

N° 285

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2017-2018

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 février 2018

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 APRÈS ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE, autorisant l'approbation du protocole annexe à la convention générale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire sur la sécurité sociale du 1^{er} octobre 1980 relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie,

Par M. Alain CAZABONNE,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Christian Cambon, *président* ; MM. Pascal Allizard, Bernard Cazeau, Mme Hélène Conway-Mouret, MM. Robert del Picchia, Thierry Foucaud, Mme Sylvie Goy-Chavent, MM. Jean-Noël Guérini, Joël Guerriau, Cédric Perrin, Gilbert Roger, *vice-présidents* ; M. Olivier Cigolotti, Mme Joëlle Garriaud-Maylam, MM. Philippe Paul, Rachid Temal, *secrétaires* ; MM. Jean-Marie Bockel, Gilbert Bouchet, Michel Boutant, Olivier Cadic, Alain Cazabonne, Pierre Charon, Édouard Courtial, René Danesi, Gilbert-Luc Devinaz, Jean-Paul Émorine, Bernard Fournier, Jean-Pierre Grand, Claude Haut, Mme Gisèle Jourda, MM. Jean-Louis Lagourgue, Robert Laufoaulu, Ronan Le Gleut, Jacques Le Nay, Rachel Mazuir, François Patriat, Mme Marie-Françoise Perol-Dumont, MM. Gérard Poadja, Ladislav Poniatowski, Mmes Christine Prunaud, Isabelle Raimond-Pavero, MM. Stéphane Ravier, Hugues Saury, Bruno Sido, Jean-Marc Todeschini, Raymond Vall, André Vallini, Yannick Vaugrenard, Jean-Pierre Vial, Richard Yung.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 13, 414 et T.A. 58

Sénat : 188 et 286 (2017-2018)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE : UN PARTENARIAT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN VOIE DE CONSOLIDATION	7
I. LE DOMAINE DE LA SANTÉ, UN AXE DE LA COOPÉRATION FRANCO- ALGÉRIENNE	7
II. LA NÉCESSAIRE RÉVISION DE L'ACCORD EN VIGUEUR.....	8
III. L'ÉTAT DES CRÉANCES HOSPITALIÈRES FRANÇAISES.....	10
A. UN MONTANT IMPORTANT À RELATIVISER.....	10
B. L'ÉTAT DE LA DETTE HOSPITALIÈRE ALGÉRIENNE.....	11
1. <i>La dette publique</i>	12
2. <i>La dette privée</i>	13
C. LES SOLUTIONS POUR RÉDUIRE LES CRÉANCES HOSPITALIÈRES.....	14
1. <i>Les pistes pour limiter les dettes publiques</i>	14
2. <i>Les pistes pour limiter les dettes privées</i>	15
SECONDE PARTIE : UN NOUVEAU PROTOCOLE PLUS SOLIDE, DESTINÉ À ÉVITER LES ÉCUEILS RENCONTRÉS PAR LE PASSÉ	17
I. UN CHAMP D'APPLICATION ÉLARGI.....	17
II. UNE PROCÉDURE MIEUX ENCADRÉE	18
A. LA PROCÉDURE ADMINISTRATIVE	18
B. LA SÉCURISATION DES REMBOURSEMENTS.....	19
C. LA PROTECTION DES DONNÉES.....	20
D. LES MODALITÉS PRATIQUES.....	20
E. LES DISPOSITIONS FINALES.....	21
CONCLUSION	23
EXAMEN EN COMMISSION.....	25
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	27

Mesdames, Messieurs,

Le Sénat est saisi du **projet de loi n° 188 (2017-2018) autorisant l'approbation du protocole annexe à la convention générale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire sur la sécurité sociale du 1^{er} octobre 1980 relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie.**

Signé le 10 avril 2016, ce nouveau protocole a pour objet d'**améliorer le cadre juridique de transfert en France de patients algériens**, en élargissant son champ d'application personnel et en sécurisant les procédures administratives et financières.

Il s'agit, à ce jour, de l'unique dispositif établi en dehors de la coordination européenne des systèmes de sécurité sociale. Il a été **élaboré en réponse à des problématiques spécifiques**, rencontrées dans l'application du protocole en vigueur depuis 1982.

Mieux encadré, ce nouveau dispositif devrait permettre, chaque année, à quelques centaines de patients algériens de bénéficier d'actes médicaux non dispensés en Algérie. Il contribuera également au **développement de l'attractivité de nos établissements de santé**, tout en **assurant le recouvrement de leurs créances**.

Compte tenu de l'intérêt que représente ce protocole pour les établissements de santé français et le renforcement de la coopération franco-algérienne, **la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées a adopté ce projet de loi**, dont le Sénat est saisi en second. L'Assemblée nationale l'a adopté en première lecture le 18 décembre 2017, à l'unanimité, à la suite d'un débat en séance publique.

PREMIÈRE PARTIE : UN PARTENARIAT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN VOIE DE CONSOLIDATION

I. LE DOMAINE DE LA SANTÉ, UN AXE DE LA COOPÉRATION FRANCO-ALGÉRIENNE

Après une décennie de violences - la « décennie noire » (1992-1999) -, l'Algérie a fait son retour sur la scène internationale. Dès lors, ses relations économiques et commerciales avec la France se sont rapidement développées, et **notre pays est devenu son deuxième fournisseur** avec 10,2 % de part de marché en 2016¹. Parmi les principaux postes d'exportations françaises, qui représentaient 5,08 milliards d'euros au total, figuraient les préparations pharmaceutiques (deuxième poste d'exportation avec 11,5 %).

D'après les données de la Banque mondiale, les dépenses algériennes de santé sont passées de 3,2 % du produit intérieur brut (PIB) en 2005 à 7,2 % en 2014, ce qui témoigne d'un **effort important et continu en la matière**. Avec quelque 3,3 milliards d'euros (soit près de 8,5 % du PIB), le ministère algérien de la santé, de la population et de la réforme hospitalière disposait en 2017 du **quatrième budget de la Nation**, le seul à augmenter dans un contexte budgétaire particulièrement contraint. La loi de finances pour 2018 a confirmé cette tendance haussière.

Le président de la République algérienne démocratique et populaire, M. Abdelaziz Bouteflika, considère que « *le droit des citoyens à la protection de la santé est un principe cardinal de la politique sociale de [son] pays* »². **Afin de développer ce secteur stratégique et prioritaire pour l'Algérie, des relations se sont nouées avec la France et plusieurs initiatives ont été lancées** pour permettre aux acteurs français et algériens du domaine de la santé de se rencontrer et de conclure des partenariats.

À cet égard, l'ambassade de France en Algérie et le ministère algérien des affaires étrangères ont lancé un appel à projets de partenariat institutionnel intitulé « PROFAS C+ ». Ce programme de cofinancement s'inscrit dans le document cadre de partenariat signé entre les deux gouvernements en décembre 2012. Il vise à améliorer et renforcer les capacités des services publics algériens en encourageant les échanges de compétences et les transferts de savoir-faire entre administrations françaises et algériennes, notamment dans le domaine de la santé. À ce titre, **le PROFAS C+ soutient des projets structurants de modernisation des activités et des organisations du secteur public**.

¹ Soit une baisse de 30 points de base par rapport à 2015 (source : direction générale du Trésor).

² Communiqué du conseil des ministres du 4 octobre 2016.

En outre, une communauté d'intérêts dénommée « Synergies Santé Algérie » a été créée en décembre 2013 par Business France¹. Elle réunit des entreprises françaises du secteur, établies en Algérie ou désireuses de s'y installer, et leur permet notamment de développer des synergies et de bénéficier d'une meilleure visibilité auprès des acteurs algériens de la santé.

Business France participe également à l'organisation des « **rencontres franco-algériennes de la santé** », dont la deuxième édition s'est tenue les 5 et 6 décembre 2016 à Paris, en présence de représentants institutionnels, de praticiens et d'industriels. Cette manifestation est l'occasion d'échanger sur des thématiques d'intérêt commun aux deux pays, de **renforcer les coopérations existantes et de lancer de nouveaux projets**.

Enfin, **des entreprises et institutions françaises participent actuellement au développement de l'offre médicale souhaitée par les autorités algériennes** à travers la construction de cinq nouveaux centres hospitaliers universitaires (CHU). Un consortium franco-autrichien a ainsi été retenu pour la construction et la mise en place d'un CHU de 500 lits à Constantine. Au sein de ce consortium, qui réunit le groupe de construction français Bouygues, l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la société d'ingénierie autrichienne Vamed, l'AP-HP est en charge de l'organisation médicale et contribue au développement des programmes de formation et de recherche. Un tel projet lui permet de s'inscrire dans une dynamique d'ouverture à l'international visant à **exporter le savoir-faire hospitalier français**.

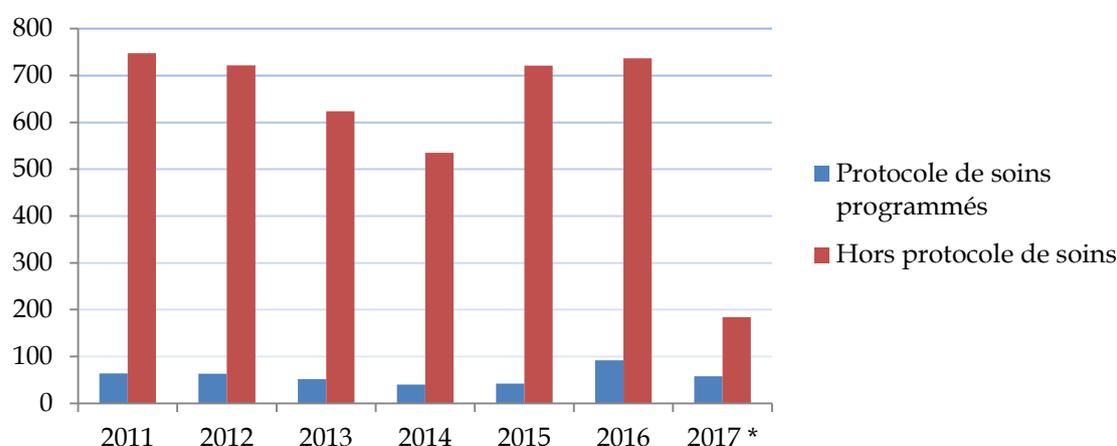
Ainsi, la coopération dans le domaine de la santé, qui reposait traditionnellement sur les liens institutionnels et personnels tissés entre les CHU français et les facultés de médecine algériennes, s'organise aujourd'hui davantage autour de projets d'envergure et de relations industrielles et commerciales, principalement dans le secteur pharmaceutique.

II. LA NÉCESSAIRE RÉVISION DE L'ACCORD EN VIGUEUR

Depuis le 1^{er} octobre 1980, la France et l'Algérie sont liées par un protocole relatif aux soins de santé dispensés en France à certaines catégories d'assurés sociaux algériens, entré en vigueur le 1^{er} février 1982. Très peu utilisé depuis le début des années 2000 en raison, notamment, du caractère limitatif de son champ d'application personnel, **ce dispositif a progressivement été abandonné au profit de relations contractuelles directes** entre la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS) algérienne et les établissements de santé français - en particulier l'AP-HP.

¹ Agence née le 1^{er} janvier 2015 de la fusion d'Ubifrance et de l'Agence française pour les investissements internationaux. Cette agence a le statut d'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC).

Évolution du nombre de patients algériens accueillis en France



(*) : Pour l'année 2017, ne sont pris en compte que les patients accueillis au cours du premier semestre.

Source : centre national des soins à l'étranger (CNSE)

Mal encadrés, **ces accords directs ont engendré de nombreuses difficultés et des contestations de la CNAS** portant sur ses dettes¹. Plusieurs établissements de santé ont alors cessé d'admettre des patients pris en charge par la caisse algérienne, à l'exclusion de l'AP-HP dont les créances envers la CNAS ont toutefois atteint 16 millions d'euros en 2012.

Engagées en 2002 pour répondre à ces dysfonctionnements, **les négociations du nouveau protocole ont longtemps été bloquées par la question du recouvrement des créances hospitalières**. À la faveur d'un renouveau des relations franco-algériennes, ces négociations ont repris en 2012 et ont connu une accélération en 2014 à la suite d'un premier versement important, avant de trouver une issue favorable deux ans plus tard.

L'apurement définitif des créances a fait l'objet d'un compromis signé entre le directeur général de la CNAS et le directeur général de l'AP-HP en mars 2016. Le nouveau protocole annexe a quant à lui été signé le 10 avril 2016 à Alger, à l'occasion de la troisième session du Comité intergouvernemental de haut niveau (CIHN) réunissant les gouvernements français et algérien.

Ce protocole devrait se substituer aux deux voies de transfert existantes, légale et contractuelle (cf. infra). Ainsi, à flux constants, **quelque huit cents patients algériens pourraient être accueillis chaque année** dans le cadre du nouveau dispositif, pour des actes thérapeutiques qui ne sont pas réalisés en Algérie ; cela représenterait près de **17 millions de créances annuelles pour les établissements de santé français**. Le nombre de patients accueillis en France devrait néanmoins décroître à mesure que l'Algérie développe sa propre offre médicale.

¹ La CNAS a dénoncé la durée des soins et la hausse non contrôlée de leur coût due à l'envolée des tarifs journaliers de prestations (TJP).

III. L'ÉTAT DES CRÉANCES HOSPITALIÈRES FRANÇAISES

A. UN MONTANT IMPORTANT À RELATIVISER

Au 31 août 2017, le montant des créances étrangères de l'AP-HP s'élevait à plus de **115 millions d'euros**, alors qu'elle facture chaque année environ 100 millions d'euros à des patients résidant à l'étranger.

**Dettes des particuliers, organismes étrangers et ambassades à Paris vis-à-vis de l'AP-HP
au 31 août 2017 (les dix montants les plus élevés, par ordre décroissant)**

<i>Pays</i>	<i>Particuliers</i>	<i>Organismes étrangers</i>	<i>Ambassades</i>	<i>Total</i>	<i>Part de la dette</i>
1. Algérie	24 913 394 €	3 699 549 €	230 816 €	28 843 759 €	25,0 %
2. Maroc	7 304 904 €	3 311 833 €	83 851 €	10 700 588 €	9,3 %
3. États-Unis	3 952 251 €	2 042 048 €	9 219 €	6 003 519 €	5,2 %
4. Tunisie	2 978 233 €	1 132 165 €	5 688 €	4 116 086 €	3,6 %
5. Italie	3 481 031 €	166 363 €		3 647 394 €	3,2 %
6. Royaume-Uni	1 699 411 €	1 741 553 €		3 440 963 €	3,0 %
7. Koweït	2 452 094 €	2 750 €	808 153 €	3 262 997 €	2,8 %
8. Côte d'Ivoire	2 573 022 €	87 591 €		2 660 613 €	2,3 %
9. Espagne	1 789 087 €	805 202 €		2 594 289 €	2,2 %
10. Portugal	1 487 208 €	1 027 152 €		2 514 360 €	2,2 %
Autres	39 555 937 €	5 728 928 €	2 246 193 €	47 531 057 €	41,2 %
Total	92 186 572 €	19 745 134 €	3 383 920 €	115 315 625 €	100 %

Source : Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Ce stock de créances, certes important, doit toutefois être mis en regard des 92,3 milliards d'euros de soins délivrés en 2016 par les établissements publics et privés français¹ ; **la pérennité financière de notre système de santé n'est donc pas menacée**. Il n'en demeure pas moins que cette situation doit préoccuper les pouvoirs publics, et que **des mesures doivent être engagées pour recouvrer ces créances au plus vite**, tout en évitant qu'elles n'augmentent davantage à l'avenir.

¹ Source : ministère des solidarités et de la santé.

B. L'ÉTAT DE LA DETTE HOSPITALIÈRE ALGÉRIENNE

Eu égard aux liens historiques et profonds qui unissent nos deux pays, un flux relativement important de ressortissants algériens séjourne chaque année en France, dont une partie est soignée dans nos établissements de santé. L'AP-HP rapporte qu'en 2014, **les Algériens étaient les patients étrangers les plus nombreux** à être pris en charge au sein de ses hôpitaux (2 400, contre moins de 1 000 Marocains à titre d'exemple).

Comme indiqué dans le tableau précédent, les dettes hospitalières algériennes représentent le quart des créances étrangères de l'AP-HP ; **la question des impayés n'est donc pas spécifique à l'Algérie**, même si le pays affiche la dette la plus élevée.

Les hôpitaux franciliens supportent à eux seuls plus de 71 % des créances hospitalières à l'égard des particuliers et de l'État algériens.

**Créances hospitalières françaises à l'égard de patients algériens (dette « privée »)
ou d'organismes publics algériens (dette « publique ») au 31 mars 2017**
(les cinq montants les plus élevés, par ordre décroissant)

<i>Établissements</i>	<i>Dette publique</i>	<i>Dette privée</i>	<i>Total</i>	<i>Part des créances</i>
1. Paris	4 682 202 €	22 953 586 €	27 635 788 €	71,3 %
2. Marseille	2 644 804 €	963 102 €	3 607 906 €	9,3 %
3. Strasbourg	611 955 €	871 081 €	1 483 036 €	3,8 %
4. Montpellier	97 613 €	759 189 €	856 802 €	2,2 %
5. Saint-Etienne	10 866 €	586 466 €	597 332 €	1,5 %
Autres	1 685 359 €	2 867 884 €	4 553 244 €	11,8 %
Total	9 732 799 €	29 001 308 €	38 734 108 €	100 %

Source : ministère des solidarités et de la santé

Le tableau ci-dessus prend le soin de distinguer la dette « privée » de la dette « publique » (ou « institutionnelle »), qui répondent à des réalités différentes.

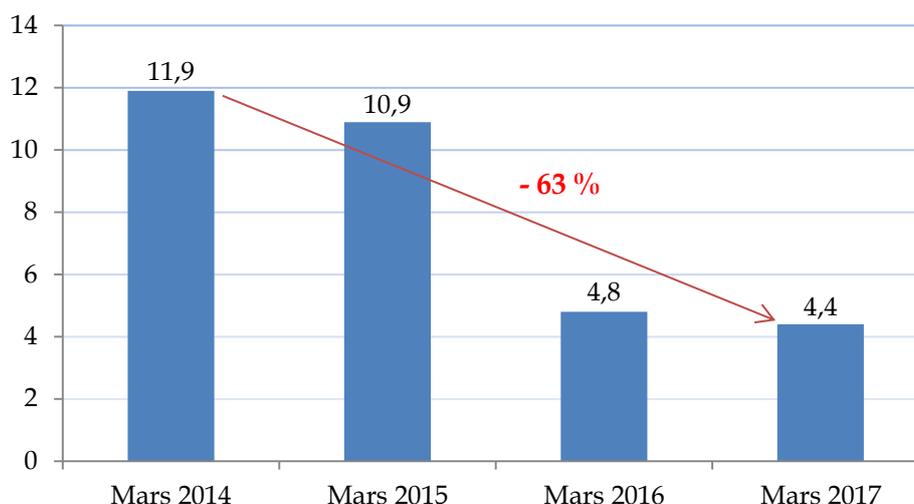
1. La dette publique

La dette publique (ou institutionnelle) algérienne est celle contractée par son système d'assurance maladie – en premier lieu la CNAS – ou son ambassade auprès des établissements de soins français.

Sa résorption, pour un montant qui avoisinait les 12 millions d'euros en 2014, a été au cœur des négociations du présent protocole annexe, puisqu'un accord sur un échéancier de règlement a été posé comme une condition *sine qua non* de sa signature¹.

Lors de l'audition conduite par votre rapporteur, le ministère des solidarités et de la santé a indiqué que **les dettes antérieures à 2016 étaient dorénavant réglées**, de même que la majeure partie des dettes de 2016 (plus des trois quarts). **La partie algérienne respecte donc les engagements qu'elle a pris, et honore aujourd'hui des paiements réguliers.**

Évolution des créances françaises à l'égard de la CNAS
(en millions d'euros)



Source : ministère des solidarités et de la santé

Le dispositif tel que révisé devrait permettre un recouvrement plus fluide des créances algériennes et éviter d'éprouver à l'avenir des difficultés de ce genre.

¹ La partie française a remisé près de 2 millions d'euros de titres pour des motifs légitimement retenus : dépassements de la durée indiquée sur la prise en charge (1,3 M€) ; soins délivrés antérieurement à l'autorisation de prise en charge par la CNAS (0,34 M€) ; absence de prise en charge ou titres déjà réglés (0,28 M€) ; titres envoyés deux fois (0,16 M€) ; titres relevant de l'assurance maladie française (0,02 M€).

2. La dette privée

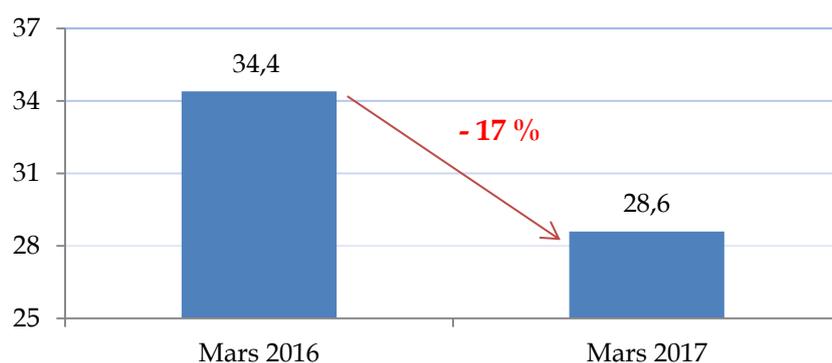
Des patients algériens, titulaires d'un visa touristique¹, se présentent régulièrement dans nos hôpitaux, parfois pour des pathologies lourdes qui ne sont pas prises en charge par l'assurance exigée pour l'obtention de leur visa, celles-ci étant préexistantes à leur venue en France.

Pour des raisons déontologiques, voire humanitaires, ces patients sont toutefois soignés en France en dépit du risque d'impayés, comme s'y engage l'AP-HP sur son site internet : « Nous soignons toutes les personnes malades qui se présentent dans nos hôpitaux, indépendamment de leurs revenus : l'accès aux meilleurs soins dans nos hôpitaux ne dépend pas de votre situation sociale ou financière. [...] Nous assurons des missions essentielles de dépistage et de prévention, et facilitons l'accès des plus démunis aux soins hospitaliers en les accompagnant dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Nous dispensons des soins de haut niveau, y compris pour les maladies rares, mal prises en charge, ou des traitements extrêmement coûteux, comme les greffes ou les soins aux grands brûlés. »

Les frais relatifs à leur prise en charge médicale restent donc à la charge de l'hôpital ou, si leur visa est expiré, à la charge de l'État *via* l'aide médicale d'État (AME)².

La dette privée représente l'essentiel de la dette hospitalière algérienne³. Elle a néanmoins baissé depuis un an grâce aux mesures mises en œuvre (*cf. infra*).

Évolution de la dette privée algérienne (en millions d'euros)



Source : ministère des solidarités et de la santé

¹ Quelque 409 000 visas, de tous types, ont été délivrés aux ressortissants algériens en 2016. L'Algérie est le second pays en nombre de demandes de visas d'entrée sur le territoire français, derrière la Chine.

² L'aide médicale de l'État est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence (ininterrompue depuis plus de 3 mois en France) et de ressources (inférieures au plafond en vigueur pour l'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire).

³ Près de 75 % de la dette totale au 31 mars 2017.

C. LES SOLUTIONS POUR RÉDUIRE LES CRÉANCES HOSPITALIÈRES

1. Les pistes pour limiter les dettes publiques

Au cours de sa séance plénière du 13 septembre 2016, la commission médicale d'établissement de l'AP-HP a fait le point sur la politique d'accueil des patients étrangers non-résidents au sein de ses établissements. Dans son compte rendu, quelques pistes sont mises en avant : *« en réponse aux problèmes de recouvrement, les décisions suivantes avaient été prises :*

- une limitation de la dispense d'avance de frais à dix organismes¹ (contre environ six cents auparavant) ;

- une systématisation du paiement de l'intégralité du devis payé à l'avance pour les individuels et pour les organismes ;

- un travail spécifique de recouvrement auprès de l'Algérie et de l'Arabie saoudite, qui ont maintenant payé une bonne partie de leurs dettes institutionnelles.

Le recouvrement global a ainsi été amélioré dans tous les groupes hospitaliers avec, à fin juin 2016, +12 points sur les flux d'urgence et +8 points sur les flux programmés. Le stock de dettes des organismes et patients non-résidents diminue pour la première fois dans les six premiers mois de l'année 2016. »

La commission médicale d'établissement ajoute que *« le gouvernement incite aujourd'hui l'AP-HP à accueillir ces patients. Un document "Venir se soigner en France" où l'offre de l'AP-HP figure en bonne position, sera diffusé prochainement dans toutes les ambassades. [...] Les objectifs du dispositif sont les suivants :*

- offrir une offre de recours structurée aux patients qui n'en bénéficient pas dans leur pays ;

- valoriser l'expertise de l'AP-HP ;

- augmenter les recettes de l'AP-HP.

Aucune priorité d'admission ni traitement préférentiel (aucun espace réservé) ne sont toutefois prévus, en conformité avec la politique de service public de l'AP-HP. »

Et le directeur général de l'AP-HP, M. Martin Hirsch, de préciser que *« la ligne directrice du dispositif est de répondre à un besoin de rayonnement international, en matière universitaire, de soin, de médecine et de santé publique. Ce raisonnement est donc différent de celui d'établissements privés ou étrangers, qui font de cette filière une source de profit. Il ne s'agit pas pour l'AP-HP de remplacer des malades assurés sociaux par des malades plus riches. Il n'est toutefois pas question de perdre de l'argent avec cette filière, ce qui reviendrait à la faire payer par les patients résidents. C'est la raison pour laquelle elle a été restructurée. »*

¹ La CNAS fait partie des organismes dispensés d'avance de frais.

2. Les pistes pour limiter les dettes privées

Plusieurs pistes ont déjà été mises en œuvre par l'AP-HP s'agissant des particuliers¹ :

- signaler les dettes aux consulats de France à l'étranger ;
- subordonner l'octroi de visas au paiement des montants dus ;
- rendre systématique le paiement d'avance après acceptation du devis.

Ces mesures s'avèrent efficaces puisque l'AP-HP a ainsi constaté, entre le 31 décembre 2015 et le 31 mars 2017, une **diminution de 8 millions d'euros de la dette privée algérienne**.

Par ailleurs, **le nouveau protocole annexe**, en ce qu'il permet à une frange beaucoup plus large de la population algérienne d'accéder au dispositif de soins programmés, **est également un outil de réduction de la dette privée algérienne**. En effet, il est attendu qu'une partie des patients auparavant soignés à titre individuel soit, à l'avenir, prise en charge par la CNAS.

Enfin, d'autres pistes peuvent être envisagées, telles que :

- la mise en place d'une politique de contrôle des assureurs dans le cadre de la délivrance du visa Schengen, afin de s'assurer de leur fiabilité (comme c'est déjà le cas dans plusieurs États membres de l'Union européenne) ;

- la diffusion d'une instruction ministérielle (en cours de rédaction) visant à encadrer les procédures, et accompagnée de fiches thématiques sur la prise en charge des patients étrangers. Elle devrait permettre de limiter la constitution de créances à l'encontre d'organismes et de particuliers étrangers, d'en favoriser le recouvrement rapide et entier, et d'homogénéiser et de sécuriser les pratiques des établissements de soins.

¹ *Éléments transmis par le ministère des solidarités et de la santé.*

SECONDE PARTIE : UN NOUVEAU PROTOCOLE PLUS SOLIDE, DESTINÉ À ÉVITER LES ÉCUEILS RENCONTRÉS PAR LE PASSÉ

I. UN CHAMP D'APPLICATION ÉLARGI

Le protocole en vigueur ne s'applique qu'aux salariés et fonctionnaires algériens, résidant en Algérie et relevant d'un régime d'assurance maladie. Trop limitatif, ce dispositif a été peu utilisé au cours des dernières années (*cf. supra*).

Pour y remédier, l'article premier du nouveau protocole annexe **élargit le champ d'application du dispositif** aux démunis non assurés sociaux, ainsi qu'à leurs ayants-droit et à ceux des bénéficiaires actuels. **Il couvrira donc l'essentiel de la population algérienne** et, partant, l'ensemble des patients algériens actuellement soignés en France. **Le nouveau protocole pourra ainsi se substituer aux deux voies de transfert existantes.**

L'article 2 définit quant à lui le champ d'application territorial du nouveau protocole qui concerne, pour la France, « *le territoire des départements européens et d'outre-mer* »¹.

Aux termes de l'article 3, et en application de la législation et de la réglementation françaises, **les patients algériens soignés en France bénéficient des droits des personnes malades**. À ce titre, ils ont accès aux soins sans discrimination et droit au respect de leur dignité, à une information complète sur les traitements qui leurs sont prodigués, à la préservation du secret médical et au recueil de leur consentement éclairé. **Sur ce dernier point, la question de l'interprétariat devra faire l'objet d'une attention particulière** afin que les patients soient en mesure de comprendre les informations qui leur sont données et d'exprimer leur consentement aux soins. Enfin, s'agissant des malades en fin de vie, il sera nécessaire de recueillir des directives anticipées et de désigner une personne de confiance².

¹ À savoir, pour ces derniers, les collectivités territoriales régies par l'article 73 de la Constitution : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte.

² Parent, proche ou médecin traitant, qui sera consulté si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Son avis prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées.

II. UNE PROCÉDURE MIEUX ENCADRÉE

A. LA PROCÉDURE ADMINISTRATIVE

Les articles 4 à 7 précisent les **conditions de transfert, de soins et de rapatriement des patients algériens**.

Après un échange sur l'état de santé du patient, l'article 5 stipule que l'établissement français doit transmettre à la CNAS qui l'a saisi, des informations sur la nature des soins, une **estimation de leur durée et de leur coût** selon la nature de l'hospitalisation, et **proposer une date** pour les réaliser. Les modalités de tarification sont, elles, renvoyées à l'arrangement administratif.

Au regard de ces éléments, l'institution algérienne peut autoriser la prise en charge des soins sur le territoire français et délivre, pour ce faire, une « **attestation de droits aux soins programmés** » au patient, dont **l'obtention constitue un préalable à son transfert** ainsi qu'en dispose l'article 4.

Ce document permettra également au patient, ainsi qu'à ses parents s'il est mineur, **d'obtenir un visa dans des délais parfois très courts**. Selon le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, les bonnes relations qu'entretiennent le consulat général de France à Alger et la CNAS permettent un traitement rapide de ce type de demande. Le ministère indique qu'environ deux tiers des demandes de visa pour raison médicale sont satisfaites – à l'exception de l'année 2017 –, sans toutefois fournir de statistiques sur leurs délais de délivrance.

<i>Année</i>	<i>Visas demandés</i>	<i>Visas délivrés</i>	<i>Taux de délivrance</i>
2014	1 565	1 054	67 %
2015	1 439	896	62 %
2016	1 708	1 084	63 %
2017	2 440	1 281	53 %

Source : ministère de l'Europe et des affaires étrangères

L'absence de procédure formalisée de poursuite ou de modification de soins était à l'origine du contentieux financier entre la caisse algérienne et les établissements français, portant sur la nature et le montant de plusieurs créances. **L'article 6 répare ce manque et instaure une procédure claire**.

Cet article précise ainsi que, si l'état du patient, une fois accueilli en France, requiert une prolongation ou une modification des soins initialement prévus par l'attestation précitée, l'établissement de santé doit saisir la CNAS d'une demande écrite, étayée par un compte rendu médical, qu'il adressera avant l'expiration de la période de soins prédéfinie. Le protocole prévoit un délai de réponse de quatre jours ouvrables à compter de la réception de la demande, au-delà duquel le silence de l'autorité algérienne vaudra acceptation.

Si la date de fin de soins initialement prévue intervient pendant le délai de réponse, les prestations sont suspendues par l'établissement français, sauf si le pronostic vital du patient était mis en jeu. En cas de contestation par la CNAS de cette décision motivée de l'établissement de santé, il est prévu de recourir à une expertise médicale.

En cas de refus notifié à l'organisme de liaison et à l'établissement français, le rapatriement du patient est organisé par l'institution algérienne dans les conditions prévues à l'article 7 qui indique, en outre, que la responsabilité et la charge financière du rapatriement des patients – ou le cas échéant de leur dépouille – incombent aux autorités algériennes.

B. LA SÉCURISATION DES REMBOURSEMENTS

Comme indiqué précédemment, le remboursement des dettes hospitalières a constitué le point central des négociations en vue de l'adoption du présent protocole. **Afin de normaliser les procédures de tarification et d'apurement des créances**, et d'éviter qu'à l'avenir des litiges d'ordre financier ne conduisent à s'éloigner du cadre légal, **le nouveau protocole instaure un dispositif déjà éprouvé.**

L'article 8 fixe les conditions de tarification et de remboursement, et renvoie à l'arrangement administratif pour les modalités pratiques. Il prévoit que la Caisse primaire d'assurance maladie française (CPAM) dont relève le lieu de l'établissement de santé agit pour le compte de la CNAS et prend en charge les frais de santé. Les créances des CPAM sont ensuite collectées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) puis, chaque semestre, l'institution algérienne procède à leur remboursement intégral sur la base des relevés individuels de dépenses et des comptes rendus hospitaliers que lui transmet l'agent de liaison français, en l'espèce le Centre national des soins à l'étranger (CNSE, *sis* à la CPAM du Morbihan).

Cette procédure évite aux établissements de santé l'ancienne double facturation, à la CPAM pour la partie remboursable, et à la caisse algérienne pour la partie restant normalement à la charge du patient (ticket modérateur, forfait journalier et franchise) mais que celle-ci souhaite régler sur ses deniers.

Instituée par la convention générale du 1^{er} octobre 1980, la **commission mixte de sécurité sociale franco-algérienne est compétente pour connaître les questions relatives à l'application du protocole** comme le prévoit l'article 9. Elle **procède chaque année à l'apurement des comptes de l'exercice précédent, et fixe le montant des avances à verser par la partie algérienne** sur la base de 35% du montant des créances soldées l'année précédente. En outre, **des frais de gestion sont facturés par la partie française**, à hauteur de 6 % du montant des créances, au titre du traitement des dossiers et des dépenses de fonctionnement des organismes d'assurance maladie.

En cas de litige portant sur le montant d'une créance, l'institution algérienne pourra demander une expertise médicale, en application de l'article 10 du nouveau protocole, dont les conclusions s'imposeront aux deux parties.

C. LA PROTECTION DES DONNÉES

Le **protocole annexe est conforme au droit européen sur la protection des données personnelles** et au règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Son article 13 précise que les parties peuvent s'échanger les informations médicales et personnelles des patients, sous réserve de respecter leurs législations respectives en la matière. Leur divulgation doit être soumise à l'approbation de l'autre partie.

Le traitement, le stockage et la destruction de ces données sont quant à eux soumis à la législation de la partie recevant ces informations.

L'application du nouveau protocole nécessitera la création de canaux d'information sécurisés, tant pour la facturation que l'échange de données médicales. Le coût de cette mise en œuvre fera l'objet d'une « *majoration à fixer dans le cadre de la réunion de la Commission mixte de l'année suivant l'entrée en vigueur du protocole* » comme le prévoit l'article 11 de l'arrangement administratif.

Par ailleurs, afin d'organiser ces communications, **un arrangement technique devra être élaboré puis soumis à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) pour agrément.**

D. LES MODALITÉS PRATIQUES

L'article 11 définit les contours de l'arrangement administratif, signé concomitamment au protocole.

L'article 12 prévoit la désignation d'un point de contact permanent au sein de chaque partie, dont le rôle est de veiller à la bonne application du nouveau protocole et de pallier toute difficulté de mise en œuvre. Il s'agit, pour la partie française, du Centre national des soins à l'étranger (CNSE), et pour la partie algérienne, de la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS).

E. LES DISPOSITIONS FINALES

Conclu pour une durée d'un an, le nouveau protocole est renouvelable par tacite reconduction. Il peut être dénoncé à tout moment par la voie diplomatique, avec un préavis de trois mois ; le cas échéant, l'article 14 précise que toutes les demandes de prise en charge acceptées durant sa durée de validité seront assurées.

Des dispositions transitoires sont prévues aux articles 15 et 16 pour permettre l'apurement définitif des comptes avant l'abrogation définitive du dispositif en vigueur. En pratique, le passif a d'ores et déjà été apuré (*cf. supra*).

Enfin, l'article 17 est un article classique de procédure, relatif à l'entrée en vigueur du nouveau protocole.

CONCLUSION

Après un examen attentif de ses stipulations, **la commission a adopté ce projet de loi autorisant l'approbation du protocole annexe à la convention générale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire sur la sécurité sociale du 1^{er} octobre 1980 relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie.**

En effet, ce nouveau protocole répond à une **volonté de renforcement de la coopération bilatérale** dans le domaine de la santé et à un **besoin mutuel de renouvellement du cadre juridique existant**. Mieux bordé que le dispositif en vigueur, il devrait **permettre de limiter les risques de contentieux entre la France et l'Algérie**, en particulier sur la question du recouvrement des créances hospitalières.

À l'heure où notre pays souhaite développer l'attractivité de ses établissements de santé et s'assurer une place de choix au sein du marché international de l'offre de soins - autrement appelé « tourisme médical » - estimé à 60 milliards d'euros, les instruments juridiques, administratifs et financiers proposés dans ce protocole sont les bienvenus.

Il pourrait en outre, à terme, **servir de modèle à la conclusion d'arrangements de même nature**, en particulier avec les pays dont les dettes institutionnelles vis-à-vis des établissements français sont les plus importantes. Pour ce faire, il conviendra au préalable de dresser le bilan de son application et tenir compte, dans le cadre d'éventuelles futures négociations, des spécificités de chaque situation.

La partie algérienne a fait savoir qu'elle ratifierait le nouveau protocole annexe par décret présidentiel, une fois la procédure parlementaire achevée en France.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le 7 février 2018, sous la présidence de M. Christian Cambon, président, la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées a procédé à l'examen du rapport de M. Alain Cazabonne sur le projet de loi n° 188 (2017-2018) autorisant l'approbation du protocole annexe à la convention générale entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République algérienne démocratique et populaire sur la sécurité sociale du 1^{er} octobre 1980 relatif aux soins de santé programmés dispensés en France aux ressortissants algériens assurés sociaux et démunis non assurés sociaux résidant en Algérie.

Après l'exposé du rapporteur, un débat s'est engagé.

M. Joël Guerriau. - Je voudrais revenir sur la question du remboursement de la dette. J'ai compris que 115 millions d'euros de créances n'avaient toujours pas été remboursés. En quoi ce nouveau protocole permettra-t-il de recouvrer cette somme ?

M. Ladislav Poniatowski. - A-t-on des statistiques précises sur le nombre de ressortissants algériens, titulaires d'un visa touristique, qui viennent se faire soigner dans nos hôpitaux, quelle que soit leur situation au regard de l'assurance maladie ?

Mme Hélène Conway-Mouret. - Tout d'abord, je souhaiterais vous féliciter pour la qualité de ce rapport et de sa présentation. Je voudrais faire deux observations. La première concerne le tourisme médical, qui est pratiqué dans bon nombre de pays. Cette pratique nécessite toutefois que les patients payent au préalable les prestations reçues, sinon cela ne présente aucun intérêt pour le pays. Par ailleurs, ce rapport me laisse à penser que nous devons revoir notre coopération. Le rapporteur a soulevé un point très important à mes yeux. Nous avons vocation à soutenir un certain nombre de pays en matière de formation et d'équipements. Il y a en Algérie, entre autres, de très bons médecins qui peuvent se spécialiser et atteindre un niveau d'excellence équivalent à celui que nous pouvons rencontrer en France, mais encore faut-il que nous fassions l'effort de les y aider par le biais de la formation et des échanges. Plusieurs centres hospitaliers universitaires français travaillent aujourd'hui, de manière bilatérale, avec leurs homologues algériens. Je pense que nous avons tout intérêt à repenser notre aide publique au développement ainsi que notre coopération avec ces pays. Ce rapport met à juste titre le doigt sur ce point.

M. Alain Cazabonne, rapporteur. - Pour répondre à Ladislas Poniatoski, environ 2 400 patients ont été pris en charge par l'AP-HP en 2014.

S'agissant des créances, les 115 millions d'euros que vous évoquez correspondent au montant des créances pour l'ensemble des pays. Pour ce qui est de l'Algérie, comme je l'indiquais, toutes les dettes antérieures à 2016 ont été réglées, ainsi que la majeure partie des dettes contractées cette année-là. Le protocole est utilisé pour certains actes médicaux qui ne sont pas dispensés en Algérie, et prévoit d'accueillir des patients algériens après accord de la CNAS sur le montant du devis. Par ailleurs, la CNAS verse chaque année une avance pour les frais médicaux à venir. Sur le plan pratique, les remboursements seront effectués auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie française, qui supportera les dettes à la place de nos hôpitaux. Les particuliers algériens soignés dans les hôpitaux franciliens en dehors du dispositif doivent, quant à eux, payer l'intégralité des soins par avance. Il y a donc très peu de risques de rencontrer les mêmes difficultés que par le passé.

Enfin, dans le cadre de la construction du CHU de Constantine, l'AP-HP est en charge de l'organisation médicale et contribue au développement des programmes de formation et de recherche.

Le nombre de patients ne devrait pas augmenter à l'avenir dans la mesure où l'offre médicale se développe en Algérie, et que les hôpitaux signalent aux ambassades les impayés, ce qui conditionne l'octroi de nouveaux visas.

Suivant l'avis du rapporteur, la commission a adopté, à l'unanimité, le rapport et le projet de loi précité.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

➤ *Ministère des solidarités et de la santé*

Cécile FRANGNY, chargée de mission, division des affaires communautaires et internationales

➤ *Ministère de l'Europe et des affaires étrangères*

- **Éric GUILLEMINOT**, rédacteur, mission des conventions et de l'entraide judiciaire
- **Catherine SAGNELONGE**, rédactrice, mission des accords et traités