



LE PROJET D'HÔPITAL COMMUN TRANSFRONTALIER DE PUIGCERDÀ : VERS L'EUROPÉANISATION DE LA FRONTIÈRE EN CERDAGNE

Régis Keerle, Raymonde Séchet

► To cite this version:

Régis Keerle, Raymonde Séchet. LE PROJET D'HÔPITAL COMMUN TRANSFRONTALIER DE PUIGCERDÀ : VERS L'EUROPÉANISATION DE LA FRONTIÈRE EN CERDAGNE. Sud-Ouest Européen, 2009, 28, pp.65-76. hal-00526157

HAL Id: hal-00526157

<https://hal.science/hal-00526157>

Submitted on 13 Oct 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LE PROJET D'HÔPITAL COMMUN TRANSFRONTALIER DE PUIGCERDÀ : VERS L'EUROPÉANISATION DE LA FRONTIÈRE EN Cerdagne

Régis Keerle^{*}, Raymonde Séchet^{**}

RÉSUMÉ — L'aboutissement du projet d'Hôpital commun transfrontalier de Cerdagne à Puigcerdà constitue un cas particulier de coopération transfrontalière sur la partie orientale de la frontière pyrénéenne. Sa réussite contraste avec les situations analysées dans des travaux précédents portant sur cette partie de la frontière franco-espagnole. L'analyse de ce projet conduit à privilégier une approche par les acteurs locaux de l'eupéanisation dont l'une des caractéristiques est qu'ils sont également impliqués dans les jeux décisionnels régionaux et nationaux. L'analyse de l'émergence d'un espace de santé transfrontalier amène à élargir le propos à l'ensemble des Pyrénées-Orientales, voire de la Catalogne, et à d'autres secteurs que la santé (notamment l'éducation et la gestion de l'eau).

ABSTRACT — *THE PROJECT OF THE COMMON CROSS-BORDER HOSPITAL OF PUIGCERDÀ : TOWARDS THE EUROPEANIZATION OF THE BORDER IN Cerdanya.*

The achievement of the project of the common cross-border hospital of Puigcerdà (Spain) is a particular case of cross-border cooperation in eastern Pyrenees. Its success contrasts with other projects regarding this part of the French-Spanish border and analyzed in previous research works. In our study of this project, the emphasis is put on the local actors of Europeanization; many of them being involved in regional and national responsibilities. The analysis of the rise of a cross-border health care space leads to enlarge the subject by considering the département of Pyrénées-orientales as a whole, even the Catalonia, and other sectors than health-care (particularly education and water management).

**ACTEUR — COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE — EUROPÉANISATION — SANTÉ—
TERRITOIRE**

**ACTOR — EUROPEANIZATION — HEALTH CARE — TERRITORY — TRANSFRONTIER CO-
OPERATION**

^{*} Maître de conférences de géographie, UMR 6590 ESO, Université Rennes 1

^{**} Professeure de géographie, UMR 6590 ESO, Université Rennes 2

La convergence des stratégies d'acteurs aux territoires de compétences multiples et emboîtés a permis que le projet d'Hôpital Commun Transfrontalier de Cerdagne (HCTC) se développe, certes difficilement, et soit en voie de réussite : malgré les vicissitudes du projet, l'ouverture de l'HCTC est prévue à Puigcerdà pour 2010. D'où l'intérêt de confronter notre analyse des facteurs de la réussite de ce projet avec celles développés précédemment par F. Mancebo (1999) et J.-B. Harguindéguy (2007) qui ont, tous deux, relevé la difficulté de mener à terme des projets transfrontaliers en Cerdagne (Harguindéguy, 2007, p. 188). L'étude du développement du projet d'HCTC nous incite à différencier ce cas des exemples traités par Mancebo, lequel insiste sur la capacité des Cerdans à instrumentaliser la frontière franco-espagnole pour « *contribuer à la survie des entités spatiales cerdanes* » (Mancebo, 1999, p. 172). De même, l'analyse de ce projet met en évidence des différences avec le travail de science politique d'Harguindéguy sur des processus de coopération transfrontalière et qui fait de la Cerdagne un exemple d'incapacité des acteurs locaux à « *mettre en place les règles et les représentations définies à l'échelle européenne* » (Harguindéguy, 2007, p. 246).

Notre interrogation porte sur les causes de ces écarts dans la réussite des projets transfrontaliers en Cerdagne. Sommes-nous seulement en présence de différences d'interprétation ? Nous ne le pensons pas et estimons que la présentation des spécificités du projet d'HCTC prend tout son sens dans une comparaison avec les exemples précédemment étudiés par ces deux auteurs.

Après une présentation de la Cerdagne, nous présenterons donc brièvement dans un premier temps les positions de Mancebo et Harguindéguy. Le rappel du processus ayant conduit à la construction de l'HCTC¹ mettra ensuite en évidence dans un deuxième temps la spécificité des processus de coopération transfrontalière dans le secteur de la santé. L'analyse de la relation des acteurs de l'eupéanisation dans ce secteur avec l'espace cerdan sera enfin articulée avec celle de leur rôle dans la généralisation de la coopération transfrontalière sur la partie catalane de la frontière franco-espagnole.

I - Frontières et coopération transfrontalière européenne, acteurs et territoires : le cas cerdan

La Cerdagne, réputée être le cœur de la catalanité, est un espace marqué par son unité physique, culturelle, économique - dans une moindre mesure -, mais où l'impact de frontière internationale est particulièrement sensible sur le plan des politiques sociales. L'usage que les acteurs qui interviennent dans cet espace font de cette frontière est apprécié différemment dans les deux travaux qui nous permettent de mettre le cas de la construction de l'HCTC en perspective.

¹ Pour plus de détails, voir Séchet, Keerle, à paraître.

1. L'espace cerdan

Le traité des Pyrénées de 1659, marquant l'annexion par la France d'une partie de la Catalogne (Roussillon, Vallespir, Conflent et bourgs et villages de la partie orientale du comté de Cerdagne), a fixé la frontière franco-espagnole de cette partie orientale du massif pyrénéen. Le plateau cerdan, correspondant à la haute vallée du Sègre, est surplombé dans sa partie nord-est par celui du Capcir - haute vallée de l'Aude. Il est depuis lors traversé par une frontière conçue de manière à faire communiquer directement le comté de Foix avec la Cerdagne et le Capcir par le col de Puymorens. Et parce que la commune de Llivia bénéficiait alors du statut de ville, le traité des Pyrénées en a fait une enclave espagnole en France (fig. 1).

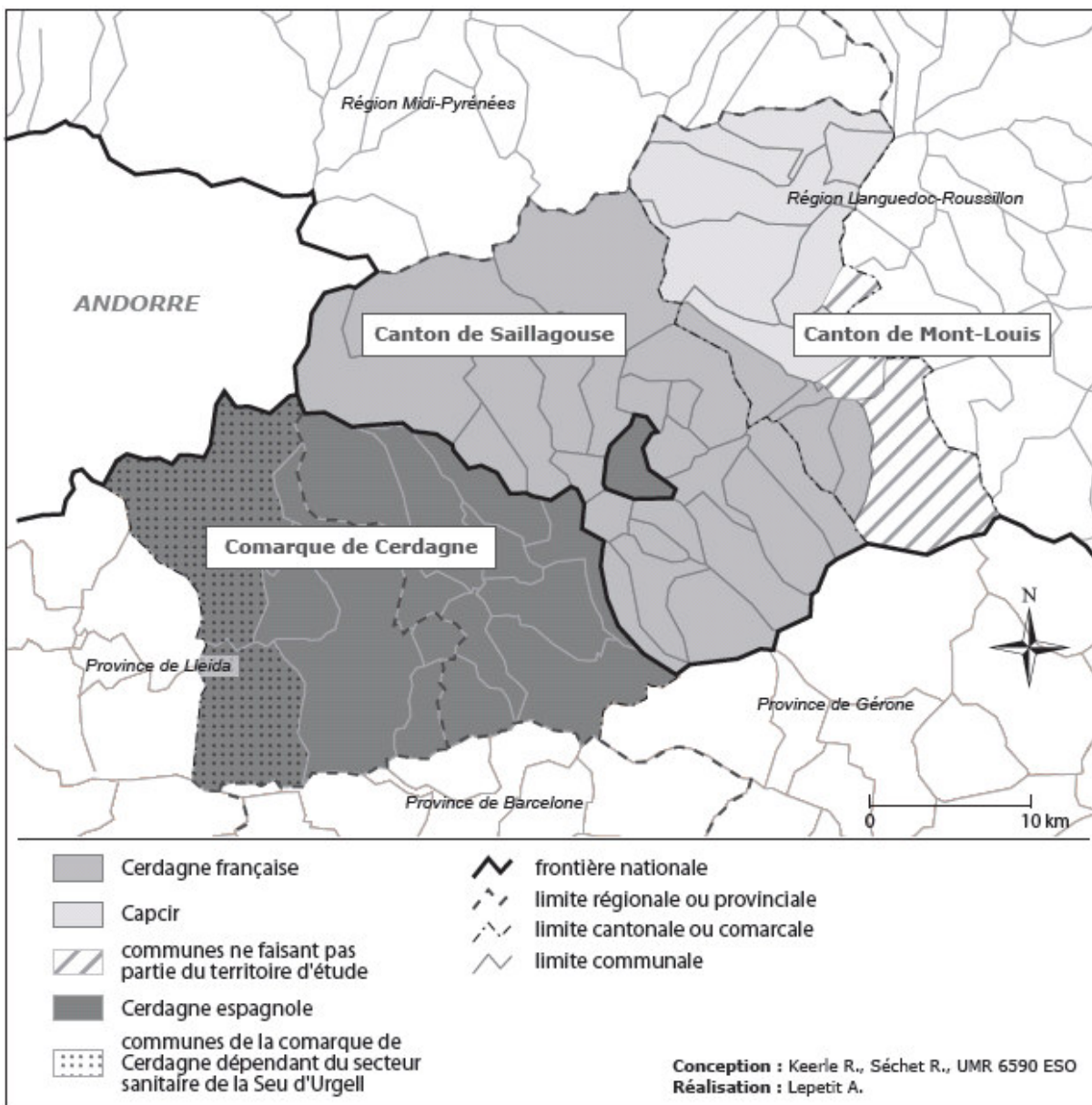


Fig. 1 — Le territoire d'étude : les effets de frontières.

Intégrée aux Pyrénées-orientales, la Haute Cerdagne correspond pour une grande part au canton de Saillagouse, ainsi qu'à cinq communes du canton de Mont-Louis (place forte marquant le

contrôle de la communication vers le Roussillon) qui regroupe en outre le Capcir et trois communes du Conflent (Caudiès-de-Conflent, Fontpédrouse, Sauto). Ces deux cantons (sauf les trois communes du Conflent) constituent le cadre du territoire de référence du projet d'HCTC côté français. Cet espace est loin d'être politiquement unifié comme l'indique l'incohérence des limites de la communauté de communes Pyrénées-Cerdagne qui notamment n'inclut pas la commune de Bourg-Madame (fig. 2). Du côté espagnol, le territoire de référence du projet d'HCTC comprend la Basse Cerdagne, qui correspond à la *comarca*² de Cerdanya créée en 1987 par la Généralité de Catalogne dans le cadre de la nouvelle organisation territoriale catalane.

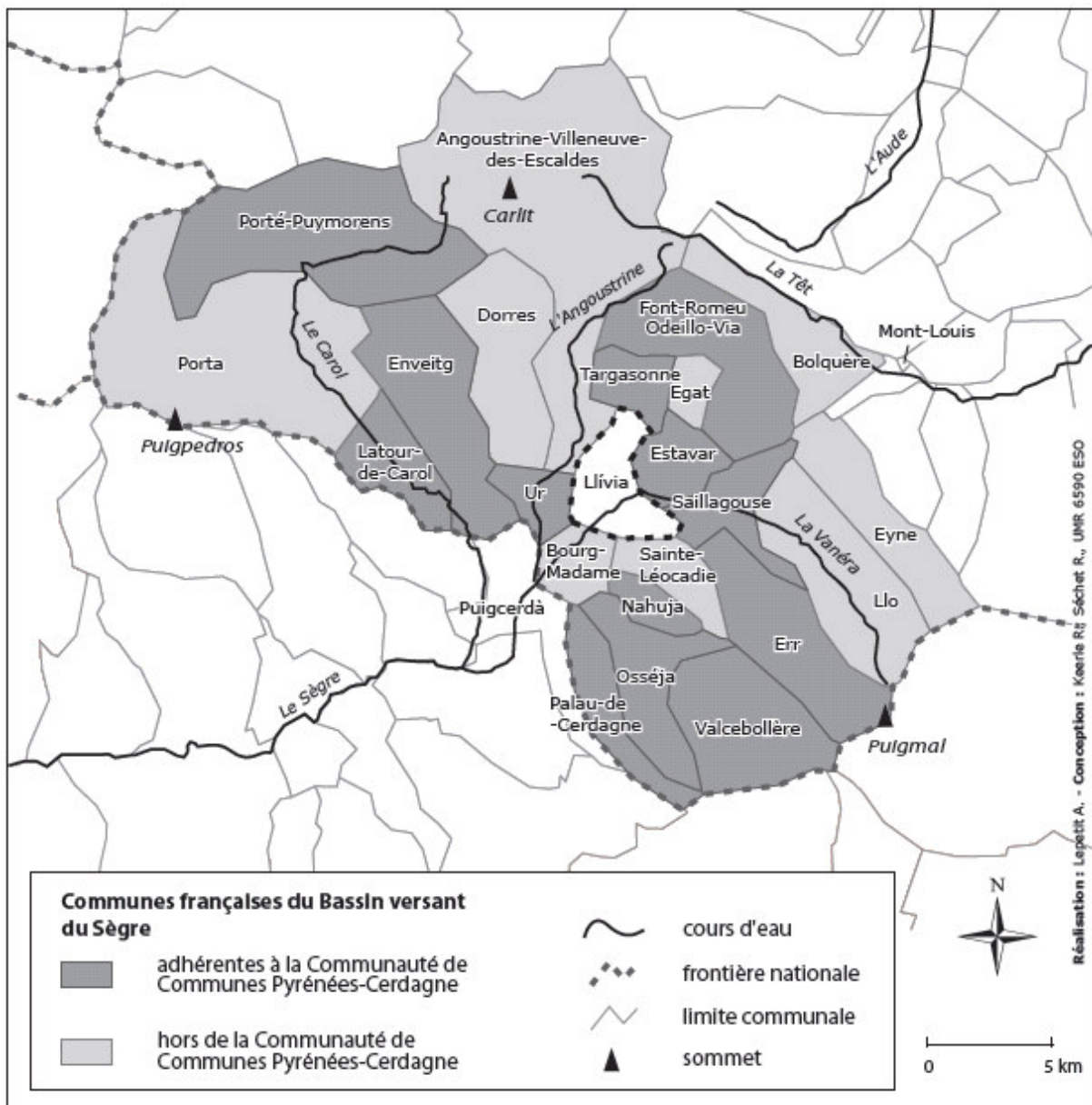


Fig. 2 — La partie française du bassin-versant du Sègre.

² Sur les comarques, voir Clarimont (2005).

Cernée par plusieurs massifs et sommets (Carlit, Puigmal, Puigpedros, ...), la Cerdagne est longtemps restée aussi difficilement accessible côté français que côté espagnol. Les communications routières empruntaient des cols régulièrement enneigés (col du Puymorens vers la haute Ariège et Toulouse, col de la Perche vers Perpignan par la vallée de la Têt, col de Toses vers Girona [Gerona]³) ou, en Espagne, le défilé du Baridà vers La Seu d'Urgell puis Lleda [Lérida] par la vallée du Sègre. Mais alors que l'ouverture du tunnel du Cadí, en 1987, a considérablement amélioré la liaison routière avec Barcelone, l'aménagement de la RN16 qui assure celle vers Perpignan, reste un chantier en lent progrès depuis 30 ans.

Après une longue période d'exode rural, l'évolution démographique est redevenue positive en Cerdagne, aussi bien pour les soldes naturels que migratoires. Cela est un peu plus marqué côté français où la population reste cependant un peu moins importante (15 000 habitants contre 17 000 environ). Les maxima atteints au milieu du XIX^e siècle ont ainsi été nettement dépassés. La petite ville espagnole de Puigcerdà (8859 habitants en 2006) forme avec la française Bourg-Madame (1 262 habitants en 2006), située de l'autre côté de la rivière Raurh⁴, le principal pôle urbain de Cerdagne. Bien que modeste, celui-ci remplit des fonctions de centralité pour les habitants du plateau cerdan ainsi que pour ses résidents secondaires ou temporaires, dont la présence est liée à l'activité touristique. L'économie du plateau est en effet marquée par le phénomène touristique, particulièrement développé côté français pour la saison d'hiver. La réduction des distances-temps avec Barcelone ainsi que la liberté de circulation entre la France et l'Espagne permise par la construction européenne ont favorisé la fréquentation de week-end en même temps qu'elles ont dopé l'immobilier sur tout le plateau.

³ En cohérence avec l'objet d'étude, nous avons privilégié les dénominations catalanes.

⁴ Bourg-Madame est née, suite au traité des Pyrénées de 1659, à partir des guinguettes (auberges) établies à Hix, siège d'entrepôts liés au commerce frontalier. C'est pourquoi l'appellation « Guingueta » (catalanisation de guinguette) est encore reprise aujourd'hui pour désigner Bourg-Madame (fig. 3).



Fig. 3 — L'entrée de Bourg-Madame vue depuis la frontière sur le Raurh.
(Photographie © R.Keerle).

Si les échanges entre les parties française et espagnole de la Cerdagne se sont développés, en particulier depuis l'essor du tourisme d'hiver, la frontière est restée étanche dans le domaine des soins, chaque système national de santé gardant ses spécificités. Du côté français, l'économie locale a bénéficié de la construction, à partir des années 1920, de nombreux établissements sanitaires implantés en Cerdagne au nom des bienfaits de l'ensoleillement et de la sécheresse de l'air ambiant. Cet argument climatique reste en vigueur (fig. 4) mais les logiques nationales de régionalisation de l'offre de soins ont imposé une rétraction des aires de recrutement et, en conséquence, une réduction de l'offre.



Fig. 4 — Un ancien sanatorium reconverti en établissement sanitaire et social à Osséja
(Photographie © R.Séchet).

En 1985, alors que le déclin et la conversion se sont amorcés, les établissements sanitaires du plateau cerdan étaient encore au nombre de 22 et avaient une capacité totale de l'ordre de 2100 lits (Mouls, 1987). La loi de juillet 1991 qui a instauré les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), première étape importante en matière de planification de l'offre hospitalière dans des cadres régionaux, a remis en cause les possibilités de recrutement extra régional des patients. Les ordonnances Juppé de 1996 ont concrétisé la montée en puissance de la région comme niveau de la régulation en matière d'offre de soins hospitaliers. Le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) devient l'acteur fort de cette nouvelle gouvernance. Les réflexions conduites en Languedoc-Roussillon dans le cadre de la préparation des SROS sur l'adéquation entre offre et besoins ont eu pour effet de rendre manifeste un excédent ou une inadéquation de l'offre cerdane par rapport aux besoins des populations de la région ou éventuellement des régions voisines. Ce constat a tout particulièrement touché les centres climatiques de montagne, de plus en plus privés de leur patientèle extra régionale. Le processus de rétraction pour les seuls besoins régionaux et locaux a été renforcé avec le SROS 3 (2006-2010). Ce qui, pour les Pyrénées orientales, a signifié le renforcement de l'offre dans l'agglomération de Perpignan et la plaine du

Roussillon au détriment de l'arrière pays, dont le Plateau cerdan. Et effectivement les établissements ont dû fermer ou s'adapter. Aujourd'hui, le plateau cerdan ne compte plus que 11 établissements pour une capacité d'accueil totale d'à peine plus de 500 lits. Et la loi « Hôpital, patients, santé et territoires »⁵ dont l'un des objectifs annoncés est d'améliorer l'ancrage territorial des politiques de santé par la création des Agences régionales de santé (ARS) ne devrait pas, bien au contraire, avoir pour effet d'inverser cette dynamique.

Ces recompositions ont incontestablement joué un rôle majeur dans l'émergence et la réussite du projet d'HCTC dans le cadre d'une coopération transfrontalière qui amène à dépasser les analyses de Mancebo et Harguindéguy.

2. Déconstruction et reconstruction des frontières dans l'espace cerdan : où les acteurs cerdans maîtriseraient leur(s) territoire(s)

Dans sa thèse, F. Mancebo analyse « *les transformations socio-spatiales dont la Cerdagne est le siège depuis l'ouverture des frontières* » (Mancebo, 1999, p. 7). Il considère que « *la frontière a participé à l'élaboration du territoire cerdan, donc à la construction des identités cerdanes* » (Mancebo, 1999, p. 11), et que les flux qui la traversent y jouent un rôle important dans l'organisation de l'espace. La gestion de ces flux transfrontaliers a occasionné de nombreux conflits, lesquels « *ont toujours occupé une place centrale comme éléments structurants de l'espace cerdan* » (Mancebo, 1999, p. 171). L'auteur analyse ainsi de nombreux conflits entre France et Espagne, dont ceux relatifs à l'accès à l'enclave de Llívia, et surtout ceux concernant la gestion de l'eau, liés à l'appartenance française de la partie amont du bassin versant du Sègre (fig. 2).

Mais la frontière internationale n'est pas seule en cause. Prenant en compte l'ensemble des limites internes des parties françaises et espagnoles de la Cerdagne, « *territoire balaféré [...] de frontières* » (Mancebo, 1999, p. 8 et p. 14), l'auteur analyse également les conflits entre acteurs cerdans à l'intérieur des frontières nationales, tout comme l'articulation entre les dimensions locales et la dimension internationale de ces conflits.

Côté français, le fait dominant relevé par F. Mancebo sur le plan politique est la difficulté de la coopération intercommunale. Les multiples conflits entre communes susceptibles d'engager cette coopération retentissent sur les initiatives transfrontalières, telle celle d'un réseau de musées transfrontaliers dont le thème central serait le rôle de la frontière. Le projet, proposé en 1990 par six villages français, a été articulé en 1995 avec un projet comparable piloté, côté espagnol, par Puigcerdà afin de bénéficier des crédits Interreg II (1994-1999). Il n'a pu aboutir du fait d'une

⁵ Le texte de la loi dite « loi Bachelot » a été adopté par l'Assemblée nationale le 23 juin 2009 et par le Sénat le 24 juin 2009.

défaillance de la partie française liée au refus de l'intensification de la coopération intercommunale nécessitée par le contrôle de l'utilisation des fonds européens versés.

Côté espagnol, la situation est moins conflictuelle, tout au moins au cœur de l'espace cerdan, du fait du rôle polarisateur de Puigcerdà, qui contraste avec l'absence de pôle dominant côté français. Par contre, le découpage provincial a initié une rivalité entre Puigcerdà, que l'inclusion de Llívia en France avait élevée au rang de capitale historique de la Cerdagne, elle-même comprise dans la province de Gérone, et La Seu d'Urgell, siège des administrations de six villages cerdans et dépendant de la province de Lleida. La superposition de ce découpage provincial et de la nouvelle organisation territoriale introduite par la généralité de Catalogne dans le cadre de la réorganisation des collectivités territoriales consécutive au développement de l'autonomie dans l'État espagnol, qui rétablit pour l'essentiel les comarques dans leurs limites antérieures au découpage provincial, a rendu la situation encore plus complexe.

Mancebo conclut que les Cerdans se sont toujours servis des dissymétries qu'engendraient les frontières et que leur ouverture provoque « *une renaissance des conflits* » (1999, p. 170) au sein de la Cerdagne dans son ensemble et entre ses parties française et espagnole. Sa conception systémique de l'espace cerdan le conduit à forger le concept de « *frontière membrane* » (Mancebo, 1999, p. 178), que « *les Cerdans désespérés par l'ouverture des frontières tentent de reconstruire* » (Mancebo, 1999, p. 180).

La première étape de notre hypothèse est que la réussite du projet d'HCTC constitue un contre-exemple de la thèse de F. Mancebo qui généralise la notion d'acteurs cerdans, pour lesquels l'ouverture des frontières serait « *vécue comme une menace pour les cadres mentaux et comportementaux habituels* » (Mancebo, 1999, p. 170).

3. Une analyse de la coopération transfrontalière franco-espagnole : où les interactions négatives entre acteurs cerdans ne sont pas compensées par les coopérations englobantes

Quant au travail de J.-B. Harguindéguy, il met en garde contre les explications culturalistes qui tendent « *à considérer les communautés frontalières comme des ensembles homogènes* » (Harguindéguy, 2007, p. 228). J.-B. Harguindéguy analyse la mise en œuvre du programme communautaire Interreg III A (2000-2006) sur la frontière franco-espagnole dans son ensemble dans le cadre d'une triple problématique : capacité de ce programme de modifier les objectifs et méthodes d'action publique en milieu frontalier, capacité de la Commission européenne d'engendrer, en particulier à travers ce programme, un processus de disparition des frontières et, globalement, capacité de cet acteur à imposer « *une logique de dissolution unilatérale des limites étatiques sous l'effet de la promotion de la coopération transrégionale* » (Harguindéguy, 2007, p. 22).

Considérant les fonds structurels européens en général et le programme Interreg en particulier comme « *un cadre juridique et cognitif mettant à disposition des acteurs locaux une somme d'argent et une méthode de mise en œuvre* » (Harguindéguy, 2007, p. 41), J.-B. Harguindéguy interroge la manière dont les acteurs locaux établissent des stratégies leur permettant d'utiliser ces instruments afin de mener à bien leurs propres projets. L'analyse des facteurs qui conditionnent ces stratégies fait intervenir trois grands groupes de variables :

- les cultures des acteurs locaux (capacité de coopération) et leurs représentations des contextes spatiaux (le relief comme obstacle ou facteur de continuité, les aspects socio-économiques, la nature des projets concernés) ;
- les variables relatives aux relations entre acteurs locaux et à l'influence des « *acteurs périphériques étatiques, infra-étatiques et supra-étatiques* » (Harguindéguy, 2007, p. 42) ;
- les facteurs d'ordre institutionnel, dont la capacité des acteurs locaux « *à institutionnaliser leurs interactions à travers des arrangements organisationnels plus ou moins stabilisés* » (Harguindéguy, 2007, p. 42).

Le choix des terrains d'étude de J.-B. Harguindéguy a « *été dicté avant tout par une logique déductive* » (Harguindéguy, 2007, p. 46) permettant d'illustrer le caractère nuancé des résultats analysés du point de vue de la perspective intégratrice portée par la Commission européenne :

- résultat positif pour le projet de valise pédagogique élaboré par les conseils municipaux d'Hendaye et de Fontarabie ;
- résultat mitigé pour l'étude de faisabilité concernant la mise en place d'un téléphérique rejoignant les communes de Gavarnie, Gèdre, Broto et Torla ;
- résultat négatif pour le projet de coopération culturelle entre le syndicat intercommunal pour la valorisation du patrimoine cerdan et l'organisme gérant le musée cerdan de Puigcerdà.

Analysant les difficultés de mise en œuvre de ce deuxième projet muséal en Cerdagne, l'auteur insiste sur le manque de coopération entre acteurs locaux, lequel conduit, du côté français, à se placer sous la dépendance du Conseil général des Pyrénées orientales et du Conseil régional de Languedoc-Roussillon, alors opposés par un conflit partisan⁶. La coopération entre musées français et espagnol de Cerdagne ne peut donc être institutionnalisée.

L'analyse comparative des trois cas qu'il a étudiés inspire à J.-B. Harguindéguy une conclusion relative aux facteurs qui conditionnent les stratégies des acteurs locaux : influence limitée des cultures politiques locales et des représentations des contextes spatiaux, rôle déterminant des relations au sein des réseaux d'acteurs, importance de la capacité des acteurs locaux à institutionnaliser leurs interactions. Dans cette comparaison, le cas cerdan présente l'idéal type de

⁶ Jusqu'en 2004, le Conseil régional du Languedoc-Roussillon était dirigé par un membre de l'UDF alors que le Conseil général des Pyrénées orientales était dirigé par un socialiste depuis 1998.

« *luttres entre collectivities territoriales françaises rendant difficile l'émergence d'une stratégie de développement homogène* » (Harguindéguy, 2007, p. 240).

La réussite du projet d'HCTC, malgré un accouchement difficile, constitue dès lors un contre-exemple de l'idéal type cerdan dégagé par l'analyse de J.-B. Harguindéguy, lequel attribue l'échec du second projet de coopération transfrontalière cerdan dans le secteur culturel à « *la lutte entre les conseils général et régional* » concernés (Harguindéguy, 2007, p. 215).

II - La coopération transfrontalière en Cerdagne : la santé exemplaire ?

S'agissant de la coopération transfrontalière dans le secteur de l'offre de soins, le projet d'HCTC a réussi malgré des configurations d'acteurs très différentes de part et d'autre de la frontière.

1. Mise en perspective de la coopération transfrontalière en matière de santé

Envisagée sous l'angle de l'eupréanisation des politiques publiques, la santé, ou plus précisément l'offre de soins, est un domaine où la compétence de l'Union européenne reste « *subsidaire* » (Oberdorff, 2008, p. 17), de sorte que le développement de la coopération transfrontalière dans ce domaine est corrélé aux degrés de décentralisation et de déconcentration que connaissent les Etats concernés. La coopération transfrontalière franco-espagnole est aujourd'hui globalement plus développée à l'ouest du massif pyrénéen que sur la partie de la frontière concernant les Pyrénées-orientales (Tambou, Saragueta, 2006) et, jusqu'au développement du projet d'HCTC, ce diagnostic était également valable pour la santé. La coopération transfrontalière en matière de santé n'a commencé que tardivement, comme l'indique l'état des lieux de la coopération sanitaire transfrontalière réalisé en 2001 par la Mission opérationnelle transfrontalière.

Cette coopération peut concerner aussi bien la prévention et les soins, qui concernent l'ensemble des acteurs de la santé, voire plus⁷, que l'enseignement, la formation et la recherche, qui concernent surtout les centres hospitalo-universitaires. S'agissant des soins, la loi hospitalière de 1991 a permis aux hôpitaux français de conclure des accords de coopération transfrontalière. Mais il est probable que la position délicate des Directeurs d'hôpital, tirillés entre le Maire, l'Etat, les praticiens hospitaliers, explique que « *la densité de la coopération transfrontalière sanitaire ne se distingue en rien des autres thèmes de coopération transfrontalière* » (Mission Opérationnelle Transfrontalière, 2001, p. 23). A l'inverse, on peut sans doute généraliser le constat de la prégnance du rôle catalyseur des élus dans l'émergence de projets transfrontaliers concernant la santé en

⁷ Par exemple, les dispositifs en faveur de l'amélioration des conditions de logement peuvent être considérés sous l'angle de leurs impacts pour la santé des populations.

général, l'hôpital en particulier. L'avance prise par la coopération sanitaire transfrontalière à l'ouest du massif est ainsi corrélée à un fort développement de la coopération intercommunale. A l'inverse, à l'est de la frontière, selon un bilan récent, « *les collectivités locales ont été nettement moins présentes parmi les chefs de file* » (Mission Opérationnelle Transfrontalière, 2008, p. 68), tant du côté français que du côté espagnol.

L'hôpital de Puigcerdà est le seul établissement sanitaire de Cerdagne à assurer des activités de chirurgie et d'obstétrique. Mais l'étanchéité des systèmes de santé français et catalan a longtemps empêché le développement de son influence sur la partie française du plateau cerdan. Les relations entre les responsables de l'Assurance maladie et ceux de Catsby (organisme chargé de la planification, du financement et de l'évaluation du secteur public de santé en Catalogne) ont démarré en 1996 pour délimiter les modalités de financement des frais médicaux des habitants français du plateau. Elles ont eu pour objectif d'ouvrir le service des urgences de l'hôpital de Puigcerdà aux patients français dont l'état l'imposait. Mais, de part et d'autre de la frontière, des difficultés d'ordre technique ont limité cet accueil. Au total, en 2000 et 2001, plus de la moitié des frais engagés par l'hôpital de Puigcerdà pour les patients français n'étaient pas recouverts.

Les évolutions de l'offre hospitalière prévues dans le cadre du SROS 2 (1999-2004) pour les Pyrénées-orientales ont imposé de dépasser ces difficultés et, ainsi, accéléré le processus de rapprochement entre acteurs français et espagnols qui a conduit au projet d'hôpital commun. L'argument d'un excédent de lits de 15 à 20 % en médecine, chirurgie et obstétrique pour les Pyrénées orientales a notamment justifié la décision de fermer la maternité de Prades, contraignant les parturientes de Haute Cerdagne à aller accoucher à Perpignan. Cet allongement des distances-temps qui est contraire au principe d'égalité dans l'accès aux soins a justifié la signature, en 2001, d'une convention hospitalière entre l'ARH de Languedoc-Roussillon, le Centre hospitalier de Perpignan et l'hôpital de Puigcerdà. Cette convention a permis de surmonter les difficultés techniques qui limitaient la prise en charge des urgences médicochirurgicales et des accouchements en provenance de Cerdagne française. L'évolution de l'activité de l'hôpital de Puigcerdà consécutive à ces réponses de proximité a dès lors justifié le projet d'hôpital commun de Cerdagne, présenté comme nécessaire parce que répondant à des besoins avérés.

2. Le projet d'HCTC

Le projet d'HCTC a commencé à se concrétiser le 10 janvier 2003 avec la signature par le Président du Conseil régional de Languedoc-Roussillon et le Président de la Généralité de Catalogne du protocole d'accord initiant le lancement d'une étude de faisabilité de la création d'un hôpital commun transfrontalier en Cerdagne dans le cadre de l'Eurorégion et d'un appel à projet

Interreg III A. Le Conseil régional de Languedoc-Roussillon, partenaire chef de file, s'est associé à l'ARH, au Service catalan de santé et à la Fondation privée Hôpital de Puigcerdà pour mener à bien cette étude (Conill, Rodríguez Galan, 2003). Celle-ci est intervenue à un moment où, de part et d'autre de la frontière, les acteurs locaux ou régionaux de la santé voyaient un intérêt à aller de l'avant.

Du côté espagnol, les possibilités de coopérations transfrontalières soutenues par Bruxelles ont été opportunément saisies par ceux qui défendent l'hôpital de Puigcerdà contre celui de la Seu de Urgell : *« Puigcerdà était trop petit et devait être reconstruit et, comme en France, il y a une classification des hôpitaux : pour avoir un seuil de bassin démographique de référence suffisant, il fallait qu'ils puissent faire état du bassin français. Du côté espagnol, ils ont réussi cela, ce qui leur a permis d'obtenir la reconstruction au détriment de la Seu de Urgell qui était l'autre hôpital avec qui ils étaient en concurrence pour la reconstruction. »* (entretien avec M. Barbe, directeur général de l'association Joseph Sauvy⁸).

Du côté français, l'étude financée dans le cadre du programme Interreg est intervenue alors que démarrait la préparation du SROS 3. L'un des objectifs des SROS 3 était d'articuler les moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et avec les secteurs sociaux et médico-sociaux tout en tenant compte, pour les bassins de vie concernés, de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers. A cette fin, des projets médicaux de territoire devaient leur être intégrés. En Languedoc-Roussillon, l'élaboration du projet médical du territoire d'étude de Cerdagne et Capcir a été confiée à l'association Santé Cerdagne Capcir qui a regroupé la plupart des établissements de santé du plateau. L'élargissement du cadre de réflexion à l'ensemble de la Cerdagne permis par le projet d'HCTC a été perçu comme un moyen de mieux répondre aux besoins de soins hospitaliers des populations du Plateau cerdan et d'intégrer ses établissements de soins dans des analyses en termes de réseaux transfrontaliers.

Une fois cette étude réalisée, côté français, les répartitions des compétences ont nécessité un changement d'échelle du jeu des acteurs. Le ministre français de la Santé et des Solidarités, Xavier Bertrand, et son homologue à la généralité de Catalogne, Marina Geli, ont signé, le 17 octobre 2005, la déclaration conjointe d'intention sur la coopération dans le domaine de l'accès aux soins de proximité pour les patients de Cerdagne et de Capcir. C'était le préalable nécessaire au lancement du concours d'idées d'architecture pour le futur hôpital, géré en partenariat franco-catalan. Cette déclaration prévoyait que le cadre légal de l'hôpital transfrontalier s'appuie sur le traité de Bayonne

⁸ L'association Joseph Sauvy, qui possède un établissement de soins et un établissement d'hébergement et d'accueil pour personnes âgées et dépendantes en Cerdagne, est un des interlocuteurs privilégiés des porteurs espagnols du projet d'HCTC.

de 1995⁹. Il est intéressant de constater que c'est le projet d'HCTC, correspondant au franchissement d'un seuil dans la coopération transfrontalière en matière de santé sur la frontière franco-espagnole, et non une initiative venue de la partie occidentale du massif qui a enclenché un mécanisme d'approfondissement de l'eupéanisation dans le champ de la santé. En effet, en avril 2006, les autorités françaises ont fait savoir que ce traité ne pouvait servir de cadre à l'établissement du consortium inter administratif chargé de gérer l'hôpital car, s'il a bien fixé les conditions de la coopération transfrontalière entre collectivités territoriales, il n'incluait pas le secteur de la santé. Dès lors, une solution provisoire a été trouvée avec un nouvel outil de coopération territoriale de l'Union européenne : le Groupement européen de coopération territoriale [GECT]. Les GECT ont été créés en juillet 2006 en prévision de la nouvelle période de programmation de l'initiative communautaire Interreg (2007-2013). Le droit français excluait, jusqu'alors, « *les Etats des actions de coopération menées entre les collectivités locales françaises et étrangères et leurs groupements, afin de conserver une distinction claire entre action extérieure de l'Etat et action extérieure des collectivités locales. Or la pratique de la coopération transfrontalière et décentralisée a montré que les actions de coopération n'ont que marginalement une dimension diplomatique relevant des seules compétences de l'Etat. A contrario, les différences de répartition des compétences entre Etat et collectivités locales au sein de l'Union européenne nécessitent pour de nombreuses actions de coopération la présence des Etats aux côtés des collectivités locales* » (Lapouze, in Mission Opérationnelle Transfrontalière, 2006, p. 28). Le 19 mars 2007, Xavier Bertrand et Marina Geli ont ainsi signé une charte d'intentions par laquelle les deux administrations s'engagent à créer un GECT ayant fonction d'instrument juridique inter administratif pour la gouvernabilité et la gestion du futur hôpital transfrontalier de la Cerdagne. Cette charte établit les bases du futur GECT auquel, outre les deux administrations signataires, les autres administrations régionales et municipales participeront et seront représentées. Elle prévoit notamment une participation financière des administrations partenaires à hauteur de 40 % pour la République française et de 60 % pour les administrations publiques catalanes. Le GECT ne résolvait toutefois pas tous les problèmes et la signature d'un accord-cadre entre la France et l'Espagne reste nécessaire. Bien que cette signature n'ait pas encore eu lieu, la construction du nouvel établissement a commencé en mars 2009 sur un terrain de 17 000 m² mis à disposition par la mairie de Puigcerdà.

III – L'eupéanisation par la catalanité : acteurs et formes

Le degré de réussite du projet de l'HCTC constitue un contre-exemple des hypothèses formulées par F. Mancebo et J.-B. Harguindéguy selon lesquelles les projets de coopération transfrontalière

⁹ Ce traité est venu combler l'absence de fondements juridiques aux projets communs des collectivités territoriales françaises et espagnoles.

menés en Cerdagne seraient voués à l'échec du fait de sa « *configuration territoriale* » (Harguindéguy, 2007, p. 226). Il est donc pertinent d'avancer des éléments explicatifs de cette réussite atypique. La recherche de causalités incite alors à poser la question de l'impact de la catalanité des acteurs dans les coopérations transfrontalières. Pour terminer, cette recherche de causalités amène à poser la question du rôle de la catalanité des acteurs dans l'essor des coopérations transfrontalières : la généralisation de la coopération transfrontalière ne serait-elle pas à l'ordre du jour à l'est des Pyrénées ?

1. L'HCTC : une configuration spécifique des acteurs de l'eupéanisation

La constance des acteurs espagnols, déjà remarquée par F. Mancebo et J.-B. Harguindéguy dans leurs analyses respectives, est confirmée par l'étude du cas de l'HCTC. C'est ainsi que, dans l'attente de l'accord intergouvernemental nécessaire pour pérenniser le projet en levant toute insécurité juridique, une fondation privée de droit catalan a été créée en juillet 2006 pour permettre la poursuite du projet.

Côté français, la réussite de celui-ci s'explique par l'intervention d'acteurs d'autant plus fortement motivés que, pour certains, ils étaient à la fois acteurs sociaux du territoire et acteurs socialisés dans le territoire¹⁰ (Gislain, 2004, p. 204). Ceci à la différence des situations analysées par F. Mancebo, où dominent les acteurs sociaux du territoire, et par J.-B. Harguindéguy, dans lesquelles ces deux catégories d'acteurs sont assez radicalement distinctes.

Côté français, les oppositions et réticences au projet n'ont eu que peu de poids face à la volonté d'acteurs hybrides. Parmi ces acteurs, signalons, en limitant volontairement l'exposé à ceux dont la capacité d'action excède la Cerdagne, d'abord ceux du réseau professionnel du secteur de la santé. Deux d'entre eux s'attribuent la paternité du projet :

- Joaquim Casanovas, né à Toulouse mais dont le père était originaire de Puigcerdà, directeur de l'hôpital de Perpignan de 1999 à 2008, et qui, lors de sa formation à l'École nationale de santé publique à Rennes, a rédigé un mémoire portant sur l'organisation des soins dans le département des Pyrénées-orientales (Casanovas, 1978) ;

- Francis Montané, médecin pneumologue maintenant à la retraite mais qui a exercé pendant 35 ans dans la région. C'est dès 1994 que celui-ci, alors Président départemental de l'ordre des médecins, aurait exprimé l'idée de développer des collaborations entre Haute et Basse Cerdagne pour créer un hôpital commun afin de répondre aux besoins des habitants de la Cerdagne et du

¹⁰ Selon Gislain (2004, p. 204), l'acteur social du territoire est un « acteur plus ou moins collectivement organisé et produisant socialement/politiquement/administrativement/etc. le territoire » alors que l'acteur socialisé dans le territoire est « l'acteur/sujet individuel « situé » dans le territoire tel qu'il se présente à lui comme construction sociale ».

Capcir.

Les acteurs politiques locaux ont, quant à eux, mis entre parenthèses leurs rivalités et concurrence pour permettre la réussite du projet. Le socialiste Christian Bourquin, Président du Conseil général des Pyrénées orientales depuis 1998, proche de Jean-Louis Guigou quand celui-ci était délégué à la DATAR, et premier vice-Président de la région Languedoc-Roussillon depuis 2004, a initié le projet en 2001. Député de la circonscription concernée de 1997 à 2002, il préside également le pays Terres romanes en pays catalan¹¹ (qui finance des cours de catalan pour les personnels des établissements de santé du plateau cerdan). Le député UMP actuel François Calvet, rallié au projet en 2002, a fait de son soutien au projet d'hôpital commun un moyen de défendre les établissements et l'emploi sur le plateau cerdan. Aussi écrit-il, quelques années plus tard, dans le compte-rendu de la réunion des militants UMP qui s'est tenue le 6 juin 2008 à Font-Romeu : « *Grâce aux liens privilégiés que nous avons su tisser avec Jean Castex, Directeur de Cabinet de Xavier Bertrand et maintenant maire de Prades, la restructuration des maisons de santé de Cerdagne est une réalité* » (<http://www.francois-calvet.com/blog>, 7 juillet 2008).

Jean Castex est, dans ce contexte, un des techniciens du secteur de la santé. Nommé Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au Ministère de la Santé en janvier 2005 avant de devenir chef de cabinet du ministre Xavier Bertrand, il possède une maison sur le plateau cerdan. Il a donc été à la fois très concerné localement et à même de peser sur les décisions prises au niveau gouvernemental. Alain Corvez, médecin et directeur de l'ARH Languedoc-Roussillon, qui s'est depuis longtemps intéressé aux questions d'aménagement du territoire, a lui aussi œuvré discrètement à la réussite du projet.

2. Vers une généralisation de la coopération transfrontalière ?

L'approche par les acteurs de la coopération transfrontalière, dans toute leur diversité plutôt que par un seul de leurs espaces d'action, confirme la proposition de Faure et Muller (2007, p. 13) selon laquelle les « *changements d'échelles affectent le jeu des acteurs* » (Faure, Muller, 2007, p. 13). Dans la perspective d'approfondissement théorique de la prise en compte de la notion d'acteur en géographie développée par J.-J. Gislain, il est possible d'ajouter que « *le changement d'échelle se traduit souvent pour les acteurs impliqués par une mise en question de leur identité dans leur espace de référence* » (Faure, Muller, 2007, p. 14). Ce qui signifie que même les acteurs socialisés dans le territoire cerdan ne sont pas condamnés à rester prisonniers de leurs identités.

La réussite du projet d'HCTC ne permet pas pour autant de généraliser une invalidation des diagnostics portés aussi bien par F. Mancebo que par J.-B. Harguindéguy sur la difficulté de la

¹¹ Reconnu en 2002, le Pays Terres romanes en pays catalan regroupe 95 communes de Cerdagne, du Capcir, du Conflent et de la Vallée de la Têt.

coopération intercommunale et transfrontalière en Cerdagne française. Ainsi, le consortium transfrontalier¹² qui réunit depuis 2005 Bourg-Madame et Puigcerdà n'a pas encore produit de réalisations conséquentes. Par contre, la signature en janvier 2008 du contrat de rivière du Sègre, 25 ans après les premières expériences de ce type en France, semble marquer un progrès dans cette coopération. Financé par un programme Interreg IIIA de 2001 à 2006, ce contrat, élaboré parallèlement à une démarche comparable du côté espagnol, a débouché sur des actions transfrontalières : journée pédagogique de sensibilisation à l'environnement mobilisant les élèves de toutes les écoles primaires de Cerdagne, harmonisation en cours du réseau de mesure de la qualité de l'eau sur les rivières du bassin du Sègre. Après avoir été source de conflit, le Sègre est érigé au rang de lien : « *Il s'agit de s'approprier cette identité unique autour de cette eau qui nous unit* »¹³.

En ce qui concerne la santé, la capacité des acteurs espagnols à mobiliser les fonds européens pour mener à bien des projets transfrontaliers aboutit à l'émergence progressive d'un espace interrégional. Un pôle transfrontalier de formation et de recherche sanitaire et social, qui pourrait devenir l'opérateur privilégié de formation des personnels de l'hôpital de Puigcerdà, se constitue. Un projet engagé dans le cadre du programme Interreg III A a permis à l'université de Gérone de signer, en 2006, une convention inter établissements avec l'Institut régional du travail social, l'institut méditerranéen de soins infirmiers et l'Université de Perpignan pour la mise en place de formations communes. Ce pôle s'est récemment renforcé avec la création d'un établissement de formation et de recherche médicale, nouvelle faculté ouverte à Gérone en 2008-2009. Cette réalisation s'inscrit dans la politique de l'Eurorégion Pyrénées-Méditerranée en matière universitaire et scientifique dont l'un des objectifs est de favoriser les échanges interuniversitaires par la collaboration des principaux centres de formation médicale de Toulouse, Montpellier et Perpignan avec ceux de Catalogne.

De leur côté, les acteurs politiques des Pyrénées orientales qui ont contribué à la réussite du projet d'HCTC développent des coopérations transfrontalières justifiées par la catalanité dans d'autres domaines que la santé. François Calvet, maire du Soler, au sud de Perpignan, y a célébré en 2008 la construction du collège Pompeu Fabra : « *Cet évènement exceptionnel [...] est le fruit d'une collaboration sans précédent entre la Generalitat de Catalunya, la mairie du Soler et l'association La Bressola présente des deux côtés des Pyrénées. Après la mise en place de l'Hôpital de Puigcerda, « première mondiale » aux yeux du Ministre de la santé, nous avons ainsi assisté à la*

¹² Les consortiums transfrontaliers sont des structures de coopération institutionnelle de proximité prévues par le traité de Bayonne de 1995. Le premier consortium transpyrénéen a été celui d'Hendaye-Hondarribia, à l'ouest du massif.

¹³ Site du Contrat de rivière du Sègre (http://www.pyrenees-cerdagne.com/c_riviere/Projet.htm). Les conflits franco-espagnols relatifs à l'eau du Sègre sont récurrents depuis le XIX^e siècle. Aujourd'hui encore, le contrat de rivière Sègre signale comme point noir la pollution des eaux d'un de ses affluents, le Carol, par les eaux usées d'Andorre, captées par E.D.F. pour contribuer à l'alimentation de la centrale hydroélectrique de L'Hospitalet (Ariège) construite en 1961 (fig. 2).

deuxième opération transfrontalière dans notre département, ce qui permet à la fois d'optimiser la qualité des installations existantes et de participer à la consolidation de cette Europe qui doit être avant tout voir placée sous le signe de la proximité et de l'identité »¹⁴. Christian Bourquin développe depuis 2006 un partenariat avec la Généralité de Catalogne pour la mise en place d'un projet d'Eurodistrict « *afin de mener à bien une politique de gouvernance territoriale transfrontalière entre les comarques de la région [sic] de Gérone et le Département des Pyrénées-Orientales (Catalogne Nord)* »¹⁵. Ceci dans le cadre d'une stratégie d'évitement bien comprise par rapport à son rival, puisque s'agissant de l'HCTC, le rapport de la Mission Opérationnelle qui prévoit d'organiser cet Eurodistrict dans le cadre d'un GECT précise : « *il n'a pas été jugé souhaitable de mettre en exergue ce projet qui est déjà très bien engagé, en laissant leur chance à d'autres projets ayant besoin d'être accompagnés ou mis en exergue* » (Mission Opérationnelle Transfrontalière, 2008, p. 100).

Comment interpréter ces évolutions contrastées de la coopération transfrontalière sur la frontière catalane des Pyrénées ? Se dirige-t-on vers une généralisation de la coopération sur cette frontière ?

Conclusion

L'analyse du projet d'HCTC et du jeu des acteurs qui ont permis sa réussite amène à porter un regard différent de celui de F. Mancebo et de J.-B. Harguindéguy pour ce qui concerne le côté français de la frontière orientale des Pyrénées. Les enseignements de cette analyse sont différents selon les échelles spatiales auxquelles ils s'appliquent.

A l'échelle de la Cerdagne, l'HCTC va renforcer le rôle polarisateur de Puigcerdà. Si son projet médical et de soins a été élaboré en concertation avec les milieux professionnels locaux des deux pays, puisque les personnels du futur hôpital devraient pouvoir venir de l'un et de l'autre côté de la frontière, ce nouvel équipement ne suffira pas à effacer cette frontière. En particulier, la coopération transfrontalière restera limitée par la compréhension divergente de la notion de soins de suite, traitée essentiellement sous forme ambulatoire en Espagne et non par le séjour en établissements spécialisés comme cela reste possible en France. A cet égard, les « représentations » des acteurs, jugées secondaires par J.-B. Harguindéguy pour expliquer le degré de réussite de cette coopération, resteront ici encore longtemps prégnantes.

¹⁴ Site de la mairie du Soler (<http://www.lesoler.com/sol-4100.php?CatID=10&ArtID=127>). La construction a été entièrement financée par la vice-présidence de la généralité de Catalogne, à hauteur de 2 915 000 €. Le terrain a été mis à disposition par la commune du Soler grâce à un bail emphytéotique signé avec La Bressola, réseau d'écoles laïques catalanes de la Catalogne Nord.

¹⁵ Site du Conseil général des Pyrénées-orientales (http://www.cg66.fr/economie/coop_transfront/demarche.html).

Le développement de nouvelles coopérations transfrontalières dans d'autres domaines et à d'autres échelles pose d'autres questions. La territorialité de l'action en Cerdagne doit-elle être appréciée différemment selon les types d'acteurs qui y interviennent et selon les contextes de leurs interventions, comme nous l'avons exposé, ou assistons-nous à une « *standardisation de l'action publique* » (Faure, 2007, p. 275) sur la frontière catalane ? Sur cette question, constatons que, du point de vue de la science politique, la coopération transfrontalière est encore un « *aspect méconnu des politiques régionales de l'Union européenne* » (Harguindéguy, 2007, p. 10). Or, dans un projet inédit comme l'est l'HCTC, convergent deux modes nationaux différents de territorialisation de l'action publique. Nous n'aurons donc pas la prétention de porter un jugement prédictif sur l'évolution de cette convergence et sa généralisation dans la zone d'étude, compte tenu de l'état de « *chantier intellectuel* » (Faure, 2007, p. 282) de cette question.

Références bibliographiques

- CASANOVAS J., *De la notion de besoin à celle de planification. Réflexion sur les problèmes de santé dans une zone de montagne*, Mémoire de fin d'assistanat, Rennes, Ecole nationale de la santé publique, 1978, 315 p.
- CASTEX J.-F., *La Catalogne Nord en quête d'identité*, Cabestany, Le Temple d'or, 2005, 246 p.
- CLARIMONT S., « L'émergence de nouveaux territoires de la prospective : de la comarca des géographes à une structure intercommunale nouvelle », *Sud-Ouest européen*, 2005, 20, p. 115-130.
- CONILL X., RODRÍGUEZ GALAN C., *Etude préalable au développement d'un hôpital commun transfrontalier en Cerdagne (Basse et Haute Cerdagne et Capcir)*, Rapport final pour la Région Languedoc-Roussillon et la Généralité de Catalogne, 2003, 102 p.
- FAURE A., « Conclusion générale : une nouvelle critique territoriale ? », In A. Faure, E. Négrier (dir.), *Les politiques publiques à l'épreuve de l'action locale. Critiques de la territorialisation*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 275-283.
- FAURE A., MULLER P., « Introduction générale. Objets classiques, équations nouvelles », In A. Faure, J.-P. Leresche, P. Muller, S. Nahrath (dir.), *Action publique et changements d'échelles : les nouvelles focales du politique*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 9-15.
- GISLAIN J.-J., « Futurité et toposité : sitologie des perspectives de l'action », *Géographie, Économie, Société*, 2004, vol. 6, p. 203-219.
- HARGUINDÉGUY J.-B., *La frontière en Europe : un territoire ? : coopération transfrontalière franco-espagnole*, Paris, L'Harmattan, 2007, 319 p.
- SÉCHET R., KEERLE R., « Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable », *Annales de géographie*, à paraître.

MANCEBO F., *La Cerdagne et ses frontières : conflits et identités transfrontalières*, Canet, Llibres del Trabucaire, 1999, 211 p.

MISSION OPÉRATIONNELLE TRANSFRONTALIÈRE, État des lieux de la coopération sanitaire transfrontalière, 2001, <http://www.espaces-transfrontaliers.org/document/sante.pdf>

MISSION OPÉRATIONNELLE TRANSFRONTALIÈRE, *Journée d'information et d'échanges sur le groupement européen de coopération territoriale : Jeudi 16 novembre 2006 IRA de Metz*, 2007, 110 p.

MISSION OPÉRATIONNELLE TRANSFRONTALIÈRE, *Livre Blanc de l'Eurodistrict, pour un avenir transfrontalier*, 2008, http://www.cg66.fr/economie/coop_transfront/doc/Livre%20Blanc%20de%20l%27Eurodistrict.pdf.

MOULS P., *Approche médico-socio-économique de la climatothérapie en Cerdagne*, Thèse de médecine, Montpellier 1, 1987, 92 p.

OBERDORFF H., « L'Européanisation des politiques publiques : éléments pour une problématique », In H. Oberdorff (dir.), *L'Européanisation des politiques publiques*, Grenoble, P.U.G., 2008, p. 5-30.

TAMBOU O., SARAGUETA F., « La coopération transfrontalière à l'échelle de la frontière franco-espagnole », In H. Comte, N. Levrat (dir.), *Aux coutures de l'Europe : défis et enjeux juridiques de la coopération transfrontalière*, 2006, p. 85-114.