

**Projet de loi
autorisant l'approbation de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière
entre le Gouvernement de la République française et le Conseil fédéral suisse
et de l'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française
et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg
sur la coopération sanitaire transfrontalière**

NOR : EAEJ1724885L/Bleue-1

ETUDE D'IMPACT

I. Situation de référence

Les zones frontalières constituent des espaces privilégiés pour le développement de coopérations entre Etats voisins, en particulier pour répondre de la manière la plus adéquate aux besoins des populations sur le terrain.

Les coopérations développées en matière de santé¹ visent à apporter un bénéfice concret et direct au citoyen, en lui permettant de profiter de soins de qualité au plus près de son lieu de résidence. Parallèlement aux dispositions européennes, des accords bilatéraux dans le domaine de la santé restent nécessaires pour éliminer des obstacles à la circulation des patients et des professionnels, dans la mesure où les soins médicaux demeurent une compétence nationale des Etats membres de l'Union européenne².

Le développement de nombreuses expériences de coopération entre établissements de santé, de part et d'autre de nos frontières, s'est accompagné de difficultés multiples, notamment de barrières administratives, liées aux différences d'organisation sanitaire de chaque Etat, et de problèmes de prise en charge des patients. Afin de tenter de remédier à un certain nombre de ces difficultés et de mieux développer les synergies à la frontière dans un souci d'optimisation de l'offre de soins, le ministère des solidarités et de la santé négocie des accords-cadres de coopération sanitaire transfrontalière.

¹ Voir infra, la coopération sanitaire transfrontalière développée avec la Belgique, l'Allemagne et l'Espagne. Les relations franco-monégasques dans ce domaine sont couvertes par une convention de sécurité de sociale datant de 1952 (cf. décret n° 54-682 portant publication de la convention entre la France et la principauté de Monaco sur la sécurité sociale signé le 28 février 1952 : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000491772).

² Cf. articles 2 à 6 TFUE sur les catégories et domaines de compétences de l'Union européenne.

S'appuyant sur l'expérience de coopération sanitaire transfrontalière acquise avec la Belgique³, l'Allemagne⁴ et l'Espagne⁵, et conformément à la demande des acteurs locaux, deux nouveaux accords-cadres de coopération sanitaire transfrontalière ont été signés avec la Suisse et le Luxembourg respectivement le 27 septembre 2016 et le 21 novembre 2016.

II. Objectifs des deux accords-cadres

Les principaux objectifs de ces deux accords-cadres de coopération sanitaire transfrontalière avec la Suisse et le Luxembourg sont :

- de poser un cadre juridique permettant la mise en place de conventions locales de coopération sanitaire transfrontalière ;
- et de favoriser le développement de la coopération sanitaire transfrontalière avec la France en :
 - permettant aux populations des bassins de vie concernés, résidant habituellement ou séjournant temporairement dans les régions frontalières visées par l'accord-cadre, d'avoir accès à des soins de qualité, tant en matière de soins d'urgence que de soins programmés ou liés à une pathologie chronique, et de garantir la continuité de ces soins ;
 - en organisant, dans la région transfrontalière concernée, le remboursement de soins reçus sans autorisation préalable, les soins hospitaliers concernés étant déterminés en fonction des déficits et des besoins constatés de part et d'autre, en matière d'offre de soins ;
 - en optimisant l'organisation de l'offre de soins en encourageant le partage des capacités (ressources matérielles et humaines) et d'encourager la mutualisation des connaissances et des pratiques entre les personnels de santé des deux pays.

Ces accords-cadres ont été rédigés dans un objectif de complémentarité de l'offre de soins française, en tenant compte des besoins exprimés dans le cadre de la planification hospitalière et, en aucun cas, de sa concurrence.

Les conventions locales à venir, selon le fondement l'accord-cadre de référence, pourront ainsi, par exemple, organiser l'intervention transfrontalière des secours d'urgence ou la coopération hospitalière sur certaines spécialités médicales en fonction des besoins et des déficits constatés sur la zone géographique concernée.

³ Décret n° 2011-449 du 22 avril 2011 portant publication de 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 :

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000023897151

⁴ Décret n° 2007-1039 du 15 juin 2007 portant publication 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, signé à Weil am Rhein le 22 juillet 2005 :

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000825904

⁵ Décret no 2015-367 du 30 mars 2015 portant publication de l'accord-cadre entre la République française et le Royaume d'Espagne sur la coopération sanitaire transfrontalière (ensemble un accord d'application, signé à Angers le 9 septembre 2008), signé à Saragosse le 27 juin 2008

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030423212&dateTexte=&categorieLien=id>

III. Conséquences estimées de la mise en œuvre des deux accords-cadres

Aucune conséquence environnementale n'est attendue de la mise en œuvre des deux accords-cadres. Ils ne portent pas atteinte aux droits des femmes, ni n'aggravent les inégalités entre les femmes et les hommes. Ils n'ont pas non plus d'impact particulier sur la jeunesse. En revanche, les conséquences juridiques, économiques, sociales et administratives méritent d'être soulignées.

1. **Conséquences juridiques :**

Les deux accords-cadres permettent de poser le cadre juridique dans lequel s'inscrit la coopération sanitaire entre la France, d'une part, et la Suisse et le Luxembourg, d'autre part. Ils sont compatibles avec le droit de l'Union européenne et ne nécessitent pas de modification de notre législation interne.

- *Articulation avec les accords ou conventions internationales existantes*

Les deux accords-cadres sont compatibles avec les engagements internationaux pris par la France concernant l'égalité de traitement des nationaux et des non nationaux. On citera en particulier les deux instruments multilatéraux suivants :

- *Convention n° 118 de l'Organisation du travail*

La France a ratifié la convention concernant l'égalité de traitement des nationaux et des non nationaux en matière de sécurité sociale n° 118 de l'Organisation internationale du travail⁶. Les États spécifient lors de la ratification la branche ou les branches de sécurité sociale pour lesquelles ils acceptent les obligations de la convention. Tout État ayant ratifié cette convention doit accorder, sur son territoire, aux ressortissants de tout autre État pour lequel la convention est également applicable, l'égalité de traitement avec ses propres ressortissants, tant pour l'assujettissement, que pour les prestations dans la branche de sécurité sociale pour laquelle il a accepté les obligations de la convention. La Suisse et de le Luxembourg, pour leur part, n'ont pas ratifié la convention n° 118 de l'OIT⁷. Dans ce contexte, les présents accords-cadres permettent de suppléer l'absence de ratification par ces deux pays.

- *Règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé*

L'article 1^{er}, paragraphe 3, de l'accord-cadre avec la Suisse précise que celui-ci ne fait pas obstacle à la mise en œuvre des dispositions prévues par le règlement sanitaire international de l'Organisation mondiale de la santé, adopté le 23 mai 2005⁸. Instrument juridiquement contraignant, ce règlement a pour finalité d'aider la communauté internationale à prévenir les

⁶ Décret n°75-403 du 21 mai 1975 portant publication de la convention OIT 118 :

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000512987

⁷ http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:11310:0::NO:11310:P11310_INSTRUMENT_ID:312263:NO

⁸ Cf. article 1^{er}, paragraphe 3 de l'accord-cadre avec la Suisse.

Pour mémoire, le règlement sanitaire international du 25 juillet 1969 de l'Organisation mondiale de la santé, a été entièrement révisé lors de la cinquante-huitième assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005. L'objet et la portée du RSI (2005) consistent à «prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux».

<http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/le-reglement-sanitaire-international-rsi>

risques graves pour la santé publique susceptible de se propager au-delà des frontières. Pour renforcer l'action en matière de sécurité sanitaire internationale, la France entend encourager la coordination et la mise en commun de moyens d'actions et logistiques au sein de l'UE, soutenir les partenariats régionaux et développer les échanges et partenariats entre autorités sanitaires pour des projets de santé conjoints. Ces deux accords-cadres peuvent ainsi contribuer à cette action.

- **Articulation avec le droit de l'Union européenne**

Les règles de coordination de l'Union européenne garantissent qu'un assuré qui se déplace au sein de l'Union européenne est traité selon les mêmes conditions que les ressortissants des Etats concernés. Les présents accords-cadres sont pleinement compatibles avec le droit européen qui prévoit trois voies permettant de prendre en charge les frais médicaux exposés par des assurés d'un régime français dans un autre Etat membre de l'Union européenne :

- Les règlements de coordination (CE) n° 883/04 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale⁹ et n° 987/09 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004¹⁰ permettent aux personnes assurées de se faire soigner dans un autre pays européen ou de l'espace économique européen (Islande, Liechtenstein et Norvège) ainsi qu'en Suisse, à la charge de leur régime d'affiliation selon des modalités particulières. Ils fixent des règles communes permettant de coordonner les régimes nationaux de sécurité sociale.

- La directive 2011/24/UE¹¹ relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, qui comporte des règles de coordination en matière de sécurité sociale, qu'il convient d'articuler avec celles prévues par les règlements CE n° 883 et 987.

En intégrant la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne venue enrichir les droits des patients (arrêts Kohll, Decker, Smits et Peerbooms, Watts)¹², la directive réaffirme le principe de libre circulation des personnes. Elle a pour objectif de faciliter l'accès aux soins de santé transfrontaliers sûrs et de qualité élevée et d'encourager la coopération en matière de

⁹ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0883R%2801%29&from=FR>

¹⁰ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:284:0001:0042:fr:PDF>

¹¹ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:fr:PDF>

¹² **Apports de ces arrêts de la Cour de justice en matière de droit des patients :**

Les arrêts Kohll et Decker (28 avril 1998) concernent deux assurés luxembourgeois qui se sont vu refuser, par leur caisse d'assurance maladie, le remboursement de prestations de santé effectuées à l'étranger (achat de lunettes en Belgique pour M. Kohll, traitement d'orthodontie en Allemagne pour M. Decker) sans autorisation préalable. La Cour, reconnaissant que les prestations médicales doivent être considérées comme des prestations de services et en conséquence soumises aux règles de libre circulation dans le marché intérieur, a considéré que le fait même de subordonner le remboursement de soins ou de produits de santé à l'obtention d'une autorisation préalable constituait une entrave injustifiable à la liberté de circulation des marchandises et des services.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:61996CJ0158&from=FR>

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:61995CJ0120&from=FR>

Les arrêts Smits et Peerbooms (12 juillet 2001) confirment la jurisprudence précédente et l'étendent aux soins hospitaliers. Dans ces affaires, l'assurance maladie néerlandaise avait refusé de rembourser les frais hospitaliers engagés dans un autre Etat membre, faisant valoir l'absence de raison médicale pouvant justifier un tel traitement à l'étranger. La Cour a considéré qu'un système d'autorisation préalable constitue un obstacle à la libre prestation des services médicaux hospitaliers, mais que des raisons impérieuses tenant à l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et au maintien d'un service hospitalier accessible à tous peuvent justifier une telle restriction.

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:61999CJ0157&from=FR>

L'arrêt Watts (16 mai 2006) concerne une patiente britannique qui s'est fait poser, à ses frais, une prothèse de la hanche à Abbeville alors que la caisse d'assurance maladie britannique s'est refusée à lui accorder une autorisation préalable à ce titre au motif qu'un traitement adapté pouvait lui être dispensé en temps opportun par le National Health Service (NHS). La patiente a demandé le remboursement des soins pratiqués en France, qui lui a été refusé. La Cour a considéré d'une part que le NHS, quelle que soit sa spécificité, n'échappe pas au champ d'application de la jurisprudence sur la libre prestation de services, et d'autre part, que pour être en droit de refuser une autorisation préalable en se fondant sur un délai d'attente, ce délai d'attente se devait d'être acceptable au vu de l'état clinique de l'intéressée.

<http://curia.europa.eu/juris/celex.jsf?celex=62004CJ0372&lang1=fr&type=TEXT&ancre=>

soins de santé entre les Etats membres et ceux de l'espace économique européen (Islande, Liechtenstein et Norvège) dans le plein respect des compétences nationales en matière d'organisation et de prestation des soins de santé (notamment en termes de libre choix par le patient de son prestataire de soins, de remboursement du patient par l'Etat d'affiliation, de reconnaissance des prescriptions transfrontalières)¹³.

- Les conventions locales de coopération sanitaire transfrontalière entre organismes d'assurance maladies et/ou établissements de santé français et étrangers permettent également aux assurés qui résident ou sont en séjour 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 de santé transfrontaliers. Les présents accords-cadres permettent aux acteurs locaux de mettre en place des coopérations globales sur un territoire défini en fonction de l'offre ou des besoins constatés.

On peut, à titre d'exemple, citer la convention locale relative à la prise en charge, en tiers payant, des assurés hospitalisés en urgence dans les Hôpitaux universitaires de Genève à partir du territoire français¹⁴.

- **Articulation avec le droit interne**

Les présents accords-cadres sont compatibles avec le décret n° 2017-736 du 3 mai 2017¹⁵ relatif aux règles d'identification, d'affiliation et de rattachement des bénéficiaires des prestations de sécurité sociale et portant modifications de diverses dispositions relatives à l'assurance maladie et avec les règles de coordination des régimes de sécurité sociale au sein de l'Union européenne reprises dans les articles R.160-1, R160-2, R160-3, R160-3-1, R160-4¹⁶ du code de la sécurité sociale. Ils ouvrent en effet la possibilité aux organismes de sécurité sociale de passer des conventions avec des établissements de soin établis dans un Etat membre de l'Union européenne, ou partie à l'espace économique européen ou la Suisse, sous réserve de l'accord du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité, ou de l'agence régionale de santé compétente. Dans ce cadre, la prise en charge des soins hospitaliers ne requiert pas la délivrance d'une autorisation préalable de la caisse d'affiliation de l'assuré.

Les deux accords-cadres signés l'un avec la Suisse, l'autre avec le Luxembourg ont pour vocation de mettre en œuvre, dans les régions transfrontalières concernées, la voie conventionnelle prévue dans les textes mentionnés supra. Ils simplifient le circuit de validation des conventions locales de coopération en autorisant les acteurs de terrain responsables de la signature de ces conventions (agence régionale de santé, caisses d'assurance maladie pour le compte des organismes français de sécurité sociale, ainsi que

¹³ Les règles de **prise en charge des soins** sont prévues aux articles R 160-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000031795637>

Les dispositions de la directive relatives à la **reconnaissance des prescriptions établies dans un autre État membre de l'Union européenne** sont transposées par les décrets [n° 2013-1216 du 23 décembre 2013](#) (médicaments) et [n°2014-1525 du 17 décembre 2014](#) (dispositifs médicaux).

La [loi n° 2014-201 du 24 février 2014](#) portant diverses dispositions d'adaptation au droit de l'Union européenne dans le domaine de la santé prévoit notamment une obligation d'assurance professionnelle spécifique pour les personnes autorisées à faire usage des titres de chiropracteur et d'ostéopathe.

Le décret n° [2015-223 du 26 février 2015](#) relatif à l'organisation et à l'adaptation des missions du Cleiss désigne ce dernier [comme point de contact](#) au sens de la directive 2011/24/UE.

¹⁴ <https://www.ge.ch/legislation/accords/doc/3051.pdf>

¹⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034579887&categorieLien=id>

¹⁶

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=484090D6CD85029C99F44AD2F129F68D.tpdila15v_1?idSectionTA=LEGISCTA000031795469&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=22220222

préfets de zone de défense et de sécurité et préfets de département pour les services d'urgence sanitaire) à les conclure et les mettre en œuvre, sans autorisation ministérielle préalable.

Les accords de sécurité sociale énumérés ci-après ont été signés par la France en application des règlements européens susmentionnés :

a) avec le Luxembourg :

- la convention de sécurité sociale du 7 novembre 2005 entre la France et le Luxembourg¹⁷ ;
- le protocole additionnel du 7 novembre 2005 relatif au recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale et à la répétition des prestations indûment versées¹⁸ ;
- l'accord sous forme d'échange de lettres entre le gouvernement de la République française et le gouvernement du Grand-duché de Luxembourg pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale signées à Paris le 11 avril 2011 et à Luxembourg le 17 juin 2011¹⁹.

b) Avec la Suisse :

- la convention de sécurité sociale signée à Berne le 3 juillet 1975²⁰ (article 3, § 1²¹, article 8, § 2²², article 10²³, et article 30), ensemble deux protocoles (protocole final du 3 juillet 1975 et protocole spécial du 3 juillet 1975) ; et ses textes d'application : arrangement administratif du 3 décembre 1976²⁴ ;
- la convention d'assurance chômage du 14 décembre 1978²⁵.

• S'agissant de la protection des données à caractère personnel, celle-ci est appelée à s'inscrire dans le cadre des dispositions de :

- la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés²⁶ ;
- la directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995²⁷, relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, directive qui sera abrogée par le règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du

¹⁷ Décret n° 2008-899 du 3 septembre 2008 portant publication de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg sur la sécurité sociale (ensemble un protocole additionnel et son annexe), signée à Paris le 7 novembre 2005 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019428343&dateTexte=>

¹⁸ Décret n° 2008-899 du 3 septembre 2008 portant publication de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg sur la sécurité sociale (ensemble un protocole additionnel et son annexe), signée à Paris le 7 novembre 2005 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019428343&dateTexte=>

¹⁹ Date d'entrée en vigueur 01/11/2014 - décret n° 2014-1362 du 13 novembre 2014 :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decree/2014/11/13/MAEJ1424670D/jo/texte>

²⁰ Date d'entrée en vigueur : le 1er novembre 1976 - décret n° 76-1098 du 24 novembre 1976 portant publication de la convention de sécurité sociale entre la République française et la Confédération suisse, ensemble deux protocoles, signée à Berne le 3 juillet 1975 :

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000689435

²¹ Article 3, paragraphe 1 : « Sous les réserves et modalités prévues par la présente convention et son protocole final, les ressortissants de l'un des Etats contractants sont soumis aux obligations de la législation de l'autre Etat et admis au bénéfice de cette législation dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet Etat. ».

²² Article 8, paragraphe 2 « Les dispositions du paragraphe 1^{er} du présent article s'appliquent à tous les travailleurs salariés quelle que soit leur nationalité en ce qui concerne ceux qui sont détachés de Suisse en France ».

²³, article 10 : « Les autorités compétentes des deux Etats contractants peuvent, dans des cas particuliers et compte tenu des besoins sociaux des intéressés, prévoir d'un commun accord, pour certaines personnes ou certains groupes de personnes, des dérogations aux dispositions des articles 7 à 9 ».

²⁴ Entré en vigueur le 1er novembre 1976 : http://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=AR_AD_03121976

²⁵ Entré en vigueur le 1er janvier 1980 - décret n° 80-186 du 18 février 1980 :

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000702680

²⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460>

²⁷ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:31995L0046&from=FR>

traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données du 27 avril 2016 applicable à partir du 25 mai 2018²⁸ ;

- la convention (n° 108) du Conseil de l'Europe pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel, adoptée à Strasbourg le 28 janvier 1981²⁹.

2. Conséquences économiques :

La mise en œuvre de ces deux accords-cadres de coopération sanitaire transfrontalière entre la République française et le Conseil fédéral suisse d'une part et le Grand-Duché de Luxembourg d'autre part, devrait avoir pour effet, en optimisant l'organisation de l'offre de soins, d'éviter une duplication des moyens disponibles de part et d'autre de la frontière et d'encourager la mutualisation des infrastructures de soins.

Le champ d'application des présents accords-cadres couvre les régions et cantons frontaliers et leurs hôpitaux. Parallèlement aux CHU de Lyon et Metz qui, en raison de l'offre de soins et des spécialités dont ils disposent, pourraient développer des coopérations (et ce malgré une certaine distance de la frontière), une dizaine d'hôpitaux sont concernés côté français.

3. Conséquences financières :

L'optimisation de l'offre de soins sur notre territoire, en tenant compte de l'offre disponible de l'autre côté de la frontière ainsi que des besoins constatés sur le territoire des pays voisins, pourra permettre de réduire nos dépenses de santé ou de mieux rentabiliser nos investissements en équipements médicaux par l'accueil de patients étrangers (mutualisation des infrastructures de soins) ou inversement en adressant des patients français aux infrastructures hospitalières du pays frontalier de l'autre côté de la frontière plutôt que d'investir dans des équipements lourds et coûteux.

Dès l'entrée en vigueur des accords-cadres, les agences régionales de santé (ARS) pourront mener des études de terrains quant à l'offre disponible et aux besoins constatés sur le territoire frontalier, avec pour objectif de développer des conventions locales dans le cadre de ces accords.

La prise en charge des patients au plus près de leur domicile évitera également des déplacements qui, sous certaines conditions, sont pris en charge par l'assurance maladie.

Ces accords sont ainsi dans l'esprit de la loi de modernisation de notre système de santé qui oblige aujourd'hui les ARS frontalières à prendre en compte la dimension internationale dans leur projet régional de santé (PRS) dans un objectif d'optimisation de l'offre de soin et de nos dépenses de santé.

4. Conséquences sociales :

Les deux accords-cadres auront pour effet de simplifier les démarches administratives et financières en matière de soins à l'étranger et ce notamment pour les personnes vivant dans les zones frontalières.

En encadrant la coopération sanitaire sous l'aspect sécurité sociale, ils rendront automatique l'autorisation de la prise en charge financière des soins des patients, visée à l'article R.160-2

²⁸ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=FR>

²⁹ Décret de publication n° 85-1203 du 15 novembre 1985 :

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000682057

Texte :

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680078b39>

du code de la sécurité sociale³⁰ par les organismes de sécurité sociale pour bénéficier de soins dans l'autre Etat, dans les limites géographiques et sous les conditions fixées par les accords locaux de coopération sanitaire.

Ils auront des conséquences importantes sur le plan social puisqu'ils permettront d'assurer un meilleur accès à des soins de qualité au plus près du domicile des personnes vivant dans ces zones frontalières, de garantir une continuité des soins, d'assurer le recours le plus rapide possible aux moyens de secours d'urgence et d'optimiser l'offre de soins sur le territoire, que ce soit par des moyens humains ou matériels.

S'il est difficile d'estimer le nombre de personnes susceptibles d'être concernées par les deux accords-cadres, on peut néanmoins penser que toutes les personnes vivant dans les zones frontalières sont visées, ainsi que des touristes qui pourraient avoir besoin de soins lors de leur séjour dans ces zones, soit :

- En France : la zone frontalière entre la Région Grand-Est (5,27 millions d'habitants), la région Bourgogne-Franche-Comté (2,7 millions habitants) et la région Auvergne-Rhône-Alpes (6,66 millions d'habitants)³¹.
- En Suisse : les cantons frontaliers Bâle-Campagne (285 600 habitants), Bâle-Ville (193 100 habitants), Berne (1,02 million d'habitants), Genève (489 500 habitants), Jura (73 100 habitants), Neuchâtel (178 600 habitants), Soleure (269 400 habitants), Valais (339 200 habitants) et Vaud (784 800 habitants)³².
- Au Luxembourg : 590.667 habitants³³.

5. Conséquences administratives :

Les présents accords fixent le cadre permettant la mise en place de conventions locales de coopération sanitaire transfrontalière. L'implication et l'intervention des services déconcentrés de l'Etat sont traitées plus précisément dans les conventions locales négociées en application des accords-cadres.

Pour l'accord-cadre avec la Suisse, les entités administratives compétentes pour la mise en œuvre sont les agences régionales de santé du Grand Est, de Bourgogne-Franche-Comté et d'Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Haute-Savoie³⁴.

Pour l'accord-cadre avec le Luxembourg, les entités administratives compétentes pour la mise en œuvre sont l'agence régionale de santé du Grand Est et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Moselle.

Une commission mixte, composée des représentants des autorités compétentes de chaque partie, sera chargée de suivre l'application de chacun de ces accords-cadres³⁵.

IV – Historique des négociations

³⁰

https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F2D4AA1FFFA0F4FF56922247560F443C.tpdila15v_1?IdArticle=LEGIARTI000034623135&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=22220222

³¹ Source : Institut national d'études démographiques (INED) :

<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/structure-population/regions-departements/>

³² Office fédéral de la statistique (Suisse) :

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/repartition-territoriale.html>

³³ <http://www.luxembourg.public.lu/fr/le-grand-duche-se-presente/population/index.html>

³⁴ Cf. article 1 du protocole d'application de l'accord-cadre signé avec la Suisse

³⁵ Cf. article 7 de l'accord-cadre signé avec la Suisse et article 8 de l'accord-cadre signé avec le Luxembourg

Si les perspectives d'une coopération renforcée entre la France et la Suisse ainsi qu'entre la France et le Luxembourg ont été évoquées de longue date dans le cadre des instances de dialogue existantes (dialogue sur la coopération transfrontalière franco-suisse et commission intergouvernementale franco-luxembourgeoise pour le renforcement de la coopération transfrontalière), les négociations sur ces deux accords-cadres de coopération sanitaire transfrontalière ont réellement débuté en 2014.

Il n'y a pas de difficultés ou d'observations particulières à signaler sur ces deux négociations bilatérales.

V – État des signatures et ratifications

L'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière entre le Gouvernement de la République française et le Conseil fédéral suisse a été signé le 27 septembre 2016 à Paris, ainsi que le protocole d'application qu'il prévoit, par M. Alain Berset, conseiller fédéral suisse, chef du département fédéral de l'intérieur et Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé.

L'accord-cadre entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg sur la coopération sanitaire transfrontalière a été signé le 21 novembre 2016 à Luxembourg, ainsi que l'accord d'application qu'il prévoit, par Mme Corinne Cahen, ministre de la famille et de l'intégration, ministre à la Grande Région, et M. Harlem Désir, secrétaire d'Etat chargé des affaires européennes.

Le processus de ratification est en cours tant du côté suisse que du côté luxembourgeois. Chaque partie devra notifier à l'autre l'accomplissement des conditions internes nécessaires à l'entrée en vigueur de l'accord-cadre.

VI - Déclarations ou réserves

Sans objet.