

Coopération inter-hospitalière transfrontalière franco-italo-monégasque :

Le cadre juridique des transferts de patients liés à la COVID-19



Nice, le 2 décembre 2020

Partenaire officiel de



Philippe WECKEL
CERDACFF - UCA

Synthèse du Rapport..... p. 2

- I. Question de la praticabilité juridique d'une coopération opérationnelle transfrontalière entre établissements de santé..... p. 2
2. L'adaptation de l'offre de soin dans le contexte de la crise sanitaire et l'espace européen de mobilité dans l'accès aux soins..... p. 2
3. Territorialité des régimes de santé et libre prestation de soin : la mobilité transfrontalière dans l'accès aux soins..... p. 3
4. La coopération opérationnelle transfrontalière entre établissements de santé ne dépend pas de préalables juridiques, mais des capacités d'initiative dont disposent les acteurs de la santé.. p. 4

Coopération inter-hospitalière transfrontalière franco-italo-monégasque :

Le cadre juridique des transferts de patients liés à la COVID-19..... p. 6

- I. Le libre choix du patient et la responsabilité envers lui comme objet de la coopération inter-hospitalière..... p. 7
 - A. Le déplacement du patient transfère la responsabilité à l'égard de ce dernier..... p. 7
 - B. Le transfert transfrontalier de patients est l'exercice d'un droit individuel garanti p. 7
- II. La réglementation de l'Union européenne applicable aux transferts transfrontaliers de patients..... p. 9
- III. Les conventions bilatérales avec la Principauté de Monaco..... p.16
- Conclusion..... p. 21

ANNEXE : PACTE D'ASSISTANCE MUTUELLE POUR UNE COOPÉRATION ET COORDINATION TRANSFRONTALIÈRES RENFORCÉES entre les Länder de Bade-Wurtemberg, Rhénanie-Palatinat et Sarre (République Fédérale d'Allemagne) et la Région Grand Est (République Française)..... p. 22

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Dans cet espace européen ouvert à la mobilité, des patients spécialement, la coordination transfrontalière des acteurs de la santé en temps de crise sanitaire ne soulève pas de difficulté réelle, sauf s'ils ne communiquent pas entre eux bien sûr ! L'inertie constatée sur la frontière franco-italo-monégasque est uniquement le reflet d'un état d'esprit d'éloignement et d'indifférence mutuels.

Le constat est très rassurant, parce qu'il indique la voie simple à suivre : les Français et les Italiens devraient s'intéresser les uns aux autres et développer les réseaux transfrontaliers. La santé n'est pas le moindre domaine du rapprochement souhaité pour que l'Europe prenne sens, parce qu'il est celui de la solidarité humaine.

1. Question de la praticabilité juridique d'une coopération opérationnelle transfrontalière entre établissements de santé.

Au cours de l'épisode épidémique de la COVID-19 du printemps dernier aucun transfert de patient n'a été organisé entre les établissements de santé italiens et français. Or l'effort de solidarité transfrontière n'aurait pas été moins nécessaire dans cette zone géographique que dans d'autres. Le présent rapport s'inscrit dans le contexte d'une seconde vague épidémique qui n'est peut-être pas la dernière. Il a pour objet d'éclairer les acteurs de la santé sur la praticabilité, eu égard au cadre juridique applicable, des actions de coopération transfrontière entre établissements de soin français, italiens et monégasque en lien avec la pandémie.

2. L'adaptation de l'offre de soin dans le contexte de la crise sanitaire et l'espace européen de mobilité dans l'accès aux soins.

Les établissements hospitaliers s'efforcent de prévenir la saturation des services de réanimation à la fois par une réorganisation interne de leurs activités et par l'appel à des ressources extérieures. Une vaste coopération entre le secteur public et le secteur privé, régionale et interrégionale s'organise ainsi dans un esprit de mutualisation des moyens. Que cette coopération ait vocation à déborder le cadre national défini par les frontières d'Etat découle d'une intégration européenne du secteur de la santé dont il convient de mesurer la pleine portée. En effet, la frontière ne devrait pas être l'horizon de la coordination entre les services de santé en raison de l'existence d'un espace transfrontalier de mobilité dans l'accès aux soins. Contrairement à la situation au cours de l'épisode printanier de la COVID-19 les Etats membres n'ont pas suspendu la libre circulation aux frontières intérieures et l'accès aux soins n'est pas entravé par les

restrictions de déplacement. L'espace européen de la mobilité dans l'accès au soin est donc intégralement préservé dans la situation actuelle.

3. Territorialité des régimes de santé et libre prestation de soin : la mobilité transfrontalière dans l'accès aux soins.

Les Etats membres de l'Union européenne ont essentiellement conservé la maîtrise de leur politique de santé publique. Si le domaine de la santé relève d'un domaine partagé entre l'Union européenne et les Etats membres, les actions de l'Union sont seulement complémentaires de celles des Etats membres. Néanmoins la santé n'est pas un domaine réservé aux Etats membres et on n'analysera pas l'article 168 du Traité européen (TFUE) comme une clause de sauvegarde comparable à l'article XX du GATT de 1994. Au contraire la liberté d'accès des patients au meilleur soin est garantie dans l'espace intérieur de l'Union européenne.

Dans l'Union européenne le patient accède au meilleur soin par la mobilité. Il bénéficie de cette prestation là où il se trouve en déplacement, mais il peut aussi se rendre dans un autre pays pour s'y faire soigner. La directive européenne santé circonscrit et donc restreint le champ des entraves à la mobilité en matière de soin en développant les principes dégagés par la jurisprudence de la Cour européenne de justice. Pour l'essentiel, les obstacles éventuels à la mobilité sont concentrés sur les hospitalisations correspondant à des « soins programmés », c'est-à-dire celles des patients qui entendent bénéficier de cette prestation hors de leur pays de séjour. Toutefois, la possibilité de faire obstacle à l'accès aux soins est très encadrée. La demande d'autoriser le remboursement des prestations ne peut être rejetée par les organismes d'assurance maladie que dans des cas déterminés et l'accès à l'hospitalisation ne peut être refusé, selon la directive européenne, que par une décision formelle fondée sur un motif d'intérêt général impérieux.

La mobilité dans l'accès au meilleur soin est la règle générale dans l'espace franco-italo-monégasque. L'offre de soins monégasque est intégrée à l'espace de mobilité dans l'accès aux soins sur des bases juridiques propres, autonomes par rapport au droit de l'Union européenne. L'auteur de ces lignes a été, sur prescription du médecin traitant, hospitalisé au CHPG de Monaco et il s'est rendu de Nice, dans un mouvement similaire, à Marseille pour une consultation au Centre Hospitalier de la Timone. Les membres italiens de notre groupe de travail peuvent témoigner de ce qu'ils ont été soignés à Nice. Les habitants de la Vallée de la Roya, français comme italiens, se rendent régulièrement à Monaco. L'attractivité des centres hospitaliers dépasse donc largement les frontières. La territorialité de l'organisation de la santé maintient cette activité sous la souveraineté des Etats, mais la libre prestation des services de soin est atteinte par la mobilité des patients. L'esprit de la directive santé évoque ainsi la tirade du bossu de Paul Féval : « Et, quand il sera temps, si tu ne viens pas à Lagardère, Lagardère ira à toi ! ». Les patients vont vers les soins, si les soins ne viennent pas à eux. Les transferts de patients entre services hospitaliers demeurent exceptionnels en temps ordinaires, mais la rareté s'explique uniquement par l'absence de besoin d'une telle pratique coûteuse. En soi, le transfert transfrontalier de patients n'est pas une exception.

4. La coopération opérationnelle transfrontalière entre établissements de santé ne dépend pas de préalables juridiques, mais des capacités d'initiative dont disposent les acteurs de la santé.

Le transfert de patients est subordonné à l'autorisation préalable de remboursement des soins accordé par l'organisme d'assurance maladie et au transport sanitaire par une entité agréée. Pour le reste le principe cardinal du libre choix du patient s'applique. Le défaut d'accord-cadre de coopération sanitaire transfrontalière dans les rapports franco-italiens a toutefois été évoqué comme un obstacle à la coopération inter-hospitalière. Or on remarque que des patients de Valenciennes ont été récemment transportés à Münster et à Dortmund en Westphalie, bien au-delà donc de toute zone couverte par une convention locale de coopération sanitaire adoptée en vertu d'un tel accord-cadre. Le but d'une telle convention est seulement d'améliorer l'accès de la population frontalière aux soins et d'optimiser l'organisation de l'offre de soins dans la zone.

En définitive, l'appareil juridique d'une coopération opérationnelle entre les établissements hospitaliers existe sur la frontière franco-italo-monégasque, aussi bien que sur d'autres frontières. Sur la question critique des actions coordonnées en rapport avec la COVID-19 entre l'Italie et la France les principes explicités par la directive européenne santé et les règlements communautaires pertinents fournissent une base juridique suffisante. En outre, la Commission européenne apporte un appui technique et financier à de telles actions et l'engagement de la nouvelle programmation budgétaire européenne ouvre de réelles perspectives de développer des projets sur financement de l'Union orientés vers la résilience à la crise sanitaire dans toutes ses dimensions.

Si la praticabilité ne fait pas défaut, d'où vient la difficulté d'engager de telles coopérations dans le contexte de la crise sanitaire ? Il convient d'y voir avant tout un défaut de connaissance sur le transfrontalier, le manque de pratique de coopération, la faiblesse des réseaux transfrontaliers interpersonnels, toutes choses qui se rapportent aux capacités d'initiative (savoir, savoir-faire et contacts) des personnes. Elles font que l'Agence régionale de santé des Hauts de France à Lille se mobilise pour des transferts de patients de Valenciennes et que celle de PACA à Marseille oppose une fin de non-recevoir au médecin de Briançon qui la sollicite pour le même objet.

La crise sanitaire devrait inciter les acteurs de la santé à s'engager dans une nouvelle phase de coopération transfrontalière renforcée en matière de santé, celle de la solidarité entre les territoires de santé par l'entraide. Elle nécessiterait la mise en place d'un dispositif de communication transfrontalière cohérent, multiniveau (y compris les services des Etats) et inclusif (intégrant notamment la sécurité civile), mettant en contact l'offre d'aide avec le besoin d'aide. Dans cet esprit, la Région Grand Est et les trois Länder voisins ont signé le 27 novembre 2020 un « Pacte d'assistance mutuelle pour une coopération et coordination transfrontalières renforcées »¹. Une fois acquise la certitude de la praticabilité des opérations de transfert de patients ne subsiste que la question de l'ajustement de l'offre et de la demande par le développement d'un réseau transfrontalier des acteurs de la santé et, bien sûr, l'adhésion générale portée par les responsables politiques à la démarche d'entraide transfrontalière.

Enfin, ce sujet sur la coopération opérationnelle transfrontalière entre les établissements hospitaliers impose une ouverture sur la réflexion de science administrative. La France est une mosaïque de « prés carrés » et les partenaires extérieurs peinent à trouver le bon interlocuteur. On s'attendrait à un rassemblement large de toutes les bonnes volontés pour répondre à l'exigence supérieure d'efficience. On

¹ [Texte](#).

assiste plutôt à une forme de rivalité fondée sur l'intégrité de la compétence de chaque collectivité, autorité ou service. Il manque à l'organisation publique française, à tous les niveaux, l'introduction du principe juridique de coopération loyale. En raisonnant seulement en termes de périmètre de compétence, on ne rassemble pas les capacités utiles. Les riches échanges du *Borders Forum* organisé récemment par la Mission Opérationnelle Transfrontalière (MOT²) ont témoigné de ce phénomène français et le rapport de synthèse établi par la Fédération nationale des sapeurs-pompiers (FNSPF) sur la crise sanitaire exprime la frustration que suscitent les comportements de « pré carré »³. Dans une stratégie nationale de meute qui devrait être privilégiée dans l'action extérieure, l'*influenceur* (souvent la région dans le cadre transfrontalier), quel que soit son périmètre de compétence, a toute sa place en raison de sa capacité à porter le message collectif. On en appelle par conséquent à une démarche coopérative dépassant la vision domaniale de la compétence. Vaste sujet qui amènerait à un aggiornamento des pratiques administratives ! Or rien n'est plus compliqué que de réformer les esprits...

*

² « Premier *Borders Forum* » organisé en webinaire par la Mission Opérationnelle Transfrontalière les 9 et 10 novembre 2020, [1er Borders Forum : communiqué de presse et premières vidéos en ligne !](#)

³ *Crise de la COVID-19, Rapport de synthèse des sapeurs-pompiers de France sur la gestion de la première phase*, [télécharger en PDF](#).

COOPÉRATION INTER-HOSPITALIÈRE TRANSFRONTALIÈRE FRANCO-ITALO- MONÉGASQUE :

LE CADRE JURIDIQUE DES TRANSFERTS DE PATIENTS LIÉS À LA COVID-19

Le présent rapport n'envisage pas le développement de la coopération entre établissements de soin dans un cadre transfrontalier en général. Est seulement considéré un type de coopérations que l'on devrait qualifier d'opérationnel, parce qu'il porte sur une action matérielle, principalement le transfert de patients. Cette question du transfert de patients est le nœud gordien qu'il est nécessaire de trancher pour que l'entraide entre les services hospitaliers de France, d'Italie et de Monaco puisse se développer. L'analogie avec le mythe antique et le geste vigoureux d'Alexandre n'est pas sans fondement. Le présent rapport a bien pour objet de trancher dans le vif un questionnement sur la praticabilité de ces transferts de patients qu'il n'y aurait pas lieu de soulever, tant la réponse positive est évidente. Pour cette raison il est concentré sur cet aspect de la coopération et de la coordination en matière de santé qui n'est peut-être pas le plus prometteur : ce dernier engage le premier pas vers une solidarité des territoires de santé.

Le questionnement sur la praticabilité des transferts de patients révèle que les frontières occupent davantage les esprits que la réalité observable. Ainsi raisonner en termes de mobilité transfrontalière dans l'espace européen n'est pas acquis. Pourtant l'Europe de la santé n'est pas qu'un slogan. Elle repose sur cette relation du patient au médecin si familière à chacun qui est fondée sur la liberté du premier d'accéder au meilleur soin (droit à la santé) et elle s'inscrit dans le cadre de la libre circulation des personnes **(I)**.

Sur la base des données de 2016, la Commission européenne a considéré que « les dépenses de soins de santé transfrontaliers encourues dans l'Union au titre de la directive (santé) peuvent '(...) être estimées à 0,004 % du budget annuel consacré aux soins de santé dans l'Union »⁴. Les soins transfrontaliers ne sont donc pas de nature à déstabiliser les systèmes de santé nationaux, mais la pratique existe incontestablement. « Homme de peu de foi, pourquoi as-tu douté ? ». Les transferts sanitaires peuvent être organisés aussi bien dans un cadre transfrontalier que sur un plan régional ou interrégional. La présentation de la réglementation européenne et nationale qui encadre et facilite ces transferts transfrontaliers achèvera de convaincre les sceptiques **(II)**.

Enfin les conventions sanitaires conclues par l'Italie et la France avec la Principauté de Monaco intègrent pleinement la Cité-Etat dans l'espace de mobilité transfrontalière des patients qui justifie pleinement l'approche tri-nationale de la frontière **(III)**.

⁴ Commission européenne, *Rapport sur l'application de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers*, Bruxelles, le 21.9.2018, COM(2018) 651 final, p. 9, [lien](#).

I. Le libre choix du patient et la responsabilité envers lui comme objet de la coopération inter-hospitalière

Le transfert transfrontalier présente des points communs avec le déplacement du malade entre deux établissements situés dans le même pays. Dans tous les cas, il s'analyse en effet juridiquement comme **un transfert de la responsabilité à l'égard du patient** fondé sur le consentement de ce dernier (A). Si la frontière d'Etat entre la France et l'Italie est franchie, il s'agit d'une frontière intérieure de l'Union européenne : **l'opération est réalisée à l'intérieur de l'espace de mobilité des patients** ouvert par le cadre juridique européen de la santé transfrontalière (B).

A. Le déplacement du patient transfère la responsabilité à l'égard de ce dernier

Le transfert implique quatre acteurs. Le patient d'abord, omniprésent dans le processus, n'est pas le destinataire passif de l'opération réalisée dans son intérêt. Il en est l'acteur central, parce qu'elle s'appuie sur son consentement. L'action de coopération entre établissement de santé est fondée sur le libre choix du patient. Les autres acteurs, l'hôpital d'origine, l'entité en charge du transport sanitaire et l'hôpital de destination, n'ont pas de lien contractuel entre eux : leur lien juridique respectif est établi avec le patient. La responsabilité médicale de l'hôpital d'origine s'étend à l'organisation du transfert qui devra être réalisé dans des conditions compatibles avec l'état du malade et la prise en charge de ce dernier implique la responsabilité du transporteur, puis de l'hôpital d'accueil. Chacun des intervenants est compétent et exerce un pouvoir sur la base du lien qu'établit le consentement de la personne transféré. Si la coordination de cette opération complexe implique une forme de coopération, celle-ci a pour objet d'échanger des informations, y compris le dossier médical. L'intermédiation éventuelle de tiers pour faciliter cette communication ne modifierait pas le schéma de la responsabilité successive envers le patient. L'hôpital d'origine, l'organisme de transport et l'hôpital de destination sont responsables du transfert pour leur part propre. **Les décisions, qui sont exclusivement des décisions médicales (prescription de soins hospitaliers et prescription médicale de transport⁵), relatives au transfert sont prises dans l'intérêt du patient et sur la base du consentement du patient.**

B. Le transfert transfrontalier de patients est l'exercice d'un droit individuel garanti

Le transfert de patient impliquant le franchissement de la frontière ne change, ni de nature, ni d'objet, parce qu'il **est opéré dans l'espace intérieur de l'Union européenne dont les règlements garantissent effectivement la mobilité transfrontière des patients**. Sur des bases juridiques propres, Monaco est intégré à cet espace de mobilité des patients. Il est impératif de situer cette coopération inter-hospitalière d'urgence sur la frontière franco-italo-monégasque dans la perspective de l'intérêt primordial du patient et du droit à la santé défini comme étant le droit d'accéder au meilleur soin, y compris par la mobilité transfrontalière. Subordonner les transferts de patients à la conclusion préalable d'un accord interétatique bilatéral ou bien d'une convention inter-hospitalière reviendrait à nier un apport essentiel et concret de la construction européenne aux droits fondamentaux des personnes. Il n'y a pas lieu

⁵ France : la prescription médicale de transport, [voir ameli.fr](http://www.ameli.fr) ; la demande d'accord préalable en cas de transport de longue distance, [voir ameli.fr](http://www.ameli.fr).

évidemment d'envisager un cadre juridique alternatif au droit européen de la santé transfrontalière qui s'applique pleinement à tout transfert de patients entre hôpitaux français et italiens.

Or le droit européen n'envisage pas qu'un intermédiaire entre les hôpitaux concernés soit nécessaire. Les opérations de transfert impliquent uniquement des bénéficiaires (les patients) et des responsables (les hôpitaux et l'organisme de transport sanitaire). Les transferts sont organisés sur la base de la relation entre les prescripteurs (de soin et de transport) et les fournisseurs de services (de transport et de soins). Un dispositif d'autorisation est établi dont le patient est le destinataire direct et non pas les établissements de santé. Toutefois, les établissements hospitaliers ont peut-être besoin d'être accompagnés dans ces transferts transfrontaliers. La liaison entre les trois intervenants successifs dans l'opération de transfert, ainsi que la supervision de cette dernière, seraient, à première vue, utiles, voire parfois en pratique indispensables. Le superviseur aurait une fonction de liaison et de suivi qui sont des actions d'information ne relevant pas de l'exercice d'un pouvoir administratif : il aurait un rôle de facilitateur de l'opération. Pour la France, ce rôle a pu être tenu par le Ministère de la santé ou l'Agence régionale de santé dans le champ d'une convention locale sanitaire. Quoiqu'il en soit, cette intermédiation n'a aucun fondement juridique dans l'organisation de la santé transfrontalière établie par la directive (UE) santé et les règlements (CE) de coordination. Le droit de l'Union européenne a établi la mobilité transfrontalière des patients comme un droit individuel garanti. Ce droit d'aller vers le meilleur soin est d'autant plus important, lorsque des soins vitaux sont nécessaires en urgence. Une emprise administrative différente du régime d'autorisation très encadré par les instruments européens ne serait pas compatible avec cette approche par la liberté du patient.

Sous cette réserve majeure relative à la compatibilité avec le droit de l'Union européenne, il serait judicieux d'examiner la possibilité de confier cette fonction de superviseur des transferts de patients aux agences sanitaires dans le traité bilatéral que la France et l'Italie envisagent de conclure. Néanmoins l'asymétrie des fonctions entre les agences sanitaires locales (ASL) italiennes et les agences régionales de santé (ARS) françaises est flagrante. Les ASL sont les chevilles ouvrières du système de santé italien. Elles exercent un pouvoir de direction sur les établissements hospitaliers publics à l'exception des établissements hospitaliers les plus importants (AO) et des établissements hospitaliers universitaires (AOU). Cette autorité est sans incidence directe sur les prescriptions médicales et donc sur le fonctionnement du transfert de patients. Toutefois, les agences locales exercent une autre fonction qui les met en rapport direct avec les patients. En effet, toutes les personnes qui sont inscrites au Service national de santé italien sont en contact avec l'ASL qui leur est désignée. Ainsi les demandes d'autorisation des soins transfrontaliers sont adressées aux agences locales. Or en France la création des agences régionales de santé n'a pas eu d'incidence sur la situation des patients et les caisses d'assurance maladie continuent d'administrer le dispositif d'autorisation préalable. Les agences régionales ne sont donc pas des « institutions compétentes » au sens du droit de la santé transfrontalière, contrairement aux agences locales italiennes. N'intervenant pas dans la gestion des soins transfrontaliers relevant des règlements (CE) de coordination et de la directive santé les ARS peuvent difficilement être investies d'un rôle d'organe de liaison central dans la coopération inter-hospitalière transfrontalière.

L'Union européenne s'est préoccupée de la mise en place d'un outil numérique d'échange, de consultation et de traitement des données entre les systèmes nationaux de sécurité sociale. L'*Échange électronique d'informations sur la sécurité sociale* (EESSI) a été créé par le règlement (CE) n°987/09 et il devrait être pleinement opérationnel d'ici la fin de 2021⁶. Dans ces conditions, que manque-t-il encore au

⁶ COMMISSION ADMINISTRATIVE POUR LA COORDINATION DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE, DÉCISION No E7 du 27 juin 2019 relative aux modalités pratiques de coopération et d'échange de données jusqu'à ce que l'échange électronique d'informations sur la sécurité sociale (EESSI) soit pleinement mis

mécanisme de la santé transfrontalière pour être pleinement adapté aux situations de crise sanitaire ? Rien certainement en ce qui concerne le dispositif juridique qui atteint pleinement son objectif de mobilité dans l'accès aux soins transfrontaliers. Toutefois, la crise sanitaire devrait inciter les acteurs de la santé à s'engager dans une nouvelle phase de coopération transfrontalière renforcée en matière de santé, celle de la solidarité entre les territoires de santé par l'entraide. Elle nécessiterait la mise en place d'un dispositif de communication transfrontalière cohérent, multiniveau (y compris les services des Etats) et inclusif (intégrant notamment la sécurité civile), mettant en contact l'offre d'aide avec le besoin d'aide. Dans cet esprit, la Région Grand Est et les trois Länder voisins ont signé le 27 novembre 2020 un « Pacte d'assistance mutuelle pour une coopération et coordination transfrontalières renforcées »⁷. Une fois acquise la certitude de la praticabilité des opérations de transfert de patients ne subsiste que la question de l'ajustement de l'offre et de la demande par le développement d'un réseau transfrontalier des acteurs de la santé et, bien sûr, l'adhésion générale portée par les responsables politiques à la démarche d'entraide transfrontalière.

II. La réglementation de l'Union européenne applicable aux transferts transfrontaliers de patients

Liens utiles

Points de contact national (PCN) :

- France, Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) : [site Internet](#).
- Italie. *Ministerio del Salute* : [lien](#)

L'accès aux soins transfrontaliers est régi par deux dispositifs européens complémentaires :

- les **règlements de coordination**(CE) n°883/04 et n°987/09 assurent la coordination des régimes nationaux de sécurité sociale (éviter le cumul des législations nationales applicables). Ils facilitent l'accès des personnes assurées aux soins dans un autre pays européen (Union européenne, Espace Economique Européen et Suisse) par la prise en charge des frais dans le pays d'affiliation⁸ ;

en œuvre dans les États membres, [lien](#). Commission européenne, [Numérisation dans le domaine de la coordination de la sécurité sociale](#).

⁷ [Texte](#).

⁸ Règlements consolidés : Règlement (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant coordination des systèmes de sécurité sociale ([PDF](#)) ; Règlement (CE) n°987/2009 du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application ([PDF](#)).

- la **directive santé** (Directive n° 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers)⁹. Elle aborde la coordination des régimes nationaux de sécurité sociale du point de vue de la libre circulation des personnes (« droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers »). Elle intègre ainsi la jurisprudence de la Cour européenne de justice qui a limité le pouvoir d'appréciation de l'Etat « compétent », c'est-à-dire l'Etat d'affiliation à la sécurité sociale de la personne considérée, en ce qui concerne l'autorisation préalable des soins délivrés dans un autre Etat. La juridiction a rappelé que les règlements communautaires ne sauraient affecter la portée de la libre circulation des personnes garantie par le Traité européen. Il en résulte que l'Etat compétent ne saurait soumettre les prestations de soin transfrontalières à des restrictions qui ne s'appliquent pas à ceux qui sont délivrés sur son territoire¹⁰. Outre l'incorporation de ces exigences résultant de la libre circulation des personnes, la directive renforce les droits des patients en matière d'information, de qualité et de sécurité des soins.

Pourquoi le régime du règlement (CE) n° 883/2004 et de la directive 2011/24/CE coexistent-ils ?

En France, l'un ou l'autre s'applique en fonction de la comparaison entre le système du pays d'affiliation et celui du pays des soins. En Italie, le système des règlements de coordination est applicable, sauf si le patient exprime une volonté différente : DÉCRET LÉGISLATIF du 4 mars 2014, n. 38 sur la mise en œuvre de la directive santé 2011/24/UE et la directive 2012/52/UE (reconnaissance des prescriptions médicales délivrées dans un autre État membre. (I4G00050) (Série générale des JO n° 67, 21-03-2014), article 9, par. 3, [lien](#)). Une deuxième voie de remboursement se juxtapose donc à celle prévue par les règlements de coordination permettant la prise en charge des soins transfrontaliers. Dans le système de la directive santé qui est issu de la jurisprudence de la Cour européenne de justice, l'assuré peut se faire rembourser des frais engagés pour des soins dispensés sur le territoire d'un autre État membre de l'UE-EEE, dans les conditions prévues par la réglementation de son État d'assurance. Les services de santé sont ainsi considérés comme des services au sens du Traité et ils sont soumis à la libre circulation. Logiquement, la directive santé permet le remboursement des soins de santé réalisés à l'étranger suivant les modalités applicables dans le pays d'assurance du patient. Elle retient donc une solution inverse à celle dégagée par les règlements de coordination (conditions du pays des soins) et elle n'est pas toujours la plus favorable au patient. La coexistence des deux systèmes de prise en charge des frais de soin s'explique donc par la diversité des situations nationales et l'intérêt du patient.

⁹ Directive n° 2011/24/UE du 9 mars 2011, J.O.U.E. du 04.04.2011 ([lien](#)). Elle est applicable depuis le 25 octobre 2013 (expiration du délai de transposition).

¹⁰ Affaire C 158/96 : *Raymond Kohll Contre Union des Caisses de Maladie*, Arrêt du 28 avril 1998 ([lien](#)) ; Affaire C 120/95 : *Nicolas Decker contre Caisse de Maladie des Employés Privés*, Arrêt du 28 avril 1998 ([lien](#)) ; Affaire C 157/99 : *Smits contre Stichting Ziekenfonds VGZ et Peerbooms contre Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, Arrêt du 12 juillet 2001 ([lien](#)) ; Affaire C-372/04 : *Yvonne Watts c/ Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health*, Arrêt du 1- mai 2006 ([lien](#)).

Les transferts transfrontaliers de patients infectés par le SARS-CoV-2 qui développent une forme grave de la maladie infectieuse respiratoire appelée Covid-19 (pour *CoronaVirus Disease*) relèvent de la catégorie des soins

- programmés (déplacement dans un pays où le patient ne séjourne pas),
- hospitaliers nécessitant une hospitalisation comprenant au moins une nuitée,
- d'urgence vitale,

La dispense d'autorisation préalable établie par la directive santé ne vaut, en ce qui concerne les soins hospitaliers, que pour les soins déambulatoires ; le transfert transfrontalier de patients reste donc soumis à ce régime d'autorisation.

Directive santé : Article 8 **Soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable**

2. Les soins de santé susceptibles d'être soumis à autorisation préalable sont limités aux soins de santé qui :

a) sont soumis à des impératifs de planification liés à l'objectif de garantir sur le territoire de l'État membre concerné un accès suffisant et permanent à une gamme équilibrée de soins de qualité élevée ou à la volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter autant que possible tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines et :

- i) impliquent le séjour du patient concerné à l'hôpital pour au moins une nuit ; ou
- ii) nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux ;

Cette autorisation ne saurait être refusée, lorsque les deux conditions fixées par l'article 20 par. 2 du règlement de base (CE) n° 883/2004 sont réunies :

Règlement (CE) n° 883/2004 Article 20 **Déplacement aux fins de bénéficier de prestations en nature** **Autorisation de recevoir un traitement adapté en dehors de l'État membre de résidence**

1. À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, une personne assurée se rendant dans un autre État membre aux fins de bénéficier de prestations en nature pendant son séjour demande une autorisation à l'institution compétente.

2. La personne assurée qui est autorisée par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre aux fins d'y recevoir le traitement adapté à son état bénéficie des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si elle était assurée en vertu de cette législation. L'autorisation est accordée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre sur le territoire duquel réside l'intéressé et que ces soins ne peuvent lui être dispensés dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

En Italie, le Décret n° 50 du 16 avril 2018, *Réglementation sur les soins de santé transfrontaliers soumis à une autorisation préalable* (18G00075) (G.U. General Series , n° 117 du 22 mai 2018) ([lien](#)) confirme l'application générale de l'autorisation préalable à toutes les hospitalisation comportant au moins une nuitée.

Le Décret législatif du 4 mars 2014, n. 38 précité précise en son article 9 quand l'autorisation ne peut pas être refusée et les circonstances dans lesquelles elle doit être refusée :

**Italie - DÉCRET LÉGISLATIF du 4 mars 2014, n. 38
sur la mise en œuvre des directives 2011/24/UE et 2012/52/UE – article 9**

5. Fatte salve le disposizioni di cui al comma 6, lettere a), b) e c), l'autorizzazione preventiva non puo' essere rifiutata quando l'assistenza sanitaria in questione non puo' essere prestata sul territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, sulla base di una valutazione medica oggettiva dello stato di salute del paziente, dell'anamnesi e del probabile decorso della sua malattia, dell'intensita' del dolore e della natura della sua disabilita' al momento in cui la richiesta di autorizzazione e' stata fatta o rinnovata.

6. L'autorizzazione preventiva e' negata nei seguenti casi:

a) in base ad una valutazione clinica, il paziente sarebbe esposto con ragionevole certezza a un rischio per la sua sicurezza che non puo' essere considerato accettabile, tenuto conto del potenziale beneficio per il paziente stesso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera richiesta;

b) a causa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in questione, il pubblico sarebbe esposto con ragionevole certezza a notevoli pericoli per la sicurezza;

c) l'assistenza sanitaria in questione e' prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualita' dell'assistenza e alla sicurezza del paziente, comprese le disposizioni sulla vigilanza, indipendentemente dal fatto che tali standard e orientamenti siano stabiliti da disposizioni legislative e regolamentari o attraverso sistemi di accreditamento istituiti dallo Stato membro di cura;

d) l'assistenza sanitaria in questione puo' essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia.

L'article 10 dudit Décret législatif de 2014 établit la procédure de l'autorisation préalable, y compris le recours hiérarchique au Directeur général de l'ASL en cas de refus de l'autorisation :

Article 10 - Procedure amministrative relative alla richiesta di autorizzazione preventiva e alla richiesta di rimborso dei costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera.

1. Le procedure amministrative relative alla richiesta di autorizzazione preventiva e alla richiesta di rimborso dei costi legati all'assistenza sanitaria transfrontaliera devono fondarsi su criteri obiettivi, non discriminatori, nonché necessari e proporzionati all'obiettivo da conseguire.

2. Ogni procedura amministrativa deve essere facilmente accessibile e deve garantire la trattazione obiettiva e imparziale delle domande relative all'autorizzazione preventiva e al rimborso dei costi. Le informazioni relative a tali procedure devono essere rese pubbliche.

3. La domanda per la richiesta di autorizzazione preventiva e' presentata, con le modalita' disciplinate dal presente articolo, per le prestazioni di cui all' articolo 9, comma 8. In ogni caso, la persona assicurata che intende beneficiare dell'assistenza transfrontaliera e del conseguente rimborso ai sensi del presente decreto, presenta apposita domanda alla ASL territorialmente competente, affinche' sia verificato se la medesima prestazione debba essere sottoposta ad autorizzazione preventiva ai sensi dell' articolo 9, comma 2, lettere b) e c), ove ricorrano le condizioni ivi previste. L'esito di tale verifica e' comunicato al soggetto interessato entro 10 giorni e, ove sia positivo, la domanda di cui al secondo periodo si intende quale richiesta di autorizzazione preventiva ai sensi del comma 4, e i termini di cui al comma 7 decorrono dalla sua ricezione.

4. La domanda per la richiesta di autorizzazione preventiva deve essere presentata dalla persona assicurata alla ASL di residenza su apposito modulo fornito dalla ASL medesima e deve essere corredata da certificazione medica. Nella domanda devono essere indicati almeno:

- a) l'indicazione diagnostica o terapeutica e la prestazione sanitaria di cui si intende usufruire;
- b) il luogo prescelto per la prestazione e il prestatore di assistenza sanitaria presso cui la persona assicurata intende recarsi.

5. La domanda puo' contenere eventuali altre ulteriori specifiche necessarie ai fini dell'esame della richiesta dell'autorizzazione preventiva.

6. Nei casi di cui alle lettere a), b) e d) di cui al comma 6 dell'articolo 9 del presente decreto, la domanda deve essere assoggettata ad una valutazione clinica effettuata da unita' operative specialistiche individuate dalle ASL.

7. Ricevuta la domanda, la ASL, nel termine di 30 giorni, deve comunicare alla persona assicurata il provvedimento di concessione o il diniego all'autorizzazione preventiva. Il termine di 30 giorni viene ridotto della meta' nei casi di particolare urgenza, che devono essere adeguatamente motivati nella domanda di autorizzazione di cui al comma 4.

8. Nel provvedimento di autorizzazione la ASL specifica il costo della prestazione dell'assistenza sanitaria ammesso al rimborso. Il diniego dell'autorizzazione deve essere debitamente motivato indicando uno o piu' casi di cui alle lettere a), b), c) e d) di cui al comma 6 dell'articolo 9 del presente decreto. Se il diniego e' fondato sulla sussistenza delle condizioni di cui all'articolo 9, comma 6, lettera d), l'ASL individua e comunica alla persona che ha presentato la domanda di autorizzazione il prestatore di assistenza sanitaria in grado di erogare sul territorio nazionale la prestazione richiesta.

9. Oltre agli ordinari strumenti di tutela in sede amministrativa e giurisdizionale, avverso il provvedimento di diniego e' sempre possibile proporre istanza al direttore generale della ASL entro 15 giorni dal ricevimento dello stesso. Il direttore generale della ASL si esprime nel termine di 15 giorni dalla ricezione dell'istanza.

10. Al fine di ottenere il rimborso dei costi sostenuti per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, la persona assicurata, entro 60 giorni dall'erogazione della prestazione, salvo comprovati casi eccezionali, presenta apposita domanda di rimborso alla ASL di appartenenza, allegando originale della certificazione medica e la fattura in originale emessa dal prestatore di assistenza sanitaria.

11. La ASL dovra' corrispondere il rimborso nel termine di 60 giorni dal ricevimento della richiesta.

En France, le Code de la santé publique précise les conditions de mise en œuvre des règlements (CE) de coordination :

Article R-160 – 2 du Code de la santé
Modifié par Décret n°2019-966 du 18 septembre 2019 - art. 8

I.- Les caisses d'assurance maladie ne peuvent procéder que sur autorisation préalable au remboursement des frais de soins dispensés aux personnes bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé au titre des articles L. 160-1 et L. 160-2 et aux personnes qui leur sont rattachées au sens des règlements européens dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou en Suisse, dans le cadre d'un déplacement aux fins de recevoir un traitement adapté, lorsque ces soins :

1° Impliquent le séjour du patient concerné dans un établissement de soins pour au moins une nuit ; ou

2° Nécessitent le recours aux infrastructures ou aux équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, qui figurent sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

II.- L'autorisation mentionnée au I ne peut être refusée lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° La prise en charge des soins envisagés est prévue par la réglementation française ;

2° Ces soins sont appropriés à l'état de santé du patient ;

3° Un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut pas être obtenu en France dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de l'état de santé actuel du patient et de l'évolution probable de son affection.

L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse de rattachement. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande de l'intéressé ou, le cas échéant, de la demande de l'institution de l'Etat de résidence. En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée.

Les décisions de refus sont dûment motivées et susceptibles de recours devant le tribunal judiciaire spécialement désigné compétent. Toutefois, les contestations de ces décisions, lorsqu'elles portent sur l'appréciation faite par le médecin-conseil de l'état du malade, du caractère approprié à son état des soins envisagés ou du caractère identique ou d'un même degré d'efficacité du ou des traitements disponibles en France, sont soumises à expertise médicale dans les conditions prévues par le chapitre 1er du titre IV du livre 1er du présent code.

III.- Ces soins sont soumis aux mêmes règles de remboursement que celles prévues par l'article R. 160-1.

Les soins autres que ceux mentionnés au I du présent article qui sont dispensés dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ne sont pas soumis à autorisation préalable et sont remboursés aux assurés sociaux dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France, sous réserve que leur prise en charge soit prévue par la réglementation française.

Conformément à l'article 9 du décret n° 2019-966 du 18 septembre 2019, les présentes dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2020.

La Commission européenne a identifié un problème que l'analyse des dispositions nationales confirme. En effet, le délai de 30 jours, ramené à 15 en cas d'urgence, appliqué en Italie pour statuer sur la demande d'autorisation de soins n'est pas compatible avec l'extrême urgence qui caractérise les transferts de malades dans le cadre de la COVID-19. Le Code de la santé français précise que le délai en question doit être « compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande ». La Commission européenne, dans sa Communication du 3 avril 2020, indique :

Lignes directrices relatives à l'aide d'urgence de l'Union européenne
en matière de coopération transfrontière dans le domaine des soins de santé en liaison
avec la crise de la COVID-19
(2020/C 111 I/01)

- Les patients qui doivent être transportés vers un hôpital dans un État membre limitrophe ou dans un autre État membre offrant une aide devraient normalement être en possession d'une autorisation préalable de l'organisme de sécurité sociale compétent. Cette obligation n'est pas aisée à respecter, compte tenu de la pandémie de COVID-19 et de la situation d'urgence.
- La Commission invite les États membres à adopter une approche pragmatique pour les patients nécessitant des soins urgents et, compte tenu de l'urgence de santé publique, à envisager une autorisation préalable générale pour garantir la couverture de toutes les dépenses encourues par le prestataire de soins du pays d'accueil.
- Il est recommandé qu'il suffise à l'État membre compétent de s'assurer que le patient a en sa possession un document attestant qu'il est couvert au moment de son admission à l'hôpital, toute autre modalité pratique dont les États membres concernés peuvent convenir étant aussi envisageable. Ces orientations s'appliquent aux soins d'urgence dans le seul contexte de la pandémie de COVID-19.

Les « services électroniques de santé transfrontière » ne sont pas encore mis en place pour la France et l'Italie, mais ce fait ne constitue pas un obstacle à l'organisation du transfert de patients.

Même en prêtant l'attention la plus méticuleuse au dispositif européen et national de la santé transfrontalière, on n'identifie aucun obstacle sérieux au développement de la pratique des transferts de patients entre la France et l'Italie dans le contexte de la crise sanitaire.

III. Les conventions bilatérales avec la Principauté de Monaco

Les conventions de sécurité sociales passées avec l'Italie et la France permettent d'organiser les transferts de malades COVID-19 dans des conditions aussi satisfaisantes que dans le cadre de la directive santé et des règlements (CE). En ce qui concerne l'Italie, l'article 11 subordonne les soins programmés (déplacement dans le pays du cocontractant pour s'y faire soigner à l'autorisation préalable de l'institution compétente pour l'Etat d'affiliation (l'ALS pour l'Italie). De ce point de vue et s'agissant de l'hospitalisation, le régime est comparable à celui qui est issu des règlements (CE), y compris les cas où l'autorisation ne peut être refusé.

La relation de la Principauté avec la France présente un certain nombre de particularités. On en relève les plus pertinentes pour le propos. Tout d'abord, des transferts de patients ont bien été organisés, dans les deux sens, pendant la période de la pandémie. Ensuite, le régime franco-monégasque évoque fortement les conventions de coopération sanitaires développées sur la base du Code de la santé et des accords-cadres bilatéraux. Ainsi les résidents des Alpes maritimes et de Monaco ne sont pas soumis à l'autorisation préalable des soins par l'Etat d'affiliation. La tarification des soins, les conditions de leur remboursement, les règles relatives aux professions médicales, les mécanismes de contrôle soulignent l'intégration transfrontalière des systèmes de santé.

La Convention de sécurité sociale comporte une clause d'alignement sur tout régime tiers plus favorable (article 18). L'alignement n'est pas automatique et ce « principe » ne devrait pas pouvoir être invoqué par les affiliés. Il montre en tout cas l'arrimage de Monaco au droit européen de la santé.

Les dispositions pertinentes des Conventions de sécurité sociale

ITALIE

Convention du 12/02/1982 générale de sécurité sociale entre la Principauté de Monaco et la République Italienne (Journal de Monaco du 25 octobre 1985) ([texte](#))

Article 11 .- Paragraphe 1 . — Les travailleurs qui résident dans le pays sur le territoire duquel ils exercent leur activité ainsi que les membres de leur famille peuvent, s'ils remplissent les conditions requises par la législation de ce pays pour avoir droit aux prestations, recevoir des soins sur le territoire de l'autre pays, dans les cas suivants :

- * a) lorsqu'au cours d'un séjour sur ce territoire leur état de santé exige des soins immédiats ;
- * b) lorsque l'institution compétente du lieu de travail les autorise, en cours de traitement, à transférer leur résidence sur ce territoire ;
- * c) lorsque ladite institution les autorise à se rendre sur ce territoire pour y recevoir les soins que leur état nécessite.

Paragraphe 2 . — Les autorisations visées sous les lettres b) et c) du paragraphe 1 ne peuvent être respectivement refusées que dans le cas où :

- le déplacement de l'intéressé est déconseillé pour des raisons médicales dûment établies ;
- les soins requis par l'état de l'intéressé peuvent être donnés sur le territoire du pays du lieu de résidence.

Les autorisations visées au précédent alinéa peuvent être accordées à postériori dans le cas où l'intéressé n'a pu, pour des raisons reconnues valables, les solliciter en temps utile et où leur délivrance s'avère fondée.

Paragraphe 3 . — Les dispositions des précédents paragraphes sont applicables aux titulaires d'une pension d'invalidité, de vieillesse et survivants, d'une rente d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ainsi qu'aux membres de la famille.

Paragraphe 4 . — Dans les hypothèses visées au présent article les prestations sont servies dans les conditions suivantes :

- les prestations en nature sont servies pour le compte de l'institution compétente du lieu de travail par l'institution de l'autre pays, suivant les modalités prévues par la législation de ce dernier pays et dans la limite de la durée fixée par la législation du pays du lieu de travail ;
- les prestations en espèces sont servies directement par l'institution compétente du lieu de travail dans les conditions fixées par sa législation.

Arrangement du 12/02/1982 administratif relatif aux modalités d'application de la convention générale de sécurité sociale conclue entre la Principauté de Monaco et la République Italienne

Titre - I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1er .- Aux fins de l'application de la convention générale de sécurité sociale du 12 février 1982 et du présent arrangement administratif, le terme « institution » désigne :

* A. — En Italie

* I. — L'istituto nazionale della previdenza sociale (I.N.P.S.) pour ce qui concerne :

(...)

- les prestations en espèces en cas de maladie, y compris la tuberculose, et de maternité, les allocations en cas de décès.

(...)

* 5. — L'unità sanitaria locale (U.S.L.) pour ce qui concerne les prestations en nature en cas :

- de maladie, y compris la tuberculose ;

(...)

Article 13 .- Pour bénéficier des prestations en nature, en vertu des dispositions prévues par l'article 11 sous la lettre b) et c) du paragraphe 1er de la convention, le travailleur qui, résidant sur le territoire du pays du lieu de travail, transfère sa résidence sur le territoire de l'autre pays ou s'y rend pour recevoir des soins, est tenu de présenter à l'institution de ce pays une attestation de l'institution compétente l'autorisant, ou autorisant les membres de sa famille à bénéficier desdites prestations.

Cette attestation indique notamment la durée maximale pendant laquelle les prestations en nature peuvent être servies.

FRANCE

Convention du 28/02/1952 sur la sécurité sociale signée à Paris (Journal de Monaco du 29 mars 1954) (version consolidée : [texte](#))

Article 9 .- (Remplacé par l'avenant n° 5 rendu exécutoire par l'ordonnance n° 14.535 du 17 juillet 2000)

§ 1. Les travailleurs salariés ou assimilés soumis à la législation d'un État contractant et satisfaisant aux conditions requises par cette législation, compte tenu, le cas échéant, des dispositions des articles 6 et 7, bénéficient, ainsi que les membres de leur famille, des prestations des assurances maladie et maternité prévues par ladite législation, lorsqu'ils se rendent directement sur le territoire de l'autre État contractant pour y recevoir des soins appropriés à leur état, à condition d'en avoir au préalable reçu l'autorisation de leur institution d'affiliation après avis conforme du contrôle médical. En ce qui concerne les assurés de régimes français, l'échelon local du service médical placé auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie du département des Alpes-Maritimes est compétent pour donner cet avis.

L'autorisation préalable n'est pas requise pour les bénéficiaires de la législation française résidant à titre permanent dans le département des Alpes-Maritimes et se rendant sur le territoire de la Principauté, et pour les bénéficiaires de la législation monégasque résidant à titre permanent sur le territoire de la Principauté et se rendant en France dans le département des Alpes-Maritimes.

§ 2. Les prestations en nature, en cas d'application des dispositions du paragraphe 1, sont accordées dans les conditions fixées à l'article 11 ou à l'article 12, selon le cas.

(Remplacé par l'avenant n° 5 rendu exécutoire par l'ordonnance n° 14.535 du 17 juillet 2000)

Article 10 .- (Remplacé par l'avenant n° 5 rendu exécutoire par l'ordonnance n° 14.535 du 17 juillet 2000)

§ 1. Le titulaire d'une pension ou d'une rente due au titre de la législation d'un seul État contractant qui réside sur le territoire de l'autre État contractant bénéficie, ainsi que les membres de sa famille, des prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues par la législation de son État de résidence et à charge de ce dernier.

§ 2. Le titulaire de pensions ou de rentes dues au titre des législations des deux États contractants qui réside sur le territoire d'un des États contractants bénéficie, ainsi que les membres de sa famille, des prestations en nature des assurances maladie et maternité prévues par la législation de son État de résidence et à charge de ce dernier.

§ 3. Les dispositions des articles 8 paragraphe 2 et 9 sont applicables au titulaire de pensions ou de rentes visé au paragraphe 1 ou au paragraphe 2, ainsi qu'aux membres de sa famille, lorsqu'ils reçoivent des soins sur le territoire de l'État autre que celui de leur résidence.

§ 4. Pour l'application du présent article, les termes de pension ou de rente signifient indifféremment pension d'invalidité, rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou pension de vieillesse et, pour les pensions de vieillesse, pension liquidée au titre de la seule législation nationale ou pension liquidée au titre de l'article 25, paragraphe 1 ou paragraphe 2, de la Convention.

Article 11 .-(Remplacé par l'avenant n° 5 rendu exécutoire par l'ordonnance n° 14.535 du 17 juillet 2000)

§ 1. Lorsque des prestations en nature sont accordées par des institutions françaises de sécurité sociale en application des articles 8, 9 ou 10 pour des soins reçus à Monaco, les dispositions suivantes sont applicables

* a) Les frais médicaux correspondant aux actes dispensés par les praticiens et auxiliaires médicaux exerçant régulièrement leur activité à Monaco sont remboursés dans les mêmes conditions que les soins de même nature dispensés en France, selon les taux de remboursement et dans la limite des tarifs qui sont appliqués par les institutions de sécurité sociale de ce dernier État ;

* b) Les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'analyses et d'examens de laboratoires exposés sur le territoire monégasque sont remboursés dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés en France et, dans la limite de leur montant, selon les tarifs et les taux de remboursement en vigueur dans ce dernier État, pour autant qu'il s'agisse respectivement de médicaments figurant sur la liste des médicaments remboursables prévue par la législation française, d'appareils de prothèse ou d'orthopédie délivrés dans les conditions fixées par la législation française par des fournisseurs agréés en application de la réglementation monégasque, et d'analyses et d'examens effectués dans des laboratoires agréés en application de la réglementation monégasque ;

* c) Les frais exposés dans les établissements publics de soins monégasques sont remboursés suivant le tarif en vigueur dans ces établissements, dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés en France et selon les taux de remboursement applicables dans ce dernier État. Ces remboursements seront effectués dans la limite des frais exposés sans pouvoir dépasser les plafonds fixés par un arrangement administratif particulier, qui en définit également les autres modalités ;

* d) Les frais exposés dans les établissements privés agréés en application de la réglementation monégasque sont remboursés, dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés en France et selon les taux de remboursement applicables dans ce dernier État. Ces remboursements sont effectués dans la limite des frais exposés sans pouvoir dépasser les plafonds fixés par un arrangement administratif particulier, qui en définit également les autres modalités ;

* e) Les frais de transport, exposés pour les déplacements vers ou à partir du territoire monégasque, sont remboursés dans les conditions fixées par la réglementation française et, dans la limite de leur montant, selon les tarifs et les taux de remboursement en vigueur en France, à condition, s'il s'agit de transports sanitaires, qu'ils soient effectués par des personnes agréées en application de la réglementation française ou de la réglementation monégasque.

§ 2. Des accords complémentaires entre les autorités compétentes des deux États règlent en tant que de besoin les modalités d'application des dispositions du paragraphe 1 pour ce qui concerne :

- d'une part, les relations administratives, financières et techniques entre les institutions françaises de sécurité sociale et les établissements de soins monégasques ;

- et d'autre part, les relations administratives, financières et techniques entre ces mêmes institutions et les membres des professions de santé exerçant leur activité sur le territoire monégasque.

Ces accords sont révisables à la demande de l'une ou l'autre Partie. Ils sont résiliables partiellement ou totalement par l'une des deux Parties, sous réserve d'un préavis minimum de six mois.

§ 3. Les accords visés au paragraphe 2 peuvent, le cas échéant, comporter des dispositions contractuelles au profit d'établissements ou de membres des professions de santé monégasques qui sont autorisés à dispenser des soins à des bénéficiaires du régime français de sécurité sociale soit en application de la réglementation française interne, soit en application des articles 8, 9 ou 10, en acceptant des engagements supplémentaires vis-à-vis dudit régime.

Article 12 .- (Remplacé par l' avenant n° 5 rendu exécutoire par l' ordonnance n° 14.535 du 17 juillet 2000)

§ 1. Lorsque des prestations en nature sont accordées par des institutions monégasques de sécurité sociale en application des articles 8, 9 ou 10 pour des soins reçus en France, les dispositions suivantes sont applicables :

* a) Les frais médicaux correspondant aux actes dispensés par les praticiens et auxiliaires médicaux exerçant régulièrement leur activité en France sont remboursés dans les mêmes conditions que les soins de même nature dispensés à Monaco, selon les taux de remboursement et dans la limite des tarifs qui sont appliqués par les institutions de sécurité sociale de ce dernier État ;

* b) Les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'analyses et d'examens de laboratoires exposés sur le territoire français sont remboursés dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés à Monaco et, dans la limite de leur montant, selon les tarifs et les taux de remboursement en vigueur dans ce dernier État, pour autant qu'il s'agisse respectivement de médicaments figurant sur la liste des médicaments remboursables prévue par la législation monégasque, d'appareils de prothèse ou d'orthopédie délivrés dans les conditions fixées par la législation monégasque par des fournisseurs agréés en application de la réglementation française, et d'analyses et d'examens effectués dans des laboratoires agréés en application de la réglementation française ;

* c) Les frais exposés dans les établissements publics de soins français sont remboursés suivant le tarif en vigueur dans ces établissements, dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés à Monaco et selon les taux de remboursement applicables dans ce dernier État. Ces remboursements seront effectués dans la limite des frais exposés sans pouvoir dépasser les plafonds fixés par un arrangement administratif particulier, qui en définit également les autres modalités ;

* d) Les frais exposés dans les établissements privés agréés en application de la réglementation française sont remboursés, sur la base du tarif en vigueur dans ces établissements, dans les mêmes conditions que les frais de même nature exposés à Monaco et selon les taux de remboursement applicables dans ce dernier État. Ces remboursements sont effectués dans la limite des frais exposés sans pouvoir dépasser les plafonds fixés par un arrangement administratif particulier, qui en définit également les autres modalités ;

* e) Les frais de transport, exposés pour les déplacements vers ou à partir du territoire français, sont remboursés dans les conditions fixées par la réglementation monégasque et, dans la limite de leur montant, selon les tarifs et les taux de remboursement en vigueur à Monaco, à condition, s'il s'agit de transports sanitaires, qu'ils soient effectués par des personnes agréées en application de la réglementation monégasque ou de la réglementation française.

§ 2. Des accords complémentaires entre les autorités compétentes des deux États règlent en tant que de besoin les modalités d'application des dispositions du paragraphe I pour ce qui concerne :

- d'une part, les relations administratives, financières et techniques entre les institutions monégasques de sécurité sociale et les établissements de soins français,
- et d'autre part, les relations administratives, financières et techniques entre ces mêmes institutions et les membres des professions de santé exerçant leur activité sur le territoire français.

Ces accords sont révisables à la demande de l'une ou l'autre Partie. Ils sont résiliables partiellement ou totalement par l'une des deux Parties, sous réserve d'un préavis minimum de six mois.

§ 3. Les accords visés au paragraphe 2 peuvent, le cas échéant, comporter des dispositions contractuelles au profit d'établissements ou de membres des professions de santé français qui sont autorisés à dispenser des soins à des bénéficiaires du régime monégasque de sécurité sociale soit en application de la réglementation monégasque interne, soit en application des articles 8, 9 et 10, en acceptant des engagements supplémentaires vis-à-vis dudit régime.

(...)

Article 18 .- (Remplacé par l'avenant n° 5 rendu exécutoire par l'ordonnance n° 14.535 du 17 juillet 2000)

Les deux Parties conviennent que la faculté, pour un assuré relevant du régime de l'un des deux États, de recevoir des soins sur le territoire de l'autre État est garantie dans des conditions au moins aussi favorables que celles appliquées dans le cadre des autres engagements européens ou internationaux, auxquels l'un ou l'autre État est Partie.

Dans le cas où lesdits engagements prévoiraient en contrepartie de cette faculté des obligations à la charge des institutions, des établissements de soins ou des professionnels de santé, la mise en œuvre du principe énoncé à l'alinéa précédent sera subordonnée à la conclusion d'un accord complétant sur ce point les dispositions de la présente convention et des textes pris pour son application.

*

Conclusion

La France et l'Italie ont signé le 13 juillet 2017 un accord-cadre relatif à la coopération en matière de sécurité sanitaire entré en vigueur en 2020¹¹. L'accord poursuit le but de faciliter la mise en œuvre par la Principauté de ses obligations internationales résultant du Règlement sanitaire international. L'objet de cet instrument est de donner un cadre juridique à la coopération bilatérale en matière sanitaire en adossant Monaco à la région PACA. L'Agence Régionale de Santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur se voit confier la charge de mener une veille sanitaire avec la Direction de l'Action Sanitaire de Monaco et de répondre aux demandes d'aide de Monaco

¹¹ Journal de Monaco 28/02/2020, [J.O. 8.475](#) ; Décret n° 2020-224 du 6 mars 2020 portant publication de l'accord, [JORF n°0058 du 8 mars 2020](#), n°5.

en cas de dépassement des moyens de réponse et de gestion d'une crise sanitaire, Surtout, la France prend un engagement précis de prise en charge hospitalière :

Article 7 **Prise en charge hospitalière**

La France s'engage à prendre en charge au sein de son système de soins toute personne visée à l'article 2 § 3, en cas de dépassements dument motivés des moyens de réponse et de gestion des autorités monégasques tels que définis à l'article 6, dans la limite de l'état de disponibilité des lits adaptés à la prise en charge dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le lieu exact de prise en charge médicale du patient dans un établissement de santé de référence habilité est déterminé par les autorités sanitaires françaises dans le cadre de l'activation de leur plan de prise en charge.

Les modalités de transport sanitaire vers l'établissement de santé de référence habilité désigné par la France dans les conditions de sécurité adaptées sont décidées en concertation entre le Service d'aide médicale urgente (SAMU) de l'établissement de santé et l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Préfet de la zone de défense et de sécurité Sud et Monaco.

La prise en charge hospitalière peut comprendre l'administration de médicaments expérimentaux, selon leur disponibilité et sous réserve du consentement du patient.

Ce transfert transfrontalier de patients dans l'exécution d'un engagement international de la France laisse, bien entendu, subsister toutes les possibilités d'hospitalisation relevant du droit commun : le transfert transfrontalier de patients au CHPG, la liberté d'accès aux soins transfrontaliers des résidents des Alpes maritimes et monégasques, etc. Bien entendu, l'intérêt public commande aux responsables médicaux du Centre hospitalier de Monaco de ne pas attendre la saturation des services avant d'organiser le transfert transfrontalier de malades vers l'Italie ou la France sur la base des conventions de sécurité sociale.

La circulaire ministérielle du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité du 10 juillet 2000 précise que « les modifications apportées par voie d'avenant (à la convention de sécurité sociale) visent à rétablir une situation de concurrence normale entre les établissements hospitaliers de la Principauté et ceux du département des Alpes-Maritimes soumis aux contraintes de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et à régler les situations de proximité pour les assurés en tenant compte des complémentarités existant entre structures françaises et monégasques »¹². Une fois ces objectifs de santé publique atteints dans le champ des rapports franco-monégasques, la liberté du patient s'exerce pleinement. Ce dernier n'est pas seulement une unité dans une cohorte. Le patient est une personne, libre de ses choix de santé jusqu'au-delà de l'extrémité de sa conscience et de sa vie. Le droit individuel de rechercher le meilleur soin inspire ainsi tous les dispositifs de santé transfrontaliers. La solidarité des territoires de santé en est le corollaire.

Philippe WECKEL

*Agrégé de droit public
Professeur de droit international à l'UCA
Directeur du Programme DITER (CERDACFF), Nice
Vice-Président d'INDEMER, Monaco*

¹² Circulaire DSS/DAEI/98 n° 2000/388, [texte](#).

Charte de DITER

Nous représentons une institution publique et nous défendons un intérêt public, l'Université Côte d'Azur et le CERDACFF (laboratoire de recherche public relevant de cette université). Nous poursuivons l'objectif de contribuer à la pleine réalisation de la diplomatie démultipliée dans le développement harmonieux des actions extérieures des collectivités territoriales. Cet objectif constitue notre engagement.

Nous revendiquons la qualité de l'indépendance associée à l'objectivité. La première impose le sens de la responsabilité et la seconde la rigueur dans l'analyse.

Nous appliquons une méthode de recherche-action collaborative. Celle-ci associe les praticiens à la recherche universitaire dans un partenariat intense avec les acteurs du territoire local, principalement l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements territoriaux.

Nous voulons servir l'utilité générale en facilitant la réflexion sur l'action et l'action découlant de la réflexion

Programme DITER

Centre d'études et de recherche en droit administratif, constitutionnel, financier et fiscal (CERDACFF), dir. Professeur Christian VALLAR, Faculté de Droit et science politique - Avenue Doyen Louis Troabas - 06050 Nice Cedex 1
Secrétariat : cerdacff@univcotedazur.fr – 04.92.15.70.41



BEISTANDSPAKT FÜR EINE VERSTÄRKTE GRENZÜBERSCHREITENDE KOOPERATION UND KOORDINATION

zwischen

**den Ländern Baden-Württemberg,
Rheinland-Pfalz und Saarland
(Bundesrepublik Deutschland)**

und

**der Région Grand Est
(Republik Frankreich)**

im Folgenden «die Partner» genannt

Im Bewusstsein der deutsch-französischen Freundschaft, die gleichzeitig das Herz und der Motor der Europäischen Union ist, einem Staatenverbund, der als solcher zusammen steht, und der seine Bürgerinnen und Bürger wie auch unsere offene Gesellschaft durch die Kraft des gemeinsamen Handelns beschützt und bereichert,

Im Bewusstsein dessen, dass die Partner als direkte Nachbarn mit einer gemeinsamen ungefähr 180 Kilometer langen Grenze um ihre besondere Rolle in einer europäischen Pilotregion wissen, in der es insbesondere darum geht, ein wohlhabendes, nachhaltiges und solidarisches Europa zu fördern,

In Bestätigung ihres Bekenntnisses zur Freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union im Allgemeinen und zwischen Frankreich und Deutschland in besonderem Maße sowie zur Verabschiedung präventiver Maßnahmen im Gesundheitsbereich, die der derzeitigen und auch künftigen Krisensituationen angemessen Rechnung tragen und die menschliche, wirtschaftliche und soziale Verflechtungen in den Grenzgebieten berücksichtigen,



PACTE D'ASSISTANCE MUTUELLE POUR UNE COOPÉRATION ET COORDINATION TRANSFRONTALIÈRES RENFORCÉES

entre

**les Länder de Bade-Wurtemberg,
Rhénanie-Palatinat et Sarre
(République Fédérale d'Allemagne)**

et

**la Région Grand Est
(République Française)**

appelés « les partenaires » dans ce qui suit

Considérant l'amitié franco-allemande qui est à la fois le cœur et le moteur de l'Union européenne, laquelle s'entend comme une communauté d'États faisant bloc, qui protège et enrichit ses citoyens ainsi que notre société ouverte, par la force de son action commune,

Considérant qu'en tant que voisins directs avec une frontière commune d'environ 180 kilomètres, les partenaires sont conscients de leur rôle particulier au sein d'une région pilote européenne, notamment pour faire progresser une Europe prospère, durable et solidaire,

Confirmant leur attachement à la libre-circulation au sein de l'Union européenne, en général, et entre la France et l'Allemagne, en particulier, ainsi qu'à l'adoption de mesures de prévention sanitaire qui soient proportionnées aux situations de crise présentes et à venir et tiennent compte des interdépendances humaines, économiques et sociales dans les zones frontalières,



Aufbauend auf ihrem Engagement für eine gelebte europäische Staatsbürgerschaft und Solidarität vereinbaren die Partner eine weitere Intensivierung ihrer Zusammenarbeit zum Wohle der Bürgerinnen und Bürger in der Oberrheinregion und der Großregion, insbesondere in Krisen und Krisensituationen, die gesundheitlicher und medizinischer Natur sind sowie einen erleichterten Dialog und eine engere Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure zugunsten eines verbesserten deutsch-französischen Krisenmanagements,

Sie stimmen überein, unter strikter Einhaltung der Zuständigkeiten und Befugnisse des Staates, des Bundes, der Länder, der Region und der Départements zu handeln und sind bereit, zu einer besseren Koordinierung des Engagements jedes Einzelnen beizutragen,

Die Partner beabsichtigen, gemeinsam zu handeln und die aus der aktuellen Corona-Pandemie gezogenen Lehren in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen; sie schließen hierfür den vorliegenden Beistandspakt, der auf den folgenden Grundsätzen beruht:

- sie sind von der festen Überzeugung geleitet, dass Europa eines noch stärkeren Zusammenhaltes bedarf, um noch effektiver auf die Herausforderungen unserer Zeit reagieren zu können,
- aufgrund ihrer Erfahrungen während der ersten Welle der Corona-Pandemie im Frühjahr 2020 und der damit einhergehenden Bedeutung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in Gesundheitskrisen verfolgen die Partner das gemeinsame Ziel, die jeweils lageabhängig verfügbaren Ressourcen innerhalb der Gesundheitssysteme, inklusive Bettenkapazitäten, zielgerichteter zur Verfügung zu stellen, und die Umsetzung gegenseitiger Verpflichtungen durch die zuständigen Gesundheitsbehörden zu vereinfachen,
- ihnen ist bewusst, dass die Oberrheinregion und die Großregion sich seit Jahrzehnten zu immer stärker verflochtenen Lebensräumen entwickeln,



Forts de leurs engagements pour une citoyenneté et une solidarité européennes incarnées dans des actes, les partenaires conviennent de continuer à intensifier leur coopération pour le bien des citoyennes et citoyens de la région du Rhin supérieur et de la Grande Région, en particulier lors de crises et situations de crise à caractère sanitaire et médical, ainsi qu'à faciliter le dialogue et la coordination entre tous les acteurs engagés en faveur d'une gestion de crise franco-allemande améliorée,

Convenant d'agir dans le strict respect des compétences et des prérogatives dévolues à l'Etat, au Bund, aux Länder, à la Région et aux Départements, et désireux de contribuer à une meilleure coordination des engagements de chacun,

Les partenaires souhaitent avancer conjointement et mettre en avant les leçons qu'ils ont tirées de la pandémie actuelle du coronavirus ; ils concluent ainsi le présent pacte d'assistance mutuelle, reposant sur les principes suivants :

- ils sont guidés par la ferme conviction que l'Europe doit renforcer encore davantage sa cohésion, afin de relever de manière plus effective les défis de notre temps,
- vu leurs expériences durant la première vague de la pandémie du Covid-19 au printemps 2020 et l'importance de la coopération transfrontalière lors de crises sanitaires, les partenaires poursuivent l'objectif commun de faciliter la mise en œuvre par les autorités sanitaires compétentes d'engagements réciproques et de mettre à disposition de façon plus ciblée les ressources disponibles en fonction de l'évolution de la situation au sein de leurs systèmes de santé, y compris les capacités en lits,
- ils sont conscients que depuis des décennies la région du Rhin supérieur et la Grande Région deviennent des espaces de vie de plus en plus intégrés,



- sie sind von dem Wunsch geleitet, innerhalb dieser gemeinsamen Lebensräume auch einen gemeinsamen Gesundheitsraum zu schaffen,
- die Kooperationsvereinbarung „MOSAR“ im Grenzraum Saarland-Moselle ist für die konkrete Ausgestaltung einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung beispielhaft,
- sie regen an, dazu auch weitere Anstrengungen im Bereich des Fachkräftebedarfes im Gesundheitswesens und der Pflege durch Projekte in der Aus- und Fortbildung zu unternehmen,
- sie sind weiterhin gewillt, Hindernisse, die die deutsch-französische Zusammenarbeit erschweren, durch Mitwirkung an der Arbeit des Deutsch-Französischen Ausschusses für die grenzüberschreitende Zusammenarbeit sowie der Arbeitsgruppen der Oberrheinkonferenz und des Gipfels der Großregion durch Verbreitung der Ergebnisse, abzubauen,
- sie sehen die Notwendigkeit einer besonders engen Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Präsidenten der Région Grand Est sowie der zukünftigen Collectivité européenne d'Alsace (CEA) und des Departements Moselle, um die grenzüberschreitende Kooperation und Solidarität zu strukturieren und zu stärken,
- sie würdigen die Arbeit der Gremien der Oberrheinkonferenz sowie des Gipfels der Großregion und betonen den großen Nutzen, den noch mehr Synergien zwischen diesen beiden Kooperationsräumen erbringen,
- sie regen an, die Abstimmung zwischen den Grenzregionen in allen Phasen zukünftiger Gesundheitskrisen langfristig zu sichern und zu strukturieren und hierbei den Staat und den Bund im Geiste des Vertrags von Aachen mit einzubeziehen,



- ils sont guidés par le souhait de créer également, au sein de ces espaces de vie commun, un espace de santé commun,
- ils considèrent comme exemplaire pour le déploiement d'une offre de soin transfrontalière l'accord de coopération « MOSAR » dans l'espace frontalier entre la Moselle et la Sarre,
- ils encouragent de nouvelles initiatives concernant le besoin en main d'œuvre qualifiée dans les systèmes de santé et de soins, à travers des projets de formation initiale et continue,
- ils désirent poursuivre la suppression des obstacles qui entravent la coopération franco-allemande en contribuant aux travaux du Comité de coopération transfrontalière franco-allemand et des groupes de travail de la Conférence du Rhin supérieur et du Sommet de la Grande Région et à la diffusion des résultats de ces travaux,
- ils voient la nécessité d'une coopération et d'une concertation particulièrement étroites avec les Présidents de la Région Grand Est ainsi que de la future Collectivité européenne d'Alsace (CEA) et du Département de la Moselle, afin de structurer et renforcer la coopération et la solidarité transfrontalières,
- ils saluent le travail des instances de la Conférence du Rhin supérieur ainsi que du Sommet des Exécutifs de la Grande Région, et soulignent le grand bénéfice qu'apportent davantage de synergies entre ces deux espaces de coopération,
- ils appellent à pérenniser et à structurer, à toutes les étapes de crises sanitaires à venir, la coordination de proximité transfrontalière, associant le niveau national et fédéral, dans l'esprit du Traité d'Aix-la-Chapelle,



- sie sind von dem Wunsch geleitet, dass die Oberrheinkonferenz mit dem Gipfel der Großregion die wichtige Aufgabe übernehmen kann, auf eine bessere Umsetzung bestehender zwischenstaatlicher Abkommen im Gesundheitswesen, beim Rettungsdienst, bei den Bevölkerungsschutzeinheiten und bei der Grenzüberschreitenden Hilfeleistung im Katastrophenfall hinzuwirken und hierbei die Erfahrungen der Corona-Pandemie einzuarbeiten. Das zukünftige Memorandum der Großregion leistet hier einen wichtigen Beitrag zur Konkretisierung,
- sie sind entschlossen, die Zusammenarbeit durch den vorliegenden Pakt im Einklang mit den nationalen Rechtsvorschriften und den bestehenden Verpflichtungen der Parteien im Hinblick auf internationales Recht weiter zu stärken und zu fördern,
- sie verständigen sich hierfür auf eine weitere Intensivierung ihres politischen, parteiübergreifenden und grenzüberschreitenden Dialogs, um die Stärkung der vorhandenen deutsch-französischen Synergien auf grenzüberschreitender, regionaler, nationaler und europäischer Ebene zu begleiten.



- ils sont guidés par le souhait que la Conférence du Rhin supérieur avec le Sommet des exécutifs de la Grande Région, puisse œuvrer à une meilleure mise en œuvre des accords intergouvernementaux existants concernant les système de santé, les services de secours, les unités chargées de la protection civile et l'assistance transfrontalière en cas de catastrophe, et d'intégrer les expériences tirées de la pandémie de coronavirus. Le futur mémorandum de la Grande Région pour prévenir les pandémies apportera une contribution importante à la concrétisation de ce souhait.
- ils sont déterminés à continuer de renforcer et de promouvoir la coopération par le présent pacte, dans le respect du droit national des États et des obligations existantes des parties au regard du droit international,
- ils s'accordent pour ce faire de continuer à renforcer leur dialogue politique transpartisan et transfrontalier pour accompagner le renforcement des synergies franco-allemandes à l'échelle transfrontalière, régionale, nationale et européenne.

Conclu à Stuttgart, Mayence, Sarrebruck, Strasbourg, le 27 novembre 2020
Vereinbart in Stuttgart, Mainz, Saarbrücken und Straßburg am 27. November 2020

**Winfried
KRETSCHMANN,**

Ministre-Président
de Bade-Württemberg
Ministerpräsident
von Baden-Württemberg

**Malu
DREYER,**

Ministre-Présidente
de Rhénanie-Palatinat
Ministerpräsidentin
von Rheinland-Pfalz

**Tobias
HANS,**

Ministre-Président
de la Sarre
Ministerpräsident
des Saarlandes

**Jean
ROTTNER,**

Président
de la Région Grand Est
Präsident
der Région Grand Est