreide ploeg van radiologen, maar tijdens wachtdiensten kan het wel eens gebeuren dat hulp van de burens om een beeld te interpreteren, welkom is. In een latere fase kan er ook op andere domeinen worden samengewerkt.

Schaalvoordelen en cultuurverschillen

De overeenkomst tussen AZ Groeninge en het CHRU is de twaalfde in haar soort tussen een Belgisch en een Frans ziekenhuis. Motivering daarbij is telkens om de eigen expertise te versterken of de lacunes in het eigen aanbod op te vangen. Zo heeft het Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman in Ieper een akkoord gesloten voor de verstrekking van nierdialyse aan Franse patiënten uit de regio Hazebrouck-Bailleuil-Armentières. Nog sprekender is het voornemen van de Centre Hospitalier universitaire (CHU) van Duinkerke en het Sint-Augustinus-ziekenhuis van Veurne om met vereende krachten de aanschaf van een PET-scan in Duinkerke te realiseren.

Het is dan ook niet verbazingwekkend dat de aanzet voor ziekenhuis-samenwerking vooral is gekomen uit de meer landelijke gebieden langs de Frans-Belgische grens, zoals de Ardennen of de Thiérache, waar relatief weinig medische voorzieningen aanwezig zijn en samenwerking over de grens zich opdringt indien men lange verplaatsingen binnen het eigen land wil vermijden. Zeker voor grote instellingen spelen echter ook strategische overwegingen op langere termijn mee. De toenemende specialisatie en de oplopende kosten van medische uitrusting van topniveau nopen tot de bundeling van krachten en het zoeken van schaalvoordelen. En daarbij kan de grens misschien juist een voordeel zijn, omdat er veel minder sprake is van concurrentie tussen de betrokken instellingen dan vaak het geval is in een binnenlandse context. De uitgebreide Franstalige website van het AZ Groeninge is alvast een mooie illustratie van de kansen die het ziekenhuis ziet in samenwerking over de grens.

140

Wat niet betekent dat het bestaan van de grens geen problemen met zich zou meebrengen, wel integendeel. Er zijn in de eerste plaats natuurlijk de taal- en soms ook cultuurverschillen. En voor één keer komt die vaststelling niet van immer taalgevoelige Vlamingen, maar wordt ze gemaakt door de Fédération Hospitalière de France in een recente nieuwsbrief over grensoverschrijdende ziekenhuissamenwerking. De federatie stelt inderdaad vast dat de samenwerking aan de grens met Wallonië een stuk verder gevorderd is dan bijvoorbeeld met Duitsland of Italië.

In de Frans-Belgische context betekent dit dat er tussen Vlaamse en Franse ziekenhuizen weinig of zelfs geen patiënten worden uitgewisseld, terwijl dat tussen Waalse en Franse ziekenhuizen veel meer het geval is. Vlaamse ziekenhuisdirecties beseffen dat ze uiterst voorzichtig moeten zijn met het doorsturen van patiënten naar een Franstalige instelling. Daar kan pas sprake van zijn wanneer er zekerheid is over een minimale begeleiding in het Nederlands. Voor de Franse collega's is die bijkomende moeite niet altijd even vanzelfsprekend, want "iedereen bij jullie kan zich toch uitdrukken in het Frans".

Juridische barrière

Behalve mogelijke taalproblemen zijn er natuurlijk ook nog allerlei reglementaire en financiële hinderpalen die een vlotte grensoverschrijdende samenwerking bemoeilijken. Traditioneel immers steunen de systemen van gezondheidszorg, ook binnen de eengemaakte Europese markt, op twee essentiële principes: elke lidstaat organiseert zijn eigen

systeem van gezondheidszorg en toegang tot zorgverstrekking en de verzekerden hebben enkel toegang tot prestaties die binnen hun land worden geleverd. Anders gezegd, een aangeslotene bij een Belgisch ziekenfonds kan in principe geen verzorging gaan zoeken over de grens, net zomin als een Franse verzekerde naar een Belgisch ziekenhuis kan gaan.

Om het vrij verkeer van werknemers tussen de verschillende lidstaten, toch één van de pijlers van de Europese eenmaking, in de praktijk mogelijk te maken werd echter al snel een systeem van coördinatie van de verschillende sociale systemen uitgewerkt dat toeliet dat grensarbeiders zowel in het land waar ze wonen als waar ze werken zorg kunnen krijgen. Frankrijk en België, die natuurlijk al langer ervaring hadden met grensarbeid, sloten daar bovenop een akkoord om die dubbele toegang tot gezondheidszorg uit te breiden tot de gezinsleden van een grensarbeider.

Ook aan de toeristen met acute gezondheidsproblemen werd gedacht. Wie tijdelijk in een andere lidstaat verblijft, kan ter plaatse de noodzakelijke zorg ontvangen dankzij de Europese ziekteverzekeringspas, het vroegere document E111. In alle gevallen wordt de zorg door de verzekeringsinstelling van de betrokken patiënt terugbetaald op basis van de tarieven van het land waar de zorg werd verstrekt.

141

Maar medische “shopping” in het buitenland was lange tijd onmogelijk, tenzij er voorafgaande toestemming werd verleend door de verzekeringsinstelling uit het land van herkomst van de patiënt. Het Europees Hof van Justitie heeft in enkele arresten die afwijking op het principe van vrij verkeer echter flink ingeperkt. Het bekendste arrest in dat verband was dat van Kohll en Decker in april 1998. Kohll en Decker waren twee Luxemburgers die in eigen land vruchteloos probeerden terugbetaling te krijgen voor respectievelijk correctieglazen gekocht in België en een tandartsbezoek in Duitsland. De Luxemburgse ziekteverzekering weigerde telkens terugbetaling met het argument dat er in beide gevallen geen sprake was van een noodgeval in het buitenland en dat beide operaties net zo goed in Luxemburg hadden kunnen gebeuren.

Het Hof veroordeelde in beide gevallen de Luxemburgse staat en oordeelde dat er geen gegronde reden was om het vrij verkeer van goederen of diensten te belemmeren. Het argument van de bescherming van de volksgezondheid gold niet, want er was niks mis met brillenglazen

uit België of tandverzorging in Duitsland. Dat het sociale zekerheidsstelsel in Luxemburg zo op kosten werd gejaagd, klopte niet want de terugbetaling gebeurt volgens de in het land van oorsprong geldende barema's, in dit geval dus Luxemburg. Het laatste tegenargument, namelijk dat een lidstaat moet kunnen waken over de medische consumptie zodat hij een evenwichtige en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg kan aanbieden, aanvaardde het Hof in principe wel, maar het oordeelde dat in deze twee gevallen niet kon worden aangetoond dat het behoud van een voldoende zorgaanbod of een essentiële medische knowhow in het eigen land in het gedrang kwam.

Resultaat van die jurisprudentie is dat het nu in principe iedereen in de Europese Unie vrij staat in gelijk welk ander land medische verzorging te ondergaan en dat zonder voorafgaande toestemming van de verzekeringsinstelling of mutualiteit uit het eigen land, tenminste voor zover er geen ziekenhuisopname bij komt kijken. Het Hof erkent dat er om redenen van algemeen belang en voor de organisatie van de ziekenhuisopnames in elk land wel nog steeds voorafgaande toelating nodig is voor een buitenlandse ziekenhuisopname.

142

Frankrijk en België hebben die jurisprudentie in hun wetgeving ingevoerd, waardoor Franse en Belgische patiënten zonder voorafgaande toelating naar een andere lidstaat kunnen trekken om er ambulante verzorging te genieten en bij hun terugkeer door hun verzekeringsinstelling worden terugbetaald volgens de gangbare tarieven in hun eigen land. Alleen voor het gebruik van zware medische uitrusting, zoals petscan of dialyse, is nog voorafgaande goedkeuring nodig. Vandaar dat ziekenhuizen aan weerszijden van de grens verdragen afsluiten om patiënten structureel, dus zonder telkens weer individuele goedkeuring te moeten aanvragen de grens te kunnen laten oversteken voor een onderzoek of een behandeling.

Om meer juridische zekerheid te bieden en de goedkeuringsprocedure voor dergelijke verdragen te bespoedigen, hebben Frankrijk en België op 30 september 2005 een raamakkoord inzake grensoverschrijdende sanitaire samenwerking ondertekend. Het akkoord kan ook belangrijk zijn voor afspraken inzake spoedhulp, transport van patiënten en projecten aangaande preventie, promotie en informatieverstrekking. Het akkoord is echter tot op heden nog niet in werking omdat de ratificatie aan Belgische zijde, waar ook de deelstaten moeten instemmen, nog niet is afgerond.

Dat heeft niet verhinderd dat er sindsdien, in maart 2007 om precies te zijn, ook een akkoord is gesloten over dringende medische hulpverlening. Zo gebeurt het enkele malen per jaar dat in de West-Vlaamse grensstreek bij een noodgeval een Frans interventieteam ter plaatse komt en vice versa, wanneer de nabije spoeddiensten in het eigen land niet beschikbaar zijn.

Instroom

Ook voor eenvoudige medische raadplegingen, dus buiten ziekenhuisopnames, zou er sprake zijn van een toenemend grensverkeer, en dan vooral in de richting van Frankrijk naar België. Zou, want precieze cijfers daarover blijken moeilijk te vinden te zijn. Maar er zijn alvast enkele aanwijzingen in die richting. Zo is er het groeiend aantal Franse grensarbeiders in Henegouwen en vooral in West-Vlaanderen. Maar er is ook het minder goed uitgebouwde aanbod van gezondheidszorg in de regio Nord-Pas-de-Calais, zoals regelmatig blijkt uit Franse studies en verslagen.

Soms komen daarover zelfs ronduit alarmerende berichten in het nieuws. Zo getuigde dokter Martine Lefebvre van de Orde van geneesheren uit het Département du Nord voor de Frans-Belgische parlementaire werkgroep enkele jaren geleden dat er in de Avesnois, in het zuidoosten van het departement tegenover de Botte du Hainaut, voor een bevolking van 200.000 inwoners slechts een oncoloog is. In het vrij landelijke gebied tussen Duinkerke en Rijsel kijken lokale verkozenen naar België om een antwoord te bieden op het tekort aan huisartsen in hun eigen streek.

143

Sommige Fransen pleiten daarom openlijk voor een *espace sanitaire transfrontalier*, maar aan Belgische zijde wordt daar voorlopig weinig op gereageerd. Het structureel opvangen van lacunes in de gezondheidszorg in een buurland is van een andere orde dan lokale vormen van samenwerking in de grensstreek. Een debat daarover, eerst en vooral binnen de Belgische gezondheidszorg, moet nog grotendeels beginnen. In 2006 publiceerde het Verbond van Belgische Ondernemingen (VBO) een witboek waarin het pleitte om de troeven van de Belgische gezondheidszorg maximaal uit te spelen en te streven naar 100.000 buitenlandse patiënten door over te stappen van een passieve opvang van wie komt naar een actieve marketing in landen met notoir lange wachtlijsten voor verschillende behandelingen, zoals Groot-Brittannië en Nederland. Maar of dit het model is dat de Belgische en Franse autoriteiten willen, is niet duidelijk.

In het domein van de welzijnszorg is de instroom vanuit Frankrijk naar België wel becijferd, meer bepaald in de ouderenopvang. In 2006 meldde het Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) op basis van een enquête bij rust- en verzorgingstehuizen dat er 1.575 Fransen in Belgische rusthuizen verbleven, tegen amper 12 Belgen in Franse instellingen. Een klein deel van die Fransen, 75 om precies te zijn, verbleef in Vlaamse instellingen, de rest in Waalse. De taalbarrière blijkt hier dus wel reëel te zijn, ook al geeft de enquête niet de volledige realiteit weer - niet alle instellingen hebben geantwoord - en is de trend de voorbije jaren wellicht nog eerder toegenomen.

Als belangrijkste verklaringen voor het succes van Belgische instellingen worden de wachtlijsten in Frankrijk aangehaald, maar vooral de kwaliteit van de opvang in België. De Franse instellingen zouden grootschaliger en sterk medisch gericht zijn, terwijl in België meer aandacht gaat naar het algemene welzijn van de oudere.

144

Nog frappanter zijn de cijfers over de opvang van gehandicapte personen. Naar schatting zitten zo'n 3.000 à 3.500 Franse gehandicapten in Waalse instellingen (Vlaanderen komt in dit verhaal nauwelijks of niet voor). De meeste zijn afkomstig uit het noorden van Frankrijk, zeg maar de streek boven Parijs, maar sommige komen van verder, in enkele gevallen zelfs van de overzeese gebieden wegens het structureel gebrek aan opvangmogelijkheden in Frankrijk zelf.

De “motor” achter dit aanzuigeffect vanuit Wallonië is de relatief hoge dagprijs die de bevoegde Franse autoriteiten, meer bepaald de departementen, betalen voor de opvang van gehandicapten. Voor Belgische instellingen wordt de opvang van Fransen op die manier een lucratieve bezigheid, met als gevolg dat er vooral in de grensstreek instellingen worden opgericht met als enig doel de Franse markt te “bewerken”.

Omdat die instellingen geen beroep doen op subsidies van de AWIPH (Agence Wallonne pour l'intégration de personnes handicapées) is de controle vanuit de Waalse overheid beperkt, hetgeen aanleiding geeft tot verhalen over misbruik waarbij Franse patiënten in onwaardige omstandigheden worden opgevangen. In het voorjaar van 2009 sloten de toenmalige Waalse minister van welzijn, Didier Donfut, en de Franse staatssecretaris voor solidariteit, Valérie Létard, een kaderakkoord met een dubbel objectief: een betere uitwisseling van gegevens zodat de AWIPH een precies beeld heeft van de in- en uitstroom van Franse ingezetenen en een betere inspectie van de instellingen. Zo zouden de

departementen die dit willen, een beroep kunnen doen op een modelconventie om Waalse instellingen te erkennen.

Pleidooi voor samenwerking

Vanuit België bekeken rijst natuurlijk onmiddellijk de vraag naar het gevaar van verdringing van eigen ingezetenen door Fransen. Volgens de AWIPH is dat niet het geval, integendeel zelfs. Die enkele Fransen die in gesubsidieerde Waalse instellingen zitten, helpen juist om bijkomende plaatsen voor Walen te subsidiëren. Ook in de rust- en verzorgingstehuizen zou er op dat vlak geen probleem zijn, ook al is het natuurlijk wel een permanent aandachtspunt. Ook België wordt geconfronteerd met een verouderende bevolking. Daar staat tegenover dat de aanwezigheid van Franse hulpbehoevenden in België voor extra werkgelegenheid zorgt.

Dat is een vaststelling die ook de Franse députée-maire van Saint-Saulve (in de buurt van Valenciennes), Cécile Gallez, maakte in haar verslag van november 2008 over de opvang van ouderen en gehandicapten in België. Als verklaring voor het manke aanbod in Frankrijk geeft ze onder meer aan dat het in Frankrijk administratief veel moeilijker is om een instelling op te richten dan in België. Maar er is ook de vaststelling dat het ene departement er beter in slaagt om voor een voldoende aanbod te zorgen dan het andere. Een element dat ze niet vermeldt, maar dat wel opvalt wanneer de Belgische en Franse toestand wordt vergeleken, is dat in België traditioneel veel welzijnszorginitiatieven in de privé- of associatieve sfeer worden genomen. In Frankrijk is de welzijnszorg echter veel meer een zaak van de overheid, in dit geval op het niveau van de departementen. In theorie zou dat een betere planning en coördinatie mogelijk moeten maken, maar in de praktijk geeft dat eerder aanleiding tot tekorten of mankementen.

145

De belangrijkste conclusie die Cécile Gallez in haar verslag trekt, kan gelden voor de hele gezondheids- en welzijnssector: “Indien ik één boodschap heb voor de Franse autoriteiten, is het om het probleem van de opvang van Franse zorgbehoevenden in België te behandelen in samenwerking en in permanent overleg met de bevoegde Belgische overheden om zo in dezelfde richting te werken.”

RÉSUMÉ

Franchir la frontière pour consulter le docteur. Le trafic transfrontalier pour raisons de santé ne cesse de croître

Ces dernières années, le trafic « médical » entre la France et la Belgique n'a cessé de croître. Le 14 décembre 2009, une cérémonie de signature fut tenue sur le campus du Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille dans le but de conclure un partenariat transfrontalier entre l'hôpital universitaire de Lille, l'AZ Groeninge de Courtrai, l'université Lille 2 – Droit et Santé et la KU Leuven. Cette convention-cadre a d'abord pour objectif d'élaborer des projets médicaux communs. Actuellement, il serait déjà question d'un échange d'expertise en matière de radiologie et d'imagerie médicale.

L'accord signé entre l'AZ Groeninge et le CHRU de Lille est le douzième en son genre entre un hôpital belge et un hôpital français. La motivation est à chaque fois identique: renforcer son propre savoir-faire ou combler les lacunes de son offre. C'est ainsi que le Regionaal Ziekenhuis Jan Yperman d'Ypres a conclu un accord aux termes duquel la dialyse rénale est pratiquée sur les patients français de la région de Hazebrouck-Bailleuil-Armentières. Plus parlante encore est l'intention du CHU de Dunkerque et du Sint-Augustinusziekenhuis de Furnes

d'unir leurs efforts pour acquérir un PET-scan à Dunkerque.

Le lecteur ne sera pas surpris d'apprendre que l'impulsion à cette collaboration entre hôpitaux est surtout venue des régions plus campagnardes situées le long de la frontière franco-belge, telles que les Ardennes ou la Thiérache, où les infrastructures médicales sont peu présentes. Les grandes institutions, quant à elles, ne négligent pas non plus les considérations stratégiques à long terme. La spécialisation croissante et les coûts galopants des équipements médicaux de pointe les obligent à unir leurs forces et à rechercher des économies d'échelle. Et là justement, la frontière constitue un avantage, car il est beaucoup moins question de concurrence.

Cependant, elle apporte aussi son lot de problèmes, comme les différences linguistiques et culturelles. Dans le contexte franco-belge, cela signifie que peu de patients sont échangés entre les hôpitaux flamands et français alors que les échanges sont bien plus fréquents entre hôpitaux wallons et français.

Aux problèmes de langue s'ajoute naturellement une série d'obstacles réglementaires et financiers propres à entraver toute bonne collaboration transfrontalière. En effet, même au sein d'un marché européen unique, les systèmes de santé reposent traditionnellement sur deux principes : chaque État membre

organise son propre système de soins de santé ainsi que l'accès aux soins, et les assurés ont uniquement accès aux prestations fournies au sein de leur pays.

Afin de permettre la libre circulation des travailleurs entre les différents États membres, ce qui constitue quand même l'un des piliers de l'unification européenne, un système de coordination des différents systèmes sociaux fut rapidement mis au point afin que les travailleurs frontaliers puissent se faire soigner aussi bien dans le pays où ils sont domiciliés que dans celui où ils travaillent. La France et la Belgique y ajoutèrent un accord visant à étendre ce double accès aux membres de la famille de tout travailleur frontalier.

Les touristes souffrant de problèmes de santé ne furent pas oubliés. Quiconque réside de façon temporaire dans un autre État membre peut bénéficier, sur place, des soins adéquats grâce au passeport européen d'assurance maladie. Dans tous les cas, le coût des soins sera remboursé par l'organisme assureur du patient concerné sur base des tarifs utilisés dans le pays où les soins auront été prodigués. Par contre, le « shopping » médical à l'étranger fut longtemps impossible à moins que l'organisme d'assurance du pays d'origine du patient n'ait donné son accord préalable. En quelques arrêts, la Cour européenne de

justice a néanmoins fortement limité cette atteinte au principe de libre circulation. Ces jugements juridiques eurent pour résultat de permettre en principe à tout citoyen de l'Union européenne de recevoir des soins médicaux dans n'importe quel autre pays sans accord préalable de l'organisme d'assurance ou de la mutualité de son propre pays, et ce pour autant qu'il n'y ait pas d'hospitalisation. La Cour juge en effet que, pour des raisons d'intérêt général et d'organisation des hospitalisations dans chaque pays, il convient de demander une autorisation préalable avant toute hospitalisation à l'étranger.

La France et la Belgique ont intégré cette jurisprudence dans leur législation, ce qui permet aux patients français et belges de se rendre dans un autre État membre pour y bénéficier de soins ambulatoires et d'être remboursés à leur retour par leur organisme d'assurance selon les tarifs en vigueur dans leur propre pays. Seule l'utilisation d'un équipement médical lourd, pensons au PET-scan ou à la dialyse, requiert une autorisation préalable. C'est ce qui explique que les hôpitaux de part et d'autre de la frontière concluent des accords en vue de faire passer structurellement la frontière à leurs patients pour un examen ou un traitement, sans que ceux-ci ne doivent à chaque fois introduire de demande individuelle d'autorisation.

Afin d'offrir une plus grande certitude juridique et d'accélérer la procédure d'approbation de tels traités, la France et la Belgique ont signé le 30 septembre 2005 un accord-cadre en matière de collaboration sanitaire transfrontalière. Celui-ci a également son importance dans les questions relatives à l'aide d'urgence, au transport de patients et aux projets à mettre sur pied dans les domaines de la prévention, de la promotion et de l'information. Si cet accord n'est pas encore en vigueur, c'est que la Belgique n'a pas achevé sa ratification, les régions devant également donner leur approbation.

Ceci n'a pas empêché la signature d'un accord en mars 2007 concernant l'aide médicale d'urgence. Depuis lors, il n'est pas rare de voir, en cas d'urgence, une équipe d'intervention française arriver dans la région frontalière de Flandre-Occidentale et vice versa.

Dans le cas des simples consultations médicales, il serait également question d'un trafic transfrontalier accru, surtout de la France vers la Belgique. Serait, car les chiffres précis en la matière sont difficiles à trouver. Il existe cependant quelques indications qui vont dans cette direction. Citons le nombre croissant de travailleurs frontaliers français dans le Hainaut et en Flandre-Occidentale, et une offre en soins de santé moins bien développée dans la région du Nord-

Pas-de-Calais, comme le révèlent régulièrement les études et rapports français.

Les journaux se font parfois l'écho de comptes rendus alarmants à ce sujet. Voici quelques années, le docteur Martine Lefebvre de l'ordre des médecins du département du Nord témoigna, devant le groupe de travail parlementaire franco-belge, de la présence d'un seul oncologue dans l'Avesnois, dans le sud-est du département, juste à côté de la Botte du Hainaut, et ce pour une population de 200.000 habitants. Dans la région assez campagnarde séparant Dunkerque de Lille, les élus locaux se tournent vers la Belgique pour trouver une réponse à la carence en généralistes dont souffre leur propre région.

Certains Français vont même jusqu'à plaider ouvertement pour un *espace sanitaire transfrontalier*, suscitant peu de réactions actuellement du côté belge. Combler de façon structurelle les lacunes que présentent les soins de santé d'un pays limitrophe relève d'un tout autre ordre de grandeur que des formes locales de collaboration. Le débat à ce sujet, et d'abord au sein des soins de santé belges, doit encore être lancé.

Dans le domaine de l'aide sociale, par contre, nous possédons des chiffres sur l'afflux de la France vers la Belgique, en particulier pour l'accueil des personnes âgées. Sur base d'une enquête menée auprès des maisons de repos et de soins,

l'Observatoire franco-belge de la santé (OFBS) annonçait, en 2006, que 1.575 Français résidaient dans des maisons de repos belges contre à peine 12 Belges en France. Une petite partie de ces Français étaient dans des institutions flamandes, les autres en Wallonie. Le succès des maisons belges s'expliquerait par les longues listes d'attente existant en France, mais surtout par la qualité de l'accueil en Belgique. Les institutions françaises seraient plus grandes et plus médicalisées, tandis qu'en Belgique l'attention irait plutôt vers le bien-être général de la personne âgée.

Plus frappants encore sont les chiffres relatifs à l'accueil des personnes handicapées. Les handicapés français vivant dans des institutions wallonnes seraient entre 3.000 et 3.500. Si la plupart viennent du nord de la France, disons de la région au-dessus de Paris, d'autres viennent de plus loin encore, poussés par le manque structurel de possibilités d'accueil en France.

Le « moteur » derrière cet effet d'aspiration exercé par la Wallonie est le prix de journée relativement élevé que les autorités françaises compétentes, et surtout les départements, paient pour l'accueil des handicapés. L'accueil des Français devient dès lors une activité lucrative pour les institutions belges à tel point que, surtout

dans la région frontalière, des établissements se créent dans le but unique de démarcher sur le marché français.

Ces établissements ne demandant pas de subsides de l'AWIPH (Agence wallonne pour l'intégration de personnes handicapées), les pouvoirs publics wallons y exercent des contrôles restreints, ce qui donne lieu à des cas de maltraitance. Au printemps 2009, la France et la Wallonie ont conclu un accord-cadre dont l'objectif est double : assurer un meilleur échange des données et soumettre ces établissements à une inspection plus poussée.

Du côté belge surgit naturellement la question de voir ses propres ressortissants courir le risque d'être refoulés par les Français. L'AWIPH estime que tel n'est pas le cas, au contraire même. Les quelques Français se retrouvant dans des établissements wallons subventionnés aident, par leur présence, à financer des places supplémentaires pour les Wallons. Il n'y aurait pas de problème non plus dans les maisons de repos et de soins, même si cela reste un point à suivre avec attention.

Cette constatation, nous la retrouvons dans le rapport que Cécile Gallez, députée-maire française de Saint-Saulve (non loin de Valenciennes), dressa en novembre 2008 sur l'accueil des personnes âgées et handicapées

en Belgique. Pour expliquer l'offre
boiteuse en France, elle souligne
notamment le fait qu'il est
beaucoup plus difficile de fonder un
établissement en France d'un simple
point de vue administratif. Un
élément qu'elle ne mentionne pas,
mais qui saute aux yeux lorsque l'on
compare les deux pays, est qu'en
Belgique beaucoup d'initiatives en
matière d'aide sociale proviennent
traditionnellement de la sphère
privée ou associative, tandis qu'en

France l'aide sociale est beaucoup
plus laissée aux pouvoirs publics.

La principale conclusion à laquelle
Cécile Gallez aboutit dans son
rapport est que les problèmes
doivent être résolus en collaboration
et en concertation permanente avec
les autorités belges compétentes.

(Traduit du néerlandais par
Chantal Gerniers)