

N° 490

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2005-2006

Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 21 septembre 2006
Enregistré à la Présidence du Sénat le 26 septembre 2006

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires étrangères, de la défense et des forces armées (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne sur la coopération sanitaire transfrontalière,

Par Mme Joëlle GARRIAUD-MAYLAM,
Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Serge Vinçon, président ; MM. Jean François-Poncet, Robert del Picchia, Jacques Blanc, Mme Monique Cerisier-ben Guiga, MM. Jean-Pierre Placade, Philippe Nogrix, Mme Hélène Luc, M. André Boyer, vice-présidents ; MM. Daniel Goulet, Jean-Guy Branger, Jean-Louis Carrère, Jacques Peyrat, André Rouvière, secrétaires ; MM. Bernard Barraux, Jean-Michel Baylet, Mme Maryse Bergé-Lavigne, MM. Pierre Biarnès, Didier Borotra, Didier Boulaud, Robert Bret, Mme Paulette Brisepierre, M. André Dulait, Mme Josette Durrieu, MM. Hubert Falco, Jean Faure, Jean-Pierre Fourcade, Mmes Joëlle Garriaud-Maylam, Gisèle Gautier, MM. Jean-Noël Guérini, Michel Guerry, Robert Hue, Joseph Kergueris, Robert Laufoaulu, Louis Le Pen, Philippe Madrelle, Pierre Mauroy, Louis Mermaz, Mme Lucette Michaux-Chevry, MM. Charles Pasqua, Jacques Pelletier, Daniel Percheron, Xavier Pintat, Yves Pozzo di Borgo, Jean Puech, Jean-Pierre Raffarin, Yves Rispat, Josselin de Rohan, Roger Romani, Gérard Roujas, Mme Catherine Tasca, MM. André Trillard, André Vantomme, Mme Dominique Voynet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 3120, 3198 et T.A. 603

Sénat : 449 (2005-2006)

Traités et conventions

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|---|--------------|
| INTRODUCTION | 5 |
| I. LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ | 6 |
| A. DES OUTILS JURIDIQUES ET ADMINISTRATIFS NOUVEAUX AU SERVICE DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE | 6 |
| B. DES INITIATIVES ENCORE LIMITÉES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ | 7 |
| II. L'ACCORD-CADRE DU 22 JUILLET 2005 SUR LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE FRANCO-ALLEMANDE | 11 |
| A. LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ACCORD-CADRE | 11 |
| B. LES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DE L'ACCORD-CADRE | 13 |
| CONCLUSION | 15 |
| EXAMEN EN COMMISSION | 16 |
| PROJET DE LOI | 17 |

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi a pour objet l'approbation de l'accord cadre signé à Weil am Rhein le 22 juillet 2005 entre la France et l'Allemagne sur la coopération sanitaire transfrontalière.

Cet accord qui découle des initiatives en faveur de la mobilité entre la France et l'Allemagne, décidées lors du quarantième anniversaire du traité de l'Elysée, en février 2003, s'insère également dans la perspective des diverses conventions bilatérales conclues depuis une quinzaine d'années pour lever les obstacles juridiques ou administratifs auxquels se heurte la mise en œuvre de projets à caractère transfrontalier.

Votre rapporteur évoquera brièvement les avancées réalisées en matière de coopération transfrontalière et la problématique particulière du secteur de la santé avant de présenter l'accord franco-allemand du 22 juillet 2005.

I. LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Au cours des années récentes, la coopération transfrontalière a fait l'objet d'un intérêt croissant et de nouveaux instruments juridiques ont été mis en place pour lever les obstacles qui entravent trop souvent son développement. Le domaine de la santé commence à faire l'objet de plusieurs projets de coopération, mais illustre également les limites de cette dernière, faute de cadre juridique adapté.

A. DES OUTILS JURIDIQUES ET ADMINISTRATIFS NOUVEAUX AU SERVICE DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE

Longtemps demeurée au stade embryonnaire, la **coopération transfrontalière** avec nos voisins répond aujourd'hui à une **véritable nécessité**.

Les **phénomènes transfrontaliers** constituent une réalité de plus en plus visible. Par exemple, selon l'INSEE, environ 272 000 personnes qui résident en France se rendent dans un pays voisin pour y exercer leur activité professionnelle¹ : 105 000 en Suisse, 56 000 en Allemagne, 55 000 au Luxembourg, 28 000 à Monaco, 24 000 en Belgique. Ces flux de travailleurs renforcent bien entendu l'existence de bassins de vie transfrontaliers et génèrent des besoins spécifiques en matière, par exemple, de transport ou de formation. Des **agglomérations transfrontalières** émergent. Il en est ainsi de la Métropole lilloise franco-belge (environ, 1,8 million d'habitants, dont 1,1 million d'habitants en France), de l'agglomération Strasbourg-Kehl (près d'1 million d'habitants, dont 600 000 habitants en France), de l'agglomération franco-valdo-genevoise (730 000 habitants dont 230 000 en France), de l'agglomération trinationale de Bâle (600 000 habitants, dont 55 000 en France) ou encore de la conurbation Bayonne-Saint-Sébastien (600 000 habitants, dont 200 000 en France). Dans les régions concernées, la politique d'aménagement du territoire et de développement local ne peut plus faire abstraction de la dimension transfrontalière. Cela est vrai pour les infrastructures, pour les services publics, pour la gestion de l'environnement, parfois aussi pour l'éducation, la formation, la culture ou les loisirs.

Par ailleurs, la coopération transfrontalière constitue un **laboratoire de la construction européenne**, car elle vise à gommer les effets de frontière et à donner un contenu concret aux grands objectifs de l'intégration européenne, sur les plans économique, social ou culturel. C'est d'ailleurs dans cette optique que l'Union européenne apporte depuis de nombreuses années son soutien à des projets de coopération transfrontalière à travers les **fonds**

¹ Le nombre de personnes qui résident à l'étranger et se rendent en France pour leur activité professionnelle s'élèverait quant à lui à 11 000.

Interreg. Ceux-ci représentent pour la France près de 400 millions d'euros sur la période 2000-2006.

En France, la décentralisation a été un moteur du développement des projets de coopération transfrontalière. Mais bien souvent, ces projets ne peuvent être menés à bien si certains **obstacles juridiques ou administratifs**, liés aux différences d'organisation ou de législation, ne sont pas levés. C'est dans cet esprit qu'ont été progressivement mis en place des outils nouveaux destinés à aplanir ces difficultés.

Il s'agit tout d'abord de **conventions bilatérales** conclues avec nos pays voisins. Certaines d'entre elles organisent une coopération d'Etat à Etat, soit dans le cadre général de commissions mixtes, dont le rôle effectif et la périodicité de réunion sont très variables, soit dans un cadre plus spécialisé : c'est le cas des accords signés avec l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, l'Italie et le Luxembourg, relatifs à la coopération transfrontalière en matière policière et douanière, qui ont notamment institué des centres de coopération policière et douanière dans les zones frontalières. Mais on doit surtout souligner le rôle des **conventions relatives à la coopération transfrontalière des collectivités locales**, car c'est essentiellement à travers ces dernières que les projets de coopération peuvent se développer. Le premier d'entre eux, signé avec l'Italie en 1993, ne prévoyait pas de possibilité de créer des structures dotées de la personnalité juridique et vouées à la coopération transfrontalière. Cette possibilité a été ouverte avec le traité de Bayonne, signé en mars 1995 avec l'Espagne, puis avec l'accord de Karlsruhe, signé en janvier 1996 par la France, l'Allemagne, le Luxembourg et la Suisse. Cet accord permet de créer des groupements locaux de coopération transfrontalière dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Un accord analogue a été conclu en 2002 avec la Belgique.

Le **droit administratif interne** français a suivi l'évolution imprimée par ces accords bilatéraux. Après l'autorisation, pour les collectivités locales, d'adhérer à un groupement d'intérêt public transfrontalier ou à un organisme de droit étranger ayant son siège dans un Etat frontalier membre de l'Union Européenne, il prévoit désormais un instrument spécifique de coopération transfrontalière, le **district européen**, en permettant l'ouverture des syndicats mixtes aux collectivités des pays voisins pour créer et gérer en commun des projets de territoire, des équipements et des services publics.

B. DES INITIATIVES ENCORE LIMITÉES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

C'est d'abord en **réponse aux pratiques des habitants** des zones frontalières qu'a été initiée la coopération transfrontalière en matière de santé. Les flux de patients de part et d'autre de la frontière peuvent être liés à des considérations pratiques, par exemple la proximité d'un établissement de soins ou d'un professionnel de santé par rapport au lieu de résidence ou de travail, ou également à un choix délibéré fondé notamment sur la qualité supposée des

prestations. La question de la coopération transfrontalière s'est également posée pour l'intervention des secours d'urgence.

La coopération transfrontalière dans le domaine sanitaire couvre une large gamme d'interventions : médecine hospitalière, médecine ambulatoire, secteur médico-social. Au-delà des soins ou de la prévention, elle intègre également d'autres préoccupations comme la complémentarité des équipements ou la formation des professionnels.

Les établissements hospitaliers ont été les principales chevilles ouvrières des premiers projets de coopération transfrontalière qui se concentrent majoritairement sur les agglomérations situées à proximité des frontières belge, luxembourgeoise ou allemande.

C'est sans doute sur la **frontière franco-belge** que la coopération sanitaire transfrontalière est la plus dense et la plus approfondie. Les actions menées portent notamment sur la prise en charge médicale des frontaliers. Plusieurs conventions entre établissements hospitaliers prévoient l'accueil réciproque de patients selon leurs pathologies. Des accords entre services d'urgence français et belges prévoient la possibilité d'interventions de part et d'autre de la frontière en cas d'indisponibilité de moyens. Deux structures de coopération transfrontalière spécifiques ont en outre été créées, sous la forme juridique du Groupement européen d'intérêt économique (GEIE) : l'un entre l'hôpital d'Hirson (Aisne) et un centre de santé de Chimay (Belgique), afin de favoriser la complémentarité entre les deux établissements et d'optimiser leurs moyens ; l'autre, à vocation plus générale, à travers l'Observatoire franco-belge de la santé qui regroupe 17 partenaires des deux pays en vue d'améliorer la connaissance de la réalité sanitaire de part et d'autre de la frontière, de développer les actions de prévention et de favoriser l'accès aux soins des populations frontalières.

On peut également citer le **projet LuxLorSan**, lancé par la France, la Belgique et le Luxembourg en 2002. Structuré lui aussi dans un GEIE, il vise à créer des synergies entre établissements et équipes soignantes des zones limitrophes des trois pays. Dans ce cadre, une coopération opérationnelle a été mise en place avec la création d'une filière de soins en neurochirurgie.

Diverses conventions locales lient **établissements français et allemands**. Par ailleurs, un groupe de travail spécialisé sur la santé a été mis en place depuis 1996 au sein de la Conférence franco-germano-suisse du Rhin Supérieur. Dans ce cadre a été élaboré un tableau de bord sur la santé qui sert de base à la détection des problèmes communs de santé publique. Des actions spécifiques ont été menées dans le domaine des secours d'urgence, de la prévention des toxicomanies et de la coordination de l'offre hospitalière et des systèmes de sécurité sociale.

Des projets de coopération sont également en cours avec la **Suisse** (secours en montagne, coordination pour la prise en charge des toxicomanes ou dans le domaine de la dialyse rénale), avec l'**Italie** (coopération entre les centres hospitaliers de Menton et d'Imperia, avec notamment la création en

2003 d'un centre périnatal de proximité transfrontalier à Menton) et avec l'**Espagne** (projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne et Capcir à Puigcerda, en Espagne).

Les **évolutions de la réglementation et de la jurisprudence européennes** ont contribué à faciliter de tels projets de coopération, tout en faisant émerger des problèmes nouveaux.

A titre d'exemple, on peut rappeler que notre législation ne prévoit plus de restriction pour l'**établissement en France des médecins ressortissants de l'Union européenne** ou de pays membres de l'Espace économique européen. L'inscription au conseil de l'ordre implique toutefois de « *faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française* » (article L 4112-2 du code de la santé publique)¹. Quant aux médecins ou autres professionnels médicaux régulièrement installés dans un pays de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, ils peuvent exécuter des actes en France sous réserve d'en effectuer la déclaration préalable ou, en cas d'urgence, une déclaration a posteriori dans un délai de quinze jours (article L 4112-7 du code de la santé publique). Cette déclaration est effectuée pour chaque acte. Toutefois, plusieurs actes peuvent faire l'objet d'une déclaration unique lorsqu'ils concernent un seul patient et sont exécutés au cours d'un séjour temporaire en France n'excédant pas deux jours (article R 4112-10 et 4112-12 du code de la santé publique).

Par ailleurs, divers arrêts de la Cour de justice des communautés européennes ont assimilé l'exigence d'une autorisation préalable pour bénéficier de soins dans un autre Etat de l'Union européenne à une entrave à la libre circulation des biens et services. Cette jurisprudence a été intégrée à la réglementation française qui pose le principe selon lequel « *les caisses d'assurance maladie procèdent au remboursement des frais des soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France* » (article R 332-3 du code de la sécurité sociale). Toutefois, hors l'hypothèse de soins inopinés, le remboursement des frais des soins hospitaliers ou nécessitant le recours aux équipements matériels lourds ne peut être effectué que sur autorisation préalable. Cette autorisation ne peut être refusée que si les soins envisagés ne figurent pas parmi les soins dont la prise en charge est prévue par la réglementation française ou s'il apparaît qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité peut être obtenu en temps opportun en France, compte tenu de l'état du patient et de l'évolution probable de son affection (article R 332-4). Cependant, les assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état sont dispensés de l'autorisation préalable lorsque leur prise en charge s'effectue dans le cadre de conventions passées, après autorisation conjointe du ministre chargé de la

¹ Cette condition est appréciée par le président du conseil départemental de l'ordre concerné et peut être vérifiée par le médecin inspecteur de la santé publique.

sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, entre les organismes de sécurité sociale et les établissements de soins qui les accueillent (article R 332-5).

En favorisant l'accès aux soins de part et d'autre des frontières, ces évolutions ne rendent que plus nécessaire la coordination des régimes de sécurité sociale. Elles ont atténué les **obstacles à la coopération transfrontalière** dans ce domaine, sans les faire totalement disparaître.

D'autres freins à la coopération subsistent par ailleurs. Outre les barrières linguistiques ou culturelles, les **problèmes administratifs et réglementaires** demeurent nombreux. Les structures juridiques capables de porter les projets de coopération ne sont pas pleinement adaptées, qu'il s'agisse des conventions entre établissements hospitaliers prévues par l'article L 6134-1 du code de la santé publique pour la coopération internationale, ou du GEIE instauré par la réglementation européenne et inscrit depuis 1989 dans la législation française. Quant à la formule du Groupement local de coopération transfrontalière ou celle, toute récente, du district européen, elles impliquent obligatoirement la participation de collectivités locales françaises et étrangères.

Ce constat a directement inspiré la **conclusion d'accords intergouvernementaux bilatéraux**. Le premier a été signé avec l'**Allemagne** le 25 juillet 2005. Il a été suivi d'un accord avec la **Belgique**, signé le 30 septembre 2005, et d'un accord avec l'**Espagne**, signé le 17 octobre 2005. Par ailleurs, interrogée à l'Assemblée nationale le 20 juin dernier par M. Claude Birraux, député de Haute-Savoie, sur l'éventualité d'un accord similaire avec la **Suisse**, Mme Catherine Colonna, ministre déléguée aux affaires européennes, indiquait que dans le cadre de la conférence intergouvernementale franco-germano-suisse du Rhin supérieur, les autorités françaises avaient proposé en octobre 2005 la négociation d'un tel accord aux représentants helvétiques, qui n'avaient pas encore répondu.

II. L'ACCORD-CADRE DU 22 JUILLET 2005 SUR LA COOPÉRATION SANITAIRE TRANSFRONTALIÈRE FRANCO-ALLEMANDE

L'accord-cadre signé le 22 juillet 2005 entre les ministres français et allemand de la santé définit des objectifs généraux et comporte quelques dispositions particulières. Il a été complété par un arrangement administratif signé le 9 mars 2006.

A. LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX DE L'ACCORD-CADRE

La coopération transfrontalière et la mobilité entre la France et l'Allemagne figurent parmi les thèmes développés lors du sommet franco-allemand de janvier 2003 où fut célébré le 40^{ème} anniversaire du traité de l'Elysée.

L'intensification de la coopération sanitaire a fait l'objet d'un suivi particulier à la suite de ce sommet. Le 26 avril 2005, une nouvelle déclaration commune soulignait la volonté des deux pays de « *mettre fin aux derniers obstacles à la mobilité transfrontalière dans les différents domaines* ». La déclaration saluait la conclusion prochaine d'un accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière qui « *donnera la possibilité aux Länder et aux autorités locales compétentes de conclure entre eux des accords de coopération et d'assurer à la population dans la zone frontalière un accès plus facile à des soins de grande qualité* ». Les deux pays affirmaient souhaiter « *que les assurés allemands et français aient, plus que par le passé, la possibilité de bénéficier d'un traitement médical dans le pays partenaire, afin de garantir la continuité des traitements et de soutenir l'échange des connaissances et pratiques médicales* ». Ils estimaient également que la mobilité des citoyennes et des citoyens devait être facilitée en leur offrant la « *possibilité d'utiliser le carte de santé nationale de l'autre côté de la frontière* ». La signature d'une convention cadre entre la France et l'Allemagne sur les secours d'urgence transfrontières était également annoncée.

Les **objectifs généraux de l'accord-cadre**, définis à l'article 1^{er}, sont au nombre de cinq :

- assurer un **meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière** ;
- garantir une **continuité des soins** à ces mêmes populations ;
- garantir le **recours le plus rapide aux moyens de secours d'urgence** ;
- **optimiser l'organisation de l'offre de soins**, en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels ;
- enfin, favoriser la **mutualisation des connaissances et de pratiques**.

L'accord-cadre couvre le périmètre des régions françaises d'Alsace et de Lorraine et des Länder allemands de Bade-Wurtemberg, de Rhénanie-Palatinat et de Sarre. Dans ce périmètre, il s'applique à toute personne pouvant bénéficier des prestations de l'assurance-maladie de l'une des parties et résidant habituellement ou séjournant temporairement dans cette zone frontalière. Il s'applique également, dans cette zone, à toute personne nécessitant des soins d'urgence (article 2).

L'accord-cadre est mis en œuvre par les autorités compétentes en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale (article 2).

A cet effet, **des conventions organisent la coopération** entre les structures et ressources sanitaires situées dans la zone frontalière, y ayant un point d'ancrage ou faisant partie d'un réseau intervenant dans cette zone (article 3). Les conventions de coopération peuvent prévoir des **complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes**, ainsi que la **création d'organismes de coopération** ou de structures communes.

Les personnes et autorités pouvant conclure des conventions de coopération ont été définies par l'arrangement administratif du 9 mars 2006. Il s'agit, pour la France, des directions départementales et régionales d'action sanitaire et sociale, des agences régionales d'hospitalisation et des unions régionales de caisses d'assurance-maladie.

L'article 3 indique également que les conventions *« prévoient les conditions et modalités pour les structures de soins, les organismes de sécurité sociale et l'intervention des professionnels de santé, ainsi que pour la prise en charge des patients »*.

L'**objet des conventions** peut porter sur cinq domaines énumérés par l'article 3 de l'accord-cadre et précisés par l'article 2 de l'arrangement administratif du 9 mars 2006 :

- **l'intervention transfrontalière des professionnels de santé** (conditions de mobilité des professionnels, nature et durée de la participation des professionnels, conditions de participation à l'urgence hospitalière et à la permanence des soins des professionnels de santé salariés et libéraux, conditions de l'exercice ponctuel et irrégulier des professionnels de santé salariés et libéraux) ;

- **l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients** (conditions d'intervention visant à apporter les premiers soins aux personnes en urgence vitale, détermination du lieu de l'hospitalisation des patients traités en urgence en fonction du lieu d'intervention, de la gravité des pathologies et des plateaux techniques hospitaliers, conditions d'accompagnement du patient de son lieu de détresse à l'établissement de soins le plus proche si nécessaire, coordination des moyens de communication, modalités de prise de contact avec les centres de régulation des appels d'urgence, modalités d'intervention d'une équipe de secours répondant à un

appel d'urgence, modalités d'intervention, hors appel d'urgence, en fonction de la proximité des structures de soins et de la disponibilité des équipes) ;

- la **garantie d'une continuité des soins** incluant en particulier l'accueil et l'information des patients (conditions d'accès aux soins, transports sanitaires, modalités de sortie, conditions de facturation et de remboursement, information du patient à travers le dossier médical, le résumé clinique, la lettre de sortie et le compte rendu opératoire, livret d'accueil dans les deux langues) ;

- les **critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins** (mesures de politique qualité pour la maîtrise des risques, actualisation des connaissances des professionnels de santé, transmission des informations médicales relatives aux patients, prise en charge de la douleur) ;

- les **moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des coopérations**, notamment au remboursement des dépenses engagées dans le cadre de la mobilisation des ressources pour le traitement des patients (en particulier, mise en œuvre d'un dispositif de prise en compte des organismes complémentaires d'assurance maladie permettant d'organiser un système de tiers payant).

Il est précisé que les conventions existantes doivent se conformer à l'accord-cadre. L'arrangement administratif du 9 mars 2006 fixe à cet effet un délai d'un an à compter de l'entrée en vigueur de l'accord-cadre.

L'article 5 impose aux parties de prendre toutes les mesures éventuellement nécessaires en vue de faciliter le franchissement de la frontière commune pour la mise en œuvre de l'accord-cadre.

L'article 7 précise que le droit applicable en matière de responsabilité, y compris médicale, est le droit national respectif. Les professionnels de santé et établissements de soins qui dispensent leurs soins dans le cadre d'une convention de coopération sont tenus à une obligation d'assurance en responsabilité civile pour les éventuels dommages qui pourraient être causés par leur activité dans le cadre de la coopération sanitaire transfrontalière.

Le suivi de l'accord-cadre incombera à une commission mixte composée des représentants des autorités compétentes de chacun des deux Etats (article 8).

B. LES DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DE L'ACCORD-CADRE

L'accord-cadre comporte deux dispositions destinées à adapter, pour la coopération transfrontalière franco-allemande, le droit applicable en vertu de l'harmonisation européenne, dans les domaines de la réglementation de l'exercice des professions de santé et de la coordination des régimes de sécurité sociale.

Comme on l'a précisé plus haut, la législation française permet à des **professionnels de santé ressortissants de l'Union européenne** de s'installer

et d'exercer en France, sous réserve d'une connaissance suffisante de la langue française. S'ils n'ont pas leur résidence professionnelle en France, ces professionnels peuvent également **effectuer des actes en France**, à condition de faire, pour chaque acte ou pour chaque patient, une **déclaration préalable** au Conseil départemental de l'ordre dans le département concerné (articles R 4112-10 et 4112-12 du code de la santé publique). L'article 4 de l'accord-cadre prévoit une **dispense de déclaration préalable** pour les personnels autorisés à exercer dans le domaine des secours d'urgence lorsqu'ils effectuent des interventions transfrontalières portant sur les secours d'urgence. En pratique, cette disposition permettra aux services de secours français et allemands d'intervenir indifféremment des deux côtés de la frontière, l'objectif étant de réduire les délais d'intervention dans certaines zones.

La seconde disposition particulière concerne les **modalités de remboursement des soins**. L'article 6 de l'accord-cadre indique que les conventions de coopération sanitaire pourront prévoir une autorisation automatique pour les soins reçus dans la zone frontalière et normalement soumis à autorisation préalable. Cette disposition est cohérente avec l'article R 332-5 du code de la sécurité sociale, cité plus haut, et introduit dans notre réglementation par un décret du 19 avril 2005, mais elle va au-delà en supprimant l'exigence d'une approbation préalable des conventions par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. L'article 4 de l'arrangement administratif du 9 mars 2006 précise que les soins dispensés dans le cadre d'une convention de coopération sont pris en charge par l'institution compétente selon trois modalités différentes, en fonction des situations:

- sur la base des tarifs du lieu des soins, dans le cadre des règlements communautaires relatifs à la coordination des régimes de sécurité sociale et lorsque l'assuré peut présenter au prestataire de soins un document communautaire attestant l'ouverture de ses droits;

- sur la base des tarifs de l'Etat d'affiliation, dans le cadre de la prise en charge des soins conformément à la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes relative à la libre prestation de services et à la libre circulation des marchandises en matière de soins de santé;

- sur la base de tarifs spécifiques négociés entre les autorités signataires de la convention de coopération sanitaire, à confirmer le cas échéant selon le droit national respectif en vigueur par les autorités compétentes.

CONCLUSION

L'accord-cadre du 22 juillet 2005 constitue une base utile pour donner une impulsion significative à la coopération sanitaire de part et d'autre de la frontière franco-allemande. Des textes analogues ont d'ailleurs été signés au cours de la même période avec la Belgique et l'Espagne.

Au-delà des améliorations concrètes que l'on peut attendre de l'accord-cadre pour les populations concernées, il importe de souligner l'intérêt d'accentuer dans tous les domaines la coopération transfrontalière. Au cours des dix dernières années, les instruments juridiques se sont perfectionnés, notamment pour les coopérations entre collectivités locales. Il reste désormais à pleinement les utiliser au bénéfice de projets concrets de coopération.

La commission des Affaires étrangères, de la défense et des forces armées vous demande d'adopter le projet de loi autorisant l'approbation de l'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 26 septembre 2006 sous la présidence de M. Serge Vinçon, président, la commission des Affaires étrangères, de la défense et des forces armées a procédé à l'examen du présent projet de loi.

A l'issue de l'exposé du rapporteur, M. Jacques Blanc a rappelé que l'accord de Karlsruhe, signé en 1996 entre la France, l'Allemagne, la Suisse et le Luxembourg, avait permis la création, entre collectivités locales, de groupements locaux de coopération transfrontalière, dotés de la personnalité juridique. Il a demandé si l'accord-cadre franco-allemand autorisait, dans le domaine sanitaire, la création de structures communes du même type.

Mme Joëlle Garriaud-Maylam, rapporteur, a répondu que les conventions de coopération prévues par l'accord-cadre pourraient décider de la création d'organismes de coopération ou de structures communes dans le domaine sanitaire.

La commission a ensuite **adopté le projet de loi.**

PROJET DE LOI

(Texte adopté par l'Assemblée nationale)

Article unique¹

Est autorisée l'approbation de l'accord cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne, signé à Weil am Rhein le 22 juillet 2005 et dont le texte est annexé à la présente loi.

¹ Voir le texte annexé au document n° 3120 (AN - XII^e législature)