



ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 juin 2006.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES SUR LE
PROJET DE LOI n° 3120, *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 M. ANDRÉ SCHNEIDER,

Député

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I – UN ACCORD POUR ENCADRER LA CONCLUSION DE CONVENTIONS LOCALES DE COOPERATION	7
A – QUATRE VOIES PERMETTENT ACTUELLEMENT LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DISPENSES DANS UN AUTRE ETAT MEMBRE DE L’UNION EUROPEENNE..	7
1 – Le règlement (CE) n° 1408/71 de coordination des régimes de sécurité sociale en UE	7
2 – La jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE) sur la libre prestation de services et la libre circulation des marchandises en matière de soins de santé.....	7
3 – Le choix d’un médecin traitant établi dans un autre Etat de l’Union européenne	8
4 – Les conventions locales de coopération sanitaire transfrontalière.....	8
B – LE PRESENT ACCORD CADRE VISE PLUSIEURS OBJECTIFS	8
II – DES STIPULATIONS USUELLES EN LA MATIERE	11
A – LE CHAMP D’APPLICATION	11
B – LES STRUCTURES CONCERNEES PAR UNE EVENTUELLE COOPERATION SANITAIRE.....	11
C – LES MODALITES PRATIQUES	13
D – LES STIPULATIONS FINALES	14
III – L’ACCORD CADRE RENVOIE A UN ARRANGEMENT ADMINISTRATIF POUR LES DETAILS DE SA MISE EN ŒUVRE	15
IV – UNE COMMISSION MIXTE SUIVRA L’APPLICATION DU PRESENT ACCORD CADRE	17
CONCLUSION	19
EXAMEN EN COMMISSION	21
ANNEXE I GLOSSAIRE	23
ANNEXE II CALCUL DES DISTANCES ENTRE LES DIFFERENTES COMMUNES DE SARRE ET DE MOSELLE ET LES SERVICES D’URGENCE LES PLUS PROCHES	25
ANNEXE III LISTE DES PROGRAMMES DE COOPERATION TRANSFRONTALIERE DEJA EXISTANTS	27

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi a pour objet d'autoriser 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.

Cet accord a été signé le 22 juillet 2005 par le Ministre de la santé et des solidarités français et par le Ministre fédéral de la santé et le Directeur des affaires juridiques côté allemand.

Visant notamment à favoriser la mobilité de nos concitoyens entre la France et l'Allemagne dans le domaine de la santé, cet accord s'inscrit dans le cadre des nombreuses mesures portant sur la mobilité dans les domaines de l'éducation, de la formation, de la fiscalité et de la santé qui ont été édictées dans le rapport adopté lors du Conseil des ministres franco-allemand du 26 avril 2005, à la suite de la célébration du quarantième anniversaire du Traité de l'Elysée et de la relance de la relation bilatérale décidée à cette occasion.

Votre Rapporteur s'attachera à présenter les objectifs du présent accord, ses stipulations, l'arrangement administratif auquel il renvoie et enfin les modalités de suivi de son application.

I – UN ACCORD POUR ENCADRER LA CONCLUSION DE CONVENTIONS LOCALES DE COOPERATION

Le présent accord cadre a pour objet d'encadrer la conclusion de conventions locales de coopération entre fournisseurs de soins et/ou organismes d'assurance maladie, dans une zone transfrontalière strictement délimitée, organisant notamment le remboursement de soins médicaux dispensés dans l'autre Etat Partie.

A – Quatre voies permettent actuellement la prise en charge des soins dispensés dans un autre Etat membre de l'Union européenne

Il existe actuellement quatre voies permettant de prendre en charge les frais médicaux exposés par des assurés d'un régime dans un autre Etat membre de l'Union européenne (UE).

1 – Le règlement (CE) n° 1408/71 de coordination des régimes de sécurité sociale en UE

Ce règlement permet aux assurés d'un régime français qui reçoivent des soins dans un autre Etat membre, qu'ils soient en situation de résidence ou de séjour temporaire, de se faire rembourser des frais exposés dans les mêmes conditions que s'ils étaient affiliés au régime du lieu des soins, dès lors qu'ils présentent un document communautaire attestant l'ouverture de leurs droits en France (carte européenne d'assurance maladie pour les soins inopinés reçus à l'occasion d'un séjour temporaire ou autorisation préalable E 112 pour les soins programmés, ambulatoires comme hospitaliers).

2 – La jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE) sur la libre prestation de services et la libre circulation des marchandises en matière de soins de santé

La jurisprudence de la CJCE prévoit que les assurés d'un régime français, qui ont décidé d'acheter leurs soins dans un autre Etat membre, peuvent se faire rembourser des frais exposés sur la base des tarifs français, sans autorisation préalable de leur caisse d'affiliation, pour ce qui concerne les soins ambulatoires, le remboursement des soins hospitaliers restant soumis à l'obtention d'une telle autorisation. Les assurés sont alors tenus de faire l'avance des frais et de présenter ensuite leurs factures à leur caisse d'affiliation.

Cette jurisprudence est intégrée en droit interne aux articles R 332-3 et suivants du Code de la sécurité sociale (CSS).

3 – Le choix d’un médecin traitant établi dans un autre Etat de l’Union européenne

Le choix d’un médecin traitant établi dans un autre Etat de l’UE et lié à l’assurance maladie française par une convention spécifique constitue une liberté supplémentaire accordée à l’assuré de se faire rembourser ses soins reçus hors de France.

4 – Les conventions locales de coopération sanitaire transfrontalière

Les conventions locales de coopération sanitaire transfrontalière entre organismes d’assurance maladie 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.

Dans le cadre de telles conventions, l’article R 332-5 du CSS précise que la prise en charge des soins hospitaliers ne requiert pas la délivrance d’une autorisation préalable de la caisse d’affiliation de l’assuré.

B – Le présent accord cadre vise plusieurs objectifs

Le présent accord cadre franco-allemand organise, dans la région transfrontalière concernée, cette dernière voie permettant le remboursement des soins reçus en UE sans autorisation préalable, qu’il s’agisse de soins ambulatoires ou hospitaliers. En effet, actuellement, les délais de remboursement peuvent être très longs pour des établissements prenant en charge des patients du pays voisin. On déplore également une méconnaissance réciproque de l’organisation existant de l’autre côté de la frontière. Des difficultés administratives apparaissent régulièrement en dépit de la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes.

Mais d’autres objectifs sont également visés avec la conclusion de conventions de coopération sanitaire transfrontalière, y compris en matière de secours d’urgence, auxquelles le présent accord apporte un cadre légal. L’amélioration de l’accès aux soins et la garantie de leur continuité pour les populations de la zone frontalière seront acquises, ainsi qu’un recours facilité aux services mobiles d’urgence, une simplification des procédures administratives et financières, une optimisation de l’offre de soins en facilitant l’utilisation ou le partage des moyens humains et matériels, la mutualisation des connaissances et des pratiques. Ce sont le préambule et l’article 1^{er} qui présentent ces différentes perspectives.

Au-delà des soins ambulatoires, l'accord permettra aux patients des zones concernées de recevoir des soins programmés sans avoir recours à une autorisation préalable dès qu'ils rentreront dans le champ d'une convention locale de coopération sanitaire. A partir du moment où une telle convention aura été signée, l'autorisation préalable sera réputée automatiquement accordée aux patients, ce qui garantira leur prise en charge financière par l'assurance maladie.

De même l'accord cadre franco-allemand simplifie le circuit de validation des conventions locales de coopération en autorisant les acteurs de terrain responsables de leur signature (DRASS, DDASS, ARH et URCAM⁽¹⁾) à les conclure et les mettre en œuvre sans autorisation ministérielle préalable. En effet, en l'absence d'accord cadre, l'article R 332-5 du CSS ouvre la possibilité, sous certaines conditions, aux organismes de sécurité sociale de passer une convention avec des établissements de soins établis dans l'Union européenne, mais sous réserve de l'accord du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale.

In fine, la mise en œuvre du présent accord permettra de réduire un certain nombre de difficultés actuellement rencontrées.

(1) Un glossaire est donné en annexe I.

II – DES STIPULATIONS USUELLES EN LA MATIERE

A – Le champ d’application

L’article 2 définit le champ d’application de l’accord. Il s’agit pour la France des régions d’Alsace et de Lorraine, pour l’Allemagne des Länder de Bade-Wurtemberg, de Rhénanie-Palatinat et de Sarre.

L’article 2 précise également que ce sont les autorités compétentes en matière d’organisation de l’accès aux soins et de sécurité sociale qui mettent en œuvre le présent accord. Pour la France il s’agit du ministère de la santé et des solidarités et pour l’Allemagne du ministère fédéral de la santé.

Enfin, l’article 2 précise que le présent accord 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 la zone frontalière visée précédemment. De même, l’accord s’applique à toute personne résidant habituellement ou séjournant temporairement dans ladite zone et nécessitant des soins d’urgence.

Selon les informations fournies par le gouvernement, l’ensemble des populations résidant dans les régions concernées, auxquelles il faut ajouter les personnes de passage pour des soins « inopinés » ou des soins d’urgence, sont susceptibles d’être concernées par le présent accord. S’il est impossible de chiffrer le nombre des personnes de passage, on peut indiquer que l’Alsace compte 1 805 000 habitants, la Lorraine 2 334 000, le Land de Bade-Wurtemberg 10 717 000, celui de Rhénanie-Palatinat 4 061 000 et celui de Sarre 1 056 000. Au total, cela représente 19 973 000 personnes.

B – Les structures concernées par une éventuelle coopération sanitaire

Aux termes de l’alinéa 2 de l’article 3 du présent accord cadre, les conventions qui seront conclues auront pour objet d’organiser la coopération entre des structures et les professionnels de santé libéraux situés dans la zone frontalière, y ayant un point d’ancrage ou faisant partie d’un réseau intervenant dans cette zone.

Il s’agit de toutes les institutions, de tous les services et de 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.

Le terme de « point d’ancrage » fait référence à des structures principales (établissements de soins), situées hors de la région frontalière couverte par l’accord cadre, mais qui auraient des antennes ou des sites relais dans cette zone frontalière. Et à ce titre, un établissement situé hors de la région frontalière mais qui y disposerait d’un point d’ancrage pourrait bénéficier de la convention de coopération. On peut citer pour exemple les centres anti-poisons.

Concernant les structures et ressources sanitaires faisant partie d’un réseau intervenant dans la zone, on peut citer le Réseau régional d’imagerie entre le CHU de Nancy, les hôpitaux de Trèves, Stuttgart et Hombourg. Les réseaux de santé tels qu’ils sont définis à l’article L 6321-1 du Code de la santé publique ont pour objet de favoriser l’accès aux soins, la coordination, la continuité ou l’interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l’éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers.

Le deuxième alinéa du paragraphe 2 de l’article 3 stipule que 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. Ces complémentarités recouvrent la coopération des structures sanitaires présentes sur le terrain afin de garantir un accès à une meilleure qualité des soins, une continuité des soins, un recours rapide aux secours d’urgence, une optimisation de l’offre de soins ainsi qu’une mutualisation des connaissances et des pratiques des professionnels de santé. Il peut s’agir d’optimiser l’offre de soins en facilitant les échanges de bonnes pratiques, l’utilisation ou le partage de moyens et matériels, de partager l’usage et les coûts d’équipements lourds à l’instar du partage d’un équipement IRM entre Wissembourg et Landau, de Wissembourg qui assure les urgences de nuit pour le territoire allemand ou encore de la coopération en matière de soins intensifs organisée entre Strasbourg et Kehl. On peut citer d’autres exemples concrets comme la coopération entre les CH de Sélestat et d’Offenburg, celle entre le CHU de Strasbourg et l’Ecole de kinésithérapie d’Ortenau, la coordination entre les équipes de SAMU et les établissements de santé présents dans ces zones pour la prise en charge et le transport sanitaire des patients. Le tableau donné en annexe II et portant sur le calcul des distances en temps et en kilomètres démontre que pour certaines communes françaises il est plus rapide de faire appel aux services d’urgence allemands, et inversement. Le gain en temps peut aller jusqu’à 18 minutes, ce qui, en termes d’urgences médicales, n’est absolument pas négligeable.

C – Les modalités pratiques

Le paragraphe 3 de l'article 3 stipule que les conventions de coopération prévoient les conditions et les modalités pour les structures de soins, les organismes de sécurité sociale et l'intervention des personnels de santé, ainsi que pour la prise en charge des patients. Si en vertu de l'article L 6134-1 du CSP les établissements publics de santé peuvent conclure des conventions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public ou privé, les articles R 6152-4, 6152-201 et 6152-612 du même code leur permettent de mettre à disposition des personnels de santé, notamment les praticiens hospitaliers. Le présent accord cadre permet aux conventions de coopération d'organiser l'intervention de ces professionnels en dehors de leur établissement pour des interventions transfrontalières.

L'article 4 du présent accord cadre précise que si l'activité des professionnels de santé dans le domaine des secours n'est pas soumise à l'obtention d'une autorisation des autorités compétentes de l'Etat d'intervention temporaire, ni à l'inscription des intéressés auprès d'une chambre professionnelle de cet Etat, les professionnels de santé concernés ne sont pas dispensés de respecter le droit en vigueur sur le territoire de l'Etat partenaire et notamment, pour ce qui concerne l'exercice de l'activité en France des professionnels de santé établis en Allemagne, de l'obligation d'informer les autorités locales compétentes de la prestation de service qu'ils vont réaliser, s'ils en ont connaissance au préalable, ou ont effectuée, dans le cas où l'urgence ne permettrait pas d'anticiper leur intervention.

Les articles L 4112-7 et R 4112-9 à 12 du CSP prévoient une déclaration préalable à l'exécution de tout acte professionnel des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, au conseil départemental de l'ordre concerné. En cas d'urgence cette déclaration est faite *a posteriori*.

Les articles L 4311-22, R 4311-40 et R. 4311-41 du CSP prévoient une déclaration préalable à l'exécution de tout acte professionnel des infirmiers auprès du service de l'Etat compétent dans le département où l'acte a été réalisé. En cas d'urgence cette déclaration est faite *a posteriori*.

L'article 5 invite les Parties à prendre, en lien avec les autorités compétentes, les mesures nécessaires en vue de faciliter les franchissements des frontières. A cet égard, on peut citer les questions liées à la qualité de véhicules prioritaire pour les ambulances passées du côté allemand alors même qu'elles ne font pas l'objet d'une autorisation comme c'est le cas côté français, l'interopérabilité des fréquences radios ou encore les questions liées au transport et au passage à la frontière de certains médicaments, notamment les stupéfiants.

L'article 6 définit les modalités de prise en charge des soins par le régime de sécurité sociale concerné.

L'article 7 précise le droit applicable en matière de responsabilité y compris médicale (droit national respectif) et prévoit une obligation d'assurance en responsabilité civile des professionnels, établissements et services de santé dispensant des soins dans le cadre d'une convention de coopération.

D – Les stipulations finales

L'article 10 porte sur l'entrée en vigueur du présent accord cadre.

Aux termes de l'article 11, le présent accord cadre est conclu pour une durée indéterminée. Sa dénonciation ne préjuge pas du maintien en vigueur des conventions de coopération sanitaire qui peuvent être conclues pour une durée laissée au choix des signataires. Par défaut, celles-ci peuvent être conclues pour un an, renouvelable par tacite reconduction.

III – L’ACCORD CADRE RENVOIE A UN ARRANGEMENT ADMINISTRATIF POUR LES DETAILS DE SA MISE EN ŒUVRE

Selon l’article 9 de la présente convention cadre, un arrangement administratif fixe les modalités d’application du présent accord cadre. Cet arrangement administratif a été signé par le Ministre de la santé et des solidarités de la République française et le ministère fédéral de la santé de la République fédérale d’Allemagne, à Berlin le 9 mars 2006.

Conformément à l’article 3 du présent accord cadre, l’article 1^{er} de l’arrangement administratif définit les personnes et organismes compétents habilités à conclure des conventions de coopération dans le secteur de la santé, y compris pour les services d’urgence sanitaires. Pour la France, il s’agit des Directions régionales ou départementales des affaires sanitaires et sociales, des Agences régionales de l’hospitalisation, telles que définies aux articles L 6115-1 et suivants du Code de la santé publique, ainsi que des Unions régionales des caisses d’assurance maladie, telles que définies aux articles L 183-1 et suivants du Code de la sécurité sociale. Pour la République fédérale d’Allemagne, ce sont les collectivités en administration autonome soumises à la surveillance juridique de l’Institut fédéral des assurances, au niveau des Länder les ministères respectifs ainsi que les autorités qui leur sont subordonnées et les collectivités en administration autonome placées sous leur surveillance juridique et autres établissements et services de santé.

L’article 2 de l’arrangement administratif fixe les conditions et modalités d’intervention des professionnels de santé, des structures de soins et des organismes de sécurité sociale.

Conformément au paragraphe 4 de l’article 4 du présent accord cadre, les conventions déjà existantes sont soumises à une mise en conformité avec le présent accord cadre selon les modalités définies à l’article 3 de l’arrangement administratif, et notamment le délai accordé pour la mise en conformité des conventions déjà existantes. La liste de ces dernières est fournie en annexe III.

L’article 4 porte sur les modalités de prise en charge par un régime de sécurité sociale. Il permet la prise en charge des soins de santé exposés conformément à ses dispositions, selon trois modalités tarifaires de remboursement.

La prise en charge peut ainsi s’effectuer :

- 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.

L'accord cadre respecte le règlement comme la jurisprudence communautaire et ouvre la possibilité de définir une troisième base de remboursement.

En cas de négociation tarifaire, l'accord cadre impose toutefois la validation par les autorités nationales compétentes des tarifs retenus localement. En l'espèce, les autorités françaises compétentes sont le ministère de la santé et des solidarités (DSS) et, en tant que de besoin, l'UNCAM, pour ce qui relève de ses compétences en droit interne. Une circulaire devra préciser prochainement les modalités précises d'application de l'accord cadre franco-allemand, notamment les conditions de validation des tarifs négociés.

L'article 5 soumet les partenaires de coopération à l'obligation de couverture par une assurance responsabilité civile.

Aux termes de l'article 6, l'arrangement administratif entrera en vigueur au premier jour du deuxième mois suivant la date de réception de la dernière des notifications émises par les Parties et notifiant l'accomplissement des conditions internes nécessaires à son entrée en vigueur, et ce au plus tôt le jour de l'entrée en vigueur de l'accord cadre.

IV – UNE COMMISSION MIXTE SUIVRA L'APPLICATION DU PRESENT ACCORD CADRE

Aux termes de l'article 8, une commission mixte composée des représentants des autorités compétentes de chaque Partie est chargée de suivre l'application du présent accord cadre et d'en proposer les éventuelles modifications. Elle se réunit une fois par an et en tant que de besoin à la demande de l'une ou l'autre Partie.

Les représentants français devraient être 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.

La commission mixte exercera, entre autres, un contrôle de conformité des conventions de coopération aux dispositions de l'accord cadre. Les représentants qui siégeront à la commission mixte devront ainsi être systématiquement informés par les autorités locales françaises responsables de cette mise en conformité, des projets en cours ou des modifications éventuelles apportées aux conventions déjà existantes. Un outil informatisé de transmission des données sera mis en place à cet effet.

S'agissant des conventions locales en cours d'élaboration ou déjà en application, les DRASS, DDASS, ARH et URCAM sont chargées de s'assurer de la mise en conformité avec les nouvelles dispositions de l'accord cadre et de l'arrangement administratif. Pour ce qui concerne l'organisation de l'offre de soins, les ARH veilleront ainsi à ce que les conventions locales soient conformes aux SROS et SIOS et répondent à un déficit de l'offre de soins préalablement constaté sur le territoire français. Inversement, les SROS et SIOS devront déterminer dans quelles conditions un établissement de santé français pourra accueillir des assurés des régimes allemands d'assurance maladie dans le respect des objectifs quantifiés déclinés dans son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Conformément à l'article 3 de l'accord cadre et à l'article 3 de l'arrangement administratif, les conventions de coopération sanitaire antérieures à la date d'entrée en vigueur de l'accord cadre doivent, si nécessaire, être modifiées dès que possible et au plus tard un an après la date d'entrée en vigueur de l'accord-cadre. A défaut, elles ne produiront plus d'effets et ne pourront plus être mises en œuvre au-delà de ce délai.

La commission mixte sera également chargée de régler les difficultés relatives à l'application ou à l'interprétation du présent accord cadre.

Enfin, chaque année, elle sera tenue d'élaborer un rapport d'évaluation sur le fonctionnement du dispositif de coopération sanitaire transfrontalière à l'attention du ministre français de la santé et des solidarités, du ministre fédéral de la santé en Allemagne et des autorités habilitées à signer des conventions de coopération.

CONCLUSION

Au vu de ces informations, votre Rapporteur vous recommande donc l'adoption du présent projet de loi, tout en soulignant que l'Allemagne a d'ores et déjà entamé la procédure de ratification parlementaire : une première lecture a été effectuée par le Bundesrat et doit être suivie d'une lecture par le Bundestag, le vote définitif étant programmé pour septembre 2006.

EXAMEN EN COMMISSION

La Commission a examiné le présent projet de loi au cours de sa réunion du 28 juin 2006

Après l'exposé du Rapporteur, **M. Roland Blum** a souhaité savoir si des accords du même type avaient déjà été signés avec d'autres pays frontaliers.

M. André Schneider a répondu que, sous réserve de vérification auprès du ministère des Affaires étrangères, il n'y aurait pas d'accord semblable signé avec d'autres pays frontaliers.

Mme Martine Aurillac a interrogé le Rapporteur sur l'état de la procédure de ratification en Allemagne.

Le Rapporteur a répondu que l'Allemagne avait d'ores et déjà entamé la procédure de ratification parlementaire : une première lecture a été effectuée par le Bundesrat et doit être suivie d'une lecture par le Bundestag, le vote définitif étant programmé pour septembre 2006.

M. Jacques Remiller a observé que seuls quelques *Länder* étaient mentionnés à l'article 2 de l'accord. Il a demandé pourquoi les autres *Länder* allemands n'étaient pas concernés par cet accord.

M. André Schneider a indiqué que seuls les *Länder* des zones frontalières étaient concernés, dans la mesure où le bénéfice de cette coopération sanitaire concerne soit les situations d'urgence soit des soins dispensés dans une zone géographique voisine.

Conformément aux conclusions du Rapporteur, la Commission a *adopté* le projet de loi (n° 3120).

*

* *

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

ANNEXE I GLOSSAIRE

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la sécurité sociale
DAEI	Délégation aux affaires européennes et internationales
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSS	Direction de la sécurité sociale
IRM	Imagerie par résonance magnétique
MSA	Mutualité sociale agricole
SAMU	Services d'aide médicale urgente
SIOS	Schémas interrégionaux d'organisation sanitaire
SMUR	Services mobiles d'urgence et de réanimation
SROS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie

ANNEXE II
CALCUL DES DISTANCES ENTRE LES DIFFERENTES COMMUNES
DE SARRE ET DE MOSELLE ET LES SERVICES D'URGENCE
LES PLUS PROCHES

CALCUL DES DISTANCES (en temps et en Kilomètres) ENTRE LES DIFFERENTES COMMUNES DE SARRE ET DE MOSELLE ET LES SERVICES D'URGENCES LES PLUS PROCHES

Communes	SERVICES D'URGENCES							
	FORBACH		SARREGUEMINES		SAARBRUCKEN		SAARBRUCKEN BREBACH	
<i>Françaises</i>	Kilomètres	Durée (min)	Kilomètres	Durée (min)	Kilomètres	Durée (min)	Kilomètres	Durée (min)
Schoneck	5,5 Km	8 min			9 Km	17 min		
Spicheren	8 Km	12 min			11 Km	18 min	16 Km	17 min
Alsting	9,5 Km	14 min					18 Km	19 min
Hessling	18 Km	17 min					12 Km	17 min
Zinzing	18 Km	16 min					11 Km	6 min
Grosbliederstroff			8 Km	9 min			11 Km	15 min
Blies-Guersviller			5 Km	7 min			9 Km	10 min
<i>Allemandes</i>								
Bliesmengen Bolchen			8,5 Km	10 min			9,5 Km	10 min
Habkirchen			6 Km	8 min			13 Km	15 min
Sitterswald			2,5 Km	3 min			16 Km	20 min
Auersmacher			4 Km	5 min			13 Km	17 min
Kleinbliederstroff			6 Km	7 min			10 Km	14 min
Bliesransbach			7,5 Km	8 min			7 Km	7 min
Bübingen			11 Km	13 min			6,5 Km	11 min
Richlingen-Hanweiler			0,9 Km	1 min			15 Km	19 min

(Source : ministère des Affaires étrangères)

ANNEXE III
LISTE DES PROGRAMMES DE COOPERATION
TRANSFRONTALIERE DEJA EXISTANTS

Des programmes de coopération transfrontalière existent dans les domaines suivants :

Soins aux patients:

- convention de coopération transfrontalière pour les grands brûlés, entre la CRAM Alsace Moselle, la MSA d'Alsace, la CPAM de Strasbourg, le SAMU 67, le SAMU 68 et le centre des grands brûlés de Ludwigshafen et la Croix Rouge de Ludwigshafen ;

- convention de coopération transfrontalière entre le centre de traumatologie et d'orthopédie d'Illkirch-Graffenstaden et des organismes d'assurance maladie du Bade-Wurtemberg pour la prise en charge de patients ;

- convention de coopération transfrontalière entre le centre hospitalier de Wissembourg et des cabinets privés de médecins radiologues allemands à BadBergzabern et Landau pour la réalisation d'IRM ;

- depuis juin 2002, le SMUR français de Wissembourg assure les urgences de nuit sur le territoire allemand, selon les règles du droit allemand ; par ailleurs, des patients français sont traités en Allemagne et des professionnels de santé allemands (médecins, sages-femmes) sont autorisés à pratiquer en France ;

- depuis 1998, convention de coopération transfrontalière entre le CHS de Sarreguemines et le CH de Sarrebruck pour la prise en charge de patients pharmaco-dépendants français en Sarre et réciproquement ;

- convention de coopération transfrontalière entre le CHU de Nancy et les hôpitaux de Luxembourg, Trèves, Hombourg pour la création d'un réseau régional d'imagerie médicale en neuroradiologie ;

- des discussions sont en cours entre le CHU de Nancy et le CH de Sarrebruck sur une éventuelle coopération entre secours d'urgence mobiles ;

- une coopération en matière de soins intensifs est développée entre les hôpitaux de Strasbourg, Kehl et Illkirch-Graffenstade ;

Ressources humaines / formation :

- le centre hospitalier de Sélestat a réalisé de nombreuses actions avec la clinique Saint-Joseph d'Offenburg : organisation commune de cours de langues et

de stages de formation continue pour les agents des deux hôpitaux, stages pratiques pour les étudiants des instituts de formation en soins infirmiers et écoles d'aides-soignantes des deux structures, mise en place d'un lexique franco-allemand de terminologie hospitalière, organisation de sessions d'information et de formation sur des thèmes sanitaires définis en commun ;

- le CHU de Strasbourg accueille des étudiants allemands en kinésithérapie de l'école de kinésithérapie d'Ortenau (Willstätt-Eckartsweier) ;

- le CH de Wissembourg a également mis en place une coopération dans le domaine de la chirurgie plastique, de l'anesthésie, d'examen du pancréas, avec l'hôpital Saint-Joseph (Dahn), permettant d'éviter les déplacements pour les patients et leur famille ;

- le CHU de Nancy a développé avec le CHU de Hombourg (Sarre) de nombreux contacts dans le cadre de stages, de visites et de formation linguistique croisée, en particulier pour des infirmières ;

- des stages de 18 mois à 2 ans sont organisés au CH de Sarrebourg pour des internes allemands des centres hospitaliers de Stuttgart et de Sarrebruck tant en formation initiale que de spécialité (anesthésie, chirurgie, médecine, gynécologie) ;

- des échanges d'étudiants infirmiers ont été initiés entre les hôpitaux de Volkingen (Allemagne) et Merlebach (France), en pédiatrie et gynécologie depuis 1996, et entre les hôpitaux d'Haguenau (France) et de Freudenstadt (Allemagne) ;

- depuis 1979, un partenariat a été développé entre les hôpitaux psychiatriques de Lorquin (France), Merzig (Allemagne) et Ettelbruck (Luxembourg) pour l'échange de personnels. Ces institutions organisent trois fois par an un symposium sur la recherche et les soins en psychiatrie ;

- en 2002, les hôpitaux de Colmar et de Bad-Krozingen ont signé un accord pour le développement d'une coopération en matière de soins (échange d'expériences, transfert de technologies, management, et recherche).

(Source : ministère des Affaires étrangères)