

SÉMINAIRE DU / SEMINARIE VAN 23 MAI 2011 / 23 MEI 2011

*Accueil des personnes âgées dans
l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai :
QUELLES PERSPECTIVES ?*

*Opvang van ouderen in de
Eurometropool Lille-Kortrijk-Tournai :
WELKE VOORUITZICHTEN ?*



SOMMAIRE

INHOUDSTAFEL

INTRODUCTION - INLEIDING	5
MOT D'ACCUEIL PAR PAUL BREYNE - WELKOMSTWOORD DOOR DE HEER PAUL BREYNE	7
SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAL : RÉGLEMENTATION ET ACTIONS DE TERRAIN	8
GEZONDHEID EN MEDISCH-SOCIALE ASPECTEN : REGLEMENTERING EN PROJECTEN OP HET TERREIN	
Les soins de santé transfrontaliers France-Belgique : 2 principes de base	9
De grensoverschrijdende gezondheidszorg België-Frankrijk : 2 grondbeginselen	9
Un accord-cadre franco-belge en matière de santé	9
Een Frans-Belgisch raamakkoord op vlak van gezondheidszorg	10
Une ratification récente	10
Een recente ratificatie	10
La coopération transfrontalière sur le terrain	10
Grensoverschrijdende samenwerking op het terrein	11
Des défis à relever	11
Uitdagingen	12
L'ambition de l'Eurométropole	12
De ambitie van de Eurometropool	
LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION EN EUROPE : DES DEFIS A RELEVER	13
DE VERGRIJZING VAN DE BEVOLKING IN EUROPA : UITDAGINGEN	
De grandes disparités au sein de l'Europe	14
Grote verschillen binnen Europa	15
Institutionnalisation ou individualisation ?	16
Institutionnalisering of individualisering ?	16
La mobilité des personnes âgées dans les faits	17
Mobiliteit van ouderen in de praktijk	17
La prise en charge de la dépendance et la réforme des pensions	17
De tenlasteneming van de zorgbehoevendheid en de pensioenhervorming	
TOUR D'HORIZON DES POLITIQUES DEVELOPPEES DANS L'EUROMETROPOLE	18
OVERZICHT VAN HET BELEID IN DE DRIE DEELREGIO'S VAN DE EUROMETROPOOL	
La politique de la Wallonie	19
Het beleid van Wallonië	20
La politique de la Communauté flamande	21
Het beleid van de Vlaamse Gemeenschap	21
La politique du Département du Nord	21
Het beleid van het Département du Nord	
PRISE EN CHARGE, FISCALITE, DEPENDANCE : CE QU'IL FAUT SAVOIR	24
OPVANG VAN OUDEREN, FISCALITEIT, ZORGBEHOEVENDHEID : WAT U MOET WETEN	
La prise en charge des personnes âgées françaises en Belgique	25
Opvang van Franse ouderen in België	26
La fiscalité des personnes âgées résidant dans une structure d'accueil belge	26
Fiscaliteit van ouderen die verblijven in een Belgische ouderenzorgstructuur	26
L'assurance-dépendance flamande	26
De Vlaamse zorgverzekering	
PROSPECTIVES	28
VOORUITBLIK	
Vers un accord-cadre médico-social	29
Naar een raamakkoord op vlak van medisch-sociale samenwerking	30
3 pistes pour une coopération medico-sociale	31
Drie pistes voor samenwerking in de medisch-sociale sector	31
Expérimenter un accord local	31
Een proefakkoord op lokaal niveau	
RETOUR DES ATELIERS - FEEDBACK UIT DE WORKSHOPS	32
SUITES À DONNER - OPVOLGING VAN HET SEMINARIE	34

INTRODUCTION

L'hébergement des personnes âgées : un enjeu majeur.

En 2005, l'Observatoire franco-belge de la Santé (OFBS) recense plus de 1500 assurés français hébergés en maison de repos en Belgique, contre une douzaine d'assurés sociaux belges en France. Pour des raisons notamment linguistiques, la plupart des résidents français est accueillie sur le versant wallon du territoire de l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai.

Ces flux très inégaux entre la France et la Belgique interpellent davantage les autorités compétentes françaises que leurs homologues belges. Plusieurs rapports ont d'ailleurs été consacrés à ce sujet en France au cours des dernières années.

Si la Wallonie évoque désormais une saturation voire une pénurie de places dans les maisons de repos implantées sur son territoire, le vieillissement démographique à venir interpelle également les autorités flamandes.

Ces évolutions montrent la nécessité de mieux connaître les politiques menées de part et d'autre de la frontière, d'identifier les besoins et surtout d'adapter les contextes réglementaires à l'organisation des moyens nécessaires.

Dans les prochaines années, l'hébergement des personnes âgées va devenir un enjeu majeur. L'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai a mis ce sujet au cœur de son agenda. Aussi a-t-elle pris l'initiative d'organiser, le 23 mai 2011, un séminaire consacré à cette thématique.

Ce séminaire a mobilisé 110 personnes représentant les organisations et autorités publiques compétentes en la matière (CPAS, structures d'accueil, autorités compétentes, mutualités, CLIC,...). Il a notamment permis aux participants de prendre conscience de la diversité des modes d'organisation de la prise en charge à l'intérieur de l'Eurométropole. Une des principales conclusions est de conduire une action commune pour aborder les divers défis transfrontaliers qui se posent dans ce domaine.

Le présent document est une synthèse des différentes interventions qui ont été faites lors de ce séminaire. Comme celui-ci ne constitue qu'un point de départ pour un travail postérieur, nous avons repris à la fin de ce document le programme de travail qui a été adopté par le Bureau de l'Eurométropole et qui va permettre de poursuivre la dynamique engagée le 23 mai.

INLEIDING

Opvang van ouderen: een grote uitdaging

In 2005 telde het Frans-Belgische Gezondheidsobservatorium (OFBS – Observatoire franco-belge de la Santé) meer dan 1500 Franse sociaal verzekerden in Belgische rust- en verzorgingstehuizen, tegenover een twaalfal Belgische sociaal verzekerden in Frankrijk. Onder meer om redenen van taalgebruik kiezen de meeste Franse rusthuisbewoners voor Wallonië binnen het referentiegebied van de Eurometropool Lille-Kortrijk-Tournai.

Deze ongelijke stromen tussen Frankrijk en België baren vooral de bevoegde Franse overheden zorgen. De jongste jaren werden in Frankrijk meerdere rapporten aan dit onderwerp gewijd.

Wallonië heeft het langs haar kant over een verzadiging, en zelfs plaatsgebrek, in de rust- en verzorgingstehuizen op haar grondgebied. Maar ook Vlaanderen is bezorgd om de toenemende vergrijzing van haar bevolking.

Deze ontwikkelingen onderstrepen de noodzaak om het beleid dat aan beide kanten van de grens wordt gevoerd, beter te leren kennen, om de noden in kaart te brengen en om de reglementaire context af te stemmen op de organisatie van de middelen.

Opvang van ouderen wordt een grote uitdaging de volgende jaren.

De Eurometropool Lille-Kortrijk-Tournai heeft dit thema dan ook hoog op haar agenda gezet.

Zo nam ze het initiatief om op 23 mei 2011 een seminarie te organiseren rond dit thema.

Dit seminarie werd bijgewoond door 110 vertegenwoordigers van bevoegde overheden, overheidsinstellingen en andere organisaties (OCMW's, rust-en verzorgingstehuizen, bevoegde overheden, ziekenfondsen, CLIC (Centres locaux d'Information et de Coordination), etc.). Het maakte de deelnemers bewust van de verschillende manieren waarop opvang binnen de Eurometropool wordt georganiseerd. Voornaamste besluit is dat we een gemeenschappelijke actie willen opzetten om de grensoverschrijdende uitdagingen op vlak van opvang van ouderen gezamenlijk het hoofd te bieden.

Dit document vat de tussenkomsten samen die tijdens het seminarie werden gedaan. Omdat ze slechts het vertrekpunt vormen voor het werk dat nog komen moet, geven we op het einde van dit document het actieplan mee dat door het Bureau van de Eurometropool werd goedgekeurd en dat ons moet toelaten de dynamiek van het seminarie verder te zetten.



MOT D'ACCUEIL

Le groupe de travail « Services à la population et citoyenneté » que je préside, vise notamment à attirer l'attention sur le thème des soins de santé. Lors de la première réunion organisée en juillet 2009, les personnes présentes se sont mises d'accord pour continuer à approfondir spécifiquement les thèmes 'flux médicaux transfrontaliers' et 'lacunes en matière d'accueil et de logement des personnes âgées dans la région frontalière'.

Aussi l'organisation du séminaire d'aujourd'hui autour du thème de l'accueil des personnes âgées dans l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai était-elle un choix évident.

Ce n'est que par le biais de tels événements de mise en réseau, d'échange d'informations et de brainstorming commun que nous parviendrons à vraiment dépasser les frontières.

**Monsieur Paul BREYNE,
Gouverneur de la Province de Flandre
occidentale et Président du Groupe de
Travail Thématique « Services à la
population et citoyenneté ».**



WELKOMSTWOORD

De werkgroep « Dienstverlening aan de bevolking en burgerschap » die ik voorzit, heeft tot doel om onder meer het thema gezondheidszorg onder de aandacht te brengen. Reeds op de eerste vergadering in juli 2009 was er onder de aanwezigen consensus om specifiek de thema's 'Grensoverschrijdend medisch verkeer' en 'De lacunes in de opvang en huisvesting van ouderen in de grensstreek' verder uit te diepen. Het was dan ook een voor de hand liggende keuze om vandaag een seminarie te organiseren rond het thema " opvang van ouderen in de Eurometropool Lille-Kortrijk-Tournai".

Het is slechts via dit soort evenementen van netwerking, informatie-uitwisseling en gezamenlijke brainstorming dat we de grenzen echt kunnen overstijgen.

**De heer Paul BREYNE,
Gouverneur van de Provincie West-
Vlaanderen en voorzitter van de
Thematische werkgroep
« dienstverlening aan de bevolking en
burgerschap ».**

**SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAL :
RÉGLEMENTATION ET
ACTIONS DE TERRAIN**

**GEZONDHEID EN
MEDISCH-SOCIALE
ASPECTEN :
REGLEMENTERING EN
PROJECTEN OP HET TERREIN**

Soins de santé transfrontaliers France-Belgique : 2 principes de base

Les systèmes de soins de santé et d'assurance sociale des États membres de l'Union européenne reposent sur deux principes essentiels : chaque État membre organise son propre système de soins de santé et d'accès à ces soins, les assurés ayant uniquement accès aux prestations fournies au sein de leur pays.

Afin de permettre dans la pratique la libre circulation des travailleurs, un des piliers de l'intégration européenne, les États membres ont développé un système de coordination de leurs systèmes sociaux, qui s'est aussi progressivement ouvert aux personnes autres que les travailleurs. Grâce à ce mécanisme, les habitants d'un État membre de l'Union européenne peuvent être soignés dans un autre État membre (et revendiquer l'intervention de l'assurance maladie).

Les hôpitaux de part et d'autre de la frontière passent des conventions afin de pouvoir échanger structurellement des patients pour certains types de soins. Ces conventions doivent évidemment être validées par les autorités compétentes et l'assurance maladie des deux pays. Cette validation peut se faire attendre pendant des années.

Un accord-cadre franco-belge en matière de santé

Le 30 septembre 2005 à Mouscron, la Belgique et la France signent un accord-cadre sur une coopération sanitaire transfrontalière.

L'accord-cadre crée une base légale pour développer la coopération sanitaire. Il définit les principes généraux pour cette coopération et désigne quelles instances doivent ratifier des conventions individuelles.

La convention permet également la fixation de tarifs spécifiques, ce qui permet d'éviter de grandes différences dans les remboursements et au niveau du ticket modérateur.

L'accord s'avère également utile pour les soins de santé ambulatoires, l'aide médicale d'urgence, le transport des patients et les projets en matière de prévention, de promotion et d'information en ce qui concerne les soins de santé des deux côtés de la frontière.

De grensoverschrijdende gezondheidszorg België - Frankrijk : 2 grondbeginselen

Het stelsel van gezondheidszorg en sociale verzekering van de lidstaten van de Europese Unie steunt op twee grondbeginselen: elke lidstaat organiseert zijn eigen stelsel van gezondheidszorg en de toegang ertoe, en verzekerden hebben enkel toegang tot prestaties die in hun eigen land worden geleverd.

Om in de praktijk toch het vrij verkeer van werknemers te waarborgen - één van pijlers van de Europese integratie - hebben de lidstaten een systeem van coördinatie van hun sociale stelsels uitgewerkt, dat geleidelijk werd uitgebreid naar andere personen dan enkel de werknemers. Dankzij dat mechanisme kunnen inwoners van een lidstaat van de Europese Unie worden verzorgd in een andere lidstaat (en een tegemoetkoming van de ziekteverzekering vragen).

Ziekenhuizen aan beide kanten van de grens sluiten overeenkomsten af zodat ze op structurele wijze patiënten kunnen doorverwijzen voor bepaalde soorten zorg. Deze overeenkomsten moeten natuurlijk worden goedgekeurd door de bevoegde overheden en de ziekteverzekering van beide landen. Die goedkeuring laat echter soms jaren op zich wachten.

Een Frans-Belgisch raamakkoord op vlak van gezondheidszorg

Op 30 september 2005 tekenen Frankrijk en België, hier in Moeskroen, een raamakkoord betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg. Het raamakkoord biedt een wettelijke basis voor de ontwikkeling van de samenwerking op het vlak van gezondheidszorg. Het legt de algemene beginselen vast voor die samenwerking en duidt aan welke instanties individuele overeenkomsten moeten goedkeuren.

Het raamakkoord laat ook toe dat in conventies specifieke tarieven worden vastgelegd, waardoor grote verschillen in terugbetalingen, en bijgevolg remgeld, kunnen worden opgevangen.

Het raamakkoord kan ook nuttig zijn voor overeenkomsten die betrekking hebben op de ambulante gezondheidszorg, de spoedhulp en het patiëntenvervoer, alsook voor projecten inzake preventie, promotie en informatie op het vlak van gezondheidszorg aan beide kanten van de grens.

Une ratification récente

La France a ratifié cet accord en octobre 2007. En Belgique, la ratification a pris un retard considérable. Bien que l'accord ait été signé par le ministre fédéral de la Santé publique, le Conseil d'Etat a estimé qu'il s'agissait d'un accord mixte, qui par conséquent, devait aussi être ratifié par les régions. C'est ce qui a été fait par le biais d'un décret de la Communauté flamande le 13 mars 2009, de la Communauté française le 27 mai 2010 et de la Wallonie le 3 juin 2010.

La loi portant assentiment à l'accord-cadre entre le Gouvernement du Royaume de Belgique et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière a finalement été publiée au Moniteur belge du 18 février 2011 !

La coopération transfrontalière sur le terrain

Au cours des dix dernières années, la libre circulation des travailleurs, la progression importante des voyages touristiques, la hausse du coût des soins de santé et la politique incitative de la Commission européenne ont considérablement atténuées les frontières nationales dans le domaine des services médicaux. Aujourd'hui, une véritable mobilité transfrontalière existe à la frontière franco-belge dans le domaine des soins de santé.

Voici quelques exemples :

- **Les conventions transfrontalières**
Sous l'impulsion du programme européen pour la coopération transfrontalière, Interreg, une douzaine de conventions ont déjà été conclues entre les hôpitaux. De telles conventions permettent aux établissements d'acquérir plus d'expertise dans certains domaines et, par conséquent, d'offrir une meilleure qualité.
- **Les Zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST)**
Les ZOAST sont des régions dans la zone frontalière où un patient peut s'adresser aux établissements hospitaliers afin d'obtenir des soins médicaux, sans l'accord préalable de sa mutuelle. Aujourd'hui, les ZOAST couvrent une grande partie de la frontière franco-belge.
- **L'aide médicale d'urgence**
Chaque année, en exécution de l'accord franco-belge concernant l'aide médicale urgente, il y a des interventions du SMUR français sur le territoire belge et inversement pour le SMUR belge.

Een recente ratificatie

Dit raamakkoord werd in Frankrijk in oktober 2007 geratificeerd. Maar in België liep de ratificatie aanzienlijke vertraging op. Hoewel het akkoord enkel werd ondertekend door de federale minister van Volksgezondheid, oordeelde de Raad van State dat het hier toch wel om een gemengd akkoord gaat, dat bijgevolg ook door de regio's moet worden geratificeerd. Dit gebeurde via een decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 13 maart 2009, van de Franse Gemeenschap van 27 mei 2010 en van Wallonië van 3 juni 2010.

De wet houdende instemming met het Raamakkoord tussen de Regering van het Koninkrijk België en de Regering van de Franse Republiek betreffende de grensoverschrijdende samenwerking inzake gezondheidszorg, werd uiteindelijk gepubliceerd in het Belgische Staatsblad van 18 februari 2011 !

Grensoverschrijdende samenwerking op het terrein

De nationale grenzen in de medische dienstverlening zijn de voorbije decennia flink vervaagd ten gevolge van het vrij verkeer van werknemers, de groeiende reislust, de stijgende kosten van de gezondheidszorg en het stimulerend beleid van de Europese Commissie. Aan de Frans-Belgische grens is er dan ook sprake van een aanzienlijk "gezondheidszorgverkeer" tussen beide landen.

Enkele voorbeelden:

- **Grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomsten**
Mede onder impuls van het Europees subsidieprogramma voor grensoverschrijdende samenwerking, Interreg, werden reeds een dozijn overeenkomsten gesloten tussen ziekenhuizen. Dergelijke overeenkomsten stellen instellingen in staat meer expertise op te bouwen in bepaalde zaken en bijgevolg betere kwaliteit te bieden.
- **De Georganiseerde Toegangszone tot Grensoverschrijdende Zorgverstrekking (GTGZ)**
De GTGZ (beter bekend onder de Franse afkorting ZOAST) is een gebied in de grenszone waarbinnen een patiënt zich kan richten tot de ziekenhuisinstellingen voor medische verzorging, zonder voorafgaande toestemming van zijn ziekenfonds. Een groot gedeelte van de Frans-Belgische grens wordt inmiddels gedekt door deze GTGZ.
- **Dringende medische hulpverlening**
In uitvoering van de Frans-Belgische overeenkomst aangaande de dringende medische hulpverlening zijn er jaarlijks ook enkele Franse SMUR-interventies op Belgisch grondgebied en Belgische MUG-interventies op Frans grondgebied.

- **Informations transfrontalières**

Un Guide de la santé transfrontalière franco-belge permet aux professionnels du secteur et aux bénéficiaires de soins de mieux connaître les possibilités et opportunités existant de l'autre côté de la frontière.

- **L'observatoire franco-belge de la Santé (OFBS)**

L'observatoire franco-belge de la santé (OFBS) rassemble 58 organisations et structures du secteur de la santé. Il étudie la situation sur le terrain, suit la législation européenne et aide à mettre sur pied des conventions et des initiatives de coopération.

- **Grensoverschrijdende informatie**

De Gids van de Frans-Belgische grensoverschrijdende gezondheidszorg geeft zowel professionelen in de sector als zorgbehoevenden inzicht in de mogelijkheden die bestaan aan de overkant van de grens.

- **Het Frans-Belgisch Gezondheidsobservatorium**

Het Frans-Belgisch Gezondheidsobservatorium (OFBS) verenigt 58 organisaties en structuren uit de gezondheidssector. Deze organisatie bestudeert de toestand op het terrein, volgt de Europese wetgeving op en helpt mee om samenwerkingsovereenkomsten en initiatieven op te zetten.



Des défis à relever

Le défi consiste à mettre à profit de façon optimale les possibilités et instruments existants. L'accord-cadre de 2005 offre un cadre juridique général pour une coopération sur le terrain, accordant la priorité aux objectifs suivants :

- Offrir à la population frontalière un meilleur accès à des soins de santé de qualité
- Assurer la continuité des soins
- Simplifier les procédures administratives et financières
- Optimiser l'organisation de l'offre en simplifiant la formation et l'échange de personnel ou de matériel
- Stimuler l'échange de connaissances et d'expériences

La coopération transfrontalière est toujours confrontée aux défis rencontrés dans les deux pays. En réalité, elle cumule les défis et les préoccupations des deux pays : vieillissement de la population, manque de personnel médical dans certaines régions et manque de spécialisation, utilisation de nouvelles techniques médicales et d'équipement médical lourd, accès à une offre de soins de qualité dans un délai raisonnable, différence de langue...

Uitdagingen

De uitdaging bestaat erin de bestaande mogelijkheden en instrumenten zo optimaal mogelijk in te zetten. Het raamakkoord van 2005 biedt een algemeen juridisch kader voor een samenwerking op het terrein en heeft volgende doelstellingen:

- De bevolking uit het grensgebied een betere toegang bieden tot kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg
- De continuïteit van de verzorging waarborgen
- De administratieve en financiële procedures vereenvoudigen
- De organisatie van het aanbod optimaliseren door de gezamenlijke inzet van personeel of materiaal te vereenvoudigen
- De uitwisseling van kennis en ervaring aanmoedigen.

Grensoverschrijdende samenwerking botst steeds op de moeilijkheden die in beide landen bestaan, eigenlijk krijgt ze te maken met de uitdagingen en bezorgdheden van beide landen: denk maar aan de vergrijzing van de bevolking, het gebrek aan medisch personeel in bepaalde regio's en aan specialisatie, het gebruik van nieuwe medische technieken en zware medische uitrustingen, de toegang tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg binnen een redelijke termijn, de taalproblemen, ...

L'ambition de l'Eurométropole

L'Eurométropole souhaite contribuer à la construction d'une grande métropole européenne en constituant un territoire solidaire répondant aux besoins spécifiques des secteurs médico-social et sanitaire. Une véritable politique visant le mieux-vivre des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et des malades répondrait à des besoins sociaux importants et en croissance et constituerait une opportunité de création d'emplois.

L'organisation du séminaire du 23 mai 2011 constitue une première étape discrète mais nécessaire en vue de la réalisation de cet objectif ambitieux. Le but est de donner la parole aux responsables du secteur des soins résidentiels aux personnes âgées et d'entendre ce qui se passe sur le terrain. Débats et ateliers permettront également d'indiquer dans quels domaines l'Eurométropole peut jouer un rôle facilitant en la matière. Le fil conducteur dans tout ce que l'Eurométropole entreprend consiste en effet à faciliter la vie quotidienne des habitants de cette région transfrontalière.

En tant que Groupement européen pour la coopération territoriale (GECT), l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai ne dispose d'aucune compétence propre. Néanmoins, elle offre un bon forum pour rassembler les quatorze partenaires français, wallons et flamands qui en font partie autour de la table avec d'autres partenaires pour faciliter le dialogue entre tous. L'Eurométropole peut organiser des actions transfrontalières communes (ou complémentaires) et relever des défis concrets en collaboration avec ces partenaires. Un de ces défis concerne l'approche de la problématique spécifique des soins résidentiels aux personnes âgées dans la région frontalière.

De ambitie van de Eurometropool

De Eurometropool wil bijdragen tot de oprichting van een grote Europese metropool door een solidaire regio te creëren die beantwoordt aan de specifieke noden van de medisch-sociale sector en de sector van de gezondheidszorg. Een daadkrachtig beleid ten gunste van het welzijn van personen met een beperking, van ouderen en zieken zou alvast tegemoetkomen aan de grote, toenemende maatschappelijke noden en zou bovendien kunnen bijdragen tot het creëren van tewerkstelling.

De organisatie van het seminarie op 23 mei is een eerste bescheiden, maar noodzakelijk stap in de richting van de realisatie van deze ambitieuze doelstelling. We willen het woord geven aan de verantwoordelijken uit de sector van de residentiële ouderenzorg, en horen wat er leeft op het terrein. Tijdens de debatten en workshops kan ook aangegeven worden op welke vlakken de Eurometropool een faciliterende rol kan spelen. De leidraad in alles wat de Eurometropool onderneemt, is immers om het dagelijks leven van de inwoners in deze grensoverschrijdende regio te vergemakkelijken.

De Eurometropool Lille-Kortrijk-Tournai heeft als Europese Groepering voor Territoriale Samenwerking - of kortweg EGTS - weliswaar geen eigen bevoegdheden. Toch biedt deze organisatie wel een goed forum om de veertien Franse, Waalse en Vlaamse partneroverheden die er deel van uitmaken samen met andere partners rond de tafel te brengen en om de dialoog tussen deze partners te faciliteren. De Eurometropool kan in samenwerking met deze partners gemeenschappelijke (of complementaire) grensoverschrijdende acties op poten zetten en op concrete uitdagingen ingaan. Eén van die uitdagingen is de aanpak van de toch wel specifieke problematiek van residentiële ouderenzorg in de grensstreek.

**LE VIEILLISSEMENT
DE LA POPULATION EN
EUROPE : DES DÉFIS À
RELEVER**

**DE VERGRIJZING
VAN DE BEVOLKING IN
EUROPA : UITDAGINGEN**



**Anne-Sophie
PARENT**

Secrétaire générale de
AGE Platform Europe
Secretaris-generaal van
AGE Platform Europe

AGE Platform Europe est une organisation non gouvernementale regroupant près de 163 organisations de personnes âgées de 50 ans et plus. Sa vocation est de faire connaître et de promouvoir les intérêts des personnes âgées dans l'Union européenne. AGE Europe traite toutes les problématiques liées au vieillissement – que ce soit l'emploi des séniors, la réforme du système des pensions, la réforme des systèmes de prise en charge de la dépendance, les nouvelles technologies qui permettent aux personnes âgées de rester plus longtemps chez eux etc. Les questions de santé font également l'objet de l'action de AGE Europe, ainsi que la mise en réseau et l'échange de bonnes pratiques entre des organisations partout en Europe.

2 initiatives importantes

- L'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle 2012 est l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité intergénérationnelle. Cette initiative a été lancée par AGE Europe. Vingt organisations essentiellement non gouvernementales, le secteur privé et les syndicats y contribuent.
- Le projet « We do »
Lancé à l'initiative de AGE Europe avec 18 partenaires de 12 pays, ce projet vise à créer une mobilisation au plus haut niveau entre l'UE, les Nations Unies et l'Organisation Mondiale de la Santé, afin de créer un environnement favorable au vieillissement.

AGE Platform Europe is een niet-gouvernementele organisatie die maar liefst 163 organisaties overkoepelt voor ouderen van 50 jaar en meer. Doelstelling van dit platform bestaat erin de belangen van ouderen binnen de Europese Unie bekend te maken en te promoten. AGE Europe behandelt alle vraagstukken die te maken hebben met vergrijzing – of het nu gaat om de tewerkstelling van senioren, de hervorming van het pensioenstelsel, de hervorming van de stelsels van tenlasteneming van de zorgbehoefendheid, de nieuwe technologieën die ouderen toelaten langer thuis te wonen, etc. Gezondheidsvraagstukken behoren eveneens tot het actierrein van AGE Europe. Tenslotte houdt de organisatie zich ook bezig met netwerking en uitwisseling van “best practices” tussen organisaties overal in Europa.

2 belangrijke initiatieven

- Europees jaar van actief ouder worden en van solidariteit tussen generaties 2012 is het Europees jaar van actief ouder worden en solidariteit tussen generaties. Dit initiatief werd geïnitieerd door AGE Europe. Twintig voornamelijk niet-gouvernementele organisaties nemen eraan deel, alsook de privésector en de vakbonden.
- Het project « We do »
Dit project werd gelanceerd op initiatief van AGE Europe samen met 18 partners uit 12 landen. Het heeft tot doel de hoogste kringen van de EU, de Verenigde Naties en de Wereldgezondheidsorganisatie te mobiliseren met het oog op een gunstig omgevingsklimaat voor actieve vergrijzing.

De grandes disparités au sein de l'Europe

Le vieillissement de la population est une préoccupation majeure au niveau européen mais, les pays sont affectés à des degrés divers. Ainsi, le taux de dépendance dans certaines régions en Allemagne de l'Est s'élève à plus de 70%, tandis que celui-ci n'est que de 14% dans la ville de Londres. Il existe donc de grandes disparités entre les régions, même au sein d'un pays. Ces disparités ne sont pas toujours reflétées dans les statistiques nationales. C'est la raison pour laquelle AGE Europe travaille activement avec les niveaux locaux et régionaux qui sont les plus directement concernés par le besoin de répondre à la population vieillissante.

Grote verschillen binnen Europa

De vergrijzing van de bevolking vormt één van de grootste uitdagingen in Europa, maar de Europese landen worden niet allemaal in dezelfde mate getroffen. Zo bedraagt de afhankelijkheidsgraad in bepaalde regio's van Oost-Duitsland maar liefst meer dan 70%, terwijl die slechts 14% bedraagt in Londen. Er bestaan dus grote verschillen tussen de regio's, zelfs binnen eenzelfde land. Die verschillen blijken niet altijd uit nationale statistieken. Daarom werkt AGE Europe actief samen met het lokale en regionale niveau omdat zij het meest rechtstreeks betrokken zijn bij de vergrijzing van de bevolking.

De nombreux dossiers sont actuellement à l'étude au niveau européen, qui auront un impact énorme sur ces niveaux-là. C'est notamment le cas de la question du développement du marché unique des services, et plus particulièrement des services aux personnes âgées.

Institutionnalisation ou individualisation ?

La prise en charge de la dépendance évolue beaucoup et subit une double pression ; démographique d'une part et budgétaire d'autre part.

Aujourd'hui en effet, les Etats-membres ont l'obligation de maintenir leurs budgets publics en équilibre. Ainsi, partout en Europe, nous assistons à une ré-individualisation du risque de la dépendance à cause de la pression budgétaire mise sur les Etats-membres qui fait que les personnes âgées doivent de plus en plus contribuer au coût de leur prise en charge ou prendre une assurance dépendance (cf. débat sur le 5e risque). Les mentalités changent également : de plus en plus de personnes âgées veulent pouvoir décider elles-mêmes et vivre de façon autonome aussi longtemps que possible.

Certains pays affichent même la volonté d'organiser les soins palliatifs à domicile : un choix difficile à mettre en place et parfois plus coûteux que l'institutionnel. La désinstitutionnalisation est une tendance qui s'affirme de plus en plus au niveau européen, et concerne plusieurs secteurs (que ce soient les orphelins, les enfants handicapés, les patients psychiatriques ou les personnes âgées). AGE Europe a pour mission de rappeler aux décideurs en question que la problématique de la prise en charge de la dépendance n'est pas tout à fait la même chose quand on parle d'enfants orphelins ou de personnes âgées.

En Suède par exemple, il y a parfois des demandes d'entrée en institution de la part de personnes âgées qui n'ont pas vraiment besoin de cette prise en charge aussi lourde. Une étude du parlement suédois a démontré que la plupart des personnes âgées qui demandaient une place dans les structures d'accueil recherchaient avant tout la sécurité et la rupture de l'isolement. Par conséquent, d'autres structures ont été créées. Celles-ci sont nettement moins médicalisées et sont à mi-chemin entre la maison individuelle et la prise en charge en soins résidentiels. C'est un constat que AGE Europe a du mal à faire comprendre à certains acteurs européens qui continuent à mettre en avant la nécessité de désinstitutionnaliser à tout prix.

Verschillende dossiers die momenteel op de tafel liggen op Europees niveau zullen dan ook een enorme impact hebben op het regionale en lokale niveau. Dat is onder meer zo voor wat betreft de ontwikkeling van de interne markt voor diensten, en in het bijzonder de diensten aan ouderen.

Institutionnalisering of individualisering?

De tenlasteneming van de zorgbehoevendheid evolueert sterk en staat onder een dubbele druk: een demografische druk enerzijds, een budgettaire anderzijds. Lidstaten zijn namelijk verplicht om hun begrotingsstelsel in evenwicht te houden. Dat verklaart dat we overal in Europa te maken krijgen met de her-individualisering van het risico van zorgbehoevendheid ten gevolge van de begrotingsdruk die op de lidstaten wordt uitgeoefend, waardoor ouderen meer en meer zelf moeten bijdragen aan de kost van hun zorgbehoevendheid, of een zorgverzekering moeten aangaan (zie ook het debat rond het "vijfde risico" in Frankrijk). Bovendien is er ook sprake van een mentaliteitswijziging: meer en meer ouderen willen zelf kunnen beslissen en zo lang mogelijk autonoom leven.

Sommige landen vinden zelfs dat palliatieve zorgen thuis mogelijk moeten zijn, wat niet altijd makkelijk te organiseren is en soms meer kost dan de institutionele oplossing. De desinstitutionalisering is een tendens die we steeds vaker zien op Europees niveau, in meerdere sectoren (of het nu gaat om wezen, kinderen met een beperking, psychiatrische patiënten of ouderen). AGE Europe heeft als opdracht de beleidsmakers bewust te maken van het feit dat de tenlasteneming van de zorgbehoevendheid niet helemaal hetzelfde is naargelang het gaat om weeskinderen of ouderen.

In Zweden bijvoorbeeld vragen ouderen soms om opgenomen te worden in een zorginstelling, terwijl ze eigenlijk niet zo'n verregaande oplossing nodig hebben. Een studie van het Zweedse parlement heeft uitgewezen dat de meeste ouderen die een plaats vragen in een opvangstructuur voornamelijk op zoek zijn naar zekerheid en weg willen uit hun isolement. Bijgevolg werden andere ouderenzorginstellingen opgericht die minder op gezondheidszorg zijn toegespitst en een middenweg vormen tussen thuis blijven wonen en opgenomen worden in een zorgcentrum. Het is voor AGE Europe niet makkelijk om bepaalde actoren, die blijven hameren op de noodzaak om koste wat het kost te desinstitutionaliseren, te overtuigen van die vaststelling.

La mobilité des personnes âgées dans les faits

Malgré l'existence d'un cadre juridique européen dans le domaine de la libre circulation des patients, son application sur le terrain n'est pas sans problèmes.

Le cas des personnes qui ont investi dans une résidence secondaire à l'étranger

Certaines personnes ont investi dans une résidence secondaire dans un des pays de l'Europe du Sud pour y passer leur retraite. Arrivées à l'âge de 80, 90 ans ces personnes ont besoin d'une structure d'accueil. Or, elles n'ont pas contribué au financement de la mise en place de ces structures. Pour les communes espagnoles ou portugaises en question, de telles situations créent des difficultés car le vieillissement de leur population s'accélère.

L'Espagne a déjà été mise à l'index par la Commission européenne car elle n'attribuait pas le même remboursement pour les médicaments aux personnes retraitées provenant d'autres Etats-membres qu'aux retraités espagnols résidant en Espagne.

Cet exemple montre très bien comment des décisions prises dans des secteurs tels que le secteur immobilier peuvent avoir des conséquences considérables sur les politiques régionales et locales.

Cette question est discutée au niveau européen mais aucune solution adéquate n'a encore été trouvée.

La prise en charge des étudiants internationaux

Le même problème se pose avec la prise en charge des étudiants internationaux. Plusieurs Etats-membres accueillant beaucoup d'étudiants étrangers estiment qu'il n'existe pas suffisamment de compensations adéquates pour leur prise en charge.

Mobiliteit van ouderen in de praktijk

Het bestaan van een Europees juridisch kader inzake het vrij verkeer van patiënten betekent nog niet dat dit juridische instrument op het terrein probleemloos kan worden toegepast.

Mensen die een tweede verblijf gekocht hebben in het buitenland

Sommige mensen hebben een tweede verblijf gekocht in een Zuid-Europees land om daar vanaf hun pensioen te gaan wonen. Nu ze 80 of 90 jaar zijn, hebben deze mensen nood aan opvang. Het gaat hier om mensen die niet bijgedragen hebben tot de financiering van die instellingen. Voor de betrokken Spaanse of Portugese gemeenten brengt dat moeilijkheden met zich mee, aangezien ze zelf al te maken krijgen met een snel verouderende bevolking.

Spanje is al op de vingers getikt door de Europese Commissie omdat het niet dezelfde terugbetaling van medicijnen toepaste voor ouderen uit andere lidstaten als voor Spaanse gepensioneerden die in Spanje verblijven.

Dit voorbeeld toont duidelijk aan hoe beslissingen die worden genomen in sectoren zoals de vastgoedsector, grote gevolgen kunnen hebben op het regionale en lokale beleid.

Het gaat om een vraagstuk dat op het Europese niveau wordt besproken maar waarvoor nog geen sluitend antwoord is gevonden.

Tenlasteneming van buitenlandse studenten

Hetzelfde probleem duikt op met de tenlasteneming van de internationale studenten. Meerdere lidstaten die gastland zijn voor heel wat buitenlandse studenten, vinden dat er niet voldoende aangepaste compensatievormen bestaan voor de tenlasteneming van die studenten.

Les listes d'attente

Une autre problématique est celle liée aux listes d'attente. Certains patients venant d'un autre pays sont parfois plus attractifs pour le prestataire de service du fait de remboursements plus généreux en comparaison avec la clientèle locale. Une libéralisation du marché pourrait accroître le nombre d'acteurs attirés par le côté lucratif de ce secteur. Un tel scénario s'éloigne du service social d'intérêt général pris en charge par le système public solidaire. Cela implique incontestablement une certaine discrimination entre d'une part ces patients « attractifs » capables d'acheter tous les paquets optionnels autour de la prise en charge de base ; et, d'autre part, les gens ayant moins de moyens mais des besoins de prise en charge au moins aussi importants.

Wachlijsten

Ook de wachtlijsten blijven zorgen baren. Op vandaag zijn patiënten uit een ander land vaak "aantrekkelijker" dan de plaatselijke patiënten, omdat er voor die eerste groep sprake is van grotere terugbetalingen. Een liberalisering van die markt zou kunnen leiden tot een toenemend aantal actoren dat aangetrokken wordt door de winstgevende kant van deze sector. Dergelijk scenario wijkt af van de maatschappelijke dienst van algemeen belang die wordt gedragen door het openbare systeem van solidariteit, en houdt onweerlegbaar een zekere discriminatie in tussen enerzijds de patiënten die voor de dienstverleners « aantrekkelijker » zijn omdat ze zich alle opties kunnen veroorloven die bovenop het basispakket komen en anderzijds, de mensen die minder bemiddeld zijn maar die minstens evenveel noden hebben.



La prise en charge de la dépendance et la réforme des pensions

D'ici l'automne 2012, la Commission européenne sortira une note sur la prise en charge de la dépendance. Pour AGE Europe, cette question est indissociable du débat sur la réforme des pensions. « Il est évident que nous ne pouvons pas reporter toute la responsabilité sur les épaules des plus jeunes. Mais baisser les pensions tout en augmentant le nombre de critères d'accessibilité pour la prise en charge de la dépendance contribueront à accroître fortement le risque de pauvreté chez les personnes âgées, et notamment chez les femmes qui ont plus longtemps besoin de structures d'accueil.

De tenlasteneming van de zorgbehoevendheid en de pensioenhervorming

De Europese Commissie wil tegen de herfst van 2012 een nota uitbrengen over de tenlasteneming van de zorgbehoevendheid; een vraagstuk dat voor AGE Europe onlosmakelijk verbonden is met het debat over de pensioenhervorming. « Het is evident dat we niet alle verantwoordelijkheid kunnen afschuiven op de jongeren. Maar tegelijk zullen de daling van de pensioenen en een gelijktijdige verhoging van de toegangscriteria voor de tenlasteneming van de zorgbehoevendheid het risico op armoede bij ouderen sterk doen toenemen, en in het bijzonder bij vrouwen die doorgaans langer in opvangcentra verblijven.

**TOUR D'HORIZON DES
POLITIQUES
DÉVELOPPÉES DANS
L'EUROMÉTROPOLE**

**OVERZICHT VAN HET
BELEID IN DE DRIE
DEELREGIO'S VAN DE
EUROMETROPOOL**



Par Marc XHROUET, chef de cabinet adjoint de la ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances de la Wallonie

Door de heer Marc XHROUET, adjunct-kabinetschef van de Waalse Minister voor Gezondheid, Welzijn en Gelijkheid van kansen

La politique wallonne en faveur des personnes âgées se décline en quatre axes, dont deux concernent directement le sujet du séminaire.

La majorité des personnes âgées désire vivre chez elles le plus longtemps possible, et dans les meilleures conditions possibles. Un des axes de la politique vise donc à satisfaire cette demande. Plusieurs objectifs concourent à cette ambition: renforcer l'aide à domicile, développer les services complémentaires (tels que la télévigilance, les formules de répit,...) et adapter le lieu de vie aux besoins des personnes âgées. De même, la politique wallonne souhaite conforter le rôle des centres de coordination (qui coordonnent les différents services au chevet du patient). Enfin, une attention particulière est accordée au soutien des aidants proches.

Lorsque la limite du maintien à domicile est atteinte, la personne âgée doit être accueillie dans une structure d'accueil qui puisse répondre à ses besoins. Dans le contexte du vieillissement, une augmentation du nombre de places s'avère indispensable. Aujourd'hui, un protocole d'accord entre la Wallonie et l'Etat limite le nombre de lits en maisons de repos wallonnes à 47.000. Ce moratoire est arrivé à échéance en fin d'année 2011. Aujourd'hui, la Wallonie souhaite augmenter le nombre de lits de 6 000 places.

Parallèlement, la Wallonie vise à améliorer la qualité dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins. Ceci passe notamment par la création d'un maximum de chambres individuelles et la mise en place d'infrastructures de qualité.

Enfin, la Wallonie investit beaucoup dans les formes alternatives d'hébergement. Citons, en guise d'exemple, les résidences-services que la Wallonie envisage d'offrir à un tarif accessible grâce à un partenariat intelligent avec le logement social ; et les formules d'accueil de personnes âgées au sein de familles volontaires.

Het Waalse beleid rond ouderenzorg omvat vier pijlers, waarvan twee rechtstreeks betrekking hebben op het onderwerp van het seminarie.

De meeste ouderen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen in de best mogelijke omstandigheden. Eén van de pijlers van het Waalse beleid komt bijgevolg tegemoet aan deze vraag. Meerdere doelstellingen dragen hiertoe bij: de versterking van de thuishulp, de uitbouw van de aanvullende diensten (zoals personnal alarmsystemen, opvangformules die zorgen voor een adempauze voor de mantelzorgers, ...) en de aanpassing van de woonplaats aan de behoeften van de oudere. Verder wil het Waalse beleid de rol van de coördinatiecentra versterken (deze centra coördineren de verschillende diensten naar ouderen toe). Tot slot wordt er specifiek aandacht geschonken aan de ondersteuning van de mantelzorgers.

Wanneer de oudere niet langer thuis kan blijven, dan moet hij/zij opgevangen worden in een instelling die kan beantwoorden aan zijn/haar behoeften. Rekening houdend met de toenemende vergrijzing wordt het creëren van meer plaatsen strict noodzakelijk. Vandaag beperkt een protocolakkoord tussen Wallonië en de Staat het aantal bedden in Waalse rusthuizen tot 47.000. Deze beperking is eind 2011 afgelopen. Vandaag wenst Wallonië het aantal bedden met 6000 op te trekken.

Tegelijkertijd wil Wallonië de kwaliteit van de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen verbeteren. Dit gebeurt o.a. door zoveel mogelijk individuele kamers te creëren en door kwaliteitsvolle infrastructuur te voorzien.

Tot slot investeert Wallonië veel in alternatieve opvangmogelijkheden. Denk bijvoorbeeld aan de serviceflats die Wallonië wenst aan te bieden aan een betaalbare prijs dankzij een slimme samenwerking met de sociale huisvestingsdienst; of aan de opvang van ouderen in vrijwilligersgezinnen.

L'accueil des résidents étrangers

Depuis le moratoire dont il est question ci-dessus, le nombre de lits en Wallonie est plafonné à 47.000. Ce moratoire est calculé en fonction de la population wallonne et ne tient donc pas compte du fait qu'en 2007 quelque 3000 places étaient occupées par des résidents étrangers (majoritairement français). Aujourd'hui, le financement de ces places par le système de sécurité sociale des pays d'origine est versé directement à l'Etat fédéral. Cette recette vient augmenter les recettes globales du système d'assurance-maladie, et n'est donc ni réaffectée aux budgets spécifiques des maisons de repos et de soins, ni ristournée à la Wallonie. La Wallonie souhaiterait un système qui permette de neutraliser l'impact financier des résidents étrangers.

La politique de la communauté flamande

“



Par Monsieur Jeroen DEKEYSER, Service des soins résidentiels et spécialisés, Agences des soins et de la santé, Vlaamse Gemeenschap

Door de heer Jeroen DEKEYSER, Afdeling residentiële en gespecialiseerde zorg, Agentschap Zorg & Gezondheid, Vlaamse Gemeenschap

La Communauté flamande est compétente pour la planification, le contrôle et l'agrément de différentes structures d'accueil (voir ci-dessous). Pour quelques-unes d'entre elles, la Communauté partage sa compétence avec l'autorité fédérale. Par ailleurs, la Communauté flamande est responsable de l'octroi de subventions d'animation, de fonctionnement et d'infrastructure.

Dans le domaine des soins à domicile, la Communauté flamande est compétente pour la notification, la programmation, l'agrément, le subventionnement et le contrôle de plusieurs services et structures.

Côté flamand, on distingue plusieurs types d'établissements résidentiels pour les personnes âgées :

- les centres de services de soins et de logement assurent un accueil et des soins permanents et s'adressent particulièrement aux personnes âgées nécessitant des soins intensifs

Opvang van buitenlandse ouderen

Sinds de verplichting waarvan hierboven sprake is, is het aantal bedden in Wallonië beperkt tot 47.000. Dit aantal wordt berekend op basis van de Waalse bevolking en houdt dus geen rekening met het feit dat in 2007 ongeveer 3000 plaatsen werden ingenomen door buitenlandse ouderen (hoofdzakelijk Fransen). Vandaag de dag wordt de financiering van deze plaatsen door de sociale zekerheid van het land van herkomst rechtstreeks doorgestort aan de federale staat. Deze inkomsten komen bovenop de algemene inkomsten van de ziekteverzekering, en worden dus niet opnieuw toegewezen aan specifieke budgetten van rust- en verzorgingstehuizen, noch terugbetaald aan Wallonië. Wallonië is dan ook vragende partij voor een systeem dat toelaat om de financiële impact gelinkt aan de opvang van buitenlandse ouderen te neutraliseren.

Het beleid van de Vlaamse Gemeenschap

De Vlaamse Gemeenschap staat in voor de planning en de erkenning van, en het toezicht op de verschillende opvangstructuren (zie verder). Voor enkele instellingen deelt de Gemeenschap haar bevoegdheid met de federale overheid. Daarnaast is de Vlaamse Gemeenschap ook verantwoordelijk voor het toekennen van subsidies voor animatie, werking en infrastructuur.

Op het vlak van thuiszorg is de Vlaamse Gemeenschap bevoegd voor de aanmelding, de programmatie, de erkenning en de subsidiëring van en het toezicht op verschillende diensten en instellingen.

Langs Vlaamse kant worden verschillende soorten residentiële instellingen voor ouderen onderscheiden :

- de woonzorgcentra bieden een permanente opvang en verzorging en richten zich vooral op zwaar zorgbehoevenden

- les résidences-services permettent à la personne âgée valide de vivre dans un logement indépendant tout en bénéficiant d'une aide (permanente) et de soins sur mesure.
- les centres de court séjour offrent temporairement un accueil et des soins à la personne âgée, et ceci avec un maximum de 90 jours par an
- les centres de soins de jour, où la personne âgée peut bénéficier d'un accueil et de soins pendant la journée.

A l'avenir, la Communauté flamande envisage la reconnaissance de trois formules de soins supplémentaires. Tout d'abord, avec les réseaux de soins et de logement, la Communauté vise à mieux coordonner les soins existants : les soins hors domicile, les soins à domicile et les diverses formes de soutien aux soins à domicile.

Ensuite, le décret flamand « logement et soins » évoque les logements-assistance. Ceux-ci se distinguent des résidences-services car les personnes âgées pourraient continuer à y vivre, même en situation de plus grande dépendance. Enfin, le décret prévoit la reconnaissance des centres de convalescence. Ces derniers offrent soutien et soins aux personnes âgées se rétablissant d'une opération dans un hôpital, d'une affection grave ou d'un accident.

La politique du Département du Nord

“



Par Monsieur Cédric HARDY, directeur adjoint, direction de la solidarité aux personnes âgées et handicapées, Département du Nord

Door de heer Cédric HARDY, directeur adjoint, direction de la solidarité aux personnes âgées et handicapées, Département du Nord

Désigné chef de file de l'action sociale par la loi du 13 août 2004, le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale à travers le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Depuis 2009, le paysage institutionnel en matière de l'action sociale a été fortement redessiné par la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) qui fusionnent des administrations de l'Etat et des administrations de la sécurité sociale. Désormais, certains domaines relèvent de la compétence exclusive du département, d'autres d'une compétence partagée entre le département et l'ARS, et d'autres encore de la compétence exclusive des ARS.

- de serviceflatgebouwen, die de valide oudere de mogelijkheid bieden om zelfstandig wonen te combineren met (permanente) ondersteuning en zorg op maat
- de centra voor kortverblijf, die tijdelijk opvang en verzorging aan ouderen bieden tot maximum 90 dagen per jaar
- de dagverzorgingscentra, waar de oudere overdag gebruik kan maken van opvang en verzorging.

In de toekomst beoogt de Vlaamse Gemeenschap de erkenning van drie extra vormen van verzorging. Eerst en vooral richt de Gemeenschap zich met de woonzorgnetwerken op een betere coördinatie van de drie bestaande vormen van verzorging: de thuisvervangende zorg, de thuiszorg en verschillende vormen van thuiszorgondersteunende zorg.

Verder vermeldt het Vlaamse Woonzorgdecreet ook de assistentiewoningen. Deze onderscheiden zich van de serviceflats door het feit dat de ouderen er zouden kunnen blijven wonen, zelfs bij een grote zorgbehoefendheid. Tot slot voorziet het decreet de erkenning van de centra voor herstelverblijf, die hulp en verzorging bieden aan ouderen die herstellen van een ingreep in het ziekenhuis, een zware aandoening of een ongeval.

Het beleid van het Département du Nord

Sinds de wet van 13 augustus 2004, die het departement voortrekker maakte op vlak van welzijn, zorgt het departement voor de definiëring en uitwerking van het welzijnsbeleid via het schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Sinds 2009 werd het institutionele landschap op het vlak van welzijn gevoelig hertekend door de oprichting van de Agences Régionales de Santé (ARS), die diensten van de Staat en van de sociale zekerheid onder één koepel samenbrengen. Sindsdien vallen een aantal domeinen onder de exclusieve bevoegdheid van het departement, andere domeinen zijn een gedeelde bevoegdheid tussen het departement en het ARS, nog andere domeinen behoren tot de exclusieve bevoegdheid van het ARS.



Dans le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale pour la période 2007-2011, les priorités fixées par le Conseil général se déclinent autour de quatre orientations stratégiques :

1. améliorer la connaissance des besoins des personnes âgées, promouvoir la vie sociale et prévenir la dépendance,
2. informer, animer, coordonner,
3. offrir une palette de réponses en fonction du degré d'autonomie,
4. innover, expérimenter.

Pour mener à bien ce schéma, le département travaille en partenariat avec d'autres acteurs publics tels que les CCAS et le secteur privé.

Le département dispose d'un budget conséquent pour la mise en œuvre de cette politique : 327 millions d'euros sont inscrits au budget prévisionnel 2011 pour le Conseil Général, la plus grande partie de ce budget étant consacré à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) , une allocation destinée à financer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Dans le Nord, quelque 44 000 personnes vivant à domicile ou hébergées dans un établissement en bénéficient.

Les bénéficiaires de l'APA qui emploient un salarié à leur domicile peuvent avoir recours au chèque emploi service universel (CESU), un dispositif qui a été mis en place par le département pour simplifier la vie de la personne âgée en lui permettant de payer les prestations à domicile.

Pour ce qui est des établissements, le Département s'est fixé comme priorité sur la période 2007-2011 de rattraper son retard en matière d'équipement et de répondre à une volonté d'équité territoriale. De même, tout comme les autres régions, il investit beaucoup dans la diversification des réponses en fonction du degré de dépendance de la personne âgée.

Binnen het *schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale* voor de periode 2007-2011 focussen de prioriteiten die werden vastgelegd door de *Conseil général* op vier strategische pijlers:

1. verbeteren van de kennis over de behoeften van ouderen, promoten van het sociale leven en voorkomen van zorgbehoefvendheid;
2. informeren, begeleiden, coördineren,
3. een waaier aan oplossingen bieden in functie van de zelfstandigheidsgraad van ouderen,
4. innoveren, experimenteren.

Om dit *schéma* tot een goed einde te brengen werkt het Departement samen met andere publieke stakeholders zoals de CCAS (centres communaux d'action sociale) en de private sector.

Het departement beschikt over een aanzienlijk budget voor de uitwerking van dit beleid: op de voorlopige begroting werd 327 miljoen euro ingeschreven voor de *Conseil Général*. Het grootste deel van dit budget is bestemd voor de APA (allocation personnalisée d'autonomie); een uitkering die tot doel heeft de opvang van ouderen te financieren bij verlies van hun autonomie. In het *Département du Nord* doen ongeveer 44 000 ouderen –die in een instelling of thuis wonen - hierop een beroep.

De APA-begunstigden die iemand bij hen thuis in dienst hebben kunnen een beroep doen op *de chèque emploi service universel (CESU)*, een tool die door het departement in het leven werd geroepen om ouderen toe te laten om geleverde diensten bij hen thuis te betalen, en op die manier hun dagelijkse leven te vergemakkelijken.

Wat de zorginstellingen betreft, heeft het Departement zich voor de periode 2007-2011 als doel gesteld om haar achterstand op het vlak van uitrusting in te halen en om daarbij in eerste instantie te focussen op die delen van het departement die er het meest nood aan hebben. Zo investeert men, net zoals de andere deelregio's, veel in de diversificatie van oplossingen naargelang de graad van zorgbehoefvendheid die de oudere nodig heeft.

Il existe différents types d'établissements selon les degrés de dépendance :

- les logements foyer
- les petites unités de vie (PUV)
- les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- les unités de soins de longue durée (USLD)
- l'accueil de jour

Le taux d'occupation de ces structures s'élève globalement à 94%.

A côté de cette offre diversifiée de structures d'accueil, d'autres formules sont mises en œuvre par le Département. L'accueil familial par exemple reste peu développé dans le Nord mais constitue un axe de travail. Autre exemple : la coordination gérontologique menée par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Leur principale mission consiste à informer, à orienter et à coordonner la personne âgée et son entourage.

Une autre initiative mérite d'être citée et concerne les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA). Ce nouveau dispositif, lancé par la Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie en lien avec l'Agence Régionale de Santé, permet une meilleure coordination des services autour des malades en perte d'autonomie fonctionnelle. Actuellement le département du Nord est équipé d'une MAIA.

Le schéma départemental dont il est question ci-dessus est en cours de réécriture avec une perspective 2012-2015. Ce nouveau schéma s'oriente vers une augmentation de la qualité en direction des usagers, et une prise en compte adaptée par rapport aux territoires de proximité pertinents (qui ne s'arrêtent pas forcément à la frontière de l'Etat). D'autres enjeux concernent entre autres : l'amélioration de la connaissance des besoins de la personne âgée, la question de l'équité en matière d'équipements ou d'accès aux droits, le passage à une approche globale de la personne et l'organisation de la continuité des parcours.

Er bestaan verschillende soorten zorginstellingen, die door een oudere kunnen worden gekozen in functie van zijn/haar zorgbehoefte :

- serviceflats
- kleinere leefgroepen - *les petites unités de vie (PUV)*
- instellingen voor de huisvesting van zorgbehoevende bejaarden - *les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)*
- instellingen voor langdurige zorg - *les unités de soins de longue durée (USLD)*
- dagopvang

De bezettingsgraad van deze structuren bedraagt over het algemeen 94%.

Naast dit gediversifieerde aanbod aan zorginstellingen worden er nog andere formules uitgewerkt door het departement. De familiale opvang is op vandaag nog onvoldoende uitgewerkt maar vormt een werkpunt. Ander voorbeeld: de gerontologische coördinatie die vandaag uitgevoerd wordt door de *Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)*. Hun hoofdtaak bestaat erin de oudere en zijn/haar omgeving te informeren, te oriënteren en de hulp aan de oudere te coördineren.

Een ander initiatief dat vermeld dient te worden zijn de *Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA)*. Dit nieuwe initiatief, dat opgestart werd door de Caisse Nationale de Solidarité à l'Autonomie samen met het *Agence Régionale de Santé*, zorgt voor een betere coördinatie van de diensten rond zieken die hun functionele autonomie verliezen. Momenteel beschikt het *Département du Nord* over één MAIA.

Het bovenvermelde *schéma départemental* wordt momenteel herwerkt met het oog op 2012-2015. Dit nieuwe schema richt zich op een versterking van de kwaliteit voor de gebruikers, en op de opvang van ouderen zo dicht mogelijk bij hun aanvankelijke leefomgeving (waarbij de grens niet noodzakelijk als een "grens" wordt gezien). Andere punten focussen o.a. op een beter inzicht in de behoeften van de ouderen, op de problematiek om investeringen/toegang tot bepaalde rechten te organiseren in functie van streken/personen die er het meest nood aan hebben. Daarnaast is een belangrijke focus ook de globale benadering van de persoon, en het verzekeren van meer continuïteit in de weg die ouderen afleggen op vlak van ouderenzorg.

**PRISE EN CHARGE, FISCALITÉ,
DÉPENDANCE : CE QU'IL FAUT
SAVOIR**

**OPVANG VAN OUDEREN,
FISCALITEIT,
ZORGBEHOEVENDEHEID : WAT
U MOET WETEN**

La prise en charge des personnes âgées françaises en Belgique

Opvang van Franse ouderen in België

“



Par Monsieur Emmanuel PROVIS, directeur de la Résidence Les Glycines, Maison de Repos et de Soins-Centre de jour-Résidence service à Herseaux (Hainaut)

De heer Emmanuel PROVIS, directeur « Les Glycines », Rust- en verzorgingstehuis – Dagcentrum – Service-residentie te Herseaux (Henegouwen)

Monsieur Emmanuel PROVIS gère une maison de repos privée à Herseaux, commune située près de la frontière franco-belge. Il nous apporte un témoignage sur la mobilité transfrontalière des personnes âgées notamment celle des Français résidant dans une maison de repos belge.

De heer Emmanuel PROVIS beheert een privaat rusthuis in Herseaux, een gemeente vlakbij de Frans-Belgische grens. Hij getuigt over de grensoverschrijdende mobiliteit van ouderen, met name de mobiliteit van Fransen die in een Belgisch rusthuis verblijven.

Pour pouvoir intégrer une maison de repos en Belgique, il est nécessaire d'être en règle auprès de l'assurance maladie en France et d'obtenir auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) la carte E111. Cette carte permet de bénéficier d'une prise en charge sur place des dépenses de santé, selon la législation sociale et les formalités en vigueur dans le pays d'accueil. Ce document est valable entre 6 et 12 mois. Au-delà de ce délai, il y a une obligation de passer au formulaire E121 (l'équivalent du E111 mais pour une durée indéterminée). La personne âgée s'affilie à la mutuelle de son choix et reçoit une carte SIS (pendant de la carte vitale côté français), qui lui permet de bénéficier des remboursements de soins de santé.

Depuis mai 2010, cette procédure s'est toutefois assouplie, dans la mesure où la personne française peut faire un choix : soit elle continue à se faire soigner côté français, soit elle opte pour le médecin belge. L'expérience montre que beaucoup de gens se réinscrivent auprès des caisses CPAM. En France en effet, les personnes peuvent être prises en charge à 100% pour l'ensemble de leurs soins, ce qui n'est pas le cas en Belgique. La réinscription en France est donc plus avantageuse, d'autant plus que les soins de santé en Belgique coûtent relativement cher. Une particularité du système belge est le maximum à facturer (MAF), un mécanisme qui permet de plafonner les dépenses de santé des patients en fonction des revenus.

Le plus grand inconvénient lié à la mobilité transfrontalière est la fiscalité. Depuis 2008, les maisons de repos sont tenues de donner en début d'année un listing de l'ensemble de leurs résidents à la cellule de recherche du Ministère des Finances.

Om te kunnen verblijven in een rusthuis in België moet men in regel zijn met de ziekteverzekering in Frankrijk, en om een E111-formulier gaan bij de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Dit formulier laat toe dat de medische kosten van de persoon in kwestie ter plaatse worden terugbetaald, volgens de sociale wetgeving en de formaliteiten in voege van het gastland. Dit document geldt gedurende 6 à 12 maand. Na verloop van deze periode moet de persoon in kwestie overgaan naar het E121-formulier (het equivalent van E111 maar voor onbepaalde duur). Hij sluit zich aan bij een mutualiteit naar keuze en ontvangt een SIS-kaart (tegenhanger van de *carte vitale* langs Franse kant) waarmee hij terugbetaling kan genieten van zijn medische uitgaven.

Sinds mei 2010 is deze procedure versoepeld, in die zin dat de Franse oudere de keuze heeft: of hij laat zich verder verzorgen langs Franse kant, of hij opteert voor een Belgische arts. De ervaring leert dat heel wat mensen zich opnieuw inschrijven bij de CPAM. Dit komt door het feit dat men in Frankrijk een beroep kan doen op 100% terugbetaling van al hun verzorging, wat niet het geval is in België. Een herinschrijving in Frankrijk is dus voordeliger, temeer omdat gezondheidszorg in België relatief duur is. Een bijzonder kenmerk van het Belgische systeem is de maximumfactuur (MAF), een mechanisme waarmee de medische kosten tot een plafondbedrag beperkt kunnen worden in functie van het inkomen.

Het grootste nadeel van de grensoverschrijdende mobiliteit is de fiscaliteit. Al drie jaar moeten de rusthuizen in het begin van het jaar een lijst geven van hun rusthuisbewoners aan de onderzoeksceel van het Ministerie van Financiën.

Cette cellule vérifie que les résidents sont inscrits dans la commune. Les non-résidents sont ainsi invités à s'inscrire et, à terme, à faire une déclaration fiscale en Belgique. La commune de Mouscron, de son côté, interroge également les maisons de retraites et instaure une taxe de seconde résidence, tant pour les personnes françaises que pour les résidents qui n'ont pas leur domicile à Mouscron.

La fiscalité des personnes âgées résidant dans une structure d'accueil belge

Toute personne intéressée par la fiscalité des personnes âgées (françaises) résidant dans un établissement de soins belge peuvent joindre les responsables suivants pour obtenir des informations utiles sur le sujet :

Mme Jeanne LIENARD, inspectrice des finances publiques

tél: +33 (0)3.28.36.64.88

e-mail:

jeanne-gabrielle.lienard@dgfip.finances.gouv.fr

Mme Marie-Thérèse DECAVEL, inspectrice des finances publiques

tél: +33 (0)3.27.22.74.31

e-mail:

marie-therese.decavel@dgfip.finances.gouv.fr

L'assurance-dépendance flamande

“



Par Monsieur Giedo VAN DE VOORDE, Chef de service Caisse flamande d'assurance-dépendance – Mutualités chrétiennes

Door de heer Giedo VAN DE VOORDE, diensthoofd Zorgkas Vlaanderen - CM



L'assurance dépendance flamande offre aux personnes nécessitant des soins une couverture intégrale ou partielle des frais afférents aux soins non médicaux administrés par des structures, des prestataires professionnels ou des intervenants de proximité.

Deze cel kijkt vervolgens na of alle rusthuisbewoners ingeschreven zijn in de gemeente. De mensen voor wie dit niet het geval is, worden gevraagd om dit te doen en om op termijn ook hun belastingsaangifte te doen in België. De gemeente Moeskroen, van haar kant, bevraagt echter ook de verschillende rusthuizen en stelt een belasting op tweede verblijf in, zowel voor Franse inwoners, als voor inwoners die niet gedomicilieerd zijn in Moeskroen.

Fiscaliteit van ouderen die verblijven in een Belgische ouderenzorgstructuur

Mensen die vragen hebben over de fiscaliteit van (Franse) ouderen die verblijven in een ouderenvoorziening langs Belgische zijde kunnen volgende personen contacteren om hierover informatie te bekomen:

Mevrouw Jeanne LIENARD, inspectrice van openbare financiën

tel: +33 (0)3.28.36.64.88

e-mail:

jeanne-gabrielle.lienard@dgfip.finances.gouv.fr

Mevrouw Marie-Thérèse DECAVEL, inspectrice van openbare financiën

tel: +33 (0)3.27.22.74.31

e-mail:

marie-therese.decavel@dgfip.finances.gouv.fr

De Vlaamse zorgverzekering

De Vlaamse zorgverzekering biedt mensen die zorg nodig hebben een volledige of gedeeltelijke tegemoetkoming in de kosten voor niet-medische zorgen, verstrekt door instellingen, professionele hulpverleners of mantelzorgers.

L'assurance dépendance a été instaurée en 2001 par la Communauté flamande pour alléger les coûts de la dépendance, et vient s'ajouter au système fédéral de sécurité sociale. Les personnes âgées accueillies dans une maison de repos en Flandre comme celles soignées à domicile par leur entourage peuvent en bénéficier. Les personnes âgées séjournant dans une maison de repos ne doivent pas prouver leur dépendance pour pouvoir bénéficier de cette allocation de 130 euros, tandis que c'est bel et bien le cas quand on se fait soigner chez soi.

Pour ce qui est du financement du dispositif, toute personne habitant en Flandre et âgée de plus de 26 ans doit payer une cotisation annuelle de 25 euros. Pour les personnes ayant droit à une intervention majorée de l'assurance (qui permet d'octroyer des remboursements de soins de santé plus avantageux aux personnes bénéficiant de faibles revenus), cette cotisation se limite à 10 euros. La Communauté flamande quant à elle ajoute 2 euros pour chaque euro cotisé pour payer l'assurance dépendance.

L'assurance dépendance est obligatoire : les personnes qui ne paient pas leur cotisation sont sanctionnées. Ainsi, ceux qui n'ont pas payé de contribution ne recevront pas d'allocation pendant 4 mois quand ils seront en état de dépendance. En outre, lorsque la cotisation n'a pas été payée pendant 3 années pas nécessairement consécutives, la personne en question se voit infliger une amende de 250 euros.

En ce qui concerne le futur de l'assurance, la Flandre a mis en place un Fonds qui doit permettre de la pérenniser jusqu'en 2050 (au moins), et qui s'élève aujourd'hui à 1 milliard d'euros. De même, le Gouvernement flamand a décidé l'indexation des contributions et des allocations de l'assurance.

D'autres mesures sont sur la table côté flamand et concernent l'introduction d'un maximum à facturer (MAF) dans les soins à domicile ainsi que l'application d'un principe semblable dans le secteur résidentiel, à l'exemple du MAF qui existe déjà dans l'assurance-maladie.

De zorgverzekering werd in 2001 in het leven geroepen door de Vlaamse Gemeenschap om de kosten van de zorg te verminderen, en bestaat naast het federale socialezekerheidssysteem. Zowel ouderen die opgevangen worden in een rusthuis in Vlaanderen, als ouderen die thuis verzorgd worden door hun naasten kunnen hier een beroep op doen. De ouderen die verblijven in een rusthuis moeten hun afhankelijkheid niet bewijzen om aanspraak te kunnen maken op de uitkering van 130 euro. Dit is echter wel het geval voor ouderen die zich thuis laten verzorgen.

Voor wat de financiering van het systeem betreft, elke inwoner in Vlaanderen ouder dan 26 jaar is verplicht om een jaarlijkse bijdrage van 25 euro te betalen. Voor mensen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming (waardoor mensen met een laag inkomen meer terugbetaald krijgen voor hun medische kosten) is deze bijdrage beperkt tot 10 euro. De Vlaamse Gemeenschap voegt op haar beurt 2 euro toe voor elke betaalde euro om de zorgverzekering te financieren.

De zorgverzekering is verplicht: mensen die hun bijdrage niet betalen worden gesanctioneerd. Zo zullen de mensen die geen bijdrage betaald hebben gedurende vier maand geen uitkering krijgen wanneer zij zorgbehoevend worden. Bovendien kan iemand die gedurende drie jaar, niet noodzakelijk achtereenvolgens, zijn bijdrage niet betaald heeft, een boete krijgen van 250 euro.

Wat de toekomst van de zorgverzekering betreft, Vlaanderen heeft een fonds opgericht dat ervoor moet zorgen dat de zorgverzekering (minstens) tot in 2050 kan blijven bestaan, en vandaag bedraagt dit 1 miljard euro. Verder besloot de Vlaamse regering om de bijdragen en de uitkeringen ook te indexeren.

Andere maatregelen die langs Vlaamse kant op tafel liggen betreffen de invoering van een maximumfactuur (MAF) bij thuiszorg en de toepassing van een gelijkaardig principe voor de residentiële zorgsector, naar het voorbeeld van de maximumfactuur die reeds bestaat voor de ziekteverzekering.

PROSPECTIVES

VOORUITBLIK



**Daniel
LENOIR**

Directeur Général de
l'Agence Régionale de la
Santé du Nord-Pas-de-
Calais
Algemeen Directeur van
het Agence Régionale de
la Santé van Nord-Pas-de-
Calais

Monsieur Daniel Lenoir dirige aujourd'hui l'ARS du Nord Pas de Calais. Ancien Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, il est très attaché à la coopération transfrontalière en matière de santé et a signé le premier accord transfrontalier « Transcards » avec l'INAMI. Cet accord a permis d'assurer une mobilité de part et d'autre de la frontière en matière de santé et a abouti à un accord-cadre signé en 2005. Celui-ci a donné lieu aux zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers – les ZOAST – et fait que les urgences sont aujourd'hui réglées tout le long de la frontière par un accord qui permet aux urgences d'intervenir de part et d'autre.

Aujourd'hui, l'ambition des ARS est d'étendre cet accord au secteur médico-social.

« Nous ne voulons plus subir la réalité mais l'organiser, la réguler »

De heer Daniel Lenoir leidt het Agence Régionale de Santé (ARS) van de Région Nord-Pas-de-Calais. Als voormalig directeur van de "Caisse Nationale d'Assurance Maladie" draagt hij de grensoverschrijdende samenwerking op vlak van gezondheidszorg een warm hart toe, en ondertekende hij o.m. de eerste grensoverschrijdende samenwerkingsovereenkomst "Transcards". Dankzij dit akkoord werd een grensoverschrijdende mobiliteit mogelijk gemaakt inzake gezondheidszorg. Het leidde tot het raamakkoord dat in 2005 werd ondertekend. Naar aanleiding van dit raamakkoord werden georganiseerde toegangszones tot grensoverschrijdende zorgverstrekking – de zogenaamde GTGZ – afgebakend, waardoor spoeddiensten vandaag langsheen de hele grens door een akkoord geregeld zijn dat hen in staat stelt interventies te doen aan beide kanten van de grens.

Vandaag bestaat de ambitie van de "Agences régionales de santé" erin om dit raamakkoord uit te breiden tot de medisch-sociale sector.

"Wij willen de realiteit niet meer ondergaan maar organiseren, reguleren"

Vers un accord-cadre médico-social

Une réforme importante a eu lieu en France sur l'organisation de la santé. Cette réforme a vu la création des Agences Régionales de Santé qui regroupent les compétences en matière sanitaire, médico-sociale et de santé public.

L'ARS Nord-Pas-de-Calais a été créée en 2010 et élabore actuellement un projet régional de santé. En janvier 2011, les cinq Agences Régionales de Santé concernées par la coopération avec la Belgique ont organisé une concertation. Quatre de ces agences sont situées le long de la frontière franco-belge : il s'agit des Agences de la Région Nord-Pas-de-Calais, qui a la plus longue frontière (près de 100km), de la Picardie, de la Champagne-Ardenne et de la Lorraine. La cinquième Agence qui est concernée, surtout pour les personnes handicapées, est celle de l'Île de France, puisque beaucoup de ressortissants de l'Île de France - plus que du Nord-Pas de Calais d'ailleurs - sont aujourd'hui accueillis en Belgique.

A l'occasion de cette réunion les ARS ont envisagé d'étendre les accords de coopération à d'autres domaines, comme celui des assurances complémentaires et du secteur médico-social. Il s'agit de passer d'une situation passive à une situation proactive : ne plus subir la réalité, mais l'organiser, la réguler, et à cette fin coopérer sur la base de la complémentarité et de la qualité des prises en charge.

Naar een raamakkoord op vlak van medisch-sociale samenwerking

In Frankrijk werd de organisatie van de gezondheidszorg grondig hervormd. Als gevolg van deze hervorming zijn er "Agences Régionales de Santé" opgericht in elke regio. Deze agentschappen bundelen de bevoegdheden inzake gezondheidszorg, medisch-sociale thema's en volksgezondheid.

Het ARS Nord-Pas-de-Calais werd in 2010 opgericht, en werkt momenteel aan een regionaal gezondheidsproject. Begin 2011 zijn wij erin geslaagd overleg te organiseren tussen de vijf Agences Régionales de Santé die betrokken zijn bij de samenwerking met België. Vier van die agentschappen zijn gelegen langs de Frans-Belgische grens, nl. die van de Région Nord-Pas-de-Calais, de regio met de langste grens (bijna 100 km), van Picardië, van Champagne-Ardenne en van Lorraine. Het vijfde agentschap dat betrokken werd, voornamelijk voor wat betreft de mobiliteit van personen met een handicap, is dat van Île de France, aangezien veel inwoners van die regio – meer dan uit Nord-Pas-de-Calais nota bene – vandaag worden opgevangen in België.

Naar aanleiding van onze bijeenkomst van de ARS in januari 2011, denken wij erover na de bestaande samenwerkingsovereenkomsten uit te breiden naar andere domeinen zoals de aanvullende verzekering en de medisch-sociale sector. Wij willen namelijk overgaan van een passieve naar een proactieve houding: de realiteit niet meer ondergaan maar organiseren, reguleren, en daartoe gaan samenwerken op basis van onze complementariteit en de kwaliteit van de opvang.

Sans avoir forcément comme ligne de mire la question des flux dans un sens ou dans l'autre, mais la question de la complémentarité, de la qualité de la prise en charge.

Cet objectif en faveur de la conclusion d'un accord-cadre médico-social a été inscrit par les cinq agences régionales de santé citées comme un des objectifs stratégiques dans leur projet régional de santé. Ces projets régionaux de santé sont en cours d'élaboration dans chacune des régions. Nous avons d'ailleurs déjà avancé dans le domaine du handicap : un contact a été établi avec l'AWIPH, notamment pour la question des contrôles des établissements qui accueillent des personnes handicapées.

Zonder ons daarom vast te pinnen op de stromen in de ene of de andere richting. Wat telt is ons aanvullend karakter, de kwaliteit van de opvang.

De wil om een medisch-sociaal raamakkoord af te sluiten wordt door de vijf voornoemde ARS (Agences Régionales de Santé) geciteerd als één van de strategische doelstellingen binnen hun regionaal gezondheidsproject. Deze laatste bevinden zich momenteel in een uitwerkingsfase in elke regio. Inzake personen met een handicap boekten we overigens al vooruitgang: zo is er contact gelegd met het AWIPH (het Waalse Agentschap voor de Maatschappelijke Integratie van Personen met een Handicap), onder meer inzake het toezicht op de zorginstellingen voor personen met een handicap.



3 pistes pour une coopération medico-sociale

- L'information et l'orientation de part et d'autre de la frontière. En effet, il serait souhaitable que les structures qui sont chargées d'information et d'orientation puissent s'intégrer de part et d'autre de la frontière, ou – les flux étant plutôt dans un sens aujourd'hui – que celles-ci puissent intégrer une meilleure information sur les structures d'accueil en Belgique.
- Le contrôle des structures. L'arrêt Cassis de Dijon met en avant le principe de la reconnaissance réciproque en matière de contrôle. Il n'est bien sûr pas question de revenir sur ce principe de reconnaissance réciproque, mais nous avons à coopérer en matière de contrôle, notamment sur les questions de la maltraitance ou de la bientraitance.

Drie pistes voor samenwerking in de medisch-sociale sector

- Samenwerking op vlak van informatie & oriëntatie. Het is wenselijk dat de instellingen die verantwoordelijk zijn voor informatieverstrekking en doorverwijzing geïntegreerd werken aan beide kanten van de grens of - aangezien de mobiliteit vandaag vooral in één bepaalde richting gaat - dat de Franse structuren betere inlichtingen verschaffen over de opvangmogelijkheden in België.
- Toezicht op de zorginstellingen. Het arrest Cassis de Dijon legt de wederzijdse erkenning van toezicht op. Bedoeling is natuurlijk niet om die wederzijdse erkenning op de helling te zetten, maar ik denk dat we sterker moeten samenwerken op het vlak van toezicht, met name rond het thema van ouderen mishandeling of de goede behandeling van ouderen.

- Les modes de prise en charge. La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est une question qui est d'actualité en France avec le débat qu'a engagé le gouvernement sur « le cinquième risque » ou « la cinquième branche ». Au-delà de la question sur la prise en charge financière, c'est un débat sur les modalités des prises en charge. Quand est-il nécessaire d'aller vers une prise en charge dans l'établissement ? Comment mettre en place des prises en charge dans des établissements qui soient des moments de répit pour les aidants, compte tenu de la charge qui pèse sur leurs épaules ?
- De tenlasteneming van de zorgbehoevendheid. De tenlasteneming van autonomieverlies bij ouderen is in Frankrijk bijzonder actueel nu de regering een debat heeft gelanceerd over het « vijfde risico » of de « vijfde tak ». Dit debat is niet in de eerste plaats een financieel debat, maar gaat eerder over de modaliteiten van de tenlasteneming. Wanneer dringt opvang in een zorginstelling zich op, en hoe kunnen we de opvang in een zorginstelling zo organiseren dat mantelzorgers de kans krijgen om even uit te blazen, rekening houdend met de last die op hun schouders rust?



Expérimenter un accord local

Pourquoi, avant de faire un accord-cadre qui couvrirait l'ensemble de la frontière, ne pas démarrer avec un accord expérimental qui associerait de part et d'autre de la frontière l'ensemble des partenaires : l'ARS, les Conseils Généraux, les collectivités locales, les autorités compétentes côté belge, etc. Une telle méthode proactive permettrait de tester, à travers un accord local, la possibilité de généraliser ensuite dans un accord-cadre. L'expérience « Transcards » montre en tout cas qu'une telle approche peut avoir de beaux développements.

Een proefakkoord op lokaal niveau

Waarom zouden we, alvorens een raamakkoord te maken voor het volledige grensgebied, niet met een proefakkoord starten dat aan beide kanten van de grens alle partners verenigt: de ARS, de *Conseils généraux*, de lokale overheden, de bevoegde Belgische overheden, etc. Dergelijke proactieve methode zou ons in staat stellen via een lokaal akkoord te testen hoe we in een later stadium tot een globaal raamakkoord kunnen komen. De ervaring met « Transcards » leert ons in elk geval dat dergelijke aanpak tot mooie resultaten kan leiden.

RETOURS DES ATELIERS

Lors du séminaire, deux ateliers ont été organisés afin de permettre aux participants de s'exprimer sur les questions de la prise en charge, de la mobilité transfrontalière et de la dépendance. Cette occasion a été saisie par de nombreux participants pour soulever les difficultés rencontrées dans ces domaines, pour identifier les bonnes pratiques dans les trois versants et pour explorer les opportunités d'une coopération renforcée à l'échelle de l'Eurométropole.

L'aperçu ci-dessous reprend les principales idées évoquées.

Atelier

« Prise en charge : quelle approche transfrontalière ? Et la mobilité : quel impact pour la personne âgée et sa famille ? »

> Nécessité de faciliter l'accès à l'information

- sur les possibilités de soins et sur les différentes structures d'hébergement (MR, MRS, court séjour etc.) de l'autre côté de la frontière et leur fonctionnement
- sur la disponibilité de places en Belgique
- sur l'impact financier/fiscal, administratif et juridique de l'hébergement de personnes âgées de l'autre côté de la frontière

Pour répondre à ces questions, un portail web pourrait être développé avec des informations sur les structures d'accueil et sur l'impact de la résidence dans une structure d'accueil de l'autre côté de la frontière.

FEEDBACK UIT DE WORKSHOPS

Tijdens het seminarie werden twee workshops georganiseerd om de deelnemers de kans te bieden tussen te komen over ouderenzorg, grensoverschrijdende mobiliteit en zorgbehoevendheid. Deze mogelijkheid werd door veel deelnemers aangegrepen om moeilijkheden aan te kaarten in deze domeinen, om best practices te identificeren in de drie deelregio's, en om de opportuniteiten in kaart te brengen van een versterkte samenwerking op schaal van de Eurometropool.

Hieronder vindt u een overzicht van de voornaamste ideeën die uit de workshops naar voor kwamen.

Workshop

« Ouderenzorg : welke grensoverschrijdende aanpak? En welke impact heeft de mobiliteit op de oudere en zijn/haar familie ? »

> Noodzaak om de toegang tot informatie te vereenvoudigen

- over de zorgmogelijkheden en de verschillende ouderenzorginstellingen (rusthuizen, rust-en verzorgingstehuizen, kortverblijf enz.) aan de andere kant van de grens en over de werking ervan
- over de beschikbare plaatsen in België
- over de financiële/fiscale, administratieve en juridische impact van de opvang van ouderen aan de andere kant van de grens.

Om tegemoet te komen aan deze vragen, zou een webportaal ontwikkeld kunnen worden met informatie over de zorginstellingen en over de impact van een verblijf in een zorginstelling aan de andere kant van de grens.

Atelier

« Comment faire face au défi de la dépendance ? »

> Nécessité d'échanger sur les différentes bonnes pratiques existant dans les trois versants :

- les MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) : un dispositif de coordination qui a pour but d'assurer une prise en charge sanitaire et médico-sociale et un accompagnement coordonnés et personnalisés
- les CLIC (Centres d'information et de coordination) : des dispositifs de proximité pour orienter les personnes âgées (mise à disposition d'information sur les droits, les institutions,...) et pour inciter les professionnels autour de la personne âgée à travailler ensemble
- l'assurance dépendance en Flandre, un système de solidarité qui permet à des personnes en situation de dépendance de bénéficier d'une indemnité pour de l'aide et des services non-médicaux
- les maisons de réadaptation après actes chirurgicaux : lits disponibles dans les maisons de soins
- nouvelles technologies permettant aux personnes âgées de rester plus longtemps chez eux (télévigilance etc.)
- dans le contexte de la pression sur les soins à domicile, plusieurs pratiques/propositions ont été avancées qui permettent d'économiser des heures de travail de personnel, en organisant les soins à domicile par quartier par exemple; ou en mettant en place un service polyvalent d'aide et de soins à domicile qui permet de coordonner entre tous les personnels techniques et non techniques.

Workshop

« Hoe tegemoet komen aan de uitdaging van zorgbehoefendheid? »

> Belang van uitwisseling van "best practices" in de drie deelregio's:

- de MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) : een coördinerend orgaan dat tot doel heeft opvang te verzekeren (zowel in het domein van gezondheidszorg als op medisch-sociaal vlak) en in te staan voor een gecoördineerde en gepersonaliseerde aanpak.
- de CLIC (Centres d'information et de coordination) : nabijheidsdienst om ouderen te informeren en te oriënteren (terbeschikkingstelling van informatie over hun rechten, over zorginstellingen, ...) en om dienst-/zorgverleners rond de oudere aan te zetten tot meer samenwerking
- de zorgverzekering in Vlaanderen, een systeem van solidariteit dat zorgbehoevende mensen recht geeft op een vergoeding voor hulp en niet-medische diensten
- de revalidatiecentra voor wie een chirurgische ingreep heeft ondergaan: terbeschikkingstelling van bedden in rust- en verzorgingstehuizen
- nieuwe technologieën die ouderen in staat stellen om langer thuis te blijven (personenalarmsystemen etc.)
- tegen het licht van de druk op de thuiszorg, werden meerdere voorstellen gedaan die kunnen bijdragen tot het besparen van personeelsuren, door het organiseren van de thuiszorg per wijk bijvoorbeeld, of door een polyvalente dienst op te richten voor hulp en thuiszorg die ook de coördinatie verzorgt tussen technisch en niet-technisch personeel.

SUITES À DONNER

Afin de poursuivre le travail qui a été entamé lors du séminaire, un programme de travail en trois volets a été adopté par le Bureau de l'Eurométropole. Ces trois pistes de travail sont les suivantes :

1. Au niveau politique: associer les autorités/acteurs pertinents en vue d'une concertation régulière sur la définition et le suivi de projets transfrontaliers et transrégionaux communs
2. Mettre sur pied d'un groupe de travail centré sur "l'information": faciliter l'accès à l'information sur
 - Les différentes structures d'accueil, d'hébergement et de prise en charge à domicile
 - La mobilité et ses impacts au niveau juridique, sécurité sociale, fiscal, administratif,...
3. Assurer une coopération renforcée entre les structures d'accueil, en créant un groupe de travail qui permet d'échanger de bonnes pratiques et d'élaborer des projets communs

Ces pistes de travail sur la thématique de l'hébergement de la personne âgée seront concrétisées au cours de l'année 2012. A cette fin, nous mobiliserons les différentes autorités compétentes, ainsi que les représentants de différentes structures d'accueil basées dans l'Eurométropole.

OPVOLGING VAN HET SEMINARIE

Teneinde het werk verder te zetten dat werd aangezet op het seminarie, werd een drieledig werkprogramma goedgekeurd door het Bureau van de Eurometropool. Het gaat om volgende drie werkpistes:

1. Op politiek niveau: relevante overheden/actoren samenbrengen met het oog op regelmatige afstemming rond de definiëring en opvolging van gezamenlijke grensoverschrijdende en transregionale projecten
2. Werkgroep "informatie": vereenvoudigen van de toegang tot informatie over
 - De verschillende onthaal-, opvang- en thuiszorgstructuren
 - De mobiliteit en de impact hiervan op juridisch, sociale zekerheids-, fiscaal en administratief vlak
3. Een versterkte samenwerking tussen onthaalstructuren, met het oog op de uitwisseling van best practices et de uitwerking van gezamenlijke projecten

Deze werkpistes rond opvang van ouderen zullen worden geconcretiseerd in de loop van 2012. Daartoe zullen de verschillende bevoegde overheden en vertegenwoordigers van de ouderenzorginstellingen in de Eurometropool gemobiliseerd worden.



EUROMÉTROPOLE
EUROMETROPOL
LILLE - KORTRIJK - TOURNAI

Siège de l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai
Zetel van de Eurometropool Lille-Kortrijk-Tournai
Agence de l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai
Agentschap van de Eurometropool Lille-Kortrijk-Tournai

tel : +32 (0)56 23 11 00
info@eurometropolis.eu
www.eurometropolis.eu

1 rue du Ballon
59000 Lille – France
Casinoplein, 10
8500 Kortrijk – België