



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 septembre 2007.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES SUR LE PROJET DE LOI, adopté par le Sénat, *autorisant l'approbation de l'accord-cadre entre le gouvernement de la République française et le gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière,*

PAR M. MICHEL DELEBARRE,

Député

Voir les numéros :

Sénat : 257, 394 et T.A. 122 (2006-2007)

Assemblée nationale : 117

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I – ETAT DES LIEUX DE LA COOPÉRATION SANITAIRE FRANCO-BELGE	7
A - LES RÈGLES ACTUELLES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS MÉDICAUX	7
B - LES COOPÉRATIONS EN COURS	8
II – L'ACCORD DU 30 SEPTEMBRE 2005 OFFRE UN CADRE JURIDIQUE À LA COOPÉRATION	11
A - LES CONVENTIONS DE COOPÉRATION SANITAIRE	11
B - LA PRISE EN CHARGE PAR UN RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE	13
C – UNE COMMISSION MIXTE POUR SUIVRE L'APPLICATION DE L'ACCORD	13
D - LES DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES	14
CONCLUSION	15
EXAMEN EN COMMISSION	17

Mesdames, Messieurs,

L'accord-cadre entre le gouvernement de la République française et le gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière, signé à Mouscron le 30 septembre 2005, confirme le succès des accords bilatéraux relatifs aux zones frontalières.

Il est ainsi très largement inspiré de l'accord signé avec l'Allemagne en juillet 2005 et dont le Parlement a autorisé l'approbation en octobre 2006 tandis que les discussions avec l'Espagne en vue d'un texte similaire sont engagées.

Face aux difficultés d'accès aux soins dans les zones frontalières et aux obstacles administratifs liés au franchissement des frontières, l'accord vise à encourager une coopération sanitaire fondée sur l'exigence de continuité des soins.

Traduisant la volonté commune d'une organisation de l'offre de soins adaptée aux besoins de la population, il dote la coopération sanitaire d'une base légale et offre aux coopérations locales présentes ou futures un cadre homogène.

Le présent projet de loi a pour objet d'autoriser l'approbation d'un accord qui s'inscrit résolument dans la perspective du développement des zones frontalières et contribue, certes modestement, à la construction de l'Europe de la santé.

I – ETAT DES LIEUX DE LA COOPÉRATION SANITAIRE FRANCO-BELGE

En dépit des lacunes de la réglementation auxquelles l'Europe tente de remédier, la coopération sanitaire transfrontalière est déjà une réalité ainsi qu'en témoignent de nombreuses expériences locales.

A - Les règles actuelles de prise en charge des frais médicaux

Le règlement n° 1408/71 de coordination des régimes de sécurité sociale prévoit le remboursement, dans les conditions prévues par le régime du lieu des soins, des frais exposés par les assurés d'un régime de sécurité sociale français pour des soins dans un autre État membre, en situation de résidence ou de séjour temporaire. Une seule condition est posée : la présentation d'un document communautaire attestant l'ouverture de droits en France (carte européenne d'assurance maladie pour les soins inopinés à l'occasion d'un séjour temporaire ou autorisation préalable E 112 pour les soins programmés, ambulatoires ou hospitaliers).

En outre, la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes ⁽¹⁾ permet aux assurés français d'obtenir le remboursement, sur la base des tarifs français et sans autorisation préalable de leur caisse d'affiliation, des soins ambulatoires pratiqués dans un autre État membre. Dans ce cas, les assurés sont tenus d'avancer intégralement les frais puis de présenter les factures à leur caisse d'affiliation. Les soins hospitaliers demeurent, en revanche, soumis à autorisation préalable.

Cette jurisprudence fait l'objet des articles R. 332-3 à 332-6 du code de la sécurité sociale.

Les conventions locales de coopération sanitaire transfrontalière entre caisses et hôpitaux français et/ou organismes d'assurance maladie et établissements de santé étrangers permettent également aux assurés qui résident ou séjournent dans les zones concernées de se faire rembourser des frais médicaux exposés dans l'Etat partenaire, dans des conditions, propres à chaque convention, qui favorisent l'accès aux soins transfrontaliers. Il existe de telles conventions locales entre la France et la Belgique, l'Allemagne, la Suisse et l'Espagne.

(1) Arrêts Kohll(C158/96) et Decker (C120/95) du 28 avril 1998.

B - Les coopérations en cours

De nombreux exemples viennent illustrer l'importance de la coopération dans la zone transfrontalière franco-belge :

— Le projet Transcards (Thiérache santé) qui associe côté français la CNAMTS, le CLEISS, le CCMSA, la CPAM de Maubeuge, la CPAM de St Quentin, et sept établissements hospitaliers, et côté belge, le Collège intermutualiste national, la coordination CIN, l'institut national d'assurance maladie invalidité, la mutualité chrétienne de la province de Namur, la mutualité chrétienne du Centre, de Charleroi et de Thudinie, et le centre de santé des Fagnes à Chimay. Son objectif est l'accélération des procédures administratives par la dématérialisation des formulaires E111 et E112.

— La coopération hospitalière Flandre maritime – West-Flanders, entre le centre hospitalier de Dunkerque, d'une part, la clinique Saint-Augustin de Furnes (Veurne) et l'institut Reine Elisabeth de Oosduinkerke, d'autre part, autour de 5 axes d'intervention prioritaires : la médecine nucléaire (réalisation d'une étude de faisabilité d'un équipement transfrontalier, dénommé « Tep-scan », technique d'imagerie avancée, utile notamment en oncologie et difficile à mettre en œuvre) ; la rééducation (recherche de structures d'accueil en matière de rééducation neurologique et traumatologique) ; les urgences (coordination des services de soins et des procédures de prise en charge : échange de personnels, exercices communs en cas de catastrophe, coordination des protocoles d'interventions) ; la formation des étudiants infirmiers et l'échange de personnels médical, paramédical et administratif ; la communication et la valorisation de la coopération au niveau du « grand public » et à destination des professionnels de santé ;

— Les conventions de coopération hospitalière :

– entre les centres hospitaliers (CH) de Mouscron et de Tourcoing :

Une convention signée en 1994 permet aux patients insuffisants rénaux chroniques français, assurés sociaux affiliés à la CPAM de Tourcoing, à la MSA ou à la CMR du nord, d'accéder au service d'hémodialyse du CH de Mouscron (plus de 40 patients sont concernés). Parallèlement, l'établissement belge adresse à Tourcoing les patients ayant besoin d'une consultation ou hospitalisation de jour dans le domaine des maladies infectieuses (VIH notamment).

Entrée en vigueur en novembre 2004, un deuxième accord autorise l'utilisation de l'IRM du CH de Tourcoing par les praticiens belges de Mouscron, pour leurs patients. Ceux-ci participent également au système de garde dans l'établissement français. Les assurés sociaux français, quant à eux, peuvent subir les examens de scintigraphie au CH de Mouscron. La convention concerne environ 800 IRM et 300 scintigraphies par an.

Une dernière convention en matière d'urologie organise la complémentarité entre les deux établissements. D'une part, les patients belges peuvent être accueillis en consultation ainsi que pour la chirurgie conventionnelle à Tourcoing, tandis que les patients français peuvent bénéficier de consultations à Mouscron, lorsque cela est mieux adapté. Le CH de Roubaix, qui dispose d'un plateau technique plus important, devrait rejoindre cette coopération, élargissant ainsi l'offre à la chirurgie lourde.

– entre les centres hospitaliers de Sambre Avesnois (Maubeuge) et de Mons :

Cette convention permet l'accueil de patients dans l'un ou l'autre des établissements afin de pallier le manque de places au sein de l'établissement français en soins intensifs / réanimation (environ 25 cas par an) ;

– entre les centres hospitaliers de Charleville Mézières et de Dinant :

L'objet de cette convention, entrée en vigueur en juillet 2004, est d'assurer à la population des cantons de Givet et de Fumay un accès aux soins hospitaliers dans un délai raisonnable, et dans les mêmes conditions de prise en charge que sur le territoire français, à la suite de la fermeture de la maternité de Revin et de l'arrêt de l'activité chirurgicale de la clinique de Givet. Les patients admis au CH de Dinant sont réputés avoir reçu les soins au CH de Charleville-Mézières afin d'être remboursés au même niveau qu'en France.

Fort de ces expériences positives, le développement souhaitable de la coopération sanitaire justifie l'existence d'un accord bilatéral. Il s'agit, d'une part, d'encadrer les conventions locales et de lever tout obstacle juridique à leur mise en œuvre. D'autre part, il convient de supprimer les freins concrets que sont encore les délais de remboursement parfois très longs, les difficultés administratives ainsi que la méconnaissance réciproque des ressources et de l'organisation du pays voisin.

II – L’ACCORD DU 30 SEPTEMBRE 2005 OFFRE UN CADRE JURIDIQUE À LA COOPÉRATION

Afin d’approfondir et de développer la coopération sanitaire transfrontalière entre la France et la Belgique, l’accord détermine le cadre juridique dans lequel celle-ci s’inscrit. Ses modalités d’application sont précisées par un « arrangement administratif » (article 8).

Quatre objectifs sont assignés à l’accord dans son article premier : améliorer l’accès aux soins pour les populations de la zone transfrontalière, assurer la continuité de soins, optimiser l’organisation de l’offre de soins, encourager la mutualisation des connaissances et pratiques.

Aux termes de l’article 2, la zone frontalière visée couvre quatre régions françaises (Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Picardie) et treize arrondissements belges (Veurne, Ieper, Kortrijk, Mouscron, Tournai, Ath, Mons, Thuin, Philippeville, Dinant, Neufchâteau, Virton, Arlon).

L’accord s’applique à tout bénéficiaire de l’assurance maladie française ou belge résidant ou séjournant temporairement dans la zone frontalière.

Sa mise en œuvre relève, pour la France, du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports et, pour la Belgique, du ministère fédéral des affaires sociales et de la santé publique.

Les deux principales dispositions de l’accord simplifient les procédures tant pour les assurés sociaux que pour les autorités sanitaires. L’article 3 prévoit ainsi que la coopération sanitaire s’appuie sur la conclusion de conventions par les acteurs locaux. L’article 5, qui précise les modalités de prise en charge des soins, généralise la dispense d’autorisation préalable requise pour recevoir des soins dans la zone frontalière.

A - Les conventions de coopération sanitaire

L’article 3 place les conventions de coopération sanitaire au cœur du mécanisme de coopération transfrontalière.

Si l’article R. 332-5 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ permet déjà la conclusion de conventions entre organismes de sécurité sociale et établissements

(1) « Des conventions passées entre les organismes de sécurité sociale et certains établissements de soins établis dans un État membre de l’Union européenne ou partie à l’accord sur l’Espace économique européen peuvent, après autorisation conjointe du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé, prévoir les conditions de séjour dans ces établissements de malades assurés sociaux ou ayants droit d’assurés sociaux qui ne peuvent recevoir en France les soins appropriés à leur état, ainsi que les modalités de remboursement des soins dispensés. Les assurés sociaux qui bénéficient de ces conventions sont dispensés, lorsqu’il s’agit de soins hospitaliers, d’autorisation préalable. »

de soins dans un autre État membre, celle-ci requiert l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Supprimant cette autorisation préalable, l'accord confie la signature des conventions locales aux personnes désignées dans l'article 1^{er} de l'arrangement administratif : pour la France, les directions régionales ou départementales des affaires sanitaires et sociales, les agences régionales d'hospitalisation et les unions régionales des caisses d'assurance maladie ; pour la Belgique, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, les organismes assureurs (Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belges) et les dispensateurs de soins (praticiens, kinésithérapeutes, infirmiers, auxiliaires paramédicaux, établissements hospitaliers, établissements de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle).

Les conventions organisent la coopération entre établissements publics de santé, établissements privés participant au service public hospitalier, groupements de coopération sanitaire et professionnels de santé libéraux, établis dans la zone frontalière ou y intervenant au titre d'un réseau.

L'accord encourage à cette fin la recherche de complémentarités entre les structures sanitaires. Il permet également la création d'organismes de coopération ou de structures communes, à l'instar de l'observatoire franco-belge de la santé, groupement européen d'intérêt économique, créé le 23 juin 1999.

Afin de définir « *les conditions et les modalités obligatoires d'intervention des structures de soins, des organismes de sécurité sociale et des professionnels de santé, ainsi que de prise en charge des patients* », les conventions peuvent porter sur les points suivants :

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, notamment ses aspects statutaires ;
- l'organisation du transport sanitaire des patients ;
- la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients ;
- les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins ; ces derniers font l'objet de l'article 3 de l'arrangement administratif.
- les moyens financiers nécessaires à la mise en oeuvre des coopérations.

Les conventions existantes doivent se conformer à l'accord. Les modifications nécessaires doivent être opérées dans un délai fixé à un an par l'article 4 de l'arrangement administratif, sous peine de caducité.

B - La prise en charge par un régime de sécurité sociale

En premier lieu, l'article 5 rappelle l'application de la réglementation communautaire en matière de prise en charge des soins (cf. supra).

Il dispose, en second lieu, que les conventions de coopération prévoient la délivrance automatique, par l'institution de sécurité sociale compétente, de l'autorisation préalable requise pour recevoir des soins dans la zone frontalière. Dans ce cas, lesdites conventions peuvent également envisager une tarification spécifique des actes et soins.

Cette stipulation simplifie le dispositif actuel puisque les conventions dispensant d'autorisation préalable ne doivent plus désormais être préalablement approuvées par les ministres compétents⁽¹⁾. La négociation tarifaire éventuelle demeure néanmoins soumise à leur approbation.

L'article 5 de l'arrangement administratif récapitule les différentes options. Selon les situations, la prise en charge peut s'effectuer :

– 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'État d'affiliation, dans le cadre de la prise en charge de soins pouvant être obtenus en application de la jurisprudence précitée de la CJCE ;

– sur la base de tarifs spécifiques négociés entre les autorités signataires de la ou des conventions de coopération sanitaire, après approbation des autorités nationales compétentes.

C – Une commission mixte pour suivre l'application de l'accord

En vertu de l'article 7, une commission mixte, composée pour la France de représentants des échelons centraux et déconcentrés du ministère de la santé et de représentants nationaux de l'assurance maladie, veille à l'application de l'accord.

A cette fin, elle établit annuellement un rapport sur la mise en œuvre des dispositifs de coopération. Réunie une fois par an et, en tant que de besoin, à la demande des parties, elle peut proposer des modifications de l'accord.

(1) Article R. 332-5 précité.

Elle exerce un contrôle de conformité des conventions de coopération aux dispositions de l'accord-cadre. Les difficultés d'application ou d'interprétation de ce dernier lui sont également soumises.

D - Les dispositions complémentaires

L'article 6 prévoit que le droit applicable en matière de responsabilité est celui de l'État sur le territoire duquel les soins ont été prodigués. Il impose, en outre, aux professionnels ainsi qu'aux établissements et services de santé une obligation d'assurance responsabilité civile pour l'activité transfrontalière dans le cadre d'une convention de coopération. L'article L. 1142-2 du code de la santé publique soumet d'ores et déjà les acteurs français à une telle exigence.

Selon l'article 4, les parties s'engagent à prendre les mesures nécessaires pour faciliter le franchissement de la frontière commune. Dans l'attente d'une expertise par les ministères concernés, celles-ci pourraient concerner par exemple le transport de médicaments, l'interopérabilité des fréquences radio ou la reconnaissance de la qualité de véhicule prioritaire.

L'article 9 détermine les modalités d'entrée en vigueur de l'accord. Cette dernière a lieu deux mois après la dernière notification de l'accomplissement des formalités internes. La ratification de l'accord n'a pas encore été inscrite à l'ordre du jour du Parlement belge alors qu'elle était espérée pour le premier semestre 2007. Compte tenu de la crise politique actuelle, il est peu probable que la ratification intervienne avant la fin de l'année.

La durée (indéterminée) et les conditions de dénonciation de l'accord sont fixées par l'article 10, qui précise que la dénonciation de l'accord ne préjuge pas du sort des conventions de coopération en vigueur.

CONCLUSION

Attendu par les acteurs de la santé des deux pays, l'accord-cadre entre la France et la Belgique sur la coopération sanitaire transfrontalière se propose de consolider les réalisations existantes et d'encourager le développement de nouvelles initiatives dans cette matière chère aux citoyens européens.

Votre Rapporteur s'en félicite et vous recommande donc, après le Sénat le 1^{er} août dernier, l'adoption de ce projet loi.

EXAMEN EN COMMISSION

La commission a examiné le présent projet de loi au cours de sa réunion du 12 septembre 2007.

Après l'exposé du rapporteur, **M. Jean-Paul Lecoq** a observé que la moitié nord de la France, dont la circonscription de M. Delebarre et la sienne font partie, compte moins de médecins que la moyenne nationale alors même que la morbidité y était supérieure à la moyenne. Les stipulations de la convention ne doivent pas fournir un prétexte aux pouvoirs publics pour ne pas travailler à une meilleure répartition des médecins dans les différentes régions françaises. Il ne faudrait pas pousser les malades à se déplacer faute de parvenir à rapprocher d'eux le corps médical !

M. Michel Delebarre, rapporteur, a précisé que l'objectif était de soigner les gens à l'endroit où ils avaient un problème de santé. Dans cette logique, le centre hospitalier de Dunkerque, dont il est président, a conclu une convention avec des hôpitaux belges afin de former au flamand les personnels de l'hôpital qui sont souvent conduits à prendre en charge des patients néerlandophones. De même, il peut être très utile de rapprocher les bassins de populations de part et d'autre de la frontière, soit 800 000 personnes au total, pour atteindre un seuil permettant d'obtenir des équipements lourds et coûteux que la population d'une seule région ne suffirait pas à justifier.

Conformément aux conclusions du rapporteur, la commission a *adopté* le projet de loi (n° 117).

*

* *

La commission vous demande donc d'*adopter*, dans les conditions prévues à l'article 128 du Règlement, le présent projet de loi.