

**Marc BOISNEL**, Délégué adjoint aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

### **Vers la construction européenne – santé sans frontière:**

Accord-cadre franco-allemand pour la coopération sanitaire transfrontalière  
Pouvoir se soigner par-delà les frontières en Alsace, dans le Bade-Wurtemberg, en Lorraine, en Rhénanie-Palatinat et en Sarre

Karlsruhe, le mercredi 26 septembre 2007

### **La coopération sanitaire transfrontalière franco-allemande**

Le contenu de l'accord-cadre et de l'arrangement administratif  
du point de vue des partenaires de l'accord

#### **Introduction sur la coopération transfrontalière**

1. Les coopérations transfrontalières se fondent d'abord sur la réalité des pratiques des habitants dans leur accès transfrontalier aux soins. Env. 272 000 personnes résidant en France se rendent dans le pays voisin pour travailler (11 000 dans l'autre sens)
2. Celles-ci se sont d'abord développées hors de tout cadre institutionnel préalable, en réponse aux flux de patients frontaliers en quête de soins.
3. Laboratoire de la construction européenne : Dans le cadre des chantiers de l'UE mais aussi de la Présidence allemande et de la future présidence française de l'UE. D'ailleurs UE apporte son appui financier aux projets de coopération via les fonds Interreg (F = 400 millions € pour 2000-2006)

Par ailleurs, la jurisprudence européenne en matière de remboursement de soins reçus à l'étranger par citoyens européens (arrêts Kroll-Decker -1998- et Smits-Peerbooms et Vanbrackel -2001) constitue un signe encourageant en faveur des soins transfrontaliers.

4. les acteurs de la coopération rencontrent trois principaux types de difficultés :
  - les barrières culturelles et linguistiques,
  - les problèmes administratifs et réglementaires (niveaux de décision différents, barrières juridiques et réglementaires),
  - les difficultés de montages opérationnels et financiers.

#### **Le rôle de la Mission Opérationnelle Transfrontalière - MOT**

- structure interministérielle française créée en 1997 : réseau pour l'aménagement durable du territoire dans l'espace européen.
- rassemble des collectivités territoriales, des opérateurs économiques et sociaux et des institutions qui souhaitent travailler en réseau et offrir leur expertise dans le contexte de l'intégration européenne.

#### **La coopération sanitaire en France – généralités**

***une Europe de la santé sans frontière qui permet aux premiers intéressés, les frontaliers, de se faire soigner au plus près de chez eux***

embrasse aujourd'hui un large éventail:

- secteurs: médecine hospitalière et ambulatoire, secteur médico-social
- thématiques : complémentarité des équipements et des soins programmés, couverture sociale transfrontalière, mobilité des praticiens, prévention, formation, recherche....

- ⇒ Coopérations principalement développées : les établissements sanitaires situés à proximité des frontières belge, luxembourgeoise et allemande, (principaux protagonistes de la coopération)
- ⇒ Les structures qui coopèrent sont en premier lieu les établissements hospitaliers.  
Exemples concrets de coopération en France : Belgique, Espagne : Puigcerda, Allemagne : CH de Sélestat et d'Offenburg,

### **L'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière**

La frontière franco-allemande connaît des relations denses et anciennes.  
Elle a aussi été un lieu pionnier de la coopération transfrontalière.  
Diverses conventions locales lient **établissements français et allemands**

#### **Contexte d'élaboration de l'accord :**

Sommet franco-allemand de janvier 2003 (40<sup>ème</sup> anniversaire du traité de l'Elysée) + Conseil des Ministres franco-allemand du 26 avril 2005

#### **Rappel du calendrier**

##### **Avril / Mai 2005**

Lancement d'un groupe de travail pour négocier une convention sur la coopération sanitaire transfrontalière. Début des négociations – 1<sup>ère</sup> réunion du groupe de travail en Allemagne

##### **Juillet 2005 : Signature le 22 juillet 2005 de l'Accord-cadre**

**Mars 2006 : Signature le 9 mars de l'arrangement administratif à Berlin par M. Xavier Bertrand et Mme Ulla Schmidt**

##### **Juin 2006 / Octobre 2006 : examen devant les chambres allemandes et françaises**

- ☐ Juin : Examen à l'Assemblée Nationale le 30 juin 2006
- ☐ Août 2006 : Allemagne – 9 août – adoption par le cabinet fédéral du projet de loi sur l'accord cadre en vue saisine Bundesrat & Bundestag.
- ☐ Septembre 2006 : Examen par le Bundesrat le 22/09/06
- ☐ Examen au Sénat le 03/10/06

### **Un accord de coopération transfrontalière dans le domaine de la santé :**

#### **Pour quels objectifs ?**

- Il a pour objet de favoriser la mobilité des patients et des professionnels de santé dans les régions frontalières visées (Alsace et Lorraine pour la France ; Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat et Sarre pour l'Allemagne).
- Partir d'un accord cadre pour permettre la signature d'accords locaux

#### **Quels intérêts pour les transfrontaliers ?**

- ⇒ Répondre aux besoins des populations transfrontalières à l'accès aux soins
- ⇒ Assurer un accès de qualité
- ⇒ Notamment en ayant accès aux services d'urgence les plus proches et dans les meilleurs délais
- ⇒ Obtenir la prise en charge de ces soins par leur régime d'affiliation selon des modalités simplifiées, qu'il s'agisse de soins délivrés en urgence ou de soins programmés à l'avance.
- ⇒ Obtenir des remboursements plus rapides

#### **Quels intérêts pour les politiques publiques de santé ?**

- ⇒ Cadre de l'aménagement durable du territoire : permettre de s'intégrer dans les problématiques territoriales
- ⇒ Donner de véritables bases légales à des accords déjà existants dont la mise en œuvre peut connaître des obstacles notamment au niveau des modalités de remboursement des prestations ;

- ⇒ Permettre une meilleure démographie médicale sur un territoire donné en élaborant une réflexion non seulement au niveau national mais surtout transfrontalier ;
- ⇒ Optimiser l'offre de soins et leur coût (partage des équipements et des ressources humaines),
- ⇒ Poursuivre la mise en complémentarité des équipements lourds
- ⇒ Favoriser dans certains cas **la création de pôles d'excellence européens**, par le rapprochement des investissements en équipement mais également des professionnels de haut niveau
- ⇒ Assurer une meilleure continuité des soins de chaque côté de la frontière
- ⇒ **Rapprocher les acteurs de santé des collectivités locales impliquées dans la coopération transfrontalière**
- ⇒ Permettre l'échange de connaissances et de bonnes pratiques

### Les textes

- ⇒ L'accord cadre 22 juillet 2005 Ce traité international est entré en vigueur le 1er mai 2007
- ⇒ L'arrangement administratif 9 mars 2006
- ⇒ Une spécificité française : La circulaire DSS/ DHOS du 18 juillet 2007 CIRCULAIRE N°DSS/DACI/2007/291

### L'accord-cadre

Accord-cadre qui se veut modèle car le même format a servi à signer l'accord franco-belge signé à Mouscron le 30 sept. 2005

#### 1. Une zone géographique donnée :

- ⇒ régions françaises d'Alsace et de Lorraine
- ⇒ Länder allemands de Bade-Wurtemberg, de Rhénanie-Palatinat et de Sarre

#### 2. Un domaine d'intervention

organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale (article 2).

#### 3. Les structures concernées

- ⇒ entre des structures et les professionnels de santé libéraux
- ⇒ toutes les institutions, tous les services et toutes les structures de santé présents sur le territoire des régions couvertes par l'accord cadre (CHU, CH, SAMU, SMUR, CHS...). On entend par structures sanitaires les établissements publics de santé, les établissements privés participant au service public hospitalier et les groupements de coopération sanitaire

#### 4. Permettre la signature de conventions locales

partie française : les directions départementales et régionales d'action sanitaire et sociale, les agences régionales d'hospitalisation et les unions régionales de caisses d'assurance-maladie.

Elles peuvent prévoir des complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes, ainsi que la création d'organismes de coopération ou de structures communes.

#### 5. Pour quels objectifs ?

▪ <b>l'intervention transfrontalière des professionnels de santé</b>	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
▪ <b>l'organisation des secours d'urgence et du transport</b>	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

<b>sanitaire des patients</b>	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 <b>garantie d'une continuité des soins</b> 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 <b>critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins</b>	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 <b>moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des coopérations</b>	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

## 6. Les avancées significatives :

### A - la dispense de déclaration préalable :

- **dans le domaine des secours d'urgence:** permettre 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 (article 4)
- **dans le domaine des soins programmés**

### B – la suppression de l'exigence d'une approbation préalable des conventions par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

## L'arrangement administratif

### LA MISE EN ŒUVRE DE L'ACCORD CADRE

*Pour mémoire signature : Berlin 9 mars 2006*

Il prévoit :

1. **Une mise en conformité des accords en cours**
2. **les modalités de prise en charge des soins de santé selon trois modes tarifaires :**
  - sur la base des tarifs du lieu des soins,
  - sur la base des tarifs de l'Etat d'affiliation de l'assuré ou
  - sur la base de tarifs négociés.
3. **La mise en place de la Commission mixte**
  - **Réunion :** une fois par an et en tant que de besoin à la demande de l'une ou l'autre Partie.
  - **Membres** France: issus des échelons centraux et déconcentrés du ministère de la santé et des solidarités (DSS, DHOS, DAEI, ARH, DRASS), des organismes d'assurance maladie (UNCAM, URCAM) ou encore être désignés directement ou sur proposition des organismes de sécurité sociale par le ministre de la santé.
  - **Rôle :** contrôle de conformité des conventions de coopération aux dispositions de l'accord cadre.

suivi de la mise en conformité des conventions antérieures  
examen des difficultés d'application  
interprétation de l'accord-cadre

### **Conclusions et perspectives**

- **une Europe de la santé sans frontière au service des patients, sujet au cœur des préoccupations des Présidences allemande et française de l'UE et notamment la future directive « service de santé »**
- **une organisation de l'offre de soin qui prenne en compte les bassins de vie et qui mutualise les moyens mis en œuvre par les autorités sanitaires de part et d'autre de la frontière**
- **la vie de l'accord = créer une dynamique**

**Dans le cadre de la feuille de route du Conseil des ministres franco-allemand, les perspectives :**

- **l'élaboration et à la mise à jour des conventions locales ;**
- **Programmer une commission mixte de suivi de la mise en œuvre de l'accord cadre.**