

Phase 2 : Demande aux autorités d'introduction d'un dispositif juridique pour les transports sanitaires transfrontaliers

La santé publique est appréhendée à partir des besoins de la population. Elle constitue un défi pour les autorités européennes et nationales du fait de la libre circulation des échanges, défi renforcé du fait des contraintes budgétaires de l'UE et des Etats membres.

La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé initie localement des évolutions appelées à se généraliser à l'échelle européenne. En santé, comme dans d'autres secteurs ce sont des problématiques locales qui amènent à penser autrement pour rechercher une solution et créer l'opportunité de la coopération transfrontalière. Cette opportunité peut ensuite permettre la résolution d'autres problèmes, transformer les pratiques, voire les structures ; elle peut aussi entraîner la diffusion de bonnes pratiques à d'autres frontières ou la coopération dans d'autres domaines.

Partie 1. Cadre juridique des transports sanitaires en France : l'absence de prise en compte des transports sanitaires transfrontaliers

Les transports sanitaires en France sont régis par les articles L6312-1 à L6312-5¹, ainsi que les articles R6312-1 à R6312-43² du Code de la santé publique et leurs textes d'application. Ces dispositions concernent aussi bien le transport sanitaire d'urgence que les transports secondaires.

Par ailleurs, les frais de transport sanitaires sont pris en charge par la sécurité sociale sur prescription ou attestation médicale *a posteriori* en cas d'urgence, sur la base de tarifs fixés par arrêté ministériel. Le remboursement s'effectue soit sur la base de l'adhésion à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L322-5-2 du Code de la sécurité sociale, soit d'un conventionnement particulier avec des ambulanciers privés ou des entreprises privées n'assurant que du transport par VSL : articles L322-5 à L322-5-4³ du Code de la sécurité sociale.

Force est de constater que les transports sanitaires transfrontaliers ne sont pas pris en compte par la loi française, en raison notamment de l'absence de cadre interétatique.

Dès lors il s'agira, à la lumière de l'ensemble de la réglementation en vigueur, d'analyser les éléments permettant une action juridique et politique afin d'introduire un dispositif transfrontalier en l'absence d'accord-cadre de coopération sanitaire entre la France et l'Italie.

L'analyse s'effectuera en deux temps : eu égard aux **préalables réglementaires d'exercice de l'activité de transporteur sanitaire** dans un premier temps, ainsi **qu'aux conditions de remboursement des prestations** dans un deuxième temps.

¹ Partie législative, Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé, Titre Ier : Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires du Code de la santé publique, Chapitre 2 : Transports sanitaires

² Partie réglementaire, Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé, Titre Ier : Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires du Code de la santé publique, Chapitre 2 : Transports sanitaires

³ Partie législative, Livre III : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général ; Titre II : Assurance maladie ; Chapitre 2 : Prestations en nature ; Section 2 : Frais de déplacement de l'assuré – Frais de transport

1. Les obligations légales et réglementaires d'exercice de l'activité de transporteur sanitaire

Ces obligations sont cumulatives

1.1. L'agrément sur autorisation :

Toute personne physique ou morale effectuant des transports sanitaires en France doit être titulaire d'un agrément délivré dans chaque département par l'ARS territorialement compétente. Les conditions d'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. L'agrément est délivré pour l'accomplissement des transports sanitaires des malades effectués dans tous les cas au titre de l'aide médicale urgente et le cas échéant aux transports effectués sur prescription médicale.

L'agrément est délivré à toute personne physique ou morale détentrice de l'autorisation d'effectuer du transport sanitaire dans le département, obtenue de plein droit ou par attribution, suivant les indices nationaux fixés par arrêté ministériel (cf. I.3. ci-après).

A. Les conditions d'obtention de l'agrément

L'agrément portant à la fois sur les transports effectués au titre de l'aide médicale urgente et sur ceux effectués sur prescription médicale ne peut être délivré qu'aux personnes physiques ou morales de droit privé et aux établissements de santé publics ou privés disposant :

- 1) De personnels titulaires du diplôme d'Etat d'ambulancier, éventuellement accompagnés de personnels des catégories mentionnées aux 3° et 4° de l'article R6312-7 du Code de la santé publique.

Un quota équipages/ambulances est imposé par catégories de véhicules A, B, C et D : article R6312-10 du Code de la santé publique ;

- 2) D'au moins deux véhicules des catégories A, C ou D mentionnées à l'article R. 6312-8, dont au moins un véhicule des catégories A ou C ;
- 3) D'installations matérielles conformes aux normes définies par arrêté du ministre chargé de la santé (*arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres*).

B. Les conditions de l'agrément liées à l'indice national de besoins de transports sanitaires (cf. I.3.)

Aucune autorisation n'est délivrée si le nombre de véhicules déjà en service égale ou excède un nombre fixé en fonction des besoins sanitaires de la population. Ce nombre est fixé par l'ARS dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat, suivant les indices nationaux fixés par arrêté ministériel.

Le retrait de l'agrément peut être prononcé à l'encontre de toute personne qui a mis ou maintenu en service un véhicule sans autorisation. Les modalités du retrait sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

1.2. L'obligation d'implantation :

L'implantation du transporteur sanitaire est constituée par les locaux qu'il affecte à son activité. Le dossier d'agrément du transporteur sanitaire est établi par implantation. Chacune d'elle dispose de son propre numéro d'agrément.

La liste du personnel est établie par implantation en fonction des véhicules qui y sont affectés.

Les installations matérielles prévues au 3° de l'article R6312-13 du code de la santé publique (*arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres, annexe 4*) comprennent :

- A. Un local sur le territoire de l'agrément destiné à l'accueil des patients ou de leur famille. Ce local peut être commun à plusieurs entreprises de transports sanitaires agréées. Il est signalé extérieurement par une plaque ou une enseigne. Un affichage, lisible de l'extérieur, précise les jours et heures d'accueil au sein de ce local, ou toutes dispositions alternatives aux heures et jours d'ouverture.
- B. Un ou des locaux, en propre ou mis à sa disposition par contrat, permettant d'assurer la désinfection et l'entretien courant des véhicules, ainsi que la maintenance du matériel. Ces locaux sont situés dans la commune, groupement de communes ou l'agglomération de chaque implantation. Les entreprises ainsi organisées seront dotées de moyens de communication permettant, au besoin, le départ sans retard des véhicules s'y trouvant. Le lavage de la carrosserie peut s'effectuer en dehors de ces locaux par des moyens mis à la disposition du public ;
- C. Une ou des aires situées dans la commune ou l'agglomération de chaque implantation, suffisamment vastes pour permettre le stationnement des véhicules inscrits au dossier d'agrément pour l'implantation considérée. Ce stationnement doit comporter un garage couvert pour accueillir au moins une ambulance. Ces aires de stationnement peuvent faire partie des locaux mentionnés en 2 de la présente annexe.

L'ARS apprécie, à l'occasion de sa visite de conformité, si les locaux proposés à l'agrément sont adaptés. L'ARS diligente également des contrôles inopinés des locaux et des installations qui peuvent se faire en collaboration avec les forces de l'ordre.

En cas de manquements dûment constatés, l'entreprise peut être mise en demeure de mettre en conformité ses locaux et convoquée devant le 'sous-comité des transports sanitaires'.

1.3. Les types et nombre (par département) de véhicules affectés au transport sanitaire

Les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

A. Les catégories de véhicules adaptés aux transports sanitaires (article R6312-8 du Code de la santé publique)

Les véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire ressortissent aux catégories suivantes :

1° Véhicules spécialement aménagés :

- a) Catégorie A : ambulance de secours et de soins d'urgence "ASSU" ;
- b) Catégorie B : voiture de secours aux asphyxiés et blessés "VSAB" ;

c) Catégorie C : ambulance ;

2° Autres véhicules affectés au transport sanitaire terrestre :

- catégorie D : véhicule sanitaire léger.

Les normes et équipements minimaux de chacune de ces catégories de véhicules sont déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé. Le texte aujourd'hui en vigueur est l'arrêté **du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les quatre catégories de véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres**⁴.

B. L'indice national de besoin de transports sanitaires

Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine, en fonction du nombre de leurs habitants, un classement des communes par tranches et fixe, pour chacune de ces tranches, **un indice national de besoins de transports sanitaires** de la population exprimé en nombre de véhicules par habitant.

Dans chaque département, le directeur général de l'ARS, après avis du sous-comité des transports sanitaires, arrête le nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires, à l'exclusion des véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente. Ce nombre est obtenu par l'application à la population du département de l'indice national de besoins de transports sanitaires. Il est ensuite éventuellement majoré ou minoré dans les limites fixées par l'arrêté susmentionné.

La majoration ou la minoration prend en compte les caractéristiques démographiques, géographiques ou d'équipement sanitaire, la fréquentation saisonnière, la situation locale de la concurrence dans le secteur des transports sanitaires, le taux d'utilisation des véhicules de transports sanitaires existant ainsi que, le cas échéant, l'existence de véhicules affectés à l'exécution de contrats conclus avec une société d'assistance ou un établissement public de santé.

La révision des indices et des nombres théoriques de véhicules a lieu au moins tous les cinq ans, dans les mêmes formes que pour leur fixation, notamment pour prendre en compte les résultats de chaque recensement général de la population.

Par ailleurs, une fois par an, dès lors que le nombre théorique de véhicules déterminé est supérieur au nombre de véhicules déjà autorisés, le directeur général de l'ARS, après avis du sous-comité des transports sanitaires, détermine les priorités en vue de l'attribution d'autorisations supplémentaires de mise en service. Ces priorités visent à assurer la meilleure distribution des moyens de transport sanitaire dans le département, notamment en favorisant l'équilibre entre les différentes catégories de véhicules ainsi que l'équipement des zones particulièrement démunies en moyens de transport sanitaire.

Le directeur général de l'ARS porte à la connaissance du public le nombre d'autorisations nouvelles de mise en service qui peuvent être attribuées et les priorités d'attribution par une insertion dans une publication habilitée à recevoir des annonces légales ainsi que, éventuellement, par affichage ou par un autre moyen de publicité. Le délai de réception des demandes, indiqué par l'insertion susmentionnée, court à compter de celle-ci et ne peut être inférieur à un mois.

Le directeur général de l'ARS peut, après avis du sous-comité des transports sanitaires, décider de procéder au cours de la même année civile à d'autres attributions d'autorisations.

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/12/12/SSAH1732083A/jo/texte>

1.4. Les qualifications des personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires

Les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires, leurs missions respectives ainsi que la qualification et la composition des équipages sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

A. Les catégories de personnel et diplômes : article R6312-7 du Code de la santé publique

- 1) **catégorie 1 : le personnel titulaire d'un diplôme d'Etat d'ambulancier (DEA) ou d'un certificat de capacité d'ambulancier (CCA).** Il est obligatoirement présent dans l'équipage de l'ambulance et peut conduire un véhicule sanitaire léger (VSL).
- 2) **catégorie 2 : les sapeurs-pompiers** – cela ne concerne que les véhicules du S.D.I.S.
- 3) **catégorie 3 : les auxiliaire ambulancier titulaires d'une attestation de formation d'auxiliaire ambulancier.** Ils peuvent conduire un VSL ou être le second membre de l'équipage d'une ambulance.
- 4) **catégorie 4 : les conducteurs ambulanciers. Ils n'ont pas de qualification particulière** et peuvent être le second membre de l'équipage d'une ambulance. Ils ne peuvent pas conduire de VSL.

B. Les autres obligations cumulatives

- 1) **Permis de conduire** : Détenir un permis de conduire B de plus de 3 ans (2 ans pour ceux qui ont suivi un apprentissage anticipé de la conduite) ;
- 2) **Vaccinations** : Conformément à l'article L3111-4 du code de la santé publique, les personnels ambulanciers sont tenus d'être vaccinés contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite. Il convient de se référer aux dispositions de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation pour vérifier que les personnels sont correctement immunisés ;
- 3) **Attestation préfectorale** : Conformément au III de l'article R221-10 du code de la route, le titulaire d'un permis de catégorie B doit obligatoirement être en possession d'une attestation délivrée par le préfet après vérification médicale de l'aptitude physique pour pouvoir conduire des ambulances (entre autres) ;
- 4) **Aptitude médicale** : Attestée par un certificat médical délivré par un médecin agréé ;
- 5) **Port obligatoire de la tenue professionnelle** : Dans le cadre de l'activité professionnelle, le personnel ambulancier porte une tenue professionnelle, composée d'un pantalon, d'un haut au choix de l'entreprise et d'un blouson, qui doit être maintenue dans un état de propreté et d'hygiène satisfaisant.

En dehors de l'activité professionnelle, le port de la tenue est proscrit.

L'entreprise de transport sanitaire tient à disposition des personnels un ou plusieurs changes.

La couleur dominante de la tenue professionnelle est blanche et/ou bleue.

1.5. Les obligations dans le cadre du service de garde départementale

Afin de garantir la continuité de prise en charge des patients pendant les périodes définies par arrêté du ministre chargé de la santé, une garde des transports sanitaires est assurée sur l'ensemble du territoire départemental.

Les obligations des personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires à l'égard du service de garde organisé par le représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les conditions dans lesquelles le représentant de l'Etat dans le département organise la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Les entreprises de transports sanitaires agréées pour l'accomplissement des transports sanitaires sont tenues de participer à la garde départementale en fonction de leurs moyens matériels et humains. Elles peuvent, pour assurer leur obligation de garde, créer un groupement d'intérêt économique afin de mettre en commun leurs moyens. Son activité est cependant limitée aux transports urgents réalisés pendant les périodes de garde, pour lesquels il devient titulaire de l'agrément délivré.

Le territoire départemental fait l'objet d'une division en secteurs de garde. Cette division, qui sert de base à l'élaboration du tableau de garde, tient compte des délais d'intervention, du nombre d'habitants, des contraintes géographiques, de la localisation des établissements de santé et des territoires de permanence des soins. Elle est arrêtée par le directeur général de l'ARS, après avis du comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (un suivi et une évaluation annuelle en est assurée).

Après avis de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative et du sous-comité des transports sanitaires, le directeur général de l'ARS arrête le tableau de garde établissant la liste des entreprises de garde de manière à assurer, dans chaque secteur de garde, la mise à disposition d'au moins un véhicule de catégorie A ou C disposant d'un équipage répondant aux exigences réglementaires.

Ce tableau est communiqué au service d'aide médicale urgente, à la caisse primaire d'assurance-maladie chargée du versement de la rémunération aux entreprises de transport sanitaire, ainsi qu'aux entreprises de transport sanitaire du département.

Un cahier des charges départemental fixant les conditions d'organisation de la garde, notamment celles dans lesquelles une entreprise de transport figurant dans le tableau de garde peut être remplacée, est arrêté par le directeur général de l'ARS après avis du sous-comité des transports sanitaires du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Il peut définir les modalités de participation, pendant tout ou partie des heures de garde, d'un coordonnateur ambulancier au sein du service d'aide médicale urgente et l'existence de locaux de garde communs.

Pendant la garde, toutes les demandes de transports sanitaires urgents sont adressées au service d'aide médicale urgente.

Les entreprises de transports sanitaires mentionnées au tableau de garde, pendant la durée de celle-ci :

1° Répondent aux appels du service d'aide médicale urgente ;

2° Mobilisent un équipage et un véhicule dont l'activité est réservée aux seuls transports demandés par le service d'aide médicale urgente ;

3° Assurent les transports demandés par le service d'aide médicale urgente dans les délais fixés par celui-ci ;

4° Informent le centre de réception et de régulation des appels médicaux du service d'aide médicale urgente de leur départ en mission et de l'achèvement de celle-ci.

2. Les conditions de remboursement des prestations de transports sanitaires

Les tarifs de transports sanitaires sont établis par arrêtés des ministres chargés du budget, de la consommation, de l'économie et des finances et de la sécurité sociale. L'inobservation de ces tarifs peut entraîner le retrait de l'agrément.

Cela étant, les conditions de réalisation et de remboursement de prestations de transports sanitaires d'urgence et les transports secondaires sont, dans une certaine mesure, distinctes.

A. Les conditions de remboursement de prestations de transports sanitaires d'urgence

Le transport sanitaire d'urgence doit respecter les tarifs réglementaires fixés par arrêté ministériel. Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport⁵ les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une attestation médicale a posteriori.

Par ailleurs, les transporteurs sanitaires d'urgence doivent avoir signé la convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L322-5-2 du Code de la sécurité sociale⁶ ou une autre convention particulière avec la caisse d'assurance maladie concernée. Le conventionnement permet de dispenser l'assuré de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Enfin, seuls les véhicules de types A, B, et C (cf. point 1.3.) sont autorisés à effectuer du transport sanitaire d'urgence.

B. Les conditions de remboursement de prestations de transports sanitaires secondaires

Le transport sanitaire secondaire doit respecter les tarifs réglementaires fixés par arrêté ministériel. Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport⁷ les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L162-4-1 du Code de la sécurité sociale, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé.

Par ailleurs, les entreprises de transport sanitaire secondaire doivent avoir signé la convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L322-5-2 du Code de la sécurité

⁵ Conformément à la décision du Conseil constitutionnel n° 2018-757 QPC du 25 janvier 2019, les mots : « et du mode de transport » figurant au premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, sont contraires à la Constitution.

⁶ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000236702>

⁷ Conformément à la décision du Conseil constitutionnel n° 2018-757 QPC du 25 janvier 2019, les mots : « et du mode de transport » figurant au premier alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, sont contraires à la Constitution.

sociale⁸ ou un autre conventionnement particulier avec la caisse d'assurance maladie concernée (travailleurs salariés, agricoles, indépendants...). Le conventionnement permet de dispenser l'assuré de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Enfin, seuls les véhicules de type D, à savoir les VSL (cf. point 1.3.), sont autorisés à effectuer du transport sanitaire secondaire.

Les demandes de conventionnement peuvent être refusées lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'ARS pour le territoire concerné par application à la population du département de l'indice national de besoins de transports sanitaires (cf.1.3.), éventuellement majoré ou minoré dans les limites fixées par l'arrêté ministériel ayant fixé l'indice.

Les frais d'un transport effectué par une **entreprise de taxi** ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'ARS pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Partie 2. Cadre juridique des transports sanitaire en Italie

1. Introduction

Le première livrable concernant l'analyse territoriale dans le contexte de la Région Piemonte et le versant français a mis en évidence les caractéristiques de l'offre de soins aussi bien que les points critiques résultant de la confrontation du territoire objet de l'étude et à la population qui y réside.

L'analyse juridique concernant l'Italie, qui fait l'objet de la partie 4 de ce livrable, se développe à partir des résultats concrets achevés par l'analyse territoriale. Le but principal est de vérifier la présence, du côté italien, d'un dispositif de transport sanitaire, au moyen d'ambulances ou autre, qui puisse permettre aux patients de franchir la frontière pour se rendre à Briançon et vice versa. L'on peut d'ores et déjà anticiper qu'un tel dispositif fait totalement défaut ; d'ailleurs, il manque une quelconque forme de coopération transfrontalière en matière de santé entre l'Italie et ses pays voisins. Par conséquent, le noyau dur de l'analyse juridique portera sur la proposition d'un dispositif de transport sanitaire à être négocié directement entre la Région Piemonte et le versant français. Pour ce faire, on examinera à la fois le droit constitutionnel italien mais aussi le droit de l'Union européenne dans le cadre duquel s'inscrivent les dispositifs envisageables.

⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000236702>

2. L'absence de lignes communes concernant le transport sanitaire

L'article 32 de la Constitution italienne affirme que « La République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu et dans l'intérêt de la collectivité, et elle garantit des soins gratuits aux citoyens ». En Italie la loi n. 833 du 23 décembre 1978 a créé le *Servizio sanitario nazionale* (SSN)⁹. Il s'agit d'un système de santé publique, financé à travers la fiscalité générale et, le cas échéant, par la coparticipation aux frais du patient (*ticket*). Le *ticket* ne correspond pas au coût de la prestation sanitaire mais seulement à une partie de celle-ci, entièrement déterminée par la région où le patient réside ou il est soigné.

Au niveau central, le Ministère de la Santé Publique a prioritairement pour objectif de définir les niveaux essentiels d'assistance (*livelli essenziali di assistenza*, LEA) dont la prise en charge est assurée par les régions (cf. paragraphe 3). Au niveau central, il n'y a pas d'indications concernant le transport sanitaires des patients. Il faudra donc les chercher au niveau régional, puisque la santé demeure une compétence des régions (cf. paragraphe 3).

Tout d'abord, il faut préciser qu'il y a plusieurs types de transports sanitaires :

- 1) le transport de secours ;
- 2) le transport n'impliquant pas de secours ;
- 3) les transports secondaires.

Le transport de secours se réfère essentiellement aux situations qui peuvent mettre en péril la vie du patient et, pour cette raison, est entièrement gratuit.

Le transport n'impliquant pas de secours se réfère intuitivement aux situations qui, même si elles sont graves, ne mettent pas directement en péril la vie du patient. Par conséquent, pour ce type de transport, le patient doit payer un *ticket*. Le coût du *ticket* est déterminé au niveau régional et selon l'*azienda sanitaria locale* (ASL) d'affiliation.

Le transport secondaire, enfin, se réfère soit aux situations où un patient est transporté d'un hôpital à l'autre soit aux situations où un patient est accompagné chez lui.

En Italie, chaque région a le pouvoir de déterminer le coût et les conditions des transports sanitaires. De plus, il y a d'autres organismes – publics ou privés, souvent la Croix Rouge ou la Misericorde – qui opèrent dans le secteur du transport sanitaire.

Il en résulte donc un cadre hétérogène où les régions disposent de toute la compétence en la matière. Et puisque dans chaque région il y a plusieurs ASL opérant comme antennes de proximité pour les patients, c'est vers eux qu'il faut diriger l'effort de compréhension du cadre normatif la normative, là où il existe. Par conséquent, les solutions adoptées, par exemple, par la Région Piemonte peuvent être tout à fait différentes de celles envisagées par d'autres régions italiennes.

Deux *decreti ministeriali* décrivent les caractéristiques techniques auxquelles doivent répondre les ambulances mais ils ne concernent pas la question du transport sanitaire, ni en Italie ni à l'étranger. Par ailleurs, il y a une réglementation détaillée en ce qui concerne la classification des ambulances, en les divisant entre des ambulances de secours (pour le transport de secours) et des ambulances qui

⁹ Legge 23 dicembre 1978, n. 833 Istituzione del servizio sanitario nazionale pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n.360 del 28 dicembre 1978.

ne sont pas destinées au secours¹⁰. Ensuite, un autre *decreto ministeriale* classe les ambulances parmi les moyens de transport spéciaux¹¹.

3. La négociation d'un accord (*intesa*) entre la Région Piemonte et une entité territoriale française

La réforme de la Constitution italienne de 2001¹² a profondément révisé le rapport entre l'État central et ses articulations territoriales, en donnant des pouvoirs très larges aux Régions. Conformément à l'article 114 de la Constitution « La République se compose des Communes, des Provinces, des Villes métropolitaines, des Régions et de l'État. Les Communes, les Provinces, les Villes métropolitaines et les Régions sont des entités autonomes ayant un statut, des pouvoirs et des fonctions propres, conformément aux principes établis par la Constitution ».

En ce qui nous concerne, il faut donc souligner l'adéquation, les pouvoirs et les fonctions propres de ces entités autonomes, car c'est là qu'il faut chercher le cadre légal d'une véritable coopération sanitaire transfrontalière avec le versant français. En effet, l'article 117 de la Constitution nous informe, dans un premier temps, que « Le pouvoir législatif est exercé par l'État et les Régions dans le respect de la Constitution, aussi bien que des contraintes découlant de la réglementation communautaire et des obligations internationales » tandis que la lettre o) fait relever la sécurité sociale de la compétence étatique.

En revanche, **la protection de la santé** aussi bien que **la prévoyance sociale complémentaire et supplémentaire** se trouvent parmi les matières des **compétences concurrentes entre l'État et les Régions**. Pour ces compétences concurrentes un cadre à deux niveaux est prévu :

-en première lieu, l'État donne les grandes lignes politiques, surtout à travers le *LEA (Livelli essenziali di assistenza)* dont la définition relève donc de sa compétence, à suivre et à appliquer par les Régions ;

-en deuxième lieu, les Régions, en exerçant leurs pouvoirs, mettent en œuvre les formes de coopérations internationales les plus appropriées selon les objectifs recherchés.

Cela étant, au niveau constitutionnel, le statut de la Région Piemonte¹³ nous donne des indications encore plus précises. Selon l'article 2 du statut, « La Région agit dans le cadre des pouvoirs qui lui sont reconnus par la Constitution » poursuivant ses actions, *inter alia*, en respectant le principe de subsidiarité (article 3.1 du statut). De plus, la Région coopère avec les *comunità montane* (article 3.2 du statut) qui, comme l'on se souviendra de l'analyse territoriale, jouent un rôle primordial sur le territoire en question. Concrètement, la Région doit organiser la programmation de ses actions en coopération avec les *comunità montane* (article 4.2 du statut). **L'article 9 du statut** est consacré à la **protection de la santé** : « La Région promeut et protège le droit à la santé des particuliers et de la communauté. La Région organise les instruments les plus efficaces pour protéger la santé et garantir la qualité des environnements de vie et de travail. Le système sanitaire régional s'inscrit dans le cadre du système sanitaire national ». Enfin, l'article 15.2 du statut précise que « Dans les matières de

¹⁰ D.M. 17 dicembre 1987, n. 553. Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze (G.U. 18 gennaio 1988, n. 13)

¹¹ D.M. n. 487 del 20 novembre 1997. Regolamento recante la normativa tecnica ed amministrativa relativa alle autoambulanze di soccorso per emergenze speciali GU n. 14 19.01.1998

¹² Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione", pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 248 del 24 ottobre 2001.

¹³ Bollettino Ufficiale n. 09, Supplemento straordinario n. 1 del 7 marzo 2005 Legge regionale statutaria 4 marzo 2005, n. 1. Statuto della Regione Piemonte.

compétence régionale, la Région conclut des accords avec des Etats et des *intese*¹⁴ avec les entités territoriales d'un autre Etat, dans les cas et sous les formes prévues par les lois de l'État ».

Pour résumer

1) la Région Piemonte, en tant que titulaire d'une compétence générale en matière de protection de la santé, a le pouvoir de négocier une *intesa* avec une entité territoriale côté français ;

2) la Région Piemonte a l'obligation de se concerter pour la signature de cette *intesa* avec ses sous-entités territoriales, notamment, le *comunità montane*.

NB : Cependant, la loi ne précise pas le caractère contraignant ou non de l'avis donné par la *comunità montane*

La pratique des *intese* de la Région Piemonte nous donne quelques indications pour comprendre si la proposition de négocier une *intesa* avec les entités territoriales françaises est concrètement réalisable.

Il existe, par exemple, deux *intese* intéressantes à analyser, la première avec le Canton Ticino (Suisse)¹⁵, la deuxième avec le Canton Zenica (Bosnie-Herzégovine)¹⁶.

Celle avec le Canton Ticino, poursuit, en général, un but d'amélioration des relations entre le Piemonte et le Canton Ticino, notamment en ce qui concerne les échanges culturels, la formation professionnelle, le tourisme et la valorisation du territoire, les transports de passagers et la consolidation du partenariat entre le deux territoires en vue de la programmation régionale 2014-2020.

L'*intesa* avec le Canton Zenica promeut les relations bilatérales entre le deux entités mais se consacre aussi à la mise en place d'un pôle d'oncologie, l'extension du modèle de réseau oncologique sur le territoire de la Bosnie, l'activation d'un programme pour le dépistage des tumeurs, la réalisation d'une base de données pour les tumeurs détectées, etc.

Ces exemples de coopérations démontrent qu'en principe la Région Piemonte est déjà active sur la scène internationale avec ses homologues territoriales étrangères. Cependant, l'objet de ces deux formes de coopérations transfrontalières est extrêmement limité et, surtout, ne concerne pas des matières économiquement et politiquement sensibles comme la protection de la santé. Ça sera différent le jour où il s'agira de conclure une *intesa* concernant la coparticipation aux frais de transport sanitaire.

En ce qui concerne l'état du droit interne italien qui ne permet qu'aux régions d'agir dans le domaine de la santé. La question se pose de la personnalité juridique des ASL. En effet, même si selon l'article 3.1.bis du *decreto legislativo*¹⁷ qui a créé les ASL, elles ont personnalité juridique et une autonomie

¹⁴ Le mot *intesa* n'a pas de véritable équivalent en français ; il indique un accord ou une convention entre deux entités territoriales, l'une en Italie, l'autre à l'étranger, y compris en dehors de l'Union européenne. Et même si c'est une notion plus souple que convention, traité, ou accord, leur valeur juridique est identique. Il s'agit seulement d'une question de terminologie issue du droit public italien qui réserve la compétence de signer et de négocier un traité à l'Etat avec ses homologues sur la scène internationale. L'*intesa* est réservée aux entités territoriales, mais les obligations qui en résultent restent néanmoins contraignantes, ayant la même force juridique qu'un traité ou un accord, entre les entités signataires mais aussi vis-à-vis des individus qui cherchent à l'invoquer devant le juge

¹⁵ <https://www.regione.piemonte.it/web/amministrazione/organizzazione/relazioni-internazionali/accordo-regione-piemonte-canton-ticino-svizzera>. Le texte n'est pas publié.

¹⁶ <https://www.regione.piemonte.it/web/amministrazione/organizzazione/relazioni-internazionali/accordo-regione-piemonte-cantone-zenica-doboj-bosnia-erzegovina>. Le texte n'est pas publié.

¹⁷ Decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, GU serie generale n. 305 del 30 dicembre 1992.

d'affaires, cela ne signifie pas qu'elles peuvent agir séparément de la Région à laquelle elles appartiennent. Cela est confirmé directement et explicitement par l'article 8 sexies, paragraphe 2, lettres e) et g) dudit *decreto legislativo*. Donc, il en résulte que les Régions sont seules capables d'agir en matière de transport sanitaire, de secours ou non. La personnalité juridique des ASL ne va pas jusqu'à leur permettre de négocier et de signer une *intesa*. C'est toujours la Région Piemonte en tant qu'articulation territoriale de l'État italien qui exerce la compétence en matière de santé, notamment pour négocier et signer des *intese* transfrontalières.

Le recours au droit interne voit donc la Région Piemonte comme acteur privilégié ; néanmoins, puisqu'il s'agit de négocier une *intesa* entre des entités territoriales faisant partie aussi de l'Union européennes, il faut aussi analyser si son ordre juridique peut avoir une influence.

Au niveau de l'Union européenne, la protection de la santé relève entièrement des États membres.

En ce qui concerne le droit primaire, l'article 4.2.k du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) le confirme, en prévoyant une compétence concurrente seulement dans le domaine des « enjeux communs de sécurité en matière de santé publique, pour les aspects définis dans le présent traité ». En revanche, l'article 6.a TFUE se réfère à « la protection et l'amélioration de la santé humaine ». L'article 168 TFUE, dans sa totalité, est consacré à la protection de la santé publique et prévoit la possibilité d'adopter des actes d'harmonisation en certaines matières comme la lutte au tabac ou aux maladies infectieuses. De plus, l'article 168.2 TFUE prévoit que l'Union européenne « encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières ». Enfin, l'article 168.7 TFUE affirme clairement que la fourniture des services de santé et les soins médicaux demeurent de la compétence des États membres. La même formule est reprise par l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Il n'y a donc guère de doutes que la santé, et en particulier les soins sanitaires objets de notre étude, sont une compétence étatique.

Au niveau du droit dérivé, la directive 2011/24¹⁸ sur les droits des patients dans l'assistance sanitaire transfrontalière n'inclut aucune disposition sur le transport des patients. Néanmoins, l'article 10.3 affirme que « La Commission encourage les États membres, en particulier les États limitrophes, à conclure des accords entre eux. La Commission encourage également les États membres à coopérer en matière de prestation de soins de santé transfrontaliers dans les régions frontalières ». Cette disposition, le cas échéant, doit être interprétée à la lumière de l'article 216 TFEU selon lequel les accords internationaux des États membre – soit entre eux, soit avec des États tiers – doivent respecter le droit de l'Union.

Donc, en principe, le droit de l'Union n'empêche pas la présence de formes de coopérations plus étroites entre ses États membres et leurs entités territoriales. Par conséquent, il est en principe possible de plaider en faveur d'une *intesa* entre la Région Piemonte et les entités territoriales françaises frontalières. Le véritable défi, toutefois, concerne son **contenu**.

Points de vigilance

Il y a trois paramètres principaux dont il faudra tenir compte, à savoir, le champ d'application territorial, le champ d'application matériel et le champ d'application personnel d'un tel futur accord.

- 1) Point de vigilance sur l'applicabilité territoriale de l'accord entre les entités territoriales des deux États

¹⁸ Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers JO L 88 du 4.4.2011, p. 45–65.

Même si l'analyse territoriale (Livrable 1) a confirmé que le territoire objet de cette étude possède des caractéristiques propres, il est difficile d'imaginer une intesa dont seulement les résidents du périmètre territorial identifié dans le cadre du Projet Prosanté pourraient bénéficier et non pas tous les citoyens piémontais, la région Piemonte étant seule compétente pour signer un tel accord.

En effet, en théorie cela pose des questions relatives à la limitation territoriale des patients bénéficiaires. Cette situation pourrait constituer une violation de l'article 56 TFEU sur la libre prestation de services dans l'Union européenne.

Cela étant, en pratique, la limitation se ferait d'elle-même, puisque seuls les résidents de proximité saisiront la possibilité qui leur est offerte par l'accord de franchir la frontière ;

2) Point de vigilance sur l'applicabilité matérielle de l'accord entre les entités territoriales des deux Etats

Le champ d'application matériel devrait se limiter à prévoir un dispositif de transport transfrontalier, sans affecter le LEA (Livelli essenziali di assistenza) car une potentielle disposition dans ce domaine nécessiterait l'intervention de l'État.

3) Point de vigilance sur le champ d'application personnelle de l'accord entre les entités territoriales des deux Etats

Enfin, le champ d'application personnel de l'intesa doit forcément correspondre au moins à la population résidente dans la Région Piemonte bien que, comme l'on a déjà vu, il soit probable que seule la population résidente dans le périmètre territoriale du Projet Prosanté en bénéficiera.

4. La question de la prise en charge d'un transport sanitaire transfrontalier

En ce qui concerne la question de la prise en charge d'un transport sanitaire italien qui traverserait la frontière pour aller chercher ou pour déposer un patient assuré en Italie sur le territoire français, il faudra tout d'abord différencier entre le transport de secours et le transport qui n'implique pas de secours. Le problème lié à cette partie demeure dans l'identification du sujet qui doit payer les frais et, éventuellement, comment il faudra les calculer. Puisque, comme on l'a déjà vu, chaque région a sa propre échelle de ticket, il faudra se référer à celle de la Région Piemonte qui est également compétente en matière de prise en charge des frais de transport sanitaire. Selon les indications du site internet de l'ASL TO 3 en cas de transport sanitaire n'impliquant pas le secours, le coût du *ticket* est de €25. Donc, ce montant constitue la base à partir de laquelle il faut calculer les frais de transport selon un régime de *ticket*. Cependant, les choix pour le calcul aussi bien que pour le montant du ticket sont purement politiques. À partir du montant de 25€, il serait donc possible de calculer les frais de transport vers et depuis le versant français, si les deux entités territoriales trouvent une *intesa*. Il sera possible d'imaginer la gratuité du transport de secours, car la non-gratuité impliquerait une violation manifeste du principe de non-discrimination. En revanche, en cas de transport qui n'est pas de secours, il faudra ajouter au 25€ un forfait calculé sur la distance entre le point de départ et d'arrivée. Bien évidemment, le même calcul devra être applicable aussi au transport sanitaire effectué par les acteurs privés comme la Misericorde. De plus, ils auront le droit de franchir la frontière car une entrave en ce sens serait contraire à la libre circulation de services selon l'article 56 TFUE. Une proposition à porter auprès de la Région Piemonte qui décide de la mise en place des transports sanitaires mais également de leur montant et de leur prise en charge.

Point de vigilance sur les recours juridictionnels possibles

En cas de contestation d'une décision prise par la Région Piemonte et de sa composante l'ASL TO3

en matière de transports sanitaires transfrontaliers, il faut distinguer entre les litiges de droit privé et de droit administratif. Cela dépend exclusivement des faits à la base de l'affaire. Dans les litiges de droit privé, le cas échéant, il sera possible de recourir au droit de l'Union européenne – par exemple en ce qui concerne les obligations extracontractuelles, contractuelle ou les small claims – ou la discipline des marchés publics qui dépassent un certain seuil économique. Dans les litiges de droit administratif – portant, par exemple, sur l'autorisation à exercer une profession médicale ou sur l'accès à un concours – le juge administratif sera compétent. Enfin, peu importe si la juridiction compétente est en Italie ou en France ; le juge saisi aura toujours la possibilité d'effectuer un renvoi préjudiciel à la Cour de Justice de l'Union européenne.

4. Conclusions

Le cadre juridique italien n'est pas fourni de manière à pouvoir aborder et résoudre les problèmes pratiques liés aux transports sanitaires transfrontaliers. L'absence d'un quelconque instrument juridique crée une incertitude de fond, à la fois pour les patients mais aussi pour les opérateurs sanitaires. Ces lacunes ont des conséquences non négligeables sur le cadre de la coopération sanitaire transfrontalière franco-italienne.

À cet égard, compte tenu des différences des systèmes de prévoyance sociale et de protection de la santé entre la France et l'Italie, il est apparu difficile d'envisager un dispositif de transport commun *rebus sic stantibus*. Cela étant, il n'apparaît pas plus faisable de s'appuyer sur le droit de l'Union européenne puisque la compétence des soins sanitaires relève de la compétence des États membres.

La solution la plus adéquate sera donc de négocier une *intesa* entre la Région Piemonte et une entité territoriale frontalière française ayant spécifiquement pour objet le transport sanitaire sans toucher au domaine étatique des LEA (*Livelli essenziali di assistenza*) ; cela, compte tenu des pouvoirs et des autonomies des régions italiennes.

Partie 3. Cadre juridique européen des transports sanitaires, notamment transfrontaliers

Titre XIV TFUE Santé publique, article 168.2. « L'Union encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action. Elle encourage en particulier la coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières. »

Force est de constater que le droit de l'UE affirme la primauté des États membres dans la définition de la politique de santé, l'organisation et le financement des services de santé et des soins médicaux. La santé publique relève par principe de la compétence interne des États membres ; les gouvernements nationaux sont donc libres d'organiser et de fournir leurs services de soins comme ils le souhaitent. L'action de l'Union européenne peut compléter ces politiques nationales sur la base de l'article 168.2. du TFUE.

Pour plus de cohérence, l'UE agit dans le cadre d'une programmation pluriannuelle, mise en œuvre par l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé et l'alimentation (CHAFEA).

Actuellement inscrit dans la stratégie globale Europe 2020, le Programme Santé pour la période 2014-2020 poursuit « quatre objectifs spécifiques dans 23 domaines prioritaires » :

- "Prévenir les maladies et favoriser des modes de vie sains" ;
- "Protéger les citoyens des menaces transfrontières graves" ;
- "Contribuer à des systèmes de santé innovants, efficaces et viables" ;
- "Faciliter l'accès des citoyens à des soins de santé sûrs et de qualité".

Pour réaliser ces objectifs, des appels à propositions, appels d'offres et appels pour des actions conjointes sont lancés par la CHAFAEA. Les financements sont attribués en fonction des priorités et des critères redéfinis chaque année avec les Etats membres dans un "plan de travail annuel".

La direction générale de la santé et de la sécurité alimentaire de la Commission (DG SANTÉ) mène la politique globale de l'UE et suit la mise en œuvre de la législation dans ces domaines.

Partie 4. Constats d'éléments bloquants pour des dispositifs juridiques transfrontaliers innovants et recommandations et propositions de dispositifs de transports sanitaires transfrontaliers adaptés

L'absence d'accord-cadre de santé entre la France et l'Italie

Force est de constater que le dispositif législatif et réglementaire français qui régit les transports sanitaires ne prend pas en compte le transfrontalier. Le transfrontalier implique un franchissement de la frontière nationale et relève donc dans un premier temps d'un cadre interétatique. Les collectivités locales et autres acteurs locaux compétents ne peuvent signer des conventions de dérogations/ adaptations/ reconnaissance/ extension des normes législatives et réglementaires qui leur sont applicables en l'absence d'un cadre interétatique qui le permet.

Ainsi, conformément à l'article L1115-1 du Code général des collectivités territoriales « **Dans le respect des engagements internationaux de la France**, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent mettre en œuvre ou soutenir toute action internationale annuelle ou pluriannuelle de coopération, d'aide au développement ou à caractère humanitaire.

A cette fin, les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent, le cas échéant, conclure des conventions avec des autorités locales étrangères. Ces conventions précisent l'objet des actions envisagées et le montant prévisionnel des engagements financiers. Elles entrent en vigueur dès leur transmission au représentant de l'Etat ».

De même, le Code de la santé publique prévoit la possibilité pour les établissements de santé français de signer directement des conventions de coopération, notamment internationale. Aux termes de l'article L6134-1 « Dans le cadre des missions qui leur sont imparties et **dans les conditions définies par voie réglementaire**, les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif peuvent participer à des actions de coopération, y compris internationales, avec des personnes de droit public et privé. Pour la poursuite de ces actions, ils peuvent signer des conventions, participer à des groupements d'intérêt public, des groupements d'intérêt économique ou des groupements de coopération sanitaire ou constituer entre eux des fédérations médicales interhospitalières.

Pour les actions de coopération internationale, les établissements de santé publics ou privés à but non lucratif peuvent également signer des conventions avec des personnes de droit public et privé, **dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat français** ».

Or, en l'état actuel du droit relatif à la coopération sanitaire entre la France et l'Italie, ni les collectivités territoriales françaises, ni les hôpitaux français du périmètre de l'étude ne peuvent signer de conventions avec les autorités locales italiennes afin de permettre d'adapter le dispositif législatif et réglementaire interne régissant les transports sanitaires sur le territoire français aux

transports sanitaires transfrontaliers ou d'instaurer un cadre propre à ceux-ci.

Or, le métier d'ambulancier étant une profession réglementée en France, les obligations cumulatives applicables à son exercice examinées dans la partie 1.1., constituent un frein à l'exercice de ces missions par les ambulanciers italiens qui viendraient effectuer du transport sanitaire transfrontalier (la réglementation italienne équivalente constitue également un frein pour les ambulances françaises)

Une première solution à cet obstacle serait le plaidoyer à engager auprès des autorités nationales compétentes avec des dispositions régissant ces transports sanitaires transfrontaliers à inclure dans un accord-cadre de coopération sanitaire franco-italien.

Cela étant et en attendant l'adoption de cet accord-cadre, dans le contexte du marché unique et de frontières ouvertes entre la France et l'Italie, il faudrait envisager les conditions dans lesquelles les transporteurs français qui répondent aux exigences de la réglementation française pour exercer en France et sous convention avec les hôpitaux français du périmètre de l'étude, puissent déposer et aller chercher des patients de l'autre côté de la frontière tout en bénéficiant du système de prise en charge nationale. La même question se pose pour la venue sur le territoire français d'ambulanciers italiens répondant aux exigences de la réglementation italienne.

1. Un plaidoyer pour un accord-cadre de santé franco-italien : la mise en place de transports sanitaires transfrontaliers

Le moyen permettant de mettre en place de véritables services de transports sanitaires transfrontaliers adaptés localement est l'accord-cadre de santé. Celui-ci permet notamment de proposer un cadre légal pour la signature de conventions de coopération locales dont les domaines d'intervention sont prévus par les accords-cadres.

Quelles sont les dispositions existantes aux autres frontières, notamment françaises, pouvant inspirer l'organisation des transports sanitaires transfrontaliers entre la France et l'Italie ?

A. Les dispositions pertinentes de l'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière franco-espagnol du 27 juin 2008

L'accord-cadre de coopération sanitaire franco-espagnol du 27 juin 2008 prévoit la signature de conventions de coopération entre des personnes ou autorités locales, dans leurs domaines de compétences internes. Ces conventions de coopération prévoient 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. Ces conditions et modalités concernent, notamment, en fonction de l'objet, les domaines suivants :

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, y compris 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.

Par ailleurs, conformément à l'article 2 de l'accord d'application de l'accord-cadre : « En application de l'article 3 § 3 de l'accord-cadre et sans préjudice des réglementations nationales existantes, les conventions de coopération sanitaire transfrontalière précisent notamment, selon les cas, lorsque le champ d'application porte :

(...)

2. Sur l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients :

- les conditions d'intervention visant à apporter les premiers soins aux personnes en urgence vitale ;
- la 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 ;
- les conditions d'accompagnement du patient de son lieu de détresse à l'établissement de soins le plus proche, si nécessaire ;
- la coordination des moyens de communication ;
- les modalités de prise de contact avec les centres de régulation des appels d'urgence ;
- les modalités d'intervention d'une équipe de secours répondant à un appel d'urgence ;
- les modalités d'intervention hors d'appel d'urgence, en fonction de la proximité des structures de soins et de la disponibilité des équipes.

3. Sur la garantie d'une continuité des soins incluant en particulier l'accueil et l'information des patients :

- les conditions d'accès aux soins ;
- les transports sanitaires ;
- les modalités de sortie ;
- les conditions de facturation et de remboursement ;
- l'information du patient (dossier médical, résumé clinique, lettre de sortie, compte rendu opératoire) ;
- le livret d'accueil dans chacune des langues officielles respectives.

B. Les dispositions pertinentes de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière franco-belge du 30 septembre 2005

L'accord-cadre franco-belge sur la coopération sanitaire transfrontalière prévoit en son article 3 la conclusion de conventions de coopération sanitaire entre les entités compétentes des deux zones frontalières dont les conventions relatives « [aux] conditions et [aux] 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. Ces conditions et modalités concernent, notamment, en fonction de l'objet, les domaines suivants :

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, notamment ses aspects statutaires ;
- l'organisation du transport sanitaire des patients ;... »

C. Les dispositions pertinentes de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière franco-allemande du 22 juillet 2005

L'accord-cadre franco-allemand sur la coopération sanitaire transfrontalière prévoit en son article 3 la conclusion de conventions de coopération sanitaire entre les entités compétentes des deux zones frontalières dont les conventions relatives « [aux] conditions et [aux] modalités pour les structures de soins, les organismes de sécurité sociale et l'intervention des professionnels de santé, ainsi que pour la prise en charge des patients. Ces conditions et modalités concernent, notamment, en fonction de l'objet, les domaines suivants :

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, pour la partie française notamment leurs aspects statutaires,
- l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients,... »

D. Les dispositions pertinentes de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière franco-suisse du 27 septembre 2016

L'accord-cadre franco-suisse de coopération sanitaire transfrontalière rappelle dans ses considérants les raisons de la nécessité impérieuse de sa signature, à savoir notamment « la tradition de mobilité des populations entre la France et la Suisse, ainsi que de la mise en place des différents projets de coopération transfrontalière dans le domaine sanitaire », ainsi que, entre autres, le besoin « de faciliter le recours aux services mobiles d'urgence pour les populations de la zone frontalière ».

Ainsi, l'accord-cadre prévoit en son article 3 la possibilité pour les entités locales compétentes de conclure des conventions de coopération transfrontalière lesquelles « peuvent porter notamment sur les domaines suivants :

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé;
- l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients;... »

E. Les dispositions pertinentes de l'accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière franco-luxembourgeoise du 21 novembre 2016

L'accord-cadre franco-luxembourgeois de coopération sanitaire transfrontalière, ratifié en France en parallèle de l'accord-cadre franco-suisse, rappelle également dans ses considérants les raisons de la nécessité impérieuse de sa signature, à savoir notamment « la mobilité des populations entre le Luxembourg et la France, ainsi que de la mise en place des différents projets de coopération transfrontalière », ainsi que, entre autres, le besoin « de faciliter le recours aux services mobiles d'urgence pour les populations de la zone frontalière ».

Ainsi, l'accord-cadre prévoit en son article 4 la possibilité pour les entités locales compétentes de conclure des conventions de coopération transfrontalière lesquelles « peuvent porter notamment sur les domaines suivants :

- l'intervention transfrontalière des professionnels de santé;
- l'organisation des secours d'urgence et du transport sanitaire des patients;... »

Conclusion : A la lumière des dispositions précitées, l'on remarque que les accords-cadres de santé aux frontières françaises adoptent des approches comparables, voire identiques pour certains, en ce qui concerne les transports sanitaires transfrontaliers. Ces accords permettent tout simplement à ces derniers de se déployer via des conventions de coopération locales. A l'heure actuelle, la frontière franco-italienne, pauvre d'accord-cadre interétatique, constitue un véritable obstacle au passage des transporteurs sanitaires en provenance des deux côtés de la frontière.

Par conséquent, faudra-t-il chercher des solutions à partir de la réglementation interne française et italienne en la matière.

2. La prise en charge par la sécurité sociale française de transports sanitaires transfrontaliers effectués par des entreprises conventionnées en France, sur la base du principe de la continuité des soins pour les patients assurés en France ou disposant de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

Le raisonnement de la solution de la prise en charge des transports sanitaires transfrontaliers par la sécurité sociale française pour les patients assurés en France s'effectue en deux temps :

Inclusion du périmètre de l'étude (Cf. Phase 1) dans la convention organisant les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie et passation de conventions entre les hôpitaux français du périmètre de l'étude et des entreprises conventionnées souhaitant assurer un transport sanitaire transfrontalier

Dans un premier temps, il s'agit de proposer aux autorités nationales compétentes l'inclusion du périmètre de l'étude (Cf. Phase 1) dans la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie¹⁹.

Cela étant, les transporteurs sont libres de ne pas signer la convention nationale, auquel cas ils peuvent signer une autre convention avec la ou les caisses d'assurance maladie des patients assurés (CEAM incluse) concernés par le transport sanitaire, en l'occurrence la caisse d'assurance maladie des Hautes-Alpes ; l'on peut imaginer de nouveaux conventionnements incluant le périmètre de l'étude. Des conventions types locales existent, avec notamment les entreprises de taxi. Ces nouvelles conventions doivent cependant tenir compte du nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires tel qu'arrêté par le directeur général de l'ARS, éventuellement majoré ou minoré dans les limites fixées par l'arrêté ministériel.

La convention nationale comporte en annexe les tarifs des transports par ambulance ainsi que ceux des transports par VSL. Ces tarifs sont fixés par arrêté ministériel et s'appliquent à tous les transporteurs agréés et conventionnés.

Concrètement, les tarifs des transports par ambulance sont fixés sous la forme de forfaits départementaux et d'un tarif kilométrique. Le tarif applicable à chaque entreprise est celui du département où se situe le siège de l'entreprise. Lorsque l'entreprise effectue des transports dans un autre département, le tarif applicable demeure celui du département du siège de l'entreprise. Le tarif kilométrique s'élève à ... EUR. Le département des Hautes-Alpes se situe dans la zone B dont le forfait s'élève au maximum à ... EUR correspondant aux 5 premiers kilomètres parcourus.

Certaines zones à l'intérieur des départements sont couvertes par des forfaits agglomération (par exemple : l'agglomération de Nice et ses communes) incluant les 5 premiers kilomètres en charge parcourus. Les kilomètres en charge parcourus au-delà de 5 sont facturables au même tarif de 2 EUR.

Entre 20 heures et 8 heures, une majoration de 75 % du tarif jour s'applique. Ce tarif s'applique intégralement lorsque plus de la moitié du temps du transport en charge est effectuée entre 20 heures et 8 heures. Les dimanches et les jours fériés une majoration de 50 % du tarif de jour est applicable.

Par ailleurs, un certain nombre de majorations sont prévues, par exemple, lorsque le malade est transporté dans un aéroport, un port ou une gare, pour embarquement dans un avion, un bateau ou un train, ou pris en charge à sa descente d'avion, de bateau ou de train.

En ce qui concerne les tarifs des transports par VSL, il existe également un forfait départemental et un tarif kilométrique. Le tarif applicable à chaque entreprise est celui du département où se situe le siège de l'entreprise. Lorsque l'entreprise effectue des transports dans un autre département, le tarif applicable demeure celui du département du siège de l'entreprise. Le tarif kilométrique s'élève à ... EUR. Le département des Hautes-Alpes se situe dans la zone B dont le forfait s'élève au maximum à ... EUR correspondant aux 5 premiers kilomètres parcourus.

Entre 20 heures et 8 heures, le tarif de jour est majoré de 50 %. Ce tarif s'applique intégralement lorsque plus de la moitié du temps du transport en charge est effectuée entre 20 heures et 8 heures. Les dimanches et les jours fériés une majoration de 25 % du tarif de jour est applicable.

¹⁹ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000236702>

Des tarifs de transports itératifs peuvent être prévus, notamment dans les conventions avec les entreprises de taxi.

Les prix pratiqués sont affichés dans les locaux de réception de l'entreprise de façon à être directement lisibles de l'emplacement où se tient habituellement la clientèle. Ils seront également affichés de façon apparente dans chaque véhicule.

Un certain nombre de majorations sont prévues, par exemple, lorsque le malade est transporté dans un aéroport, un port ou une gare, pour embarquement dans un avion, un bateau ou un train, ou pris en charge à sa descente d'avion, de bateau ou de train.

Pour résumer

Plusieurs solutions concrètes :

- 1) *Inclusion du périmètre transfrontalier de l'étude dans la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie :*

-le forfait départemental et le tarif kilométrique peuvent être applicables

-un forfait transfrontalier correspondant au périmètre transfrontalier de l'étude peut être proposé

-une majoration en cas de prise en charge/ transport d'un malade au sein du paramètre territorial italien de l'étude/ au sein des hôpitaux italiens de l'étude peut être proposée

- 2) *Signature de nouveaux conventionnements entre la caisse d'assurance maladie des Hautes-Alpes et les transporteurs privés entreprises de taxi et/ ou ambulanciers (des conventions types locales existent). Ces nouvelles conventions doivent cependant tenir compte du nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires tel qu'arrêté par le directeur général de l'ARS, éventuellement majoré ou minoré dans les limites fixées :*

-le forfait départemental et le tarif kilométrique peuvent être applicables

-un forfait transfrontalier correspondant au périmètre transfrontalier de l'étude peut être proposé

-une majoration en cas de prise en charge/ transport d'un malade au sein du paramètre territorial italien de l'étude/ au sein des hôpitaux italiens de l'étude peut être proposée

Les caisses d'assurance maladie devront informer leurs affiliés sur la situation des transporteurs sanitaires de leur circonscription au regard des modifications de la convention nationale ou à la signature d'autres conventions.

Dans un deuxième temps, il s'agit pour les hôpitaux français de l'étude de passer des conventions avec des entreprises agréées et conventionnées qui décident d'assurer le transport sanitaire transfrontalier.

Points de vigilance contingents :

- 1) Un problème de pénurie de transporteurs sanitaires français pourrait se présenter. Toutefois, des transporteurs italiens privés peuvent pallier ce problème en ce qui concerne le transport par VSL ouvert à la concurrence notamment des entreprises de taxi. En revanche, l'insuffisance d'ambulances françaises agréées susceptibles de répondre à l'appel de transport sanitaire transfrontalier pourrait constituer un réel obstacle à la mise en œuvre du dispositif ;
- 2) A l'inverse, l'indice national de besoins de transports sanitaires de la population et le nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires arrêté en fonction de cet indice par le directeur général de l'ARS, majorations et minorations éventuelles incluses, pourraient constituer un frein à l'autorisation de nouveaux transporteurs privés en charge du service transfrontalier. Cependant, ce risque semble purement théorique compte tenu du point de vigilance 1) soulevé par l'ARS PACA ;
- 3) Une réforme des transports sanitaires en cours en France depuis octobre 2018 et notamment de leur prise en charge, ne permet pas d'agir dans l'immédiat auprès des autorités nationales françaises pour la reconnaissance d'un dispositif transfrontalier de prise en charge de ceux-ci.

Glossaire :

Transport sanitaire : tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Les transports sanitaires comprennent : les transports spécialisés (ambulances privées, ambulances d'établissements publics hospitaliers, services mobiles d'urgence et de réanimation- SMUR- des hôpitaux publics) et les transports non spécialisés utilisés par les malades (transports publics, taxis, voitures particulières).

Transport sanitaire d'urgence : le transport d'urgence répond à l'urgence médicale qui est définie comme une situation de vie humaine qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé. Elle relève d'une décision médicale. Il ne peut être effectué que par une ambulance disposant de tous les équipements dont la liste est fixée par arrêté ministériel.

Transport primaire : Les transports primaires correspondent aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé ; ils sont financés dans le cadre de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), quel que soit le lieu de prise en charge médicale du patient (voie publique, domicile...), dès lors qu'il y a sortie du SMUR (Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation), c'est-à-dire d'un service médical d'urgence. Ils peuvent être assurés par tout type de transporteur (privé, public, ambulance, VSL...), en fonction des besoins liés à l'état de santé du patient.

Transport sanitaire secondaire : Les transports secondaires sont les transports effectués entre établissements. Ils doivent être facturés à l'encontre de

l'établissement d'origine (établissement demandeur). Ils peuvent être assurés par tout type de transporteur (privé, public, ambulance, VSL...), en fonction des besoins liés à l'état de santé du patient.

Lorsqu'il y a intervention du SMUR, le tarif applicable est basé sur le temps de présence du médecin du SMUR auprès du malade.

Transport par VSL (véhicule sanitaire léger) : c'est le transport effectué par un taxi conventionné ou autre véhicule dont les caractéristiques techniques ne répondent pas aux besoins du transport d'urgence et donc ne sont pas des ambulances.

Transport de secours : transport nécessaire dans des cas très graves, lorsque la vie du patient est en jeu

Transport n'impliquant pas le secours : cas où le patient ne requiert pas une attention particulier

Ticket : système de coparticipation aux frais de santé, la partie du patient

Livelli essenziali di assistenza (LEA) : niveau de base de protection déterminé par l'Etat que chaque Région doit mettre en œuvre

Intesa : entente qu'une région, en utilisant son autonomie statutaire et dans le respect de la Constitution italienne, peut signer avec une homologue entité territoriale étrangère

Azienda sanitaria locale : point de proximité pour fournir aux patients les soins médicaux