



LES ZONES ORGANISÉES  
D'ACCÈS AUX SOINS  
TRANSFRONTALIERS : ETUDE  

---

DE FAISABILITE

# Table des matières

---

Introduction.....	2
Fiche 14 – Place de la coopération transfrontalière en Belgique et en France.....	3
Fiche 15 – Le rôle de l'OFBS - Acteurs des espaces d'échanges .....	5
Fiche 16 – Renforcer le dialogue entre hôpitaux français et belges.....	6
Fiche 17 – Les Coopérations inter-hospitalières .....	7
Fiche 18 – Mobilité des professionnels et étudiants .....	9
Fiche 19 – Mise à jour des conventions actuelles .....	11
Fiche 20 – Élargissement des ZOAST aux autres structures de soin.....	13
Fiche 21 –Santé mentale .....	15
Fiche 22 – Information des Professionnels de Santé .....	17
Fiche 23 – Formulaire S2.....	19
Fiche 24 – Développements numériques du portail COPESAN-T ZOAST. ....	21
Fiche 25 – Carte de personnel d'établissement.....	23
Fiche 26 - Intégration du régime complémentaire d'assurance maladie français dans les conventions ZOAST.....	25
Fiche 27 - Résumé des freins organisationnels et politiques .....	27
Sources et personnes sollicitées pour la rédaction .....	28

# Introduction

---

**Sur la base des travaux réalisés lors de la rédaction de l'Etude d'opportunité, il s'agissait de formaliser des recommandations précises notamment des propositions de pistes d'innovations techniques, stratégiques et/ou organisationnelles comme l'élargissement des mandats des ZOAST en tant que tels et/ou proposition de nouvelles méthodes de coopération complémentaires.**

**De manière plus structurelle, l'étude de faisabilité cherche à établir les conditions optimales de pérennisation et les possibilités d'évolution de la coopération transfrontalière franco-belge en santé.**

**Elle vise à identifier les conditions juridiques, administratives et financières de cette évolution, en s'appuyant sur des partenaires et dynamiques existantes.**

# Fiche 14 – Place de la coopération transfrontalière en Belgique et en France

---

## Etat des lieux

En Europe, chaque Etat membre est compétent pour organiser et financer librement sa politique et son système de santé.

**En Belgique**, cette politique est décidée au niveau fédéral et régional. La promotion de la santé dépend quant à elle exclusivement de chaque région.

En Wallonie, sa gestion est assurée par l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ).

La plupart des coopérations transfrontalières belges émanent d'institutions locales, proche de la réalité du terrain et des problèmes existants.

Cela est également le cas en matière de santé. Elles sont, le plus souvent, le fruit de concertation entre les professionnels de la santé/les établissements hospitaliers, et les organismes assureurs afin d'apporter une réponse aux besoins spécifiques des populations de la région frontalière.

De ces concertations locales naissent une proposition d'accord de coopération transfrontalière.

Cette dernière est alors présentée à tous les organismes assureurs belges au niveau national via le CIN Europe et le CIN Conventions Internationales qui examinent si cette proposition répond aux exigences légales européennes et belges en vigueur, et si elle est techniquement applicable.

Si tel est bien le cas, elle est ensuite soumise à la validation du CIN Politique et ensuite présentée par l'INAMI à l'approbation du Comité de l'assurance, composé de représentants des organismes assureurs, des professionnels de la santé, des partenaires sociaux, d'un commissaire du gouvernement, ...

Les Conventions ZOAST ont pu aboutir (ou pour certaines être confirmées) grâce à l'Accord-cadre Franco-Belge de coopération sanitaire du 30/09/2005 et ont toutes suivi ce même parcours au niveau belge entre 2008 et 2015.

Les acteurs belges signataires de ces Conventions sont les organismes assureurs et les établissements hospitaliers.

**En France**, un cadre légal est respecté.

Il s'appuie sur l'article L 332-3 du Code français de la Sécurité Sociale, l'article 136 de la loi coordonnée belge relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994, l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière du 30 septembre 2005, ratifié par le Parlement français le 3 octobre 2007 et publié au Journal officiel de la République française le 24 avril 2011, ratifié par le Parlement belge le 9 février 2009 et publié au Moniteur belge le 18 février 2011 suite aux ratifications des Communauté flamande, Communauté française et Région wallonne. Mais également sur l'arrangement

administratif général entre le Ministre français de la Santé et de la protection Sociale et le Ministre belge des Affaires Sociales et de la Santé Publique relatif aux modalités d'application de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique relatif à la coopération sanitaire transfrontalière du 30 septembre 2005.

Une note d'opportunité est rédigée par l'ARS HDF ou GRAND EST vers l'Assurance Maladie représentée par la CPAM de Roubaix Tourcoing afin de définir un champ d'application et de bâtir une convention définissant les conditions de prise en charge. Cette convention entre en vigueur après signature de l'ARS et de la CPAM de Roubaix Tourcoing pour l'ensemble des régimes Français.

De plus, au niveau franco-belge, il existe une Commission mixte dont la mission principale est de vérifier la correcte application de l'Accord-cadre Franco-Belge et de se prononcer sur les difficultés rencontrées lors de son application.

## Objectifs

**Plus grand investissement de la part des instances nationales.**

**Inclure davantage les coopérations frontalières dans la politique globale du pays.**

**Augmenter le soutien du national dans les coopérations frontalières.**

### Implication des instances nationales pour intégrer les coopérations transfrontalières dans leur politique globale

Comme ces accords émanent d'institutions locales, ils sont souvent oubliés de la politique globale du pays.

Or, ils apportent à leur échelle des solutions administratives et financières indispensables à des manquements sociétaux. Ces solutions nécessitent des moyens humains et financiers qui pourraient être mieux soutenus par la politique globale du pays si les instances nationales s'impliquaient davantage dans les coopérations transfrontalières pour mieux les appréhender et les y intégrer.

Cela est également le cas pour les Conventions ZOAST. En effet, leur développement s'inscrit dans une logique de faciliter l'accès aux soins des frontaliers tout en réduisant le coût des grands déplacements, et vise à simplifier les procédures administratives et financières dans le cadre de la coopération transfrontalière. Tout cela nécessite évidemment des moyens humains et financiers.

L'implication des instances nationales pourrait être réalisée via la Commission mixte de l'Accord-cadre en mettant en place une concertation annuelle visant à mieux cerner l'utilité et les besoins de ces Conventions ZOAST.

# Fiche 15 – Le rôle de l'OFBS - Acteurs des espaces d'échanges

---

## Etat des lieux

L'Observatoire Franco-Belge de la Santé (OFBS), avec son statut de Groupement Européen d'Intérêt économique (GEIE) a pour objectif principal d'améliorer l'accès des populations transfrontalières aux systèmes de soins, avec pour corollaire la réduction des surcoûts générés par le principe de la territorialité des prestations, et la réalisation d'économies d'échelle par une utilisation plus rationnelle des infrastructures et des équipements. C'est la raison pour laquelle dès sa création, l'Observatoire s'est investi, en qualité de chef de file dans les programmes Interreg. Lancés par la Commission Européenne à partir de 1992, ils visent à renforcer la cohésion économique et sociale au sein de l'Union Européenne (INTERREG I (1991-1993), INTERREG II (1994-1999) et INTERREG III (2000-2006) INTERREG IV (2007-2013)).

Pour rappel, pour favoriser le développement équilibré et harmonieux du territoire européen, les programmes Interreg soutiennent, via le Fonds Européen de Développement Economique Régional (FEDER), la coopération transfrontalière entre territoires contigus afin de développer des pôles économiques et sociaux transfrontaliers et des stratégies communes de développement territorial

La santé ayant été un des domaines d'actions prioritaires de ces programmes sur les versants France-Wallonie-Vlaanderen, notre structure s'en est emparée.

Ces investissements dans les programmes européens ont abouti, en collaboration avec ses membres (acteurs locaux de l'assurance maladie belge et française, et structures hospitalières), à la création des Zones Organisées d'Accès aux Soins (ZOAST) sujet de ce rapport.

Le rôle des membres de l'Observatoire est important au sein du fonctionnement journalier des ZOAST, à la fois pour l'organisation des comités de suivi des dites conventions, le travail journalier réalisé pour le fonctionnement des procédures administratives et financières que les conventions génèrent, les réponses aux différents articles des conventions tel que l'évaluation, mais aussi pour conserver une vision tournée vers le futur et les améliorations possibles à mener sur ce territoire transfrontalier.

Tout ce travail réalisé au quotidien doit être maintenu si pas renforcé afin d'assurer le mieux possible l'émergence de nouvelles coopérations qu'elles soient dans le domaine des soins de santé et plus particulièrement des conventions inter hospitalières mais aussi dans d'autres domaines tels que la prévention, la digitalisation de notre secteur, l'échange des données de santé, la mobilité des prestataires de soins tant lors de leurs études qu'une fois formés.

# Fiche 16 – Renforcer le dialogue entre hôpitaux français et belges

---

## Objectifs

Coopérer c'est travailler avec l'autre. Réciproquement, il s'agit de se comprendre : connaître les fonctionnements, les acteurs et les environnements respectifs.

Pour interagir au mieux dans l'environnement transfrontalier sanitaire, il est nécessaire de reconnaître nos différences systémiques et culturelles, sans se juger, et de s'accorder un peu de souplesse. C'est aussi faire preuve d'humilité que de sortir un peu de son cadre pour envisager une action, ou encore d'avoir une capacité à négocier. Coopérer c'est aussi respecter les réglementations et conventions existantes, aussi bien internationales, européennes, nationales, que locales. C'est donc respecter les règles et l'ordre interne des pays partenaires, faire preuve de diplomatie ou encore ne pas agir de façon unilatérale ou forcée. **Le meilleur outil est bien entendu le dialogue.** Outre le dialogue entre institutions et autorités, le dialogue entre professionnels de santé et équipes de direction des hôpitaux tant belges que français est primordial :

- Ces professionnels doivent connaître les conventions en vigueur et être capables d'appliquer des procédures spécifiques face à une situation dite transfrontalière,
- Les hôpitaux doivent ensemble être capable de faire des propositions d'amélioration des conventions en vigueur dans un intérêt commun,
- Pourraient être force de proposition et inclure dans leurs stratégies et projets d'établissement, la dimension transfrontalière propre à leur territoire,
- S'inscrire dans une dynamique de création de projets transfrontaliers à forte valeur ajoutée pour chaque versant, dans un objectif de partage des compétences et des moyens.

## Focus

Proposer des rencontres inter hospitalière franco-belges

S'assurer de l'opérationnalité des échanges qui conduiront à l'amélioration des coopérations

## Freins et leviers

### Freins

- ❖ Manque de connaissances/compétences du transfrontalier
- ❖ Peur comme toujours

### Levier

- ❖ Formation/communication

## Fiche 17 – Les Coopérations inter-hospitalières

---

### Etat des lieux

Ce type de coopérations apporte **des avantages directs**, à savoir leurs objets : maintien de spécialisations, mutualisations d'équipements et de plateaux techniques, échanges de pratiques, attractivité pour les professionnels de santé, ... Mais elles offrent également de nombreuses **plus-values indirectes**.

Ainsi, les coopérations fonctionnelles au moment du déclenchement de la pandémie du COVID 19 ont permises aux établissements de gérer aux mieux l'aide entre les équipes, de part et d'autre des frontières. En effet, des soignants qui connaissent leurs homologues de l'autre versant, qui connaissent les locaux, les protocoles, les patients, ... peuvent aisément, en cas d'urgence, aider le voisin.

Malgré les nombreuses bonnes volontés qui se sont manifestées pendant la crise, rares ont été les médecins, infirmiers, etc. qui ont pu être accueillis dans d'autres établissements frontaliers : ça n'est pas en situation d'urgence que les titulaires, déjà débordés, peuvent accompagner des collègues dans la découverte des lieux et des conditions d'exercice, ils ont besoin de personnels immédiatement opérationnels.

Sur des territoires de santé très opérationnels que sont les ZOAST, la pertinence de ce type de coopérations pourrait paraître superflue. Or, les coopérations entre établissements, gages d'échanges réguliers entre les équipes offre **des avantages certains quant à la cohérence et au suivi des parcours de soins**. A noter que les procédures ZOAST qui concernent les établissements de recours entraîne parfois le retour de patients vers leur pays de résidence. De ce point de vue également, les coopérations et la bonne connaissance des hôpitaux voisins est **un gage d'efficacité dans la bonne application des conventions ZOAST**.

### Objectif

**Accompagner et pérenniser les coopérations transfrontalières entre hôpitaux.**



## Mise en place d'une plateforme technique

**Mise en place d'une plate-forme technique permettant de rendre disponible des compétences techniques et de favoriser la mise en réseau des acteurs potentiels de tels accords.**

Pour ne démultiplier les acteurs et les coûts, cette mission pourrait être confiée à l'OFBS et sa mise en place pourrait faire l'objet d'un accompagnement par INTERREG.

## Renforcement du dialogue inter-hospitalier

**Mise en place d'organes de discussion entre directions hospitalières et entre professionnels de santé**

Intégrer ces organes aux Zoast, en parallèle de la tenue des Comités de Suivi, afin de proposer aux professionnels un lieu d'échange plus axé sur des problématiques administratives ou médicales, que financières.

## Freins et leviers

### Freins

- ❖ Cadres juridiques nationaux prégnants
- ❖ Non prise en compte du fait transfrontalier dans les réformes de l'offre de soin et de son financement

### Leviers

- ❖ Volonté et relations interpersonnelles des acteurs
- ❖ Projets de coopération spécifiques débouchant ensuite sur des conventions

## Fiche 18 – Mobilité des professionnels et étudiants

---

### Etat des lieux

Malgré la mobilité permise aux patients par les conventions ZOAST, il est à noter que les professionnels de santé ne bénéficient que peu voire pas de celle-ci. Cette « **sédentarité** » **des professionnels de santé** entrave les avancées de la coopération sanitaire transfrontalière, au détriment de la prise en charge des patients et de soins de qualité. Elle est fortement marquée par des **obstacles administratifs et juridiques divers**, tels que (1) l'identification des interlocuteurs ; (2) la complétion des dossiers ; (3) la reconnaissance des diplômes ; et (4) la longueur et l'imprévisibilité des dossiers\*.

Si ces obstacles sont particulièrement prégnants pour les professionnels libéraux, ils sont également rencontrés par les établissements de formation (difficultés d'équivalence entre les cursus, mais aussi dans la dénomination des titres et des actes prestés sur l'autre versant).

De manière générale, c'est un certain **manque de culture commune** qui persiste encore aujourd'hui. Ainsi, les formations délivrées aux professionnels de santé n'abordent que peu voire pas le transfrontalier et sont construites sur des référentiels nationaux, malgré une directive européenne commune ; les pratiques, mais aussi le vocabulaire employé (mots identiques aux définitions différentes, mots différents pour une même définition...) diffèrent parfois ; les colloques, formations, recherches, demeurent très souvent des événements diffusés au sein de communautés de pratique régionales ou nationales...

Pourtant, les conventions de coopération, dont celles des ZOAST, peuvent offrir un cadre idéal à la mobilité des professionnels de santé. C'est notamment le cas dans le secteur hospitalier, avec le **partage entre établissements français et belges de professionnels**, et en particulier de spécialistes, à l'instar de ce qui s'est développé entre les CH de Mouscron et Tourcoing (ZOAST MRTW-URSA).

*\*Pour le détail de l'état des lieux, se référer au rapport final d'expertise B-Solutions « Vers des procédures simplifiées pour les professionnels de santé », rédigé par P. Pupier, pour l'OFBS, 2021).*

### Objectifs

**Faciliter la mobilité des professionnels de santé.**

**Encourager la mobilité des étudiants en santé.**

## Mise en place d'un guichet unique

Dépasser les obstacles administratifs en centralisant les informations nécessaires à tout professionnel de santé souhaitant exercer sur l'autre versant ; interlocuteurs (dont contacts), pièces justificatives nécessaires et modèle de dossier, équivalence/reconnaissance des diplômes et passerelles entre les cursus français et belges pour les étudiants souhaitant se réorienter/faire une partie de leurs études dans l'autre pays.

Faciliter la liaison entre les professionnels et les ordres.

## Développement d'une culture commune

Mettre en place des actions de formation et de sensibilisation à la coopération transfrontalière, dont :

- Sensibilisation à la coopération transfrontalière en fin de cursus universitaire
- Facilitation des démarches administratives pour les étudiants en santé (intervention des Organismes Assureurs lors de la formation)
- Possibilité d'échanges universitaires dans le cadre des formations (stages, internats) (cf. fiche n° 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*).

Rédiger et rendre accessible un lexique franco-belge de la santé, reprenant l'ensemble des termes ambigus.

Centraliser et rendre facilement accessible les informations relatives aux colloques, aux cursus de formations et équivalences, à la coopération sanitaire transfrontalière, pour tous les étudiants, enseignants, et professionnels de santé.

## Freins et leviers

### Frein

- ❖ Multiplicité des acteurs impliqués dans le parcours de mobilité transfrontalière, avec des niveaux et une volonté d'information sur le sujet variés

### Leviers

- ❖ Des expérimentations aux résultats démontrés (guichet unique de la CPAM des Ardennes par exemple)
- ❖ Des échanges entre structures d'enseignement déjà existants (Identification du transporteur)

## Fiche 19 – Mise à jour des conventions actuelles

---

### Etat des lieux

Juridiquement, les ZOAST découlent de l'article 3 de l'Accord-cadre signé en 2005 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière. Cependant, les conventions ZOAST existent depuis le début des années 2000 et le terme de ZOAST lui-même depuis 2002.

Les sept ZOAST ont ainsi été **mises en place de 2008 à 2015**. Comme détaillé dans les précédents rapports, le contenu de ces conventions diverge grandement. On y retrouve notamment des **différences de définition des territoires et établissements concernés, ainsi que de certaines modalités pratiques de mise en œuvre. De plus, un écart est parfois constaté entre la réalité et le texte juridique** (communes oubliées sur le territoire de la convention, établissements non inclus ou au contraire inclus dans plusieurs ZOAST, etc.).

Tout cela complique grandement la comparaison de ces ZOAST et la définition de méthodes et outils communs, voire une éventuelle fusion.

*Pour le détail de l'état des lieux, se référer au rapport « Les Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers : état des lieux. Population, établissements, et fonctionnement, des sept ZOAST de la frontière franco-belge en mars 2022 », ainsi qu'au rapport d'opportunité.*

### Objectifs

**Mettre à jour les conventions.**

**Harmoniser les conventions.**

## Inclusion des éléments manquants (territoires, établissements)

Nécessité d'inclure les territoires frontaliers exclus des conventions et, pour le versant belge, d'inclure dans chaque territoire l'ensemble de l'offre hospitalière. À ce jour, cela concerne les hôpitaux généraux ; cependant, sur la décision commune de chaque versant, cela pourrait inclure également (et pour les deux pays) d'autres établissements comme les hôpitaux psychiatriques (*cf. fiche 12 "Enjeux de santé mentale"*) ou encore les polycliniques (sens belge) et maisons de santé pluridisciplinaires.

## Homogénéisation du contenu des conventions

S'accorder sur une homogénéisation des items suivants :

- Unité territoriale (commune, canton, arrondissement, département, territoire des caisses primaires...);
- Type de structures hospitalières incluses (publiques, privées)

Assurer la plus grande précision possible sur les :

- Niveau de définition du territoire (si choix du canton pour la France, joindre en annexe la liste des communes concernées, afin d'éviter toute confusion lors d'une possible réorganisation de ces cantons) ;
- Niveau des structures hospitalières (ajout des informations d'identification nationales : numéro d'agrément, numéro FINESS, numéro INAMI, adresse...);

Ajouter des paragraphes supplémentaires concernant :

- Les hôpitaux de recours ou de même réseau (en accord avec la législation belge) ;
- Les conventions particulières maintenues sur le territoire de la ZOAST (SIREA, convention dialyse...);
- Selon la volonté des deux versants, l'obligation de recourir à un seul et unique outil (portail COPESAN-T) afin de faciliter le suivi des prises en charge administratives et celui de la facturation.

## Fiche 20 – Élargissement des ZOAST aux autres structures de soin

---

### État des lieux

Les établissements de soins frontaliers identifiés dans les différentes conventions ZOAST sont en grande majorité des Centres Hospitaliers, à quelques exceptions (centres de rééducation fonctionnelle, centres de radiodiagnostic et de radiothérapie, et polycliniques de définition française, à savoir des établissements de soins privés).

Toutefois, au sein de la ZOAST Ardennes, des polycliniques, au sens belge du terme cette fois-ci, sont également incluses dans la convention. Parmi ces dernières, certaines sont rattachées exclusivement à une structure hospitalière. Ce n'est pas le cas du Centre de Santé du Namurois qui ne dépend d'aucune structure hospitalière particulière, mais est une association sans but lucratif (ASBL) dont l'objectif principal est de proposer à tous les patients à la fois des spécialités médicales et paramédicales au tarif conventionné. Il ne s'agit donc pas d'un conventionnement direct avec des médecins indépendants mais avec des structures (ASBL) regroupant un ensemble de prestataires de soins indépendants et délivrant des soins de premiers recours (ou soins primaires). En Belgique, peu de professionnels de la santé sont salariés ; ceux-ci sont principalement des indépendants rattachés à une structure hospitalière, à une polyclinique, ou à un cabinet privé.

Cette notion peut être comparée en France aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ces structures de proximité regroupent elles aussi plusieurs professionnels de santé libéraux mettant en œuvre un projet de santé commun et formalisé pour la population du territoire qui les concerne. La MSP exerce des activités de premier recours et, éventuellement, de second recours (qui ne peuvent être prises en charge par les médecins généralistes en raison de leur complexité : elles le sont alors par les médecins spécialistes).

### Objectif

**Améliorer le parcours de soin des patients en facilitant le lien ville/hôpital**

## Élargissement des ZOAST aux polycliniques et MSP

Se limiter dans un premier temps aux professionnels qui sont en association au sein de polycliniques (Belgique) ou de MSP (France). Les autorités devront déterminer si cette inclusion est conditionnée par la non-lucrativité de ces associations, ou non. Tout un travail d'identification des structures conventionnables devant être réalisé pour ce faire.

Dans un second temps, réfléchir au conventionnement de tous les prestataires du territoire le souhaitant, avec toutes les difficultés y afférant et en particulier la mise à disposition d'un système de « prise en charge – remboursement » simplifié des consultations à l'étranger (type de soins autorisés sans accord préalable selon le règlement européen).

## Construction de CPTS transfrontalières et inclusion aux ZOAST

Sur le principe français, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) transfrontalières seraient un collectif d'acteurs de santé de premier et second recours. Ces acteurs pouvant être des professionnels de santé de ville, libéraux ou salariés, d'établissements de santé, d'acteurs de la prévention ou de la promotion de la santé, d'établissements et/ou de services médico-sociaux qui, tous, souhaitent se coordonner sur un territoire transfrontalier pour répondre à une ou plusieurs problématiques identifiées en matière de santé.

## Freins et leviers

### Freins

- ❖ Des coordonnateurs de MSP / directeurs de polyclinique non formés aux enjeux du transfrontalier
- ❖ Des obstacles administratifs au déploiement d'un système de « prise en charge » transfrontalier simplifié, à l'ensemble des prestataires

### Leviers

- ❖ Des structures déjà incluses dans une convention ZOAST, sur lesquelles baser le modèle d'inclusion
- ❖ Des communautés de pratiques déjà existantes localement, quoique non formalisées

## Fiche 21 –Santé mentale

---

### État des lieux

Aujourd'hui, **la santé mentale n'est pas reprise spécifiquement dans les conventions ZOAST** ; seuls les hôpitaux généraux sont signataires de ces conventions, ce qui porte le nombre de lits/places disponibles en psychiatrie et accessibles à travers les conventions à seulement 18 pour 100.000 habitants. Cela **impacte les parcours de soins des patients**, qui doivent parfois différencier l'établissement où assurer leur suivi pour des soins somatiques et pour des soins psychiatriques.

Divers enjeux sont relevés par les professionnels de santé ; à savoir le développement de solutions d'hospitalisations pédopsychiatriques, la promotion de l'échange de bonnes pratiques entre professionnels et des coopérations inter-hospitalières, ou encore le développement de l'hospitalisation d'urgence transfrontalière.

*Pour le détail de l'état des lieux, se référer au rapport d'opportunité.*

### Objectifs

**Augmenter le nombre de places en psychiatrie accessible via le dispositif ZOAST ;**

**Améliorer le parcours de soin des patients**

#### Inclusion des établissements de santé mentale aux ZOAST

Recenser les besoins et coopérations déjà existantes hors dispositif ZOAST et, partout où cela revêt un intérêt, offrir l'opportunité aux établissements de santé mentale d'être intégrés aux conventions.



## Renforcement de la coopération transfrontalière hors ZOAST

Développer les projets INTERREG en santé mentale (à destination des professionnels de santé comme des patients)

Mettre en relation les établissements afin de renforcer la coopération inter-hospitalière (échanges de bonnes pratiques, time out pour les patients...)

Intégrer les acteurs de la santé mentale aux réseaux déjà existants lorsque cela n'est pas le cas (OFBS, stratégies transfrontalières territoriales...)

## Freins et leviers

### Freins

- ❖ Manque de lits sur le territoire, en particulier en pédopsychiatrie
- ❖ Manque de collaboration entre hôpitaux généraux et psychiatriques
- ❖ Protocoles et pratiques différentes (dont certaines interdites dans l'autre pays)

### Leviers

- ❖ Renforcer la connaissance mutuelle des acteurs et des pratiques
- ❖ Soutenir les projets INTERREG en santé mentale

## Fiche 22 – Information des Professionnels de Santé

---

### État des lieux

Lors de l'étude du fonctionnement des ZOAST, force a été de constater que les professionnels de santé ont des besoins en termes d'information sur l'offre de soins et les coopérations existantes. Afin de faciliter leurs pratiques, il est nécessaire que ceux-ci soient informés des **conventions existantes, de leur fonctionnement** (démarches administratives, droits des patients, particularités (migrants, transferts inter établissements...)), **et de l'offre de soins disponible de chaque côté de la frontière** informés des conventions existantes, de leur fonctionnement.

De la même façon, il est important que les patients eux-mêmes soient informés du dispositif ZOAST et de ses particularités.

Dans le cadre du projet InTerESanT, une cartographie interactive des ZOAST a ainsi été réalisée à destination des usagers pour leur permettre de trouver l'établissement de santé le plus proche de leur commune de résidence, tout en vérifiant leur éligibilité au dispositif. De plus, un modèle de brochure a été proposé aux différents Comités de suivi des ZOAST, afin d'harmoniser les informations communiquées au grand public.

Cependant, ces dispositions peuvent s'avérer insuffisantes. Si les patients concernés semblent bien informés du dispositif et de leur possibilité de se faire soigner de l'autre côté de la frontière sans demande de soin préalable, ils ne sont pas toujours au courant de l'ensemble de leurs droits en la matière, ainsi que des particularités concernant notamment les remboursements.

De plus, **au sein de certaines ZOAST, aucune communication n'a été faite concernant le dispositif auprès de la population et des patients**. Tout cela doit orienter les Comités de suivi des sept ZOAST vers la mise en place d'un plan de communication global, destiné à la fois au grand public et aux professionnels.

### Objectifs

**Faciliter l'orientation des patients par les professionnels de santé en leur mettant à disposition des outils d'information et de sensibilisation à la coopération transfrontalière en matière de santé.**

**Renforcer l'empowerment des patients en leur permettant de disposer facilement de toutes les informations concernant le dispositif ZOAST.**

## Adaptation de la cartographie à destination des professionnels de santé

Intégration de l'offre de soins dans la cartographie interactive :

- Plateaux techniques hospitaliers
- Etablissements médicaux sociaux
- Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et polycliniques (sens belge)
- Professions Libérales
- Communauté Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

## Formation/sensibilisation à la coopération transfrontalière

Mettre en place des actions de formation et de sensibilisation à la coopération transfrontalière, pour l'ensemble des professionnels de santé et en particulier ceux pratiquant dans les ZOAST, que ce soit au sein d'établissements ou comme libéral, dont :

- Sensibilisation à la coopération transfrontalière en fin de cursus universitaire
- Facilitation des démarches administratives pour les étudiants en santé (intervention des Organismes Assureurs lors de la formation)
- Possibilité d'échanges universitaires dans le cadre des formations et mise en place d'échanges confraternels entre professionnels de santé frontaliers.

## Mise à disposition de l'information auprès des patients

Maintenir voire renforcer ou mettre en place la communication des informations aux patients, sur tous les territoires concernés, par le biais :

- D'un site internet d'information générale et d'une cartographie (InTerESanT) ;
- De brochures papiers et numériques (disponibles sur les sites internet des établissements) propres à chaque ZOAST, accessibles via les établissements hospitaliers et Organismes Assureurs ;
- De la formation des professionnels d'accueil des établissements hospitaliers et d'Organismes Assureurs aux particularités du dispositif ZOAST.

## Freins et leviers

### Freins

- ❖ Difficulté à toucher les professionnels libéraux
- ❖ Des niveaux d'information du grand public hétérogènes selon les ZOAST

### Leviers

- ❖ Passer par les réseaux des institutions et Organismes Assureurs pour toucher les libéraux
- ❖ Un site internet général déjà en ligne (celui du projet InTerESanT)

## Fiche 23 – Formulaire S2

---

### **État des lieux** - Cette fiche vaut uniquement pour la France.

L'accord cadre Franco-Belge de coopération sanitaire du 30/09/2005 a permis la création des ZOAST (Zones Organisées d'Accès aux soins transfrontaliers).

Trois types de prise en charge sont alors possibles :

- La voie réglementaire 883/2004 (Classique)
- La jurisprudence KOHLL et DECKER (Directive)
- La prise en charge directe à tarif négocié (ZOAST)

L'arrêt KOHLL et DECKER (C-158/96 et C 120/95) établit que la procédure d'autorisation médicale préalable appelée S2 ou auparavant E112 permettant la prise en charge des soins médicaux et soins programmés reçus en dehors du pays de l'assuré constitue une entrave à la libre circulation des biens et des personnes et du libre choix des prestations et services.

Or, le S2 est justifié car il permet de prouver l'assurabilité du patient et donc de l'accord de remboursement qui en découle par le pays d'assurabilité du patient.

Selon la Cour de Justice Européenne, la préservation de l'équilibre financier des régimes de sécurité sociale, la protection de la santé publique, la qualité des soins et la protection des infrastructures médicales nous oblige à respecter le S2.

Dans ce cadre, l'utilisation d'un S2 dit administratif en lieu et place d'un S2 classique afin de faire la distinction entre des soins programmés et des soins relevant d'une ZOAST doit être réalisé sur le versant français.

En Belgique, cette distinction a été faite depuis la création des ZOAST. Les S2 administratifs ZOAST sont donc identifiables dans les bases de données belges.

### **Objectif**

**Mise à jour de l'outil ZOAST afin de nommer le S2, S2 ZOAST**

## Identifier le S2 ZOAST

Les ZOAST ouvrent une voie d'accès différente mais légitime à l'utilisation d'un document administratif parallèle au S2 classique qui s'impose à nous.

Il convient donc dans le cadre du portail ZOAST outil MGEN qui délivre des autorisations administratives pour le remboursement des soins, de différencier le S2 demande programmée (classique) et le S2 administratif ZOAST lorsque le formulaire est utilisé dans les systèmes nationaux. Il convient d'appeler le S2, le S2 ZOAST par exemple afin de différencier les 2 documents (en nommant le document).

En Belgique, le S2 classique (article 20 du Règlement Européen 883/2004) et le S2 Zoast (S2 Lorlux, S2 Ard, S2 Thiérache, S2 Momau, etc....) entrent dans les statistiques globales (codes définis en Belgique), ce qui n'est pas le cas en France.

Pour la CNSE – la CNAM – le CLEISS : il faut donner un accès à l'outil ZOAST MGEN statistique et donner le nom de S2 ZOAST (Nom de la ZOAST) aux S2 délivrés dans le cadre des ZOAST.

# Fiche 24 – Développements numériques du portail COPESAN-T ZOAST.

---

## Etat des lieux

Depuis plus de 10 ans, la CPAM des Ardennes et MGEN ont développé un portail numérique qui accompagne les acteurs de la santé transfrontalière dans la mise en œuvre des 7 conventions ZOAST. Cette création et ses améliorations ont été soutenues financièrement par des fonds FEDER au travers de différentes programmation INTERREG France-Wallonie-Vlaanderen. **Les deux fonctionnalités de ce portail sont l'enregistrement des patients** (vérification de leurs droits de Sécurité sociale en France, immatriculation en Belgique et édition de formulaires S2) **et la transmission de factures vers le régime obligatoire français.**

Géré par MGEN sur ses seuls fonds, le portail COPESAN-T ZOAST a permis la prise en charge de plus de 200 000 patients français depuis sa création (tout régime obligatoire d'affiliation confondus). Ce chiffre représente la majeure partie des flux France -> Belgique mais doit être relativisé : en effet, **si les principaux hôpitaux belges** (en termes d'accueil de « patients ZOAST français ») **sont utilisateurs de ce portail, celui-ci n'est pas utilisé de manière homogène** (établissements ne l'utilisant pas du tout ou seulement sur sa première fonctionnalité).

Grâce au projet INTERESANT (INTERREG VA – FWV), MGEN et son prestataire, la société Arduinova, ont pu compléter cet outil pour permettre l'accueil des patients belges dans les hôpitaux français. Son déploiement dans ces établissements, commencé à l'automne 2022, se poursuivra au-delà de la fin 2022 et de la fin du projet INTERESANT.

## Objectifs

**Pérenniser le dispositif ZOAST par le développement et la pérennisation des outils numériques.**

**Favoriser l'égalité de traitement de tous les patients concernés, par l'homogénéisation du portail COPESAN-T ZOAST sur l'ensemble du territoire transfrontalier.**

## Généralisation et homogénéisation des usages du portail

Généraliser l'outil permettrait de recourir à des pratiques administratives et financières homogènes sur les sept ZOAST. Cela passerait notamment par :

- L'ajout d'une version néerlandophone, avec module de traduction simultané
- La lecture des droits des patients belges via leurs cartes d'identité sur les lecteurs de cartes vitales des établissements français (*évolution prévue dans le cadre d'InTerESanT, qui n'a pu être mise en œuvre en raison de la complexité des autorisations à obtenir et des restructurations en cours au sein des autorités compétentes*)

## Élargir le portail à d'autres usages

Développement d'un portail spécifique aux coopérations inter-hospitalières afin de simplifier et sécuriser les échanges entre hôpitaux et caisses

Permettre la transmission des données médicales entre professionnels de santé des établissements de part et d'autre de la frontière (en plus des données d'état civil, assurancielles et financières déjà transmises), afin d'accompagner les professionnels de santé dans la mise en place parcours de soins transfrontaliers

Développement d'un module statistique plus complet et précis, permettant l'extraction de données qui mettrait en évidence les évolutions souhaitables des ZOAST, notamment aux niveaux des spécialités présentes dans les différents établissements, des hôpitaux de recours, des parcours de soin des patients...

## Freins et leviers

### Freins

- ❖ Gestion, financement, et gouvernance de l'outil, ne reposent que sur un acteur
- ❖ Complexité des autorisations à obtenir, freins réglementaires en matière de données partagées

### Levier

- ❖ Partage des coûts et du pilotage de l'outil

## Fiche 25 – Carte de personnel d'établissement

---

### État des lieux

Dans le cadre des ZOAST, les établissements belges sont dotés de lecteurs de carte vitale afin d'être en mesure de vérifier les droits des patients français et permettre la facturation. Ces lecteurs sont équipés de CPE (Carte de Personnel d'Établissement) permettant de récupérer les informations administratives des assurés sociaux après la mise à jour des droits pour les injecter dans le portail ZOAST. Ceci évite les erreurs de saisie manuelle et permet de disposer d'informations fiables pour la réalisation de la facturation.

Les CPE ont toutes une durée de validité limitée dans le temps. Elles sont délivrées par l'Agence du Numérique en Santé, organisme français dépendant du Ministère de la Santé et de la Prévention. À ce titre, ne peuvent être délivrés des CPE que pour les structures disposant d'une adresse postale en France.

Pour pouvoir pallier cette problématique de l'adresse postale en France, **les établissements de Sedan et du Centre de Réadaptation Fonctionnelle (ZOAST Ardennes) effectuaient les démarches en leur nom, dans le but de permettre aux établissements belges d'être dotés de CPE.** Or, les diverses restructurations intervenues dans les établissements tant du côté belge que du côté français, ne permettent plus cette gestion des CPE.

### Objectif

**Mettre en place un nouveau circuit** (soit de gestion centralisée, soit en modifiant les possibilités de demande).

#### Gestion centralisée des demandes

Permettre la gestion centralisée des demandes par un représentant français, afin :

- D'assurer un meilleur suivi ;
- De pallier la problématique de la fin de validité des CPE et des nouveaux besoins des établissements belges



## Modification des possibilités de demande de CPE

Plus simplement, autoriser directement la délivrance de CPE à des structures implantées hors de France et disposant d'un numéro d'établissement inscrit au fichier national des établissements.

## Freins et leviers

### Freins

- ❖ Réticences des autorités nationales françaises
- ❖ Impossibilité technique d'enregistrer un établissement belge dans les bases françaises avec une adresse postale hors de France

### Levier

- ❖ Influence de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), qui peut être alertée par des Caisses Primaires locales.

# Fiche 26 - Intégration du régime complémentaire d'assurance maladie français dans les conventions ZOAST

---

## Etat des lieux

Les sept conventions ZOAST organisent notamment la prise en charge financière des coûts par les systèmes de sécurité sociale des deux états. S'agissant de la Belgique, dont le système d'assurance complémentaire santé est moins développé, il n'est que peu fait référence à ce complément de prise en charge pourtant bien présent sur le versant français.

La prise en compte des restes à charges pour les patients français est donc fonction :

- Des garanties des contrats des caisses d'assurance maladie complémentaire françaises,
- Mais également de la connaissance et de la reconnaissance du dispositif ZOAST par ces organismes.

**Les réponses quant à la prise en compte des restes à charge sont donc très variables et de nombreux organismes le refusent purement et simplement.**

**De plus, lorsque ceux-ci acceptent cette participation financière, ils ne peuvent pas faire bénéficier leurs assurés du tier-payant.**

Cette situation pose donc plusieurs problèmes :

- **Inégalité de traitement entre les assurés français en fonction de leur caisse d'assurance complémentaire.**
- **Frein à l'utilisation du dispositif ZOAST, notamment pour les traitements suivis en ambulatoire qui génèrent un reste à charge**, certes modeste (moins de 20 euros en moyenne), mais récurrent et donc impactant pour les patients à faible revenus :
  - Soit en raison de l'absence de prise en charge.
  - Soit en raison de l'avance de frais que les patients doivent consentir.

L'intervention est sollicitée, sur les sept ZOAST, dans les cas suivants (critères cumulatifs) :

- Pas de statuts d'exonération pour le patient,
- Pas d'acte supérieur à 120€ sur la facture du séjour.

Ces situations représentent moins de 15 % du montant des restes à charges (*évaluation faite sur les données introduites dans le portail COPESAN-T ZOAST*).

## Objectif

**Intégrer le régime complémentaire d'assurance maladie français dans les conventions ZOAST.**

### Préciser le rôle des caisses françaises gestionnaires des régimes complémentaires

C'est-à-dire leur intervention (en tiers payant ou en remboursement de leurs assurés) sur les restes à charges, après celle des organismes assureurs belges.

La reconnaissance du rôle de ces caisses françaises gestionnaires des régimes complémentaires dans les conventions ZOAST elles-mêmes aurait un effet de contrainte pour ces dernières et permettrait d'effacer les inégalités de prise en charge.

## Fiche 27 - Résumé des freins organisationnels et politiques

---

Outre les freins « classiques » liés à la compatibilité des réglementations, des systèmes administratifs et de soins, d'autres éléments pèsent sur le fonctionnement et les évolutions de l'activité sanitaire transfrontalière.

Nous avons essayé de retenir les principaux, ceux que les acteurs de terrains identifient comme les plus prégnants :

Pour la majorité des acteurs (hôpitaux, caisses, administrations,...), le volume de l'activité transfrontalière est souvent très modeste par rapport aux flux financiers et de patients de leurs autres activités. Cela se traduit concrètement par de moindres moyens mis en œuvre sur les dispositifs, ZOAST notamment.

L'activité transfrontalière ayant des règles et des fonctionnements très spécifiques, le « turn over » de personnels, que les partenaires connaissent parfois, engendre des pertes de temps importantes qui correspondent au temps nécessaire pour qu'un nouveau responsable, collaborateur,... puisse se former et apprivoiser la thématique.

Malgré une existence de plus de dix ans pour les plus anciennes conventions transfrontalières actuellement opérationnelles, la majeure partie des politiques publiques de santé se pensent et se mettent en œuvre au sein de chaque état, seul, sans avoir le réflexe de se concerter avec le(s) voisin(s). Le plus bel exemple est la constitution des GHT en France et la mise en réseau des établissements belges, démarches d'une troublante similitude, déployées à quelques mois d'intervalles sans qu'aucune des deux n'ait jamais intégré la dimension transfrontalière.

Certainement lié à cette absence de « réflexe transfrontalier », faisons le constat qu'une part importante de décisions transfrontalières sont prises par des autorités très éloignées, au moins géographiquement, des zones frontalières. En l'espèce, une réponse réside peut-être dans une plus grande implication des élus et collectivités locales qui, si elles possèdent rarement les compétences en matière de santé, peuvent faire valoir une connaissance fine des territoires et peuvent pousser des solutions plus en phase avec les besoins constatés.

Autre similitude entre les systèmes sanitaires des deux Etats, et au-delà pour la majorité des pays européens, les systèmes de santé imposent aux acteurs, même publics ou semi-publics, des critères qui favorisent de fait la concurrence entre les établissements. Cette dynamique touche bien entendu les relations franco-belge au détriments du maillage cohérent, concerté, collaboratif,... des territoires. C'est un des arguments du partenariat INTERESANT qui plaide pour le renforcement des coopérations inter-hospitalières, en complément du dispositif ZOAST

Enfin, aucun dispositif, aucun acteur institutionnel ne permet aux opérateurs de bénéficier de financements pérennes. Les fonds FEDER, incontestablement le plus important soutien à nos activités, ne permettent pas de prendre en compte le fonctionnement de réponses existantes (et souvent construites avec son soutien initial). Les autres contributeurs publics (états et collectivités) interviennent également par le biais d'INTERREG, parfois même directement auprès d'opérateurs, mais toujours très partiellement et jamais de manière pérenne. Pour cette raison, ce sont aujourd'hui les deux principaux outils communs de la coopération franco-belge dont l'avenir est incertain : l'OFBS et les portails de dématérialisation portés par MGEN. »

## Sources et personnes sollicitées pour la rédaction

---

### Projets INTERREG : PSICOCAP, OS3PG

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

L'ensemble des opérateurs du projet et en particulier :

- ❖ Pierre Bonati (France)
- ❖ Marie-Charlotte Danjon (France)
- ❖ Alexandine Duant (France)
- ❖ Christophe Dupont (France)
- ❖ Amélie Mouchet (Belgique)
- ❖ Laurence Soussigne (Belgique)
- ❖ André Szmétana (France)
- ❖ Stéphanie Vincent (France)



AVEC LE SOUTIEN DU FONDS EUROPÉEN DE DÉVELOPPEMENT RÉGIONAL