

N° 304

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Enregistré à la Présidence du Sénat le 22 janvier 2014

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées (1)
*sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, autorisant la **ratification** de*
*l'**accord-cadre** entre la **République française** et le **Royaume d'Espagne** sur la*
coopération sanitaire transfrontalière,

Par M. Raymond COUDERC,

Sénateur

(1) *Cette commission est composée de* : M. Jean-Louis Carrère, *président* ; MM. Christian Cambon, Jean-Pierre Chevènement, Robert del Picchia, Mme Josette Durrieu, MM. Jacques Gautier, Robert Hue, Jean-Claude Peyronnet, Xavier Pintat, Yves Pozzo di Borgo, Daniel Reiner, *vice-présidents* ; Mmes Leïla Aïchi, Joëlle Garriaud-Maylam, MM. Gilbert Roger, André Trillard, *secrétaires* ; M. Pierre André, Mme Kalliopi Ango Ela, MM. Bertrand Auban, Jean-Michel Baylet, René Beaumont, Pierre Bernard-Reymond, Jacques Berthou, Jean Besson, Michel Billout, Jean-Marie Bockel, Michel Boutant, Jean-Pierre Cantegrit, Luc Carvounas, Pierre Charon, Marcel-Pierre Cléach, Raymond Couderc, Jean-Pierre Demerliat, Mme Michelle Demessine, MM. André Dulait, Hubert Falco, Jean-Paul Fournier, Pierre Frogier, Jacques Gillot, Mme Nathalie Goulet, MM. Alain Gournac, Jean-Noël Guérini, Joël Guerriau, Gérard Larcher, Robert Laufoaulu, Jeanny Lorgeoux, Rachel Mazuir, Christian Namy, Alain Néri, Jean-Marc Pastor, Philippe Paul, Bernard Piras, Christian Poncelet, Roland Povinelli, Jean-Pierre Raffarin, Jean-Claude Requier, Richard Tuheiva, André Vallini.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 578, 1106, 1164 et T.A. 172

Sénat : 698 (2012-2013) et 305 (2013-2014)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	5
TITRE PREMIER : UN ACCORD BILATÉRAL, NOUVELLE ÉTAPE DANS LA DENSIFICATION DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE ENTRE LA FRANCE ET L'ESPAGNE.....	7
I. DES COOPÉRATIONS TRANSFRONTALIÈRES BILATÉRALES NOMBREUSES.....	7
A. UNE COMPOSANTE ANCIENNE	7
B. LES DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS.....	8
1. <i>Infrastructures ferroviaires</i>	8
a) Côté Méditerranée	8
b) Côté Atlantique.....	8
c) Traversée centrale	9
2. <i>Interconnexions électriques</i>	9
3. <i>Interconnexions gazières</i>	9
4. <i>Autoroutes de la mer</i>	10
II. UN DÉVELOPPEMENT QUI S'INSCRIT DANS UN CADRE SOUTENU PAR L'UNION EUROPÉENNE	10
A. UN SOUTIEN FINANCIER EN PROGRESSION	10
B. UN OUTIL JURIDIQUE : LE GROUPEMENT EUROPÉEN DE COOPÉRATION TERRITORIALE	11
TITRE 2 : LE DOMAINE SANITAIRE : UN DOMAINE DE COOPÉRATION PARTICULIÈREMENT APPROPRIÉ.....	15
I. UN ACCORD DANS UN DOMAINE EXPÉRIMENTÉ AVEC D'AUTRES ETATS VOISINS	15
A. L'ACCORD FRANCO-BELGE.....	15
B. L'ACCORD FRANCO-ALLEMAND	16
II. UN ACCORD UTILE POUR CONSOLIDER L'EXISTANT ET PERMETTRE LES DÉVELOPPEMENTS FUTURS.....	17
A. DES COOPÉRATIONS LOCALES PLUS OU MOINS FORMALISÉES.....	17
B. DES DIFFICULTÉS CERTAINES DANS LA MISE EN OEUVRE	21
TITRE 3 : LE DISPOSITIF DE L'ACCORD	25
I. LES ASPECTS GÉNÉRAUX.....	25
1. <i>Article 1^{er} : objet</i>	25

2. Article 2 : <i>Champ d'application</i>	25
II. LES CONVENTIONS DE COOPÉRATION	26
1. Article 3 : <i>Conventions de coopération sanitaire</i>	26
2. Article 4 : <i>Franchissement de la frontière commune</i>	28
3. Article 5 : <i>Mécanismes de prise en charge des soins</i>	28
III. LES AUTRES DISPOSITIONS	29
1. Article 6 : <i>Responsabilité</i>	29
2. Article 7 : <i>Commission mixte</i>	29
3. Article 8 : <i>Arrangement administratif</i>	30
4. Article 9 : <i>Entrée en vigueur</i>	30
5. Article 10 : <i>Durée et dénonciation</i>	30
CONCLUSION	31
EXAMEN EN COMMISSION	32

INTRODUCTION

Mesdames, Messieurs,

L'établissement d'une ligne de frontière sur les crêtes du massif pyrénéen lors de la signature du traité des Pyrénées sur la Bidassoa en 1659 n'a jamais tari le flux des échanges entre les deux pays. Celui-ci a connu un regain important avec l'adhésion de l'Espagne à la Communauté économique européenne en 1986 et le développement de programmes de coopération transfrontaliers financés par des fonds européens.

Dans le domaine de la santé, toutefois, les actions de coopération mises en œuvre apparaissent moins nombreuses et plus ponctuelles que dans d'autres domaines ou sur d'autres territoires.

L'accord-cadre, signé le 27 juin 2008, entre la France et l'Espagne sur la coopération sanitaire transfrontalière, complète les dispositifs de coopération mis en place et donne un cadre à l'approfondissement d'une coopération sanitaire visant à assurer une couverture adéquate de l'offre de soins.

Le projet de loi autorisant sa ratification qui nous est soumis aujourd'hui a été adopté par l'Assemblée nationale le 27 juin 2013.

TITRE PREMIER : UN ACCORD BILATÉRAL, NOUVELLE ÉTAPE DANS LA DENSIFICATION DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE ENTRE LA FRANCE ET L'ESPAGNE

I. DES COOPÉRATIONS TRANSFRONTALIÈRES BILATÉRALES NOMBREUSES

Il ne s'agit plus pour les Etats de délimiter les frontières mais de permettre la réalisation de coopérations transfrontalières qui s'imposent souvent par le cours naturel des relations entre les populations voisines, mais que la hiérarchie des normes juridiques et des institutions, différentes dans chacun des États, rend parfois difficile, à tout le moins complexe.

A. UNE COMPOSANTE ANCIENNE

La France et l'Espagne se sont attachées à raccorder leurs infrastructures de transports, les interconnexions énergétiques, et à développer la coopération universitaire et linguistique.

Ces projets sont conduits au niveau étatique ou par les régions et les communautés autonomes espagnoles frontalières, au sein de plusieurs enceintes qui permettent une concertation transfrontalière régulière.

La Commission internationale des Pyrénées, CIP, instituée en mai 1875 et toujours en activité, est en effet la première des commissions frontalières permanentes créées en Europe. Si elles étaient initialement contrées sur les litiges survenus sur le cours de la Bidassoa, les compétences de la CIP ont ensuite été étendues à toute la frontière franco-espagnole. Une commission mixte des eaux transfrontalières existe aussi.

Par ailleurs, la coopération entre les collectivités territoriales de part et d'autre de la frontière a été organisée. Conformément à la convention-cadre du Conseil de l'Europe, relative à la coopération transfrontalière, signée à Madrid le 21 mai 1980, et à son protocole additionnel, signé à Strasbourg le 9 novembre 1995, le Royaume d'Espagne et la République française ont réaffirmé leur attachement à la promotion de la coopération transfrontalière entre collectivités et autorités territoriales, de part et d'autre de la frontière. En application de cette convention-cadre, le Traité de Bayonne du 10 mars 1995 a organisé les conditions de la coopération décentralisée, entre collectivités territoriales. Des instances de pilotage ont été mises en place entre les différentes régions. Il existe également une « Conférence euro-régionale » côté atlantique (régions Aquitaine et Euskadi) et l'« Eurorégion » côté méditerranée¹ (région Midi-Pyrénées et Languedoc-

¹ <http://www.euroregio.eu/fr/projets>

Roussillon, Catalogne, Aragon, Baléares) et de très nombreux accords sont intervenus entre les collectivités¹.

B. LES DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS

Le dernier sommet bilatéral qui s'est tenu à Paris le 10 octobre 2012 a permis de dynamiser plusieurs projets, lesquels avancent de manière satisfaisante dans tous les domaines. C'est le cas par exemple en matière de transport et d'énergie, secteurs d'une importance politique et économique majeure pour l'Espagne.

1. Infrastructures ferroviaires

a) Côté Méditerranée

La liaison à grande vitesse Perpignan-Figueras, d'une longueur de 44 km, maillon clé de la liaison Madrid-Barcelone-Paris, a été inaugurée en janvier 2011. Perpignan et Figueras sont ainsi reliées en direct via un tunnel transfrontalier de 8,3 km au niveau du Perthus, ce qui a permis d'augmenter le trafic de 70%. Début 2013, les travaux de prolongement côté espagnol ont été achevés et Perpignan est désormais potentiellement reliée à Barcelone en 50 minutes. La ligne à grande vitesse opérée par la SNCF et RENFE est entrée en service commercial le 15 décembre 2013.

b) Côté Atlantique

Le projet de LGV « Dax-Vitoria » est dans une phase avancée de chantier côté espagnol. Le tracé Bordeaux-frontière a été défini fin mars 2012, avec un objectif de lancement de l'enquête publique en 2013. L'objectif est de mettre en service la section ferroviaire internationale entre nos deux pays à l'horizon 2024. Toutefois, la commission parlementaire française dite « mobilité 21 » a néanmoins préconisé un report de la mise en œuvre de ce projet, côté français, au-delà de 2030².

¹ Mathieu Abras « *La coopération transfrontalière franco-espagnole sur la programmation 2007-2013* » Université Lyon 2 - Master Dacte 2009

² Rapport de la Commission Mobilité 21 - « Pour un schéma national de mobilité durable » - 27 juin 2013 : *Le grand projet du sud-ouest (GPSO) consiste en la réalisation d'une ligne nouvelle Bordeaux-Toulouse et d'une ligne nouvelle Bordeaux-Espagne pour un total de 417 km. (...). Maillon européen de la liaison Sud Europe Atlantique, dans le prolongement du projet en cours de réalisation de la LGV Tours-Bordeaux, GPSO est également une ligne à fonctions mixtes. Le projet crée de nouvelles capacités pour le développement d'un fret ferroviaire performant sur l'axe péninsule ibérique/Europe du nord-ouest, en accompagnement des travaux réalisés en Espagne pour se mettre au gabarit européen (« Y » basque à écartement international + 3^{ème} rail jusqu'à la frontière avec mise en service en 2017). Le projet renforce enfin les capacités du réseau dans les secteurs périurbains de Bordeaux et Toulouse et, plus largement, celles des liaisons internes aux régions Aquitaine et Midi-Pyrénées, le cas échéant avec des services à grande vitesse.*

c) Traversée centrale

Quant à une nouvelle traversée des Pyrénées, elle s'inscrit dans un horizon plus lointain¹.

2. Interconnexions électriques

Ligne à très haute tension (THT) : il s'agit de la construction sur la façade méditerranéenne d'une ligne enterrée en courant continu (40 km en France et 25 km en Espagne) qui permettra de doubler la capacité d'échange d'électricité entre les deux pays. Les travaux de percement du tunnel de la ligne ont commencé en janvier 2012. Une mise sous tension de l'ensemble était prévue fin 2013, pour une mise en service commerciale fin 2014.

3. Interconnexions gazières

L'Espagne, en surcapacité gazière structurelle, a besoin de réexporter vers le Nord le gaz qu'elle importe par le Sud et par ses 6 terminaux GNL (sur les 16 que l'on compte en Europe). C'est pourquoi, côté Atlantique, les gazoducs de Larrau et de Biriadou seront renforcés respectivement en 2013 et 2015 pour atteindre une capacité de 7,5 Mds m³, soit 15% de la consommation française et 18% de la consommation

La commission estime majoritairement qu'il convient de phaser en deux le projet. La section Bordeaux-Toulouse, qui doit permettre de raccorder la 4^e ville de France au réseau ferroviaire à grande vitesse, devrait se concrétiser dans les meilleurs délais. S'agissant de la liaison nouvelle Bordeaux-Hendaye, les conditions de saturation qui sous-tendent sa réalisation et qui sont très fortement dépendantes de l'économie espagnole et de son recours au transport ferroviaire, ne devraient pas justifier un engagement des travaux avant 2030.

Dans ce contexte, la commission retient dans le scénario n° 2, en premières priorités, la réalisation de la section Bordeaux-Toulouse et place en secondes priorités la section Bordeaux-Espagne. Toutefois, la commission considérant qu'elle ne peut être entièrement affirmative sur le moment à partir duquel il sera nécessaire d'engager les travaux de cette dernière section, elle a prévu une provision pour engager en tant que de besoin de premiers travaux. Dans le scénario n° 1, eu égard aux financements disponibles et après analyse comparative des enjeux nationaux des différents projets, l'ensemble du projet est classé dans les secondes priorités. Aucune inscription en premières priorités d'une provision pour premiers travaux n'est prévue dans ce cas.

http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/CM21_-_27_juin_2013_vers2_9h38_sans_traits_de_coupe-2.pdf

¹ *Rapport de la Commission Mobilité 21 - « Pour un schéma national de mobilité durable » - 27 juin 2013 : La réalisation d'une liaison ferroviaire à priorité fret entre le nord de l'Espagne et le sud de la France comportant un tunnel de basse altitude vise à augmenter la part de marché du fret ferroviaire transpyrénéen et à éviter la saturation potentielle des lignes existantes à l'échéance de la réalisation des projets sur les axes méditerranéen et atlantique.*

Le projet s'inscrit clairement aujourd'hui dans une logique de réalisation de très long terme. En conséquence, la commission classe le projet dans les projets à horizons plus lointains quel que soit le scénario financier considéré.

http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/CM21_-_27_juin_2013_vers2_9h38_sans_traits_de_coupe-2.pdf

espagnole. Les sociétés de transport de Total et de GDF vont y investir près de 500 ME.

4. Autoroutes de la mer

L'autoroute de la mer Nantes-Gijon (Asturies), opérée par l'armateur français Louis Dreyfus, a été inaugurée en septembre 2010. Elle connaît une fréquentation supérieure aux attentes. Une seconde autoroute de la mer au départ de Vigo (Galice) est prévue pour desservir Algesiras, Saint-Nazaire et Le Havre. Sa mise en service est envisageable en 2013.

Les coopérations transfrontalières sont désormais une réalité importante et répondent à des enjeux parfois considérables. Pour sa part, la coopération sanitaire franco-espagnole tente surtout d'améliorer l'offre de soins des populations vivant dans des zones géographiques peu desservies.

II. UN DÉVELOPPEMENT QUI S'INSCRIT DANS UN CADRE SOUTENU PAR L'UNION EUROPÉENNE

Au sein de l'Union européenne, la coopération transfrontalière est devenue une composante à part entière de la coopération territoriale et constitue l'un des trois objectifs de la politique de cohésion pour la période 2007-2013.

A. UN SOUTIEN FINANCIER EN PROGRESSION

Cet objectif a disposé d'une enveloppe de 7,75 milliards d'euros pour la période 2007-2013, financée par le FEDER. Pour la période 2014-2020, la Commission a proposé de consacrer un règlement à part entière à la coopération territoriale au sein du paquet législatif relatif à la révision de la politique de cohésion. Aux termes de ce projet, il est prévu que « *le FEDER soutient (...) la coopération transfrontalière entre régions adjacentes, pour favoriser un développement régional intégré des régions voisines qui appartiennent à deux États membres ou plus et qui sont séparées par une frontière terrestre ou maritime, ou encore des régions frontalières voisines d'au moins un État membre et un pays tiers aux frontières extérieures de l'Union autres que celles couvertes par des programmes relevant des instruments financiers extérieurs de l'Union* ».

La coopération transfrontalière doit avoir pour finalité la résolution des problèmes communs recensés conjointement dans les régions frontalières, tels que difficultés d'accès, environnement peu propice aux entreprises, absence de réseaux entre administrations locales et régionales, recherche et innovation et utilisation des TIC, pollution de l'environnement, prévention des risques, attitudes négatives vis-à-vis des ressortissants des pays voisins, etc. Elle doit aussi contribuer à exploiter le potentiel de la zone

frontalière, tel que la mise sur pied d'installations et de groupements transfrontaliers de recherche et d'innovation, l'intégration transfrontalière du marché du travail, la coopération entre universités ou centres de santé, tout en améliorant le processus de coopération aux fins d'un développement harmonieux de l'ensemble de l'Union.

Il est prévu que la Commission adopte une liste des zones transfrontalières devant bénéficier d'un soutien sur la base de quatre objectifs thématiques, afin d'éviter la dispersion des financements. Les programmes transfrontaliers devront ainsi viser : l'intégration des marchés transfrontaliers du travail, y compris la mobilité transfrontalière, et des initiatives locales communes en matière d'emploi et la formation commune ; la valorisation de l'égalité hommes-femmes et de l'égalité des chances, ainsi que de l'inclusion sociale, par-delà les frontières ; la création et l'application de systèmes communs d'éducation et de formation ; la valorisation de la coopération juridique et administrative ainsi qu'entre les citoyens et les institutions.

Sur le plan financier, il est prévu que 3,48% des ressources totales disponibles pour les engagements budgétaires des fonds structurels pour la période seront allouées à la coopération territoriale, soit environ 11,7 Mds€ sur les 376 Mds€ prévus par la Commission pour la politique de cohésion dans ses propositions pour le cadre financier 2014-2020. Plus particulièrement, près des trois quarts de cette enveloppe continueront de bénéficier à la coopération transfrontalière, soit environ 8,59 Mds€.

B. UN OUTIL JURIDIQUE : LE GROUPEMENT EUROPÉEN DE COOPÉRATION TERRITORIALE

En outre, dans le cadre de la programmation 2007-2013 de la politique de cohésion, l'Union européenne a créé un nouvel instrument juridique visant à faciliter les démarches de coopération entre États membres : le groupement européen de coopération territoriale (GECT). Organisme doté de la personnalité juridique, il permet à des organismes issus d'États membres différents de mettre en œuvre des activités transfrontalières, transnationales et interrégionales.

Créé par le règlement (CE) n° 1082/2006 du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006, un tel groupement peut être composé d'États membres, de collectivités régionales, de collectivités locales et/ou d'organismes de droit public. Les membres d'un groupement doivent être situés sur le territoire d'au moins deux États membres.

Ses compétences sont fixées dans une **convention de coopération** qui, aux termes de l'article 8 du règlement précité, doit être conclue à l'unanimité de ses membres. La convention précise :

- le nom du groupement et le lieu de son siège ;

- l'étendue du territoire sur lequel il peut exécuter sa mission ;
- l'objectif spécifique et la mission du groupement, sa durée et les conditions de sa dissolution ;
- la liste de ses membres ;
- le droit applicable à l'interprétation et à l'application de la convention, qui est le **droit de l'État membre où le groupement a son siège** ;
- les modalités appropriées pour la reconnaissance mutuelle, y compris en vue du contrôle financier ;
- les procédures de modification de la convention.

Dans les limites de ses attributions, le groupement agit au nom et pour le compte de ses membres. Il possède ainsi la capacité juridique reconnue aux personnes morales par les législations nationales.

Il peut se voir confier soit la mise en œuvre des programmes cofinancés par l'Union européenne, soit toute autre action de coopération transfrontalière avec ou sans intervention financière européenne. Ses membres peuvent décider à l'unanimité de déléguer l'exécution de sa mission à l'un d'entre eux.

Le groupement arrête ses **statuts** sur la base de la convention. Aux termes de l'article 9 du règlement (CE) 1082/2006, ses statuts sont adoptés par ses membres statuant à l'unanimité ; ils contiennent, au minimum, toutes les dispositions de la convention ainsi que les éléments suivants :

- les modalités de fonctionnement des organes de direction du groupement et leurs compétences, ainsi que le nombre de représentants des membres dans les organes de direction concernés ;
- les procédures décisionnelles au sein du groupement ;
- la ou les langue(s) de travail ;
- les modalités de son fonctionnement, notamment en ce qui concerne la gestion de son personnel, les procédures de recrutement, la nature des contrats du personnel ;
- les modalités de la contribution financière des membres et les règles budgétaires et comptables applicables, y compris les règles financières, de chacun des membres du groupement vis-à-vis de ce dernier ;
- les modalités en matière de responsabilité des membres ;
- les autorités chargées de la désignation d'un organisme d'audit externe indépendant (les membres arrêtent un budget annuel prévisionnel qui fait objet d'un rapport annuel certifié par des experts indépendants. Les membres sont responsables financièrement au prorata de leur contribution en cas de dettes) ;
- les procédures de modification des statuts.

Un rapport¹ sur l'application du règlement instaurant ce dispositif indique que 16 groupements ont d'ores et déjà été créés dans l'Union européenne et que 21 autres sont en préparation. S'il note le niveau élevé de satisfaction quant à la création de cet instrument, il soulève cependant

¹ Rapport, COM (2011) 462 final, paru le 29 juillet 2011.

plusieurs difficultés pratiques dans sa mise en œuvre notamment s'agissant des contrats des personnels¹. La Commission européenne a soumis en octobre 2011 une proposition de modification du règlement. La proposition de règlement sur les groupements européens de coopération territoriale fait partie du paquet relatif à la politique de cohésion 2014-2020.

¹ *La commission estime à cet égard que les statuts des groupements pourraient indiquer la législation régissant les contrats d'emploi, législation qui pourrait être celle du lieu où il a son siège mais aussi de celui où d'autres organes statutaires du groupement sont situés et remplissent leurs missions.*

TITRE 2 : LE DOMAINE SANITAIRE : UN DOMAINE DE COOPÉRATION PARTICULIÈREMENT APPROPRIÉ

Touchant directement au quotidien des populations frontalières, les questions sanitaires sont fréquemment au cœur des politiques de coopérations transfrontalières. Des conventions bilatérales ont été conclues avec la Belgique et l'Allemagne, comparables il y a déjà quelques années avec celle signée avec l'Espagne et qui est soumise à votre examen.

I. UN ACCORD DANS UN DOMAINE EXPÉRIMENTÉ AVEC D'AUTRES ETATS VOISINS

A. L'ACCORD FRANCO-BELGE

La santé est centrale pour les coopérations transfrontalières que la France et la Belgique entretiennent.

En premier lieu, un accord cadre bilatéral a été signé en 2005, qui intéresse les quatre régions françaises frontalières¹ et les treize arrondissements belges, échelonnés entre le littoral de la Mer du Nord et le Luxembourg. De nombreuses conventions locales ont souvent précédé l'accord cadre et ont permis aux centres hospitaliers de proposer ensemble une meilleure prise en charge des patients et une offre de soins de meilleure qualité. L'accord bilatéral permet de développer cette coopération sanitaire en encadrant les conventions locales, en levant tout obstacle juridique à leur mise en œuvre et en supprimant les difficultés administratives, améliorant les délais de remboursement alors très longs et la connaissance réciproque des ressources et de l'organisation sanitaire du pays voisin.

¹ Lorraine, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais et Picardie

Quelques exemples de coopération

Parmi les exemples illustrant le dynamisme et l'importance de cette coopération, on peut signaler qu'en Thiérache, huit hôpitaux sont concernés, qui se sont organisés pour un accès mutualisé aux soins, leurs complémentarités permettant d'éviter des fermetures, de crédibiliser les équipements et d'amortir les coûts (Pet-scan, dialyse, hébergements de personnes âgées et handicapées, etc.). En matière hospitalière, diverses conventions ont été conclues, par exemple entre le centre hospitalier de Dunkerque, la clinique Saint-Augustin de Furnes (Veurne) et l'institut Reine Elisabeth de Oosduinkerke, autour de plusieurs axes d'intervention prioritaires : médecine nucléaire, rééducation, urgences, avec la coordination des services de soins et des procédures de prise en charge, formation des infirmiers et échange de personnels médical, paramédical et administratif, communication et valorisation de la coopération au niveau du grand public et à destination des professionnels de santé. Dans le même esprit, les centres hospitaliers de Mouscron et de Tourcoing sont liés par plusieurs accords qui ont commencé d'être signés en 1994 en matière d'hémodialyse et dans le domaine des maladies infectieuses, VIH notamment, d'imagerie et de chirurgie, afin de mieux répondre aux besoins et d'élargir l'offre

B. L'ACCORD FRANCO-ALLEMAND

La santé est également l'une des thématiques principales des nombreuses coopérations franco-allemandes.

Un accord cadre bilatéral, signé en 2005, est entré en vigueur en 2007. Il intéresse les régions d'Alsace et de Lorraine et, côté allemand, les länder de Bade-Wurtemberg, de Sarre et de Rhénanie-Palatinat. Il vise notamment à garantir la continuité des soins pour les habitants des régions frontalières et à favoriser la libre circulation des patients et personnels de santé en facilitant la conclusion de conventions de partenariat locales spécifiant les modalités de prise en charge des patients. Des accords régionaux sur l'aide médicale d'urgence ont été signés sur cette base et d'autres ont été actualisés. Par ailleurs, l'accord prévoit la possibilité de déroger au statut des professionnels de santé.

Quelques exemples de coopérations

En matière de soins aux patients, par exemple, une convention pour les grands brûlés, conclue entre la CRAM Alsace Moselle, la MSA d'Alsace, la CPAM de Strasbourg, les SAMU 67 et 68 et le centre des grands brûlés et la Croix Rouge de Ludwigshafen ; une autre, entre le centre de traumatologie et d'orthopédie d'Illkirch-Graffenstaden et des organismes d'assurance maladie du Bade-Wurtemberg pour la prise en charge de patients ; on peut aussi mentionner le fait que depuis 2002, le SMUR français de Wissembourg assure les urgences de nuit sur le territoire allemand, selon les règles du droit allemand. D'autres exemples, multiples, pourraient être présentés, en matière d'IRM, de traitement de patients français en Allemagne et d'autorisations à pratiquer en France des professionnels de santé allemands, médecins ou sages-femmes, de prise en charge de patients pharmacodépendants français en Sarre. Une coopération dans le domaine de la chirurgie plastique, de l'anesthésie, d'exams du pancréas, existe ainsi entre le centre hospitalier de Wissembourg et l'hôpital Saint-Joseph (Dahn), qui permet d'éviter les déplacements pour les patients et leur famille.

D'autres secteurs que les soins sont concernés par cette coopération sanitaire franco-allemande, notamment la formation des ressources humaines. Ainsi, le centre hospitalier de Sélestat et la clinique Saint-Joseph d'Offenburg organisent-ils ensemble des stages de formation continue pour les agents des deux hôpitaux, des stages pratiques pour les étudiants des instituts de formation en soins infirmiers et écoles d'aides-soignantes des deux structures. De même, le CHU de Strasbourg accueille des étudiants allemands en kinésithérapie de l'école de kinésithérapie d'Ortenau (Willstätt-Eckartsweier), et celui de Nancy a développé des formations croisées avec le CHU de Hombourg, en Sarre, le centre hospitalier de Sarrebourg ayant mis en place de son côté des formations initiales et de spécialités (anesthésie, chirurgie, médecine, gynécologie) avec les centres hospitaliers de Stuttgart et de Sarrebruck. Des échanges de personnels sont pratiqués régulièrement, notamment entre les hôpitaux psychiatriques de Lorquin (France), Merzig (Allemagne) et Ettelbruck (Luxembourg). Enfin, selon les indications qui ont été données à votre Rapporteur, le centre d'épilepsie de Kork a vocation à devenir un centre binational pour le Rhin supérieur, en lien avec le CHU de Strasbourg, la coopération mise en place concernant le diagnostic, le traitement médicamenteux et chirurgical, le suivi médico-social des patients, notamment des enfants. En outre, les structures du Rhin supérieur travaillent actuellement à l'établissement d'une liste actualisée des lits disponibles, des trois côtés de la frontière, dans les services de réanimation, ainsi que d'une cartographie de l'offre de soins dans la région du Rhin supérieur.

II. UN ACCORD UTILE POUR CONSOLIDER L'EXISTANT ET PERMETTRE LES DÉVELOPPEMENTS FUTURS

A. DES COOPÉRATIONS LOCALES PLUS OU MOINS FORMALISÉES

Si les coopérations sanitaires transfrontalières se révèlent importantes pour les habitants des régions concernées, elles le sont d'autant plus pour ceux de zones dans lesquelles les conditions topographiques sont plus difficiles et les infrastructures moins bonnes. Ainsi dans les Pyrénées, la géographie des lieux et le réseau routier rendent-ils parfois les installations

sanitaires d'un des deux pays plus accessibles aux habitants de l'autre pays. Elle permet aussi par l'organisation de la complémentarité des soins d'éviter une duplication des moyens disponibles.

S'il est difficile de disposer d'une vue d'ensemble des initiatives prises au plan local, ces informations étant néanmoins collectées par les agences régionales de santé, on soulignera l'existence :

- de coopérations ponctuelles, plus ou moins formalisées (plan de secours en montagne autour du Somport, complémentarité des services médicaux d'urgence et de réanimation et organisation de l'aide médicale urgente au Pays basque), pour lesquels l'entrée en vigueur de l'accord signé entre la France et l'Espagne en 2008 permettraient vraisemblablement de concrétiser ou d'approfondir les liens déjà tissés.
- d'un accord bilatéral permettant la prise en charge de patients andorrans au sein d'établissements de santé français et une convention de coopération conclue entre l'hôpital d'Andorre et le centre hospitalier du Val d'Ariège, en 2006.
- d'une convention signée en 2002 entre le centre hospitalier de Perpignan et l'hôpital Fondation de Puigcerdá pour la mise en œuvre des services d'urgence (orientation des patients vers l'hôpital catalan) suivie d'une convention de tiers-payant conclue en 2003 par l'assurance maladie pour la prise en charge des urgences et des accouchements concernant les ressortissants français réalisés à la fondation Hôpital de Puigcerdá.

Parallèlement à la signature de ces accords, était lancée en janvier 2003 la première étude de faisabilité en vue de la création d'un hôpital transfrontalier, projet qui constitue une première en termes de coopération transfrontalière aujourd'hui sur le point d'aboutir.

Le cas particulier de la Cerdagne

1. Une région enclavée

Dans une région enclavée de moins de 33 000 habitants répartis des deux côtés de la frontière franco-espagnole (56% en Espagne, 44% en France), le plateau cerdan, région montagneuse et isolée, entourée par les Pyrénées, s'étend sur 1 300 km² à une altitude comprise entre 1 200 et 1 500 mètres. Côté français, se trouvent la Haute Cerdagne et le Capcir, avec 36 communes, peu peuplées, dont la plus importante Font-Romeu compte moins de 2 000 habitants. Côté espagnol, en Basse Cerdagne se trouvent 17 communes dont Puigcerdá, mitoyenne de Bourg-Madame, ville la plus importante avec 8 800 habitants.

Un accès ferroviaire depuis Perpignan, Barcelone et Toulouse et l'amélioration du réseau routier ont contribué au développement du tourisme avec onze stations de ski, dont Font-Romeu (qui compte 15 000 lits) La population peut ainsi atteindre des pics de 150 000 personnes en hiver et en été.

Compte tenu de la faiblesse de la population permanente et de la topographie particulière de la région, l'accès à une offre de soins développée est réduite, et plus particulièrement l'hiver en raison des conditions climatiques : les maternités les plus proches, les seules du département des Pyrénées orientales, à Perpignan, sont distantes d'une centaine de kilomètres soit deux heures de route, et la première clinique chirurgicale se trouve à Prades, à 1h30 de transport.

En dépit de la séparation administrative, les habitants du plateau cerdan restent unis par une histoire, une langue et une culture communes. Le catalan est parlé des deux côtés de la frontière. L'isolement du territoire y a forgé de longue date une identité commune.

2. Une mutualisation souhaitable

Le projet d'hôpital transfrontalier est le fruit de cette communauté de destin. Son objectif est d'apporter une réponse globale en matière d'offre sanitaire, à la fois pour la population habitant à l'année sur le plateau et pour les résidents saisonniers, qui s'intègre dans un véritable réseau de soins commun.

Des initiatives ont été développées en ce sens par les autorités françaises depuis 25 ans, pour apporter une offre adéquate de soins. Le rapprochement avec l'hôpital de Puigcerdá en est la conséquence. Situé à 1 km de la frontière, il dispose de 30 lits de soins aigus de médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que des équipements de radiologie, scanner et laboratoire. Entre 1987 et 2002, le nombre de patients français ayant fréquenté l'hôpital de Puigcerdá s'est accru de 84%, passant de 68 à 190 patients par an.

Il est apparu rapidement indispensable de formaliser par des conventions les solutions en matière de prise en charge, ne serait-ce que pour éviter les impayés et n'avoir pas à restreindre pour ces raisons le flux des patients français vers cette installation. Un premier accord signé en 2002 entre des hôpitaux de Perpignan, celui de Puigcerdá et l'ARH de Languedoc Roussillon, suivi d'un second entre les services de sécurité sociale français et espagnol, ont permis de couvrir les patients nécessitant des soins d'urgence, pris en charge par les services de l'hôpital de Puigcerdá, en accord avec le SAMU de l'hôpital de Perpignan.

Mais ces solutions se sont révélées insuffisantes et l'approfondissement de la coopération sanitaire transfrontalière est apparu nécessaire, d'autant que l'hôpital actuel de Puigcerdá est aujourd'hui vétuste.

En 2003 la faisabilité d'un hôpital transfrontalier offrant une assistance médicale de proximité à la population cerdane indépendamment des frontières a été évaluée et un accord a été signé par les présidents du gouvernement de Catalogne et de la région Languedoc-Roussillon, dans le but de créer une structure hospitalière commune qui emploierait des personnels des deux côtés de la frontière et serait situé à Puigcerdá.

3. Le premier hôpital transfrontalier européen

Aux termes des études réalisées, le nouvel hôpital devrait disposer de 71 lits (56 lits d'hospitalisation conventionnelle, 10 lits d'hospitalisation de jour, médecine et chirurgie et 5 lits d'observation) et d'un plateau technique équipé notamment de deux blocs opératoires, de deux salles d'accouchement, dix postes de dialyse, radiologie, laboratoires, lits de soins intensifs, et d'équipements de télémédecine. Il devrait prendre en charge les urgences, - il disposera d'une base hélicoptère -, ainsi que les séjours aigus, les soins primaires, des soins de long séjour et des soins à domicile. L'investissement total était estimé à 27 millions d'€. Les autorités des deux côtés de la frontière ont exprimé leur volonté de prendre en charge une part des coûts, et une demande de subvention des fonds européens a été mise en œuvre.

En 2005, une déclaration conjointe d'intention a été signée par le ministre de la santé français et la Conseillère de la Généralité de Catalogne confirmant l'objectif de mettre en œuvre le projet d'hôpital, sur la base d'une structure transfrontalière, dans laquelle des personnels des deux pays travailleraient, qui accueillerait des patients français dans les mêmes conditions qu'en France, les patients espagnols pouvant pour leur part être reçus dans les établissements de Cerdagne française, notamment pour des soins de rééducation. La pose de la première pierre du bâtiment a eu lieu en 2007.

Sur le plan juridique, les autorités sanitaires françaises et la Généralité de Catalogne ont proposé, en 2008, la création d'une entité transfrontalière par le biais de la constitution d'un groupement européen de coopération territoriale (GECT), organisé dans le cadre du règlement (CE) N° 1082/2006, du Parlement européen et du Conseil en date du 5 juillet 2006. Ce régime juridique autorise d'une part le financement direct par l'Etat français, et d'autre part, la conception, la construction, la mise en service et enfin le fonctionnement et la gestion en commun de l'institution hospitalière transfrontalière. C'est la première fois qu'un GECT est conclu en matière médicale. Cet instrument permettra d'apporter une solution pragmatique aux difficultés de gouvernance d'une entité binationale qui auraient pu surgir compte tenu des différences diverses au niveau administratif et juridique entre les deux pays, tant au niveau du recrutement et de la gestion des personnels qu'à ceux de la libre circulation des patients, du remboursement des frais, etc.

Le 26 avril 2010, la convention constitutive du Groupement européen de coopération territoriale a été signée à Puigcerdá par les ministres français, espagnol et catalan de la santé.

La construction des bâtiments est achevée¹ depuis 2012, l'équipement en cours, et l'ouverture envisagée au premier semestre 2014.

Cette structure hospitalière permettra de garantir la continuité des soins, d'optimiser l'organisation de l'offre de soins en encourageant la mise en commun des ressources matérielles et humaines, mais aussi des connaissances et des pratiques entre les personnels de santé des deux pays. Il constituera le noyau dur de l'offre de soins pour les populations des deux Cerdagne et du Capcir.

Cette réalisation sera complétée par un pôle gériatrique de Cerdagne, regroupant deux établissements côté français et dont la construction est très avancée sur le site d'Err, ce qui permettra de sauvegarder la quasi-totalité des emplois et de reclasser du personnel de service pour la production des repas et l'entretien de l'hôpital.

¹ Le montant des travaux sur la partie immobilière s'est élevé à 31 millions d'euros : 60% ont été financés par l'Union européenne, la Généralité de Catalogne et la France ont financé le solde selon la clef de répartition arrêtée (60-40%).

Reste le pôle pédiatrique pour lequel l'Etat avait dégagé une somme de 10,5 millions d'euros (dont 1,2 million de l'Europe et 0,6 million de la Généralité de Catalogne, mais dont la programmation reste incertaine.

B. DES DIFFICULTÉS CERTAINES DANS LA MISE EN OEUVRE

En dépit de la construction européenne et de l'ouverture des frontières, le développement de nombreux projets de coopération entre établissements de santé, de part et d'autre de la frontière franco-espagnole s'est accompagné de difficultés. Les plus fréquentes sont la conséquence de la complexité des procédures administratives et financières, de la difficulté d'accès à des soins de qualité pour les populations concernées, à la complication des mécanismes de prises en charge de soins, aux difficultés d'organisation du transport sanitaire des patients et à l'absence de garantie de continuité des soins.

Ainsi a-t-on assisté à la dissolution du GEIE mis en place pour l'acquisition en commun en 2003 d'un appareil permettant de réaliser des examens d'imagerie médicale par scintigraphie (tomographie par émissions de positons) par l'hôpital de Perpignan entre le centre hospitalier de Perpignan, le centre libéral de médecine nucléaire de Béziers et le centre de médecine nucléaire de Barcelone (CETIR), ce dernier ne participant plus à cette activité.

Ou encore peut-on s'inquiéter des difficultés auxquelles se heurte le projet d'hôpital transfrontalier en Cerdagne dans sa phase d'entrée en fonctionnement alors que les bâtiments sont construits avec la participation financière de l'Union européenne.

L'hôpital transfrontalier de Cerdagne : un projet complexe à mettre en œuvre

Partant de l'exemple concret de l'hôpital transfrontalier de Puigcerdá, d'une analyse détaillée de son statut et à la suite d'un déplacement sur place, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale¹ a montré, dans son rapport pour avis sur le présent projet de loi, la complexité de mise en œuvre de ce projet et du réseau de soins transfrontaliers qui l'accompagne en raison du nombre de partenaires impliqués de statut juridique très différents, soumis à des règles de droit différentes et parfois contradictoires, à des modes de gestion opposés et déjà insérés dans des réseaux nationaux ou régionaux.

¹ Assemblée nationale – Rapport n° 1106 de Mme Ségolène Neuville au commission des affaires sociales juin 2013 : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r1106.asp>

Alors que l'ouverture de l'hôpital est envisagée au premier semestre 2014, les modalités concrètes de son fonctionnement de l'hôpital restent à définir. Il s'agit donc de parvenir à des accords sur le contenu et les modalités des prestations qui devront être assurées par les partenaires du Groupement, sur le cadre juridique des mises à disposition de personnel, les règles en matière de responsabilité civile, les langues de travail, l'uniformisation des pratiques médicales, y compris les pratiques en matière de pharmacie, les questions liées à l'état-civil et en matière funéraire¹.

L'objectif est de parvenir à un accord équitable pour les deux parties. Le budget prévisionnel de fonctionnement s'élève à 20 millions d'euros par an, dont 8 millions pour la France². Or depuis quelques mois, les promoteurs français du projet s'interrogent sur le déséquilibre entre les parties dans la gouvernance du projet. Ce déséquilibre ne s'était pas fait sentir dans les phases précédentes de réalisation de l'hôpital, menées en parallèle par la France et la Catalogne mais il apparaît depuis quelques mois s'agissant de son fonctionnement : interrogations sur la venue de patients français à l'hôpital de Cerdagne, en dehors du strict cadre des urgences et de la maternité, sur la façon de concrétiser juridiquement l'engagement pris dans le cadre de la convention constitutive du Groupement de faire fonctionner l'hôpital avec des équipes franco-catalanes, sur la mise en réseau des équipements sanitaires du plateau cerdan et l'accessibilité aux patients espagnols des installations situées en Haute Cerdagne, notamment.

Une réunion s'est tenue à Perpignan le 16 décembre rassemblant les deux conseils (exécutif et consultatif, ce qui permet d'associer les collectivités territoriales) qui a permis de préciser l'achèvement de l'installation des équipements et le caractère opérationnel de l'hôpital, mais aussi de prendre connaissance des étapes de l'ouverture. Une nouvelle réunion devrait se tenir en février 2014, en espérant que d'ici-là la ville de Puigcerdá aura donné les autorisations administratives nécessaires et que le transfert du personnel de la fondation à l'hôpital aura été acté par les autorités sanitaires catalanes.

Sur les autres questions pendantes, des solutions de bon sens devraient aux yeux des élus locaux et de votre Rapporteur être mises en œuvre, aux besoins en adaptant la législation et la réglementation. Il est d'ailleurs regrettable que leurs évolutions n'aient pu être anticipées, il est dès lors urgent d'intervenir.

S'agissant de l'état-civil, la possibilité de transcription par le biais du registre d'état civil au Consulat de Barcelone a été obtenue pour permettre l'enregistrement des naissances d'enfants français à la maternité, mais cette solution reste peu satisfaisante car ces enfants seront toujours considérés comme nés à l'étranger et devront donc demander leur extrait de naissance à Nantes. Cette difficulté pourrait être réglée par la possibilité pour un officier d'état civil d'une des communes de Cerdagne française d'enregistrer les naissances à l'hôpital ou d'instaurer une inscription numérique. On rappellera à cet égard la proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale par notre collègue François Calvet, alors député, visant à permettre aux officiers de l'état civil français d'enregistrer les déclarations de naissance au sein de l'hôpital transfrontalier commun à la France et à l'Espagne³. On notera que désormais les demandes d'extraits d'actes de naissance auprès des services d'état civil nantais se font en ligne.

¹ Pour lesquelles, il faudra probablement recourir à une nouvelle convention bilatérale.

² Ce financement est inclus dans l'objectif de dépenses d'assurance-maladie (ODAM) défini à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, lui-même inclus dans l'objectif national (ONDAM) voté chaque année dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

³ <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion3485.asp>

Il serait aussi souhaitable d'assouplir les conditions de transport des corps en cas de décès pour permettre leur rapatriement sans qu'il soit besoin d'un cercueil en plomb et de rechercher des dérogations possibles¹.

De même, devrait-il être possible de permettre aux forces de police ou de gendarmerie françaises de venir interroger un patient qui aurait commis un délit en France et qui serait hospitalisé à Puigcerdá. Des réunions ont déjà été tenues sur ce sujet entre le parquet français et le gouverneur espagnol².

Enfin, plus anecdotique, il serait souhaitable que La Poste puisse être autorisée à disposer d'une boîte aux lettres sur le site de l'hôpital afin d'éviter un circuit « ubuesque » d'acheminement du courrier entre Puigcerdá et Bourg-Madame, communes limitrophes via Madrid et Paris.

C'est pour apporter une solution partielle à ces difficultés récurrentes qu'en 2007 des négociations ont été ouvertes entre la France et l'Espagne afin de préciser juridiquement, par une convention bilatérale plus générale, le cadre dans lequel devaient s'inscrire les coopérations existantes ou en cours. Les négociations ont abouti à la signature, le 27 juin 2008, de

¹Interrogé par votre rapporteur, le ministère des affaires étrangères a indiqué qu'afin d'assouplir le dispositif de transport des corps entre la France et l'Espagne, et ainsi permettre notamment la crémation des dépouilles des personnes décédées dans cet hôpital qui en auraient émis le souhait, la France est favorable à la signature d'un accord bilatéral avec l'Espagne, conformément à l'article 2 de l'accord de Strasbourg du 26 octobre 1973, auquel sont parties tous les Etats disposant d'une frontière terrestre avec notre pays, à l'exception de l'Italie et de l'Allemagne. Dans cette perspective, nous souhaitons être en mesure de proposer à la partie espagnole un projet d'accord.

Sur le plan juridique, la direction juridique du Quai d'Orsay estime que compte tenu de la matière de l'accord envisagé, qui pourrait relever du domaine législatif (article L.1113-14 du code des collectivités territoriales), un accord intergouvernemental, publié et opposable aux tiers, doit être conclu. La forme la plus appropriée serait celle d'un échange de lettres entre nos deux gouvernements.

Pour ce qui concerne le fond et le texte du projet d'accord, des prises de contact ont été effectuées afin que les services concernés du ministère de l'intérieur français puisse disposer de tous les éléments d'information nécessaires à la rédaction de ce projet, notamment la question de la capacité pour les opérateurs funéraires habilités en France à intervenir en territoire espagnol et les éventuels équipements exigés par le droit espagnol. ». Le décret espagnol 2263 relatif aux transports de corps du 20 juillet 1974 prévoit, dans les zones frontalières, des accords de réciprocité. La capacité à agir des organismes des pompes funèbres venant de France sera logiquement intégrée à ce niveau.

² Interrogé par votre rapporteur, le ministère des affaires étrangères a indiqué que l'accord de Blois du 7 juillet 1998 organisant la coopération policière et douanière dans les centres communs, situés aux frontières avec l'Espagne prévoit des possibilités de déplacement des forces de sécurité en zone frontalière (titre 2 sur la coopération directe), et que ce dispositif a été renforcé par l'accord de Prüm entre plusieurs pays européens, relatif à l'approfondissement de la coopération transfrontalière, notamment en vue de lutter contre le terrorisme, la criminalité transfrontalière et la migration illégale, signé le 27 mai 2005 (et entré en vigueur en 2008). Ce dispositif va être repris dans l'accord en cours d'écriture sur les diligences « justice » et les actes limitatifs dévolus au sein de l'hôpital de Cerdagne aux forces de sécurité. En effet outre le fait que l'accord bilatéral prévoit un certain nombre d'actes réalisables par commission rogatoire simplifiée, il autorisera de façon explicite les services d'enquête français à y accéder. Une application immédiate des commissions rogatoires simplifiées semble envisageable.

l'accord cadre bilatéral de coopération sanitaire transfrontalière, complété par un accord d'application, signé le 9 septembre, soumis ensemble à votre appréciation et dont il convient d'examiner le dispositif.

TITRE 3 : LE DISPOSITIF DE L'ACCORD

I. LES ASPECTS GÉNÉRAUX

L'accord cadre bilatéral sur la coopération sanitaire transfrontalière signé à Saragosse le 27 juin 2008 par les chefs de gouvernement français et espagnol a été complété par un accord d'application, arrangement administratif, signé par les ministres de la santé des deux pays, le 9 septembre de la même année à Angers.

Le préambule de cet accord rappelle la nécessité d'améliorer l'accès aux soins et de garantir leur continuité pour les populations de la zone frontalière, de faciliter le recours aux services mobiles d'urgence, et de simplifier les procédures administratives et financières.

Comme les accords franco-allemand et franco-belge les ayant précédé, ces accords renvoient à des conventions locales le soin de définir des régimes de prise en charge des soins et de participation des établissements et des professionnels de santé à des actions de coopération sanitaire de nature à favoriser l'accès aux soins transfrontaliers pour la population.

1. Article 1^{er} : objet

L'article 1^{er} détermine les objectifs de l'accord cadre :

- « assurer un meilleur accès à des soins de qualité pour les populations de la zone frontalière tel que défini à l'article 2 ;
- garantir une continuité des soins à ces mêmes populations ;
- optimiser l'organisation de l'offre de soins en facilitant l'utilisation ou le partage des moyens humains et matériels ;
- favoriser la mutualisation des connaissances et des pratiques. »

2. Article 2 : Champ d'application

L'article 2 définit dans son **premier alinéa** les territoires concernés comme étant, côté français, les « zones frontalières de la région Aquitaine, de la région Languedoc-Roussillon et la région Midi-Pyrénées » et côté espagnol, les « zones frontalières des Communautés Autonomes du Pays Basque, de Catalogne, d'Aragon et de la Communauté Forale de Navarre », étant entendu que les conventions locales ultérieurement signées en application de cet accord cadre auront à préciser « le champ territorial spécifique dans lequel elles seront appliquées. »

Comme le souligne l'exposé des motifs du projet de loi dans certaines zones frontalières, la géographie des lieux et le réseau routier, notamment en montagne, rendent parfois plus accessibles les installations sanitaires de l'un des deux pays aux habitants de la zone concernée. La coopération permet d'améliorer ou de compléter l'offre de soins, mais également d'éviter les redondances non justifiées de moyens sur un bassin de population ou de mutualiser ces mêmes moyens, notamment afin de répondre à des besoins temporaires, liés par exemple aux pics de fréquentation constatés sur certains sites touristiques.

Le deuxième alinéa de l'article 2 indique que les autorités compétentes en matière d'organisation de l'accès aux soins et de sécurité sociale mettent en œuvre l'accord. Ces autorités sont définies à l'article 1^{er} de l'accord d'application. Il s'agit des autorités habilitées à signer les conventions locales et de leurs tutelles (voir infra).

Toutes les personnes résidant habituellement ou séjournant temporairement dans ces zones et bénéficiant de prestations de santé et maternité au titre de l'une ou l'autre des législations des deux États entrent, aux termes du **troisième alinéa de l'article 2**, dans le champ de l'accord. Les touristes sont donc concernés, ce qui a son importance s'agissant de zones touristiques accueillant, notamment en saison estivale et hivernale, une population plus importante pouvant s'adonner à des pratiques sportives potentiellement à risques spécifiques.

II. LES CONVENTIONS DE COOPÉRATION

L'accord renvoie donc pour sa mise en œuvre à des conventions locales de coopération dont le régime est défini **aux articles 3 à 5** de l'accord cadre.

1. Article 3 : Conventions de coopération sanitaire

L'article 3, premier alinéa, renvoie à *l'arrangement administratif* le soin de préciser les autorités habilitées à conclure les conventions locales. Il s'agit au terme de *l'article 1^{er}* de ce texte :

- pour la France, « la ou les Directions régionales ou départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS ou DDASS), la ou les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) définies aux articles L. 6115-1 et suivants du code de la santé publique, auxquelles se substituent désormais les Agences régionales de santé (ARS) ; ainsi que la ou les Unions régionales des Caisses d'assurance maladie (URCAM) définies aux articles L. 183-1 et suivants du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leurs compétences ».

- pour l'Espagne, les « "Consejerías" ou "Departamentos" compétents en matière de santé de chacune des "Comunidades autónomas" » mentionnées dans l'article 2 § 1 b) de l'accord cadre. »

Ainsi que leurs autorités de tutelle, les ministères chargés de la santé en France et En Espagne qui doivent se voir communiquer les conventions avant signature et disposent d'un mois à réception du document pour se prononcer.

En autorisant les acteurs de terrain à conclure et à mettre en œuvre directement ces conventions, l'accord cadre simplifie le circuit de validation de ces conventions¹.

Dans un deuxième alinéa, l'article 3 prévoit que des **conventions de coopération** pourront organiser « *la coopération entre des structures et ressources sanitaires situées dans la zone frontalière, qui peuvent faire partie d'un réseau de soins. Elles peuvent prévoir à cette fin des complémentarités entre structures et ressources sanitaires existantes, ainsi que la création et le financement d'organismes de coopération, d'établissements de santé transfrontaliers ou de structures communes.* »

Aux termes du **troisième alinéa de l'article 3** de l'accord-cadre, ces conventions devront prévoir « 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 en particulier les champs territorial et personnel dans lesquels s'appliquent ces conventions ; 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 ; les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins ; les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre des coopérations ; les mécanismes de paiement, facturation et remboursement, entre institutions responsables, des soins objet de la convention ; la durée et les conditions de renouvellement et de dénonciation de la convention. *L'article 2 de l'arrangement administratif* précise pour un certain nombre de ces rubriques les conditions d'intervention des professionnels de santé, des structures de soins et des organismes de sécurité sociale.

¹ Actuellement, les conventions entre l'assurance-maladie et des établissements de santé d'un autre Etat membre de l'Union européenne prévoyant des conditions de séjour et de prise en charge spécifiques ne peuvent être conclues qu'après autorisation conjointe des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé (Art. R. 332-3 du code de la sécurité sociale).

Le quatrième alinéa prévoit que les conventions déjà existantes doivent se conformer à l'accord cadre selon des modalités définies dans *l'accord d'application*. Celui-ci dans son *article 3* fixe un délai de mise en conformité d'un an après l'entrée en vigueur de l'accord-cadre, à défaut les conventions existantes seront dépourvues d'effets.

2. Article 4 : Franchissement de la frontière commune

L'*article 4* de l'accord cadre prévoit que les parties prennent toutes mesures éventuellement nécessaires en vue de faciliter le franchissement de la frontière commune pour son application (par exemple, reconnaissance des véhicules d'urgence de l'autre pays et octroi d'une priorité) et que ses dispositions ne font pas obstacle à l'application des règles de l'OMS en cas d'urgence sanitaire notifiée.

3. Article 5 : Mécanismes de prise en charge des soins

Les conventions locales de coopération sanitaire transfrontalières entre organismes d'assurance maladie et/ou établissements de santé français et étrangers permettent aux assurés sociaux, qu'ils résident à titre permanent ou temporaire dans la zone transfrontalière concernée, d'être **pris en charge** par les établissements de santé de l'État partenaire **sans avoir à requérir d'autorisation préalable** de leur caisse d'affiliation **et de se faire rembourser les frais médicaux exposés** dans des conditions propres à chaque convention et de nature à favoriser l'accès aux soins transfrontaliers.

L'*article 5* précise que les conventions locales prévoient la coordination nécessaire entre les institutions compétentes en France et en Espagne pour assurer l'envoi des patients vers le lieu de leurs soins et la prise en charge des dépenses occasionnées. Il détaille les solutions à envisager selon qu'une autorisation préalable est requise ou non précisant que la coordination nécessaire est prévue pour que celle-ci soit délivrée automatiquement. Il indique que la dépense occasionnée est prise en charge au besoin par la mise en place d'une tarification spécifique des actes et soins médicaux, rappelant que les dispositions de la législation communautaire en matière de coordination de régimes de sécurité sociale sont évidemment applicables¹.

¹ En l'absence de conventions de coopération, la prise en charge des frais médicaux exposés par des assurés d'un régime français dans un autre État membre de l'Union européenne nécessite en principe la présentation d'un document attestant l'ouverture de leurs droits en France. La portée de cette exigence a toutefois été précisée par la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne :
– s'agissant de soins ambulatoires, les assurés d'un État membre peuvent se faire rembourser les frais exposés dans un autre État membre sur la base des tarifs nationaux, sans autorisation préalable de leur caisse d'affiliation ;
– s'agissant des soins hospitaliers, ces derniers restent néanmoins soumis à l'obtention d'une autorisation préalable.

Cette question de la prise en charge des soins est parmi celles qui ont créé les difficultés les plus aiguës dans les premières années de la coopération avec l'hôpital de Puigcerdá.

L'accord d'application (article 4) apporte quelques précisions, distinguant la situation des résidents de celle des touristes, pour lesquels les règles communautaires de coordination s'appliquent. La prise en charge peut ainsi s'effectuer soit sur la base des tarifs du lieu des soins, soit sur la base des tarifs de l'État d'affiliation de l'assuré ou sur la base de tarifs négociés.

III. LES AUTRES DISPOSITIONS

1. Article 6 : Responsabilité

L'article 6 rappelle que le droit applicable en matière de responsabilité médicale est celui de l'État sur le territoire duquel les soins ont été prodigués en application de la règle classique *lex loci delicti*.

Il impose, en outre, la **souscription d'une assurance responsabilité civile aux professionnels, établissements et services français** pour leur activité dans le cadre des conventions de coopération. La réciproque n'a, semble-t-il, pas été exigée des personnels et établissements de santé espagnols susceptibles d'intervenir en France dans la mesure où ceux-ci seraient automatiquement couverts par l'État espagnol, sans qu'ils aient besoin de souscrire, en sus, une assurance responsabilité civile.

2. Article 7 : Commission mixte

Cet article prévoit de manière classique la création d'une commission mixte bilatérale chargée du suivi de l'application de l'accord et d'en proposer les éventuelles modifications, mais aussi de résoudre les difficultés d'application ou d'interprétation et d'élaborer chaque année un rapport d'évaluation.

En ce qui concerne les modalités tarifaires de remboursement, l'article 5 de l'accord cadre et l'article 4 de l'accord d'application renvoient au « droit communautaire ou aux modalités spécifiques définies dans les conventions de coopération ». Ces dispositions peu explicites signifient que le remboursement des dépenses de soins peut être envisagé selon trois modalités :

- sur la base des tarifs du lieu de soins, en application du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;*
- sur la base des tarifs du lieu d'affiliation, en application de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne ;*
- ou sur la base de tarifs négociés dans le cadre des conventions locales de coopération sanitaire.*

3. Article 8 : Arrangement administratif

Cet article renvoie les modalités d'application de l'accord cadre à un accord d'application : en l'espèce l'accord signé à Angers le 9 septembre 2013 et soumis à ratification avec l'accord cadre.

4. Article 9 : Entrée en vigueur

Classiquement, l'accord entrera en vigueur après réception de la dernière des notifications par les parties de l'accomplissement des formalités internes nécessaires.

Votre Rapporteur, comme beaucoup de ses collègues appelés à examiner des conventions internationales bilatérales, regrettent une nouvelle fois les délais excessifs dans lesquels le gouvernement soumet les projets de loi autorisant la ratification à l'examen de la représentation nationale. Plus de cinq ans et demi se seront écoulés depuis la signature de l'accord cadre. Les formalités de ratification par l'Espagne ont été achevées dès le mois de mars 2009. Ceci fait douter de la volonté de la France de mettre en œuvre les dispositions de l'accord et porte atteinte à la qualité de sa signature. Il serait temps que le ministère des affaires étrangères se donne des objectifs en matière de délai de présentation des projets de loi au Parlement. La réalisation de l'étude d'impact ne saurait tenir lieu de justification à différer cette présentation. On peut espérer que celle-ci a été réalisée avant la conclusion des accords sauf à douter du consentement éclairé des ministres signataires.

5. Article 10 : Durée et dénonciation

L'accord est conclu pour une durée indéterminée. Sa dénonciation est possible par chaque partie. Cette dénonciation prend effet douze mois après sa notification et ne remet pas en cause les conventions de coopération en vigueur.

CONCLUSION

La coopération transfrontalière, y compris dans le domaine sanitaire, et en dépit de la complexité des règles nationales (ou régionales) qui organisent ces activités et vont du droit de l'état-civil au droit de la santé en passant par celui de la sécurité sociale, est appelée à se développer.

Il est donc nécessaire d'en définir le cadre juridique et de donner aux acteurs locaux les moyens de développer et de sécuriser leurs projets.

Si l'on peut regretter la longueur de la gestation et les freinages récurrents des administrations nationales qui peinent à accepter les dérogations à des règles que le bon sens commun commande pourtant de réaliser, il convient de ne pas boudier l'aboutissement de projets comme celui de l'hôpital de Puigcerdá qui sera utile à la population locale, permettra de couvrir des besoins dans une région enclavée et témoignera de la vitalité d'une Europe proche de ses habitants.

Sans régler tous les problèmes, le présent accord cadre et son accord d'application y pourvoient. Il méritera sans doute des compléments pour lesquels votre rapporteur espère que l'expérience de Puigcerdá pourra servir de référence et qui pourront être élaborés avec une plus grande célérité.

Il ne peut, en conséquence, que recommander l'adoption du projet de loi autorisant sa ratification selon la forme simplifiée.

Enfin, votre rapporteur tient à souligner que des projets à dimension humaine comme celui de Puigcerdá sont des exemples concrets de construction d'une Europe utile aux populations.

EXAMEN EN COMMISSION

M. Jean-Louis Carrère, président. - Je vous remercie pour ce rapport très complet. J'approuve vos observations sur la longueur des délais pour soumettre ce projet à la ratification du Parlement, comparé à la célérité des autorités espagnoles. J'observe qu'il a été adopté par l'Assemblée nationale en juin 2013. J'en ferai la remarque au ministre chargé des relations avec le Parlement.

M. Pierre Bernard-Reymond. - Existe-t-il des accords de ce type avec d'autres pays et notamment avec l'Italie ?

M. Raymond Couderc, rapporteur. - Des accords ont été conclus en 2005 avec la Belgique et avec l'Allemagne. Je ne crois pas qu'il en existe avec l'Italie, sauf éventuellement des accords locaux ponctuels.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission a adopté le projet de loi à l'unanimité et a proposé qu'il fasse l'objet d'un examen selon la procédure simplifiée en séance publique.