



LES ZONES ORGANISÉES D'ACCÈS AUX SOINS TRANSFRONTALIERS : ETUDE D'OPPORTUNITÉ

Table des matières

.....	0
Introduction.....	2
Fiche 1 – Résumé des conclusions proposées dans les modules « Identification et analyse des flux de patients », « Offre de soins et pratiques » et « Outil d'information et de cartographie ».....	3
Fiche 2 – Les principales coopérations transfrontalières franco-belges en Santé.....	5
Fiche 3 – Compte-rendu tables-rondes séminaire.....	12
Fiche 4 – Analyse des autres projets INTERREG France-Wallonie-Vlaanderen V.....	14
Fiche 5 – Débat fusion des ZOAST - Résumé.....	16
Fiche 6 – Enjeux de gouvernance (et principes de bonnes coopération).....	19
Fiche 7 – Enjeux d'e-santé.....	20
Fiche 8 – Enjeux de financement.....	22
Fiche 9 – Prise en Charge des Transports.....	24
Fiche 10 – Etablissements de Recours.....	26
Fiche 11 – Intégrer une Coopération Médico-Sociale dans les ZOAST.....	28
Fiche 12 – Enjeux de santé mentale.....	30
Fiche 13 – Enjeux de communication et de formation des professionnels de santé, et d'information des patients sur le fonctionnement des ZOAST et des soins à l'étranger.....	33
Sources.....	34

Introduction

Pour rappel, l'objectif de notre projet InTerESanT était d'étudier de nouvelles propositions d'innovations territoriales et organisationnelles afin de nourrir, de consolider davantage et de faire évoluer les espaces transfrontaliers franco-belges en santé aujourd'hui existants. Par le biais des différentes actions envisagées, il s'agit bien de tendre vers des zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers plus efficaces, mieux coordonnées et pérennes et vers une meilleure lisibilité et facilité d'accès pour la population.

Les différents Accords, Conventions et déclinaisons opérationnelles, mais aussi les nombreux projets transfrontaliers, principalement européens (via les cinq programmes INTERREG), qui ont été développés depuis une vingtaine d'années désormais dans le champ de la santé transfrontalière ont permis de faire naître des propositions innovantes, adaptées et structurées en réponse aux différents défis rencontrés.

Les ZOAST sont des dispositifs transfrontaliers par nature et ne trouvent leur légitimité que par la coordination et la coopération des acteurs qui les composent.

Dans un dispositif franco-belge déjà très complet, les axes d'amélioration de la mobilité des patients et de leur accès aux soins passent par une mise en commun des problématiques rencontrées sur des territoires transfrontaliers identifiés, et à une efficacité et une complémentarité encore accrue du maillage de soins existant.

Pour ce faire, nous avons souhaité réaliser une étude d'opportunité et de faisabilité d'un territoire de santé transfrontalier, et proposer des pistes d'innovations techniques, stratégiques et/ou organisationnelles.

Sur la base des travaux réalisés en amont, nous avons exploré l'opportunité de développer un projet ou des outils commun(s) de santé sur un ou plusieurs territoires pilotes transfrontaliers franco-belges.

Fiche 1 – Résumé des conclusions proposées dans les modules « Identification et analyse des flux de patients », « Offre de soins et pratiques » et « Outil d'information et de cartographie »

Etat des lieux

L'état des lieux de l'identification et analyse des flux de patients

Il existe différentes sources de données disponibles à savoir les CPAM, les Organismes Assureurs belges et le portail COPESANT.

Mais force est de constater que :

- Les données extraites par les CPAM sont peu fiables et détaillées en raison d'un enregistrement des données ZOAST et CEAM dans un même « panier ».
- Les données extraites par les Organismes Assureurs belges sont détaillées et fiables mais mériteraient d'être comparées afin de les rendre davantage précises.
- Les données extraites du portail COPESANT sont très basiques et ont leurs limites. En effet, ce dernier fonctionne dans les deux sens que depuis avril 2022 et n'est pas encore (ou correctement) utilisé par tous les établissements hospitaliers signataires des Conventions ZOAST.

Il serait donc **souhaitable de continuer à promouvoir ce portail, à l'adapter informatiquement pour le rendre plus performant et à rendre son utilisation obligatoire.**

Il n'en reste pas moins que, sur base des extractions réalisées dans le cadre de ce projet InTerESanT, nous savons aujourd'hui que :

- En 2021, presque 21 000 patients français et plus de 4000 patients belges ont pu bénéficier de soins grâce aux Conventions ZOAST.
- Les ZOAST MRTW, ARDENNES et LUXLOR brassent à elles seules quasi 95% des patients français grâce à 4 de leurs 9 hôpitaux.
- Les soins ambulatoires représentent la majorité des admissions.
- Il existe une évolution positive globale de 30% entre 2019 et 2021 malgré une évolution négative de la ZOAST MOMAU.

L'état des lieux de l'offre de soins et pratiques au sein des 7 zoast

Les 7 zoast ont des fonctionnements similaires mais pas identiques. Le fonctionnement, le dynamisme et les sujets abordés au sein de chaque comité de suivi, sont fonctions de l'origine de la construction, de la durée d'existence, du flux potentiel, du niveau d'informations organisé, mais aussi tributaires de l'envie de coopérer qu'ont les acteurs de terrain.

Les points importants à noter sont: une **définition du territoire transfrontalier variable** (communes, arrondissement, affiliation à une caisse primaire, anciens cantons (avant 2013), etc.), des **territoires frontaliers oubliés**, des territoires inclus dans plusieurs Zoast, des **structures hospitalières oubliées**, des structures hospitalières incluses dans plusieurs Zoast,

des structures hospitalières incluses dans une seule zoast alors qu'elles sont sur le territoire de deux zoast, une **tenue des comités de suivi irrégulière** selon le territoire, une **utilisation du portail COPESAN-T de la MGEN (patient français) partielle** dans certaines zoast et **des pratiques différentes entre les ZOAST** : transports pour les patients belges uniquement abordé au sein de la ZOAST MRTW-URSA – ZOAST où le flux des patients belges vers la France est le plus important, notion d'établissements de référence apparait différemment, présence dans certaines ZOAST de conventions particulières simultanément à la convention Zoast.

Pistes

Sur base du territoire, de l'offre de soins et de l'analyse des flux, des aménagements pourraient être faits notamment **l'ajout des territoires et structures hospitalières oubliés, des rapprochements entre zones organisées, des fusions entre zoast après homogénéisation de la définition des territoires.**

Développer l'utilisation de l'outil MGEN à toutes les structures hospitalières.

Dynamiser le fonctionnement des ZOAST qui au fur et à mesure ne se sont plus réunies.

Organiser au mieux une communication, autant que faire ce peu, commune sur le fonctionnement d'une ZOAST et de ses avantages pour les habitants de la zone transfrontalière.

Réalisation d'une brochure type qui a été retravaillée sur la base de celle de la ZOAST Ardennes. Elle contient toutes les informations indispensables pour un patient d'une ZOAST, et peut s'adapter à chaque zone en fonction de ses particularités.

Mise à disposition d'une cartographie sur le site projet-interessant.eu, **via un onglet dédié à l'information des usagers** qui se présentera sous la forme d'une page contenant toutes les informations utiles ainsi que les différents organismes administratifs à contacter en cas de besoin.

Fiche 2 – Les principales coopérations transfrontalières franco-belges en Santé

Que ce soit en Belgique ou en France, les systèmes de santé et de protection sociale ont été organisés depuis lors origine selon la logique de l'Etat-nation. La mise en place du Marché commun n'a pas eu d'incidence dans la mesure que le Traité de Rome (1957) ne concernait pas les systèmes de santé. Cependant en 1971, le Conseil a adopté un mécanisme de coordination des systèmes de sécurité sociale afin de garantir la libre circulation des travailleurs (n° 1408/71 et n° 574/74). Les textes réglementaires actuels sont les règlements n° 883/2004 et n° 987/2009 et visent à faciliter la libre circulation des personnes en évitant une perte des droits lors des déplacements en Europe. Ils assurent une forme de continuité de la protection sociale des personnes d'une législation à une autre. L'évolution de l'intégration européenne a également touché les domaines sanitaire et social : sous l'influence de la Cour de justice de l'Union Européenne (CJCE) et notamment de son arrêt dans les affaires Kohll et Decker (1998), il est communément admis que les principes de libre circulation et de libres prestations de services établis par le Traité s'appliquent aux domaines de la santé et d'accès aux soins à l'intérieur de l'Union européenne. Désormais, les prestataires de soins étrangers ne peuvent plus être discriminés au regard des prestataires nationaux et les patients sont autorisés à se faire soigner à l'étranger. Cependant, conformément au règlement n° 1408/71, ces derniers doivent recevoir une autorisation médicale préalable de leur organisme assureur pour obtenir le remboursement des soins hospitaliers reçus à l'étranger. A nouveau, cette procédure d'autorisation est considérée par le Cour de Justice Européenne comme une entrave à la libre prestation de services des soins pour les soins ambulatoires.

Parallèlement à ces différentes législations, rappelons que la France et la Belgique sont signataires de la **convention-cadre européenne des collectivités ou autorités territoriales, signée le 21 mai 1980, à Madrid**. Elle y précise quelques engagements en coopération transfrontalière et encourage largement les Etats membres à développer des actions dans de nombreux domaines, en faveur du développement et du progrès au bénéfice des régions frontalières.

Compte tenu de la mobilité des travailleurs certains Etats membres ont conclu des accords dérogatoires qui introduisent des règles différentes de celles des règlements européens ou complètent certaines de leurs dispositions. Ce qui est le cas entre la Belgique et la France :

- Accord entre la France et la Belgique du 14 mai 1976, qui étend le droit des travailleurs frontaliers à se faire soigner de part et d'autre de la frontière aux membres de leur famille.
- Accord cadre franco-belge sur la coopération sanitaire transfrontalière du 30 septembre 2005.

Une dernière évolution législative est l'application de la **directive 2011/24/UE du 9 mars 2011** qui a marqué les esprits, puisqu'elle cadre les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Elle énonce plusieurs principes sur l'utilisation des autorisations préalables pour une prise en charge médicale et financière adaptée et concerne essentiellement les soins ambulatoires qu'ils soient programmés ou non. Les soins médicalement nécessaires couverts par la Carte Européenne de l'Assurance Maladie

(CEAM) demeurent régis par les règlements européens. Ainsi les deux régimes coexistent et sont complémentaires et en fonction de la comparaison entre le système du pays d'affiliation et celui du pays des soins, soit la directive, soit le règlement s'applique.

Avant 2011, **plusieurs coopérations inter-hospitalières existaient déjà**. Citons, la mise en place sur toute la frontière de plusieurs conventions transfrontalières de ce type, encore actives aujourd'hui :

- Entre le CH de Tourcoing et le CH de Mouscron sur les maladies infectieuses en 1995 ;
- Entre le CH Tourcoing et le CH de Mouscron sur l'IRM et la Scintigraphie en 2004 ;
- Entre le CHR de Mons et le CHSA (Maubeuge) en Soins intensifs et réanimation en 2004 ;
- Entre le KEI d'Oostduinkerke - CH dunkerque : Soins de suite et de réadaptation
- Entre en orthopédie Lille - Ronse
- CSL d'Arlon et le CH Hôtel Dieu de Mont-Saint-Martin en Soins intensifs-réanimation
- CSL VIVALIA – CHRU Nancy : électrophysiologie (2009)
- CHR de Tournai – CHR de Valenciennes : Soins intensifs – réanimation
- EPSM Lille Métropole (Armentières) – Psychiatrisch Centrum de Menin : Psychiatrie

Rappelons qu'à partir de 2005, deux accords-cadres sont signés :

- Un accord cadre sanitaire
- Un accord cadre médico-social

A partir de 2008 et jusqu'en 2015, sept conventions dites Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST) entrent en vigueur :

- Le 1^{er} février 2008 - Zoast Ardennes,
- Le 1^{er} avril 2008 – Zoast MRTW-URSA,
- Le 1^{er} octobre 2008 – Zoast Arlwy, renommée Lorlux le 1^{er} octobre 2013 ;
- Le 1^{er} mai 2010 - Zoast Tourval,
- Le 1^{er} janvier 2012 – Zoast Thiérache – sous la forme Zoast mais existant antérieurement sous la forme de Transcard.
- Le 1^{er} janvier 2015 - Zoast Littoral

Ces 7 zoast comptent à ce jour :

- 2476 communes (1714 françaises et 762 belges),
- 4.975.650 habitants (3.688.613 français et 1.287.037 belges)
- 53 hôpitaux (37 français et 16 belges).

Les conventions ZOAST excluent les soins pour la procréation médicalement assistée.

La ZOAST Littoral

Caractéristiques :

Zone géographique : **l'arrondissement de Furnes (B)** 5 entités (28 anciennes communes) et **l'arrondissement de Dunkerque (F)** - 116 communes.

Population au 1er janvier 2018 : 434.284 habitants soit 372.787 Français et 61.497 Belges.

Hôpitaux : 2 - CHD Centre Hospitalier Dunkerque et AZ WEST Furnes

Points forts : Fonctionnement lié à l'installation de l'unité de soins nucléaires au CHD Dunkerque (PET SCAN),

Points à améliorer : la communication car aucune réalisée à grande échelle, relance comité de suivi

Dernier comité de suivi : 28 novembre 2016

Utilisation du portail MGEN :

Début du projet / Versant Belge : L'établissement n'utilise pas le portail

31/12/2022 et à la suite de l'évolution du portail / Versant Français : Non

Total Zoast Littoral au 31/12 : Aucun des deux n'utilise le portail au 31/12. Toutefois, une programmation est prévue auprès de l'hôpital de Veurne.

La ZOAST MRTW

Caractéristiques :

Zone géographique : **les arrondissements de Ypres, Courtrai, Mouscron et l'entité d'Estaimpuis (B)** - 23 entités soit 20 néerlandophones et 3 francophones (pour 100 anciennes communes, soit 83 néerlandophones et 17 francophones), **les communes de la circonscription des Caisses primaire d'assurance maladie de Lille-Douai, Roubaix-Tourcoing et des Flandres (F)** 163 communes.

Population au 1er janvier 2018 : 1.852.059 habitants soit 1.370.367 Français et 481.592 Belges (395.143 néerlandophones et 86.549 francophones).

Hôpitaux : 12 - CH d'Armentières, CH de Bailleul, CH d'Hazebrouck, CH de Tourcoing, CH de Roubaix, CH de Wattrelos, Centre l'Espoir d'Hellemmes (SSR), CHU de Lille, Jan Yperman Ziekenhuis, AZ Delta Menen, AZ Groeninge et le CH de Mouscron.

Points forts : Les liens forts existants depuis le début des années 1990 entre des établissements belges et français, maintien de conventions particulières préexistantes à la création des ZOAST : Dialyse / Maladies infectieuses - IRM / Scintigraphie – Urologie – IRC / Dialyse, existence avant la crise Covid de trois types de réunions : le comité de suivi, des réunions entre les directions hospitalières, et enfin des réunions entre praticiens.

Points à améliorer : la mise en place partielle du portail COPESAN-T de la MGEN sur le versant belge.

Dernier comité de suivi : 10 juin 2021

Utilisation du portail MGEN :

Début du projet / Versant Belge : 1 établissement sur 4 utilise le portail (CH de Mouscron)

31/12/2022 et à la suite de l'évolution du portail / Versant Français : Aucun

Total Zoast Mrtw au 31/12 : 1 établissement sur 12

La ZOAST TourVal

Caractéristiques :

Zone géographique : **arrondissement de Tournai (B)** - 10 entités (70 anciennes communes) et **les communes de la circonscription de la Caisse primaire d'assurance maladie du Hainaut (F)** - 350 communes.

Population au 1er janvier 2018 : 887.385 habitants soit 740.581 Français et 146.804 Belges.

Hôpitaux : 3 - Le Centre Hospitalier de Valenciennes, Le Centre l'Espoir d'Hellemmes et CH de Wallonie Picarde (CHwapi)

Points forts : Existence d'une convention SIREA

Points à améliorer : Relance des comités de suivis, communication à grande échelle, inclusion des territoires frontaliers manquants belges entre MRTW et Tourval.

Dernier comité de suivi : 18 mai 2017

Utilisation du portail MGEN :

Début du projet / Versant Belge : L'établissement utilise le portail (ChWaPi)

31/12/2022 et à la suite de l'évolution du portail / Versant Français : Aucun

Total Zoast TourVal au 31/12 : 1 établissement sur 3

La ZOAST Momau

Caractéristiques :

Zone géographique : **arrondissement de Mons (B)** 13 entités (84 anciennes communes) et **communes de la circonscription de la Caisse primaire d'assurance maladie du Hainaut (F)** – 350 communes.

Population au 1er janvier 2018 : 999.001 habitants soit 740.481 Français et 258.520 Belges.

Hôpitaux : 12 - CH de Sambre-Avesnois, Hôpital Départemental de Felleries Liessies, CH d'Hautmont, CH de Jeumont, CH du Pays d'Avesnes, Clinique du Parc de Maubeuge Centre, Polyclinique du val de Sambre, Centre de radiodiagnostic Grim, Centre de radiothérapie Gray, Pôle hospitalier Jolimont Site de Mons et Pôle hospitalier Jolimont Site de Boussu – Warquignies et CHU Ambroise Paré

Points forts : Existence d'une convention SIREA,

Points à améliorer : territoire frontalier en vis-à-vis des structures hospitalières françaises (arrondissement de Thuin) n'appartenant pas à la ZOAST et inclure tous les hôpitaux belges du territoire, communication à grande échelle

Dernier comité de suivi : 4/10/2022

Utilisation du portail MGEN :

Début du projet / Versant Belge : 1 établissement sur 3 utilise le portail (CHU Ambroise Paré) 31/12/2022 et à la suite de l'évolution du portail / Versant Français : 1 établissement sur 9 (HD de Felleries Liessies)

Total Zoast MoMau au 31/12 : 2 établissements sur 12. Une date est en cours de programmation avec le CH de Jeumont.

La ZOAST Thiérache

Caractéristiques :

Zone géographique : **(B) les entités de Beaumont- Chimay – Froid Chapelle – Momignies – Sivry/Rance** (Arrondissement de Thuin) **et les entités de Cerfontaine – Couvin et Viroinval** (Arrondissement de Philippeville) **8 entités** (69 anciennes communes) et **communes des cantons d'Avesnes Helpe, Avesnes Nord, Avesnes Sud** dépendant de la Caisse Primaire du Hainaut et **les cantons d'Aubenton, Hirson, La Capelle, Le Nouvion et Vervins** dépendant de la Caisse Primaire de l'Aisne **(F)** - 116 communes.

Population au 1er janvier 2018 : 145.663 habitants soit 90.189 Français et 55.474 Belges.

Hôpitaux : 8 - CH du Pays d'Avesnes, Hôpital Départemental de Felleries-Liessies, CH de Fourmies, CH Brisset à Hirson, Hôpital du Nouvion-en-Thiérache, CH de Vervins, Polyclinique de la Thiérache à Wignehies, Centre de Santé des Fagnes – Chimay

Points forts : Une coopération de longue date entre les structures hospitalières avec le dépôt de projets INTERREG.

Points à améliorer : Communication vers les prestataires de soin de 1ère ligne

Dernier comité de suivi : 10 novembre 2022

Utilisation du portail MGEN :

Début du projet / Versant Belge : l'établissement CSF utilise le portail

31/12/2022 et à la suite de l'évolution du portail / Versant Français : 1 établissement sur 7 (HD de Felleries Liessies)

Total Zoast Thiérache au 31/12 : 2 établissements sur 8. Une date est en cours de programmation avec la Polyclinique de la Thiérache à Wignehies.

La **ZOAST Ardennes**

Caractéristiques :

Zone géographique : **arrondissements de Dinant et Philippeville (B)** 23 entités (252 anciennes communes) et **communes des cantons de Flize, Fumay, Givet, Monthermé, Omont, Renwez, Rocroi, Rumigny, Signy-l'Abbaye, Signy-le-Petit, Nouzonville, Revin** pour l'arrondissement de Charleville et les **cantons de Carignan, Mouzon, Raucourt-et-Flaba, Sedan-Nord, Sedan-Est, Sedan-Ouest** pour l'arrondissement de Sedan (F) - 216 communes.

Population au 1er janvier 2018 : 328.255 habitants soit 146.005 Français et 182.250 Belges.

Hôpitaux : 9 - CHINA (Centre Hospitalier Intercommunal Nord-Ardennes) regroupant les antennes de Charleville, Sedan, Nouzonville et Fumay, GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) Nord Ardenne regroupant les antennes de Charleville et Sedan, UGECAM (Unions pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie) regroupant le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Adultes de Charleville et le Centre de Réadaptation Fonctionnel enfants de Warnecourt, CHU UCL Namur à Dinant Site Sainte-Anne (Secondaire) et les polycliniques situées à Gedinne et Ciney (soins ambulatoires), CHU UCL Namur à Mont-Godinne, Centre de Santé des Fagnes à Chimay, Polycliniques des mutualités socialistes de Beauraing, Couvin et Philippeville

Points forts : Utilisation du portail MGEN généralisée et utilisation depuis sa mise en place pour les patients français venant en Belgique.

Points à améliorer : Créer des coopérations hospitalières

Dernier comité de suivi : 18 octobre 2022

Utilisation du portail MGEN :

Début du projet / Versant Belge : Tous les établissements utilisent le portail soit 4 établissements

31/12/2022 et à la suite de l'évolution du portail / Versant Français : 3 établissements sur 5 (Les sites de Charleville-Mézières, de Sedan et de Fumay)

Total Zoast Ardennes au 31/12 : 7 établissements sur 9. Une date est en cours de programmation avec l'Ugecam.

Outils de communication : oui plaquette disponible mise à jour en 2022, téléchargeable sur le site INTERESANT

La **ZOAST Luxlor**

Caractéristiques :

Zone géographique : **les arrondissements d'Arlon, Virton et de Neufchâteau (B)** 27 entités (157 anciennes communes). et **l'arrondissement de Briey et des cantons de Charny-sur-Meuse, Clermont-en Argonne, de Damvillers, de Dun-sur-Meuse, d'Étain, de Fresnes-en-Woëvre, Montfaucon-d'Argonne, Montmédy, Souilly, Spincourt, Stenay, Varennes-en-Argonne, Verdun-Centre, Verdun-Ouest et Verdun-Est de l'arrondissement de Verdun (F)** - 403 communes.

Population au 1er janvier 2018 : 329.203 habitants soit 228.303 Français et 100.900 Belges.

Hôpitaux : 6 CH de Mont-Saint-Martin, CH de Verdun, UGECAM Charleville, UGECAM Warnecourt, VIVALIA – Site de Libramont, VIVALIA – Site d’Arlon ;

Points forts : coopération hospitalière (GIE mis en place entre les CH d’Arlon et Mont-Saint-Martin)

Points à améliorer : utilisation d’un outil unique

Dernier comité de suivi : Non disponible car mené par des opérateurs non-signataires de la convention.

Utilisation du portail MGEN :

Début du projet / Versant Belge : Les établissements belges utilisent le portail (CHA et CSL)

31/12/2022 et à la suite de l’évolution du portail / Versant Français : 1 établissement sur 3 (Mont St Martin)

Total Zoast lorlux au 31/12 : 3 établissements sur 6. Une date est en cours de programmation avec l’Ugecam.

Fiche 3 – Compte-rendu tables-rondes séminaire

À l'occasion du séminaire « Quel avenir pour les ZOAST ? » organisée le 27 avril 2022 par les opérateurs du projet InTerESanT, deux tables-rondes simultanées ont permis aux participants d'échanger sur les problématiques actuelles des ZOAST, et de proposer des solutions à celles-ci. Voici la synthèse de ces discussions.

❖ Les ZOAST, des territoires avant tout

L'approche territoriale paraît nécessaire pour appréhender les ZOAST quoique plusieurs problèmes soient identifiés. Le premier concerne la **définition des territoires concernés**, qui a évolué depuis la mise en place des ZOAST. Ainsi, les groupements hospitaliers de territoires (GHT) français, et la mise en réseaux sur le versant belge, se sont faits le plus souvent sans intégrer la dimension transfrontalière des établissements ni le fonctionnement des ZOAST. Rappelons à cette occasion l'intérêt pour les établissements de **renforcer et développer des conventions inter hospitalières** parallèlement aux ZOAST.

Le territoire doit également prendre en compte les professionnels de santé. Aujourd'hui, la **coopération avec et entre les deux versants des professionnels de la médecine de ville / première ligne** peut sembler insuffisante. Plusieurs propositions sont faites pour y pallier :

- Partager les équipements afin de favoriser la mobilité des professionnels ;
- Développer une cartographie destinée aux professionnels de santé, avec les plateaux de soins et mise à jour directement par les établissements hospitaliers, afin que les médecins puissent orienter leurs patients vers des établissements de l'autre versant si besoin ;
- Créer des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) transfrontalières, pour analyser et comparer les pratiques, et partager différentes manières de travailler ;
- Encourager la mobilité étudiante.

De façon générale, il faut **améliorer la connaissance des ZOAST auprès des professionnels** (formation professionnelle) **comme des patients** (information) et **des élus locaux** en organisant plus de temps d'échange avec ces derniers et les associations de patients.

Bien qu'il soit important de prendre en compte les changements survenus depuis la création des ZOAST, la discussion est ouverte sur l'intérêt **d'homogénéiser leurs pratiques et projets de santé**. D'une part, une majorité des participants se prononce en faveur, jusqu'à une **fusion de certaines ZOAST** afin d'effacer des effets-frontières supplémentaires. D'autre part, lesdits projets ont été construits par région et un effacement des besoins locaux pourrait être craint.

❖ Focus sur quelques problèmes techniques soulevés

Actuellement, le débat demeure entre l'intérêt de conserver le **formulaire S2** européen actuel, quitte à l'adapter, et celui de mettre en place un formulaire dédié aux ZOAST. Quant au problème des **transports** (dont transports urgents) et des **transferts**, il aborde de fait la question des coûts pour les organismes assureurs, ainsi que celle des établissements de recours parfois situés hors ZOAST. Par ailleurs, plus d'informations sont demandées sur le **handicap** afin de faire face à des difficultés de compréhension transfrontalières (pratiques, réglementations...).

Un autre problème à envisager pour les années à venir est lié à la **E-santé et ses implications**. L'échange de données entre les deux pays devra être développé à travers des infrastructures sécurisées. L'idéal serait un dossier électronique du patient consultable sur les deux versants, facilitant la prise en charge transfrontalière (type mon espace santé européen/MyEU4Health).

❖ La difficile pérennisation des projets de coopération

Un point sur lequel s'accordent les participants, est la **difficile pérennisation des projets de coopération**. Si les financements INTERREG permettent de développer des projets, ceux-ci demeurent limités dans le temps, ne permettant pas de continuer les travaux débutés (maintenance d'outils informatiques, comités de suivi...), à de rares exceptions (dont l'OFBS est un bon exemple). Proposition est faite de la reprise des financements européens par les **pouvoirs publics nationaux**. Si la Wallonie soutient les projets transfrontaliers en santé via l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) (mais toujours dans le cadre d'INTERREG, en cofinçant à hauteur de 40%), la France pourrait faire de même via les Agences Régionales de Santé (ARS). Il s'agit donc ici d'interroger la **place de la coopération transfrontalière dans les politiques publiques** et le modèle économique souhaité par les pouvoirs publics. En matière de pérennisation,

Une autre option pour favoriser la pérennisation des projets serait d'**augmenter leur visibilité au niveau européen**. Aujourd'hui, celle-ci fait encore défaut, hors des initiatives franco-belges réussies pourraient également intéresser d'autres espaces transfrontaliers européens.

Fiche 4 – Analyse des autres projets INTERREG France-Wallonie-Vlaanderen V

Dans le cadre des travaux du projet INTERREG HIS2R, l'ARS Grand Est et l'Observatoire Franco-Belge de la Santé ont analysé les résultats des différents projets en santé de la cinquième programmation INTERREG France-Wallonie-Vlaanderen. Voici les conclusions de ces différents projets quant aux ZOAST.

❖ Une bonne pratique à étendre...

Les opérateurs du projet I SAID (*Interregional platform for Innovation in Self-determination, Autonomy and Inclusion in people with Disability, 2016-2020*)¹ ont notamment relevé que les ZOAST étaient une bonne pratique à élargir à d'autres domaines que le sanitaire. Ils proposent ainsi de **développer des ZOAST médico-sociales** pour les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap, qui devront se soumettre à un « référentiel qualité », co-développées et co-animées par les institutions franco-wallonnes (AVIQ, ARS, Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH), Conseils Départementaux).

❖ ... avec ses limites

Les opérateurs du projet COSERDO (*Coordination transfrontalière des services à domicile, 2016-2020*)² quant à eux, ont pu relever que **la mobilité des professionnels de santé** (médecins généralistes, infirmiers, et kinésithérapeutes) **au sein de la ZOAST est limitée**. Quoique le projet se focalisait sur la mise en place d'une coordination transfrontalière qui planifie les sorties des patients français hospitalisés en Belgique et inversement dans le cadre de la ZOAST, peu de remarques et recommandations sont formulées sur les conventions elles-mêmes.

De façon générale, nous pouvons remarquer un certain **delta entre les conventions ZOAST et le reste des projets transfrontaliers franco-belges en santé**. Sur les 20 projets étudiés, seuls les deux projets cités ci-dessus (I SAID et COSERDO), ainsi que le projet MOSAN (*Expérimentation Franco-Belge de Mobilité Transfrontalière en Santé, 2018-2019*) qui explique le fonctionnement de la ZOAST Ardennes dans son rapport d'activité, y font référence (les trois), constatent ses limites (I SAID et COSERDO), voire font état de propositions (I SAID). Comment expliquer cela ?

¹ Projet médico-social dont les objectifs étaient les suivants : identifier et lever les freins en matière de promotion de la santé en Région Hauts-de-France et en Wallonie ; mettre en place une plateforme transfrontalière afin de faciliter les échanges entre professionnels du secteur ; promouvoir une démarche d'accompagnement reposant sur le concept d'autodétermination des personnes avec déficience intellectuelle ; développer des actions inclusives et former les acteurs à l'autodétermination (<https://www.isaid-project.eu/>)

² Projet de soins à domicile dont les objectifs étaient les suivants : réaliser des outils transfrontaliers à destination des hôpitaux accueillant des patients de l'autre versant et des services de coordination (cadastre, avantages sociaux existants) ; mettre en place une coordination transfrontalière en matière de soins à domicile ; améliorer la mobilité des prestataires de soins à domicile nécessaires au maintien à domicile dans un bassin transfrontalier ; mettre en place une structure de maintenance de la coordination et des procédures établies (<https://www.coserdo.eu/>)

Une première hypothèse serait la méconnaissance du dispositif, y compris par les acteurs locaux en santé. Pourtant, plus de la moitié de ces projets (12 sur 20) sont portés par des opérateurs impliqués dans les dispositifs ZOAST (établissements de santé, organismes assureurs, ou tutelles). Tout en gardant en tête que la spécialisation en interne sur certaines missions des professionnels impliqués peut être source de déficiences en communication, la méconnaissance des ZOAST paraît ne pas tout expliquer.

Une seconde hypothèse serait donc une conception très immobile des conventions ZOAST ; à savoir un dispositif fixe, uniquement sanitaire, et qui n'est pas amené à être modifié. Les rapports du projet InTerESanT, avec leurs propositions plus larges, pourront faire évoluer cette représentation figée des ZOAST.

Fiche 5 – Débat fusion des ZOAST - Résumé

Introduction

Les opérateurs du projet InTerESanT se sont réunis pour débattre sur une éventuelle fusion des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST), sujet plusieurs fois soulevé par les membres des différents Comités de Suivi.

Diverses raisons expliquent cette interrogation : (1) des pratiques hétérogènes d'une ZOAST à l'autre (utilisation des outils et remontée des flux, gestion administrative...); (2) des constructions historiques sur des bases différentes (par exemple l'interopérabilité des outils pour le projet Transcards en Thiérache, tandis que la ZOAST MRTW s'est construite sur des coopérations inter hospitalières très anciennes et que la ZOAST Ardennes s'est développée à partir d'une convention unique à destination des parturientes) ; et (3) une demande générale de simplification.

Un état des lieux est nécessaire avant de pouvoir envisager les pistes possibles à savoir une fusion par étapes, ou bien une fusion globale des sept ZOAST.

Etat des lieux

Le but lors de la création des ZOAST était d'effacer l'effet frontière entre les deux pays. Cependant, force est de constater que cela a créé de nouvelles frontières. De plus, les conventions sont devenues obsolètes avec notamment des fusions d'arrondissements rendant caduques certaines ZOAST (Tourval et Momau, par exemple). Aussi, les conventions ne prennent pas en compte les GHT (versant français) et mises en réseaux (versant belge), qui étendent les plateaux techniques et rendent délicate la multiplicité des ZOAST. La question des établissements de recours s'y superpose et quoique nécessitant un travail important, elle permet d'aborder la problématique du parcours de soin afin qu'il soit le plus facile possible pour les patients.

Une refonte des ZOAST serait donc l'occasion de retrouver une transparence perdue de vue et serait à situer dans une vision plus globale d'ensemble, à temps court ou moyen. Le problème est aujourd'hui plus politique qu'administratif.

L'une des craintes fréquemment citées par les divers acteurs politiques rencontrés est celle d'un « tourisme médical transfrontalier ». Or, les diverses études menées ne vont aucunement dans le sens de cette hypothèse (cf. rapport MT3). De plus, de manière générale dans les autres domaines de l'assurance maladie, les personnes ne sont pas mobiles en matière de soin (cf. *infra*), à part éventuellement pour les spécialités. La question relative aux ZOAST n'est donc pas tant d'avoir de grands bassins de soin, mais bien de **lever des barrières administratives**. Ce qui a déjà pour effets indirects, au-delà du parcours administratif, la production de projets communs, de formations, de mises en relations, et notamment une gestion de crise mutualisée. En effet, en élargissant le plateau, on s'assure de pouvoir répondre plus facilement aux difficultés et crises.

S'il semble nécessaire de devoir fusionner des ZOAST pour garantir une meilleure efficacité (égalité de traitement et simplification), deux options apparaissent : une fusion partielle ou une fusion globale.

Fusion partielle

Une fusion partielle consisterait en la fusion de plusieurs ZOAST, dans l'attente éventuelle d'une fusion globale. Plusieurs possibilités doivent être envisagées : une fusion de ZOAST « proches » (Tourval, Momau, et MRTW par exemple), ou une fusion plus importante en deux grandes entités basées sur les régions françaises (Hauts-de-France et Grand Est).

La position du versant belge est qu'une fusion des trois ZOAST du Nord serait la plus facile à mettre en place, car ne présentant pas d'élément nouveau quant au fonctionnement. Il s'agirait essentiellement d'inclure des habitants et établissements aujourd'hui en dehors des ZOAST, et ainsi de réparer une erreur historique dans leur construction. Dans cette optique, des demandes ont déjà été faites de façon récurrente pour l'arrondissement manquant entre Tourval, Momau et MRTW.

Cependant, il n'est pas toujours besoin d'apporter des « corrections » au découpage des ZOAST, ce qui limiterait *in fine* les fusions. La fusion partielle en deux grandes entités pourrait remédier à cette problématique. Cependant, se pose alors la question de la ZOAST Thiérache, et de la difficulté de la placer dans l'une ou l'autre des deux ZOAST. En effet, elle est plus proche des Ardennes (région Grand Est), mais appartient territorialement à la région Hauts-de-France.

La fusion partielle apparaît donc pour certains acteurs comme une étape intermédiaire essentielle dans le court-terme (réparer des erreurs historiques sans modifier tout le fonctionnement des ZOAST), tandis qu'elle apparaît à d'autres comme une étape intermédiaire dispensable car chronophage dans sa mise en place et nécessitant finalement une fusion globale.

Fusion globale

Il est donc envisageable, à la suite de ces éléments, de considérer directement une fusion globale qui établirait un « corridor » d'un seul tenant le long de la frontière.

Celle-ci serait en faveur d'une égalité de traitement, en particulier quant aux établissements (pourquoi pouvoir aller dans un hôpital à 20km et pas à 30km ?). De plus, cela permettrait de simplifier le fonctionnement des ZOAST. Aujourd'hui, les « frontières » entre ZOAST rendent celles-ci complètement imperméables les unes aux autres, parfois au détriment des facilités d'accès géographiques et de la proximité (pour des habitants de Tournai et de Tourcoing par exemple).

Néanmoins, il est à noter qu'un tel projet de fusion, pour le versant belge tout du moins, nécessitera les chiffres exacts des flux, afin d'éviter tout effet de « fuite »

Si le projet InTerESanT permet de fournir une première réponse à cette problématique, l'amélioration et le développement du portail ZOAST COPESAN-T paraît être la condition *sine qua non* du bon fonctionnement d'une fusion globale. Quoique déjà à disposition des partenaires, l'outil développé par la MGEN et la CPAM des Ardennes est aujourd'hui peu exploité et fournit donc une information incomplète. Or ces chiffres partiels sont pourtant significatifs. Ainsi, on ne relève pas d'abus : les patients continuent d'aller au plus près, car il demeure rassurant d'être soigné dans son propre pays. De plus, les excès ne semblent pas à craindre, y compris en matière de « tourisme médical ». À titre d'exemple, 95% des flux de patients français de la ZOAST Ardenne sont originaire de la commune de Givet (à 2 km de la frontière).

Autre point d'attention, une cogestion serait nécessaire sur le versant français, signifiant une gouvernance conjointe des deux ARS pour signature, l'enregistrement des immatriculations par les deux CPAM référentes.

Dans tous les cas, les enjeux sont donc à la fois :

(1) De gouvernance

En effet, une fusion permettra l'actualisation des documents existants, et notamment des actes juridiques.

L'un des premiers points concernerait la position de la Commission Mixte dont sa réunion pourrait être le socle du fonctionnement des ZOAST, avec une charte de la ou des convention(s) ZOAST légitimant les Comités de Suivi. Cependant, il est à noter que sur le versant belge, les participants à la Commission Mixte ne sont pas les mêmes que les signataires des conventions (SPF et INAMI, voir AVIQ, d'un côté, organismes assureurs et centres hospitaliers de l'autre). De plus, la Commission Mixte se réunit très peu fréquemment.

Concernant la ou les convention(s) ZOAST à proprement parler, il serait judicieux d'y préciser les membres du ou des Comité(s) de Suivi. Ainsi que de prévoir des comités locaux plus médicaux, et un comité inter hospitalier en présence des ARS ou OA permettant aux établissements de mieux prendre conscience de leur intérêt à coopérer.

À ces documents officiels, pourrait s'ajouter un modèle de « charte de bonne coopération », moins juridique qu'une convention et plus facilement accessible. On y retrouverait les notions suivantes : éviter toute concurrence, favoriser l'information des patients, et favoriser la communication entre professionnels.

Afin d'accompagner les décisionnaires dans ces modifications, les partenaires d'InTerESanT pourraient s'engager dans un second projet.

(2) Techniques

Une nouvelle convention, comme mentionnée ci-dessus, permettrait de **rendre l'outil ZOAST COPESAN-T obligatoire, afin d'affiner les statistiques sur les flux de patients.**

Cela serait également l'occasion de pouvoir agir notamment sur les questions de délivrance des cartes professionnelles aux établissements. Ainsi que sur les moyens de connexion pour les professionnels, tout en prenant en compte les problématiques liées au transfert de données. Aussi, la question des numéros FINES pourrait être abordée, car il existe aujourd'hui une variété de situations (tout à la fois « faux numéros », « vrai-faux numéros » et « vrais numéros » FINES sont délivrés par l'Assurance Maladie française aux établissements belges).

En conclusion, la nécessité d'une fusion est reconnue par tous. La question demeurante, et qui doit être tranchée politiquement au vu des éléments apportés par le projet InTerESanT, est celle concernant une étape intermédiaire passant par une fusion partielle soit limitée à trois ZOAST (Tourval, Momau, MRTW), soit en deux grandes entités basées sur les régions françaises.

Fiche 6 – Enjeux de gouvernance (et principes de bonnes coopération)

Lors de la création des ZOAST, conformément à la convention, des Comités de suivi ont été installés dans chacune d'entre-elles pour accompagner les dispositifs créés et assurer la bonne coopération transfrontalière.

Chaque Comité de suivi était présidé soit par le versant belge ou français. La fonction était occupée sur le versant belge par un organisme assureur signataire de la Convention (UNMS ou ANMC) et sur le versant français par l'Assurance Maladie ou les Agences Régionales de la Santé (CPAM ou ARS). Il se réunissait 3 fois par an.

Il se composait de tous les acteurs de terrain liés à/signataires de la convention tels que le personnel des établissements hospitaliers, les professionnels de santé, les organismes assureurs régionaux/locaux belges et français et l'ARS du territoire concerné.

Ces Comités de suivi avaient pour but de :

- Se pencher sur la bonne application des conventions, le suivi de celles-ci et la résolution de situations particulières,
- Se charger du volet communication de la coopération transfrontalière dans chaque ZOAST,
- Suivre l'évolution de chaque convention en fournissant annuellement à l'INAMI et aux instances nationales françaises les données récoltées auprès des établissements hospitaliers,
- Identifier les améliorations nécessaires sur base des données et des observations des acteurs de la santé concernés.

Ce sont là les principes de bonnes coopérations.

Aujourd'hui, six Comités de suivi, la ZOAST Littoral ne fonctionnant pas encore (il faudra d'ailleurs veiller à initier un Comité de suivi lors de sa mise en fonctionnement tout prochainement), continuent d'exister et de mener à bien leurs missions.

Cependant, il reste essentiel que l'ensemble des signataires des Conventions ZOAST s'impliquent pleinement dans ces Comités afin de renforcer la coopération frontalière déjà existante entre nos deux pays et de l'optimiser au regard des changements inhérents à toute société.

En plus de ces Comités de suivi, il serait peut-être bon de créer un lieu de concertation qui regrouperait une fois par an des représentants des différents Comités de suivi afin de tendre vers une approche globale et cohérente.

Cela permettrait d'uniformiser les procédures, d'échanger sur les bonnes pratiques, de mettre en lumière des problématiques similaires et d'en rechercher des solutions communes, de faire des liens entre les ZOAST, d'améliorer leur efficacité et surtout de tendre vers le traitement identique du patient ZOAST peu importe sa ZOAST.

Fiche 7 – Enjeux d’e-santé

Etat des lieux

L’essor de l’e-santé exacerbé par la pandémie du Covid-19

La pandémie de COVID-19 a permis une accélération du développement de l’e-santé partout dans le monde. Au début de la pandémie, en un mois, il y aurait plus de progrès en matière de télémédecine qu’en dix ans. Une cinquantaine de pays ont mis en place des outils pour prévenir la propagation du virus (suivi, prévision, et réponses). Un « boom » des téléconsultations fut observé.

La France a enregistré 4.5 millions de téléconsultations en avril 2020 alors qu’elle réalisait avant la pandémie, uniquement 40 000 actes en moyenne par mois. Que ce soit avant, pendant ou après la pandémie, la psychiatrie générale et la pédiatrie arrivaient en tête du classement du top 6 des consultations en médecine spécialisée, dans la région du Grand Est. Aussi, avant cette crise sanitaire 11 % des médecins pratiquaient la télémédecine contre 44 % pendant la crise.

En Belgique, le nombre de téléconsultations avec un médecin généraliste est passé de 1441 à 78 569 en mars 2020. Le nombre total de téléconsultation enregistrées entre mars et mai 2020 était de plus de 3.8 millions concernant ainsi environ 2 millions de patients.

Dans le monde, l’impact de la pandémie sur la santé numérique est remarquable. Il est constaté une augmentation de 79% des investissements en santé numérique entre 2020 (32 milliards) et 2021 (57 milliards). Les stratégies en la matière se développent de plus en plus, que ce soit à des niveaux nationaux comme internationaux. Et les investissements explosent : une prévision de doublement des investissements pourrait s’observer d’ici 2027 avec un investissement prévu de 551.09 milliards.

En coopération transfrontalière, on ne devrait pas échapper à cette tendance, d’autant plus que les bassins de vie transfrontaliers sont souvent considérés comme périphériques et propices à la désertification médicale. En effet, la télémédecine serait considérée comme une des réponses à ce phénomène.

Par ailleurs, l’e-santé intègre complément l’usage des systèmes d’information. Leur utilisation entre les pays frontaliers permettrait un meilleur partage d’information (flux de patients et activités concernées) entre les entités concernées, gages de transparence et d’efficience. Partager les données de santé de façon sécurisée entre les professionnels concernés permettrait également de faciliter la continuité de la prise en charge des patients dans leur parcours de soin transfrontalier.

En 2017, la frontière franco-belge, le forum annuel de l’Observatoire franco-belge de la santé portait sur le thème « E-santé, enjeux et défis transfrontaliers ». La journée avait permis de partager les connaissances en e-santé des experts identifiés entre la France et la Belgique, voire de penser à la mise en place de systèmes interopérables entre la France et la Belgique, permettant de faciliter la prise en charge des patients qui ont l’habitude de se faire soigner en France et en Belgique. Mais l’idée était audacieuse, dans la mesure où le dossier médical partagé n’était pas encore suffisamment établi en France en comparaison de la Belgique. Même si en janvier 2022, les autorités françaises ont pu lancer officiellement « Mon espace santé » pour les citoyens français. Les contraintes techniques liées aux systèmes d’information non

interopérables sont nombreuses, auxquelles doivent s'ajouter des considérations réglementaires et éthiques.

Evolutions propices à la coopération sur le numérique en santé, en Europe

Récemment l'Agence du numérique en santé s'est penchée sur la question dans le cadre de la Présidence française du Conseil de l'Union européenne (PFUE). Les travaux ont permis de développer plusieurs principes éthiques européens pour le numérique en santé. Cette présidence a permis d'organiser des débats et échanges sur la coopération transfrontalière pour le numérique en santé et de rappeler que l'interopérabilité et la sécurité des données représentent des défis majeurs au sein de l'Union européenne à commencer par les espaces transfrontaliers.

Précisons également que sur cette même période, le 3 mai 2022, la commission européenne a présenté son projet règlement pour l'espace européen des données de santé (EHDS). Ce règlement a pour objectif de « fournir des règles, des normes et pratiques communes, des infrastructures et un cadre de gouvernance pour les données de santé électroniques pour les soins de santé, la recherche, l'innovation et l'élaboration des politiques ».

Exemples de développement de l'e-santé dans nos bassins de vie transfrontaliers franco-belges

Les conclusions du projet Health in smart rurality (HIS2R), mené par plusieurs opérateurs belges et français confirment que les besoins pour les patients isolés en zones transfrontalières sont importants et la télésurveillance (voire la télémedecine) peut être envisagée comme un dispositif intéressant pour le suivi de patients fragiles présentant des pathologies chroniques.

Par ailleurs, le projet conclut que le partage de données de santé de façon sécurisée entre la France et la Belgique est nécessaire et pourrait optimiser les parcours de soins des patients transfrontaliers. Mais seuls des systèmes d'information reconnus et interopérables pourront répondre à cet enjeu. Une bonne connaissance des acteurs de part et d'autre de la frontière et une volonté politique avec la mise en place d'un accord bilatéral sur le sujet, seront les points de départ pour entamer de tels travaux.

En matière de e-santé transfrontalière, un autre exemple apparaît comme intéressant à exploiter : le portail ZOAST ou autrement appelé portail « COPESAN-T ZOAST » pour la coopération transfrontalière franco-belge. Cet outil est utilisé depuis 14 ans par certains établissements sanitaires signataires des conventions ZOAST. Ainsi, il donne la possibilité, aux équipes administratives belges, de lire la carte vitale des patients Français pris en charge dans certains hôpitaux belges, et de faire le lien entre les organismes assureurs belges et français pour permettre une autorisation automatique de prise en charge, sans avance de frais ou démarches spécifiques de la part des patients. L'outil permet ainsi, du même coup, de produire des statistiques sur les passages des patients français et belges dans ces zones. En 14 ans, plus de 215 000 affiliations enregistrées à travers le dispositif ont ainsi représenté un peu plus de 110 millions d'euros¹. Pour le moment, le portail ZOAST ne permet pas encore une analyse plus fine d'indicateurs spécifiques tels que les activités réalisées. Il serait toutefois intéressant d'aller plus loin avec cet outil, car il aurait l'avantage de donner beaucoup plus de visibilité sur les flux de patients dans ces zones transfrontalières et constituerait une aide précieuse d'aide à la décision dans ce type de coopération.

Fiche 8 – Enjeux de financement

Les enjeux de la coopération en matière de Santé sont nombreux. On peut citer, l'harmonisation de l'offre de soins et des services de santé, l'utilisation plus rationnelles des infrastructures, la mise en réseau des prestataires. Historiquement cette coopération s'est centralisée sur les études sur les cadres législatifs relatif à l'accès aux soins dans la zone frontalière franco-belge, puis à la mise en œuvre de complémentarités transfrontalières.

Les raisons de coopérer :

- Accompagner la mobilité transfrontalière des patients
- Assurer un meilleur accès aux soins pour la population frontalière
- Offrir une meilleure qualité de l'offre de soins
- Profiter de la proximité des structures de soins de l'autre côté de la frontière
- Proposer une offre de soins plus complète
- Mutualiser les équipements existants
- Faire des économies d'échelle et répondre au contexte global de restriction des dépenses publiques en Europe
- Acquérir des équipements innovants ou coûteux (prendre en compte un bassin de soin transfrontalier)
- Maintenir des installations ouvertes (bassin de soin transfrontalier)
- Répondre aux urgences (catastrophes, accidents, etc.)

Au niveau financier, il est difficile de comparer les données. En effet, le montant financier des soins de santé, sont variables et tributaire du type de soins réalisés.

Si le flux d'un versant vers l'autre ne se fait que dans le domaine des hospitalisations, le montant imputé sera inévitablement beaucoup plus élevé que si le flux ne se concernent que sur des soins de consultations qui à la base sont très fortement inférieurs.

Dans le cadre de la convention Transcard, future Zoast Thiérache, le montant des dépenses était similaire de part et d'autre de la frontière : peu de patients belges mais pour des hospitalisations et plus de patients français pour des consultations.

Techniquement, il est très difficile de comparer la nomenclature et pseudo nomenclature des prestations de santé (Belgique) avec la classification commune des actes médicaux (CCAM), la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), et la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP) et aux bases des médicaments (France).

Lors de la création des zoast, des groupes de travail se sont penchés sur des comparaisons partielles sur certains types de prise en charge, et aucune différence extrême ou dans un seul sens n'est apparue entre les factures belges et françaises. Une comparaison sur toutes les pathologies et à chaque modification des législations est difficilement réalisable et nécessiterait le déploiement financier et humain important.

A ce jour, comme base de comparaison, un relevé des dépenses de l'assurance maladie est comptabilisée pour les patients français venant en Belgique et les patients belges allant en France. Chaque montant étant rembourser à l'autre Etat membre via l'utilisation du formulaire E125.

La mise en œuvre de cette coopération transfrontalière en matière de santé nécessite l'implication de moyens humains au sein de l'ensemble des opérateurs (Etablissements Hospitaliers, Organismes Assureurs, Instances nationales, mais également l'OFBS en tant que chef de file ce projet) mais également de moyens techniques (Réalisation du portail par la MGEN et cartographie).

Il conviendrait de pérenniser le financement tant le développement et la mise à jour de la cartographie (y compris la mise en œuvre d'une cartographie à destination des professionnels de santé) que le développement du portail.

Fiche 9 – Prise en Charge des Transports

État des lieux

En Belgique, le transport pour raison médicale des patients français n'est pas pris en charge.

La facturation et la tarification Belge diffère de celle pratiquée en France.

En France, les transporteurs doivent être conventionnés pour donner droit à un remboursement.

Dans ce cadre l'organisme assureur français met à disposition des établissements des formulaires de prescription et d'entente préalable de transport afin d'en faire la demande conformément à la législation française.

De ce fait, dans le cadre de la convention ZOAST, le recours à un transporteur français est obligatoire (pour une prise en charge des transports remboursables dans le cadre des prestations légales).

La configuration du territoire, l'offre de transporteurs français ne permettent pas toujours d'appliquer cette règle.

De ce fait, les établissements belges, doivent recourir à un transporteur belge ce qui génère une facturation par le transporteur belge au patient.

Cette facturation ne peut donc être prise en charge dans le cadre des prestations légales ce qui génère une incompréhension et des réclamations des assurés sociaux.

Liste des transports pour lesquels la prise en charge est problématique :

- Transports effectués par des transporteurs belges.
 - Transports inter-établissements ZOAST,
 - Transports vers établissements Hors ZOAST (en l'absence de S2),
 - Transport retour hospitalisation au domicile du patient
- Transports en urgence (dont en hélicoptère).

Objectifs

Permettre et faciliter la prise en charge financière des transports pour motif médical dans les territoires des ZOAST.

Conventionnement de Transporteurs belges

Proposer à des transporteurs Belges de la ZOAST concernée (dont la tarification est différente de celles pratiquée en France) d'être conventionnés avec les organismes financeurs français sur la base d'un tarif acceptable pour les 2 parties et ce afin de les autoriser au transport des patients français en tant que de besoin (indisponibilité d'un transporteur français, urgence, ...)

Mise en place d'un financement des transferts inter-établissements autorisés par la convention selon le principe de l'article 80 en France.

Financer les transports secondaires inter établissements via l'attribution d'une enveloppe budgétaire de type MIGAC en France à partir d'une évaluation du nombre et du coût des transports réalisés sur l'exercice précédent.

Freins et leviers

Freins

- ❖ Réglementation / Tarification
- ❖ Budget disponible
- ❖ Démarches Administratives
- ❖ Obligation de recours à un transporteur français (Convention ZOAST)
- ❖ Disponibilité de la volumétrie et coûts des transports réalisés par les transporteurs belges

Leviers

- ❖ Modification de la convention ZOAST
- ❖ Modification de la convention AMU
- ❖ Intégration des données liées aux transports dans le portail (Type de transports réalisé, Prescription médicale / EP, Identification du transporteur)

Fiche 10 – Etablissements de Recours

État des lieux

Les conventions ZOAST ne prévoient pas des établissements de recours pour chacun des établissements signataires de la convention.

Pour les conventions ZOAST où les établissements de recours sont évoqués en Comité de Suivi, soit ces derniers ne sont pas identifiés (quels sont les établissements de recours et quelles spécialités sont concernées ?), soit ils le sont mais ne correspondent pas à l'offre de soins actuelle (qui a évolué depuis la mise en œuvre des ZOAST).

En effet, l'architecture des établissements signataires a évolué (restructurations, élargissements des plateaux techniques, évolution de l'offre de soins...).

Par exemple, lors de transferts en urgence, l'établissement oriente le patient vers l'établissement le plus proche pratiquant la spécialité dont il a besoin (qui n'est pas forcément identifié comme établissement de recours dans la convention ou qui se situe hors ZOAST).

Cela peut être également le cas pour des transferts programmés (réseau du professionnel de santé) qui engendrent des formalités administratives (S2) qui ne sont pas toujours réalisées.

Les modalités de prise en charge financière par les Organismes Assureurs (OA) concernant les établissements de recours ne sont pas clairement définies (facturation à l'établissement orientant le patient ? Facturation directe à l'OA ?)

Objectifs

- Mettre à jour les conventions ZOAST pour tenir compte des évolutions de l'offre de soins
- Mettre à disposition des professionnels de santé les informations et les outils nécessaires à une orientation efficiente vers un établissement de recours permettant au patient de conserver le bénéfice des accords ZOAST ou si possible d'être transféré vers un établissement de son territoire de résidence.
- Clarifier les modalités financières de facturation des établissements de recours et uniformiser les pratiques

Définir les modalités de recours à un établissement hors ZOAST

Autoriser un établissement de la ZOAST ne pouvant pas réaliser les soins nécessaires à orienter le patient vers l'établissement disponible le plus proche (notion d'urgence).

Faciliter la facturation de l'établissement de recours selon les mêmes principes que pour un établissement ZOAST (facturation à l'établissement d'origine, intégration des établissements de recours dans le portail ZOAST)

Adaptation de la cartographie aux besoins des Professionnels de santé

La cartographie doit intégrer les spécialités de chaque établissement afin de permettre la meilleure orientation possible du patient.

Freins et leviers

Freins

- ❖ Conventions non réactualisées
- ❖ Manque de coordination inter établissements (connaissance de l'offre de soins)
- ❖ Non prise en compte de la notion d'urgence pour les transferts
- ❖ Méconnaissance et lourdeur des formalités administratives lors d'un transfert prévisible

Leviers

- ❖ Réactualisation des Conventions
- ❖ Prévoir une procédure particulière pour les urgences
- ❖ Enregistrer les transferts dans le portail

Fiche 11 – Intégrer une Coopération Médico-Sociale dans les ZOAST

État des lieux

Selon les chiffres recensés par l'Assurance Maladie au 31/12/2020, 23 établissements pour enfants et 171 établissements pour adultes bénéficient d'une convention franco-belge dans le domaine du médico-social.

Pour la plupart, les établissements concernés ne sont pas dans les ZOAST. Ces placements concernent essentiellement des ressortissants français qui sont placés en Belgique.

Dans ce contexte, le moratoire Français sur le placement vers la Belgique du 28 février 2021 a figé la capacité d'accueil du secteur adulte à hauteur de la capacité occupée à cette date.

La coopération pour l'accueil des Français en situation de handicap en Wallonie est régie par l'accord cadre franco-wallon du 21 décembre 2011. Il prévoit notamment la possibilité pour les autorités françaises compétentes (ARS Hauts-de-France et CPAM de ROUBAIX-TOURCOING) de conventionner avec chacun des établissements wallons. Une telle démarche a été mise en œuvre en 2015 pour les établissements accueillant des enfants (ce qui permet aujourd'hui un capacitaire conventionné à environ 1500 places).

La LFSS de 2020 a prévu la mise en place d'un conventionnement par l'ARS Hauts de France et la CPAM de ROUBAIX-TOURCOING avec les établissements wallons accueillant des adultes orientés en MAS ou FAM. Elle a également élargi le périmètre de financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dès lors que l'établissement est conventionné avec l'Assurance Maladie.

On peut donc constater une coopération active dans ce domaine, soutenue financièrement par les institutions compétentes.

Cela représentait au 31 décembre 2019 :

- 8233 personnes en situation de handicap accueillies en ESMS wallons (6820 adultes et 1413 enfants)
- 250 millions d'euros de dépenses pour l'Assurance Maladie

La problématique rencontrée dans ce cadre concerne les frais de santé engagés en médecine de ville, en dehors des soins financés au sein de l'établissement. La question se pose de la législation applicable, à savoir l'application du règlement européen qui peut poser un problème par exemple de soins non pris en charge au titre de la Carte Européenne d'Assurance Maladie.

Objectifs

- Faciliter la prise en charge des soins des personnes placées
- Faciliter le suivi des flux financiers
- Informer les acteurs compétents (ex. MDPH, Etablissements médico-sociaux conventionnés) de la réglementation européenne sur la prise en charge des soins.

Mutualisation de la gestion des personnes placées en Belgique par une caisse unique

Redéfinir la résidence administrative des personnes placées pour le service des prestations de santé (afin de faciliter la détermination de la législation applicable lors des demandes de prestations) pour regrouper et faciliter la gestion par une CPAM « pivot » (au même titre que pour le circuit de prise en charge des placements).

Créer un portail d'échanges administratifs sur un mode similaire au portail ZOAST existant

Limiter les erreurs administratives

Assurer un suivi statistique

Suivre la facturation

Freins et leviers

Freins

- ❖ Question de la réglementation applicable pour les soins de ville
- ❖ Démarches Administratives
- ❖ Multiplicité des Intervenants
- ❖ Coûts

Leviers

- ❖ Intégration des Etablissements Médicaux Sociaux à la Cartographie ZOAST afin d'en donner une meilleure visibilité
- ❖ Proposer une simplification administrative au même titre que pour les établissements de la ZOAST (caisse pivot, outil de gestion informatisé)

Fiche 12 – Enjeux de santé mentale

Généralités

À ce jour, les conventions ZOAST ne comprennent pas les établissements sanitaires de santé mentale, excluant de fait les soins psychiatriques pour une majorité d'habitants frontaliers. En effet, le nombre de places et lits disponibles en psychiatrie dans les établissements hospitaliers des sept ZOAST est extrêmement limité : 777 en psychiatrie générale (index A et T en Belgique), et 132 en psychiatrie infanto-juvénile (index K en Belgique, voir le détail des places et lits ci-après, cf. *tableau 1*)³. Considérant une population totale de près de 5 millions d'habitants sur l'ensemble des ZOAST, cela fait donc un ratio de **18 places/lits pour 100.000 habitants, bien en deçà des chiffres nationaux français et belges**. Ainsi, en France, « la densité nationale moyenne d'équipement en lits et places pour la prise en charge à temps complet ou partiel, hors ateliers thérapeutiques, est de 133 pour 100 000 habitants en 2020 »⁴. En Belgique, la densité est encore plus importante avec 190 places/lits pour 100.000 habitants⁵. On y note par ailleurs que de 2011 à 2018, chaque année, entre 1.300 et 1.500 séjours d'hospitalisation en service psychiatrique concernent des patients résidant hors Belgique⁶.

La seule inclusion d'établissements psychiatriques frontaliers permettrait de remédier à ce manque de place. À titre d'exemple, l'inclusion de deux établissements déjà impliqués *de facto* dans la coopération transfrontalière, le CHP Chêne aux Haies (Mons, ZOAST Momau) et le CH Belair (Charleville-Mézières, ZOAST Ardennes), permettrait de bénéficier de 521 places/lits supplémentaires pour les adultes, et de 62 places/lits pour les enfants.

Si de son côté le CH Belair participe depuis plusieurs années à divers projets INTERREG (OS3PG, PSICOCAP...), le CHP Chêne aux Haies est pour sa part impliqué indirectement dans les ZOAST. En effet, plusieurs patients français ont pu être adressés à ses services après un passage préalable dans un hôpital général belge signataire de la convention. L'inclusion d'établissements psychiatriques permettrait donc également de **renforcer les liens entre soins somatiques et psychiques, et faciliter le parcours du patient**. En effet, les personnes ayant besoin de soins psychiatriques ont aussi souvent besoin de soins somatiques (vieillesse accélérée, maladies chroniques...) et il semble incohérent aujourd'hui de permettre à une personne de se faire soigner de l'autre côté de la frontière pour l'un mais pas pour l'autre. De plus, les traitements médicamenteux prescrits sur chaque versant peuvent parfois s'avérer incompatibles.

Pédopsychiatrie

Actuellement, le nombre de places et surtout de lits disponibles en pédopsychiatrie dans le cadre ZOAST se révèle à la fois très faible et très localisé. Ainsi, les 105 places sont réparties entre quatre établissements français : le CHU de Lille (28 places), le CH de Valenciennes (30 places),

³ L'index A correspond au « service neuropsychiatrique d'observation et de traitement de malades adultes » ; l'index T au « service neuropsychiatrique de traitement de malades adultes » ; et l'index K au « service neuropsychiatrique d'observation et de traitement d'enfants ».

⁴ TOUTLEMONDE F., *et al.*, « Les établissements de santé », in Panoramas de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), édition 2022, p. 108

⁵ Chiffres 2022 du SPF Santé Publique, disponibles sur <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/partage-de-donnees-de-sante/institutions-de-soins> (consulté le 09/11/2022).

⁶ Données IWEPS, 2022

le CHSA de Maubeuge (15 places), et le CH de Verdun (32 places). Quant aux 27 lits, on ne les retrouve que dans deux établissements : le CHU de Lille (19 lits) et le CH de Verdun (8 lits).

Encore plus que pour la psychiatrie générale, il y a donc une urgence à **développer des solutions d'hospitalisations pédiatriques** en particulier dans le cadre des ZOAST. Pour reprendre l'exemple du CH psychiatrique Belair, sa seule inclusion dans le dispositif permettrait l'ajout à l'offre de soin de la ZOAST Ardennes de 45 places en hospitalisation de jour et de 8 lits en hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile.

Échange de bonnes pratiques

Par ailleurs, les projets OS3PG et PSICOCAP ont démontré la **complémentarité transfrontalière en matière de soins psychiques** : mêmes problèmes rencontrés, même esprit dans la recherche de solution... De plus, le volume critique se révèle plus important dans certaines zones frontalières délaissées parce que très rurales, dont le territoire de la ZOAST Ardennes, couvert par ces deux projets INTERREG FWV-V. Ces projets ont ainsi été une occasion pour les soignants de ces zones rurales d'entamer une **réflexion sur leurs pratiques**. Les opérateurs de PSICOCAP envisagent ainsi la possibilité de poursuivre ce projet en se penchant sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et l'impact de la ruralité.

Les professionnels de santé relèvent également l'intérêt pour les patients de ces échanges transfrontaliers leur offrant la possibilité d'un *time out* différent, dans une autre structure. Ainsi les patients du projet OS3PG ont manifesté un réel intérêt pour la découverte des établissements de l'autre versant. Ils continuent à se rencontrer épisodiquement et, lors des visites réciproques, ont manifesté leur appréciation des structures et personnes rencontrées. Le **renforcement de la coopération inter hospitalière** doit donc inclure les établissements psychiatriques, au bénéfice à la fois des professionnels et des patients.

Cela permettrait également aux professionnels de **se former à des protocoles parfois différents**. L'hospitalisation sous contrainte peut ainsi poser des difficultés aux urgentistes susceptibles d'intervenir de l'autre côté de la frontière (dans le cadre des conventions AMU), les protocoles variant d'un pays à l'autre.

Autres thématiques

Plusieurs professionnels alertent sur la problématique des urgences en psychiatrie, encore plus prégnante en zone rurale. La possibilité de **développer des hospitalisations d'urgence/rapides transfrontalières** en cas de nécessité doit être étudiée.

Enfin, une autre problématique à considérer est celle de l'**accès des personnes ayant un handicap psychique au service d'accompagnement sociale et d'insertion professionnelle** des deux côtés de la frontière.

ZOAST	Etablissement	Psychiatrie générale (Index A et T – Belgique)	Psychiatrie infanto-juvénile (index K - Belgique)
ZOAST Littoral	CH Dunkerque (FR)	-	-
	AZ West (BE)	30	-
	TOTAL	30	0

ZOAST MRTW-URSA	CHU de Lille (FR)	23 HDJ + 58 HC	28 HDJ + 19 HC
	Jan Yperman (BE)	30	-
	AZ Groeninge (BE)	67	-
	CH Mouscron (BE)	30	-
	TOTAL	208	47
ZOAST Tournai-Valenciennes	CH Valenciennes (FR)	64 HDJ + 126 HC	30 HDJ
	CHWaPi (BE)	30	-
	TOTAL	220	30
ZOAST MoMau	CHSA Maubeuge (FR)	16 HDJ + 80 HC	15 HDJ
	CHU Ambroise Paré (BE)	30	-
	TOTAL	126	15
ZOAST Thiérache	CH Fourmies (FR)	20 HC	-
	Belgique	-	-
	TOTAL	20	0
ZOAST Ardennes	France	-	-
	CHU UCL Namur (BE)	30	-
	TOTAL	30	0
ZOAST LorLux	CH Verdun (FR)	30 HDJ + 56 HC	32 HDJ + 8 HC
	CH Mont-Saint-Martin (FR)	19 HC	-
	Vivalia (BE)	30	-
	TOTAL	143	40
TOTAL LITS + PLACES TOUTES ZOAST		777	132

Tableau 1- Nombre de places et lits en psychiatrie par ZOAST. HC pour hospitalisation complète et HDJ pour hospitalisation de jour.

Professionnels consultés (opérateurs des projets OS3PG et PSICOCAP) :

- Jocelyn DELOYER, CNP Saint-Martin (Belgique)
- Dr François IHUEL, EPSM de la Marne (France)
- Richard MANIRAMBONA, IWEPS (Belgique)
- Patricia SCHNEIDER, CH Belair (France)
- Dr Véronique TELLIER (Belgique)

Fiche 13 – Enjeux de communication et de formation des professionnels de santé, et d’information des patients sur le fonctionnement des ZOAST et des soins à l’étranger

Les professionnels le reconnaissent eux-mêmes ; il faut améliorer la connaissance des ZOAST auprès des professionnels comme des patients et des élus locaux.

Concernant les professionnels, il est à noter qu’actuellement les enjeux transfrontaliers, ne sont pas intégrés à la grande majorité des parcours de formation, qu’il s’agisse de formation initiale ou continue. Pourtant, il est tout à fait envisageable de les y intégrer, sous la forme de modules courts, de séminaires, ou encore de visites de terrain. C’est par exemple ce qui a été proposé aux étudiants de l’Executive MBA Santé de Paris-Dauphine (formation continue) en 2022. À l’occasion d’un voyage d’étude à Lille et Bruxelles, ils ont pu rencontrer divers acteurs de la santé et notamment des représentants de l’OFBS et de ses membres qui leur ont présenté les ZOAST, ainsi que les divers enjeux liés au transfrontalier. Toutefois, tous les organismes de formation médicale et paramédicale (universités, écoles, instituts de formation en France ; universités et hautes écoles en Belgique) ne disposent pas des moyens (humains, financiers, ou simplement organisationnels) de mettre en place de tels moments d’échange. Cela implique que les acteurs de la santé transfrontalière soient proactifs afin de faire connaître les spécificités de leur territoire. En particulier auprès des établissements de formation installés en zone frontalière et dont les étudiants seront les plus à même de s’établir sur le territoire.

Un autre point important concernant les professionnels de santé est la méconnaissance du système des ZOAST en particulier, y compris par les professionnels de première ligne installés au sein de ces zones. Et ce malgré l’investissement des autorités de tutelle et organismes payeurs dans le fonctionnement des conventions les régissant. Deux besoins coexistent ; le développement de séances d’information générale sur le fonctionnement des ZOAST, et la création d’une cartographie de l’offre de soin et des plateaux techniques des ZOAST à destination des professionnels de première ligne afin qu’ils puissent connaître l’offre des deux côtés de la frontière et ainsi orienter leurs patients de la meilleure manière possible.

Concernant les patients des zones concernées, le système ZOAST n’est là encore pas toujours (bien) connu. Pour autant, il ne s’agit pas d’en faire une promotion à large échelle et sans distinction du lieu d’habitation, mais bien de limiter l’information en interne des territoires ZOAST. Celle-ci peut être assurée par les hôpitaux et organismes assureurs repris dans chaque convention, par la diffusion de brochures papiers, de la cartographie et du site internet du projet InTerESanT, ou encore par le biais de séances d’information. Les associations de patients locales, lorsqu’elles existent, sont à associer à ces communications grand public.

Enfin, il ne faut pas oublier les élus locaux, parfois mal informés des possibilités offertes par les conventions ZOAST pourtant au bénéfice de leur population. Plus de temps d’échange sont à organiser avec eux, par l’intermédiaire des autorités compétentes.

Sources

Rapport Module 3 - Rapports Module 4 - Rapport module 5

[CPAM des Ardennes, L'essor de la téléconsultation en France pendant la crise sanitaire, Forum annuel de l'Observatoire franco-belge de la santé 2020, « La crise du Covid-19 et les pratiques transfrontalières en santé : impacts et perspectives », 15/10/2020. https://www.ofbs.org/evenements/forum-sante-transfrontalier-2020/](https://www.ofbs.org/evenements/forum-sante-transfrontalier-2020/)

[GNIUS, Retour sur l'étape de Strasbourg du Tour de France de la SASN, 06/07/2022, https://gni.us.esante.gouv.fr/fr/a-la-une/actualites/retour-sur-letape-de-strasbourg-du-tour-de-france-de-la-sasn](https://gni.us.esante.gouv.fr/fr/a-la-une/actualites/retour-sur-letape-de-strasbourg-du-tour-de-france-de-la-sasn)

[Mutualités Chrétiennes en Belgique, Evolution des pratiques en temps de crise - L'essor des téléconsultations, Forum annuel de l'Observatoire franco-belge de la santé 2020, « La crise du Covid-19 et les pratiques transfrontalières en santé : impacts et perspectives », 15/10/2020. https://www.ofbs.org/evenements/forum-sante-transfrontalier-2020/](https://www.ofbs.org/evenements/forum-sante-transfrontalier-2020/)

Observatoire de la e-santé dans les pays du Sud, 6ème conférence de l'observatoire de la santé dans les pays du sud, Capitaliser sur l'innovation en santé, édition 2022, Toulouse et vidéo en ligne, 1/07/2022. <https://youtu.be/ft3-WtNCrP0>

Site internet du projet INTERREG HIS2R. <https://www.his2r-interreg.eu/>

THORIGNY Maxime, Thèse sur « Le déploiement de la télémédecine en France : de la définition d'une politique nationale à sa mise en œuvre territoriale : une analyse institutionnaliste », Université de Reims Champagne-Ardenne, Ecole doctorale sciences humaines et sociales (555), soutenue le 15/03/2021.

Conférence internationale Santé et coopération transfrontalière : Enjeux et perspectives 5 juin 2014 Oradea - MOT

<https://www.europe-en-france.gouv.fr>

Convention ZOAST - Convention AMU

Site Internet du projet InTerESanT

Communication de la commission au conseil et au parlement européen (Stimuler la croissance et la cohésion des régions frontalières de l'Union européenne) - COM (2017) 534 final du 20.9.2017

Assemblée Nationale – Résolution pour une coopération hospitalière transfrontalière effective – 25/11/2021

Rapport de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et social européen et au comité des régions (Les régions frontalières de l'UE : des laboratoires vivants de l'intégration européenne)

COM (2021) 393 final – 14/07/2021

Rapport d'information du Sénat – Session Ordinaire 2016-2017 – Rapport 218

Rapport Piveteau – Juin 2014

Site Internet de l'OFBS



AVEC LE SOUTIEN DU FONDS EUROPÉEN DE DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL