



**FEDERATION EUROPEENNE DES MEDECINS SALARIES
EUROPEAN FEDERATION OF SALARIED DOCTORS**

Registered Office/Siège
Social :
39, rue Victor Massé
F-75009 Paris/France
Tel. +33 1 48 78 80 41
Fax +33 1 40 82 98 95
<http://www.fems.net>

Presidency:
Dr. Claude Wetzel
Hôpitaux Universitaires
Service d'Anesthésie-
Réanimation Chirurgicale
Hôpital de Hautepierre -
Avenue Molière
F-67098 Strasbourg/France
Tel +33 3 88 12 70 77 ou 76
Fax +33 3 88 12 70 74
claude.wetzel@chru-strasbourg.fr

Permanent Secretariat:
Rue de la Science, 41
B-1040 Brussels
Belgium
Tel. + 32 2 280 46 80
Fax + 32 2 280 47 80
e-mail: info@fems.net

Date :	8 Mar 2007	Document	F 07-006 FR
Title/ Titre:	French Report on the EU and on Health Services Rapport Français sur l'UE et les Services de Santé		
Author/Auteur:	Sénat Français – Délégation pour l'UE		

N° 186

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

Annexe au procès-verbal de la séance du 30 janvier 2007

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la délégation pour l'Union européenne (1) sur l'Union européenne et les services de santé,

Par M. Roland RIES,

Sénateur.

(1) Cette délégation est composée de : M. Hubert Haenel, président ; MM. Denis Badré, Jean Bizet, Jacques Blanc, Jean François-Poncet, Bernard Frimat, Simon Sutour, vice-présidents ; MM. Robert Bret, Aymeri de Montesquiou, secrétaires ; MM. Robert Badinter, Jean-Michel Baylet, Didier Boulaud, Mme Alima Boumediene-Thiery, MM. Louis de Broissia, Gérard César, Christian Cointat, Robert del Picchia, Marcel Deneux, André Dulait, Pierre Fauchon, André Ferrand, Yann Gaillard, Paul Girod, Mme Marie-Thérèse Hermange, M. Charles Josselin, Mme Fabienne Keller, MM. Serge Lagache, Gérard Le Cam, Louis Le Pensec, Mmes Colette Mélot, Monique Papon, MM. Yves Pozzo di Borgo, Roland Ries, Mme Catherine Tasca, MM. Alex Türk, Serge Vinçon.

Union européenne.

SOMMAIRE

	<i>Pages</i>
INTRODUCTION	5
I. ÉTAT DES LIEUX	7
A. UNE INTERVENTION LIMITÉE DE L'UNION EUROPÉENNE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	7
B. UNE MOBILITÉ ENCORE RELATIVEMENT MARGINALE	9
C. UNE SITUATION DÉSORMAIS INSATISFAISANTE COMPTE TENU DE LOURDES INCERTITUDES JURIDIQUES	15
1. <i>Des incertitudes sur le remboursement des soins pour les patients</i>	15
2. <i>Des incertitudes sur la libre circulation des services</i>	18
II. PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET CONTOURS ENVISAGEABLES POUR UNE ACTION COMMUNAUTAIRE	21
A. DES RISQUES À ÉVALUER	21
1. <i>Des risques liés à la mobilité des patients</i>	21
2. <i>Des risques liés à la mobilité des professionnels et des services</i>	22
B. LA NÉCESSITÉ DE CONCILIER DEUX OBJECTIFS	22
C. LES CONTOURS D'UNE INTERVENTION COMMUNAUTAIRE	23
1. <i>Une directive au champ clairement circonscrit</i>	24
2. <i>Un renforcement parallèle de la coopération entre États membres</i>	26
EXAMEN EN DÉLÉGATION	29
CONCLUSIONS ADOPTÉES PAR LA DÉLÉGATION	33
ANNEXE	35
Liste des personnes auditionnées	37

Le 26 septembre dernier, la Commission européenne a lancé une consultation publique concernant une possible action communautaire dans le domaine des services de santé (1).

Cette consultation a **un triple objet**.

Il s'agit d'abord d'examiner les **conséquences de l'évolution de la jurisprudence de la Cour de justice**, qui s'attache à concilier la compétence des États membres à organiser librement leur système de santé et le respect des libertés de circulation fixées par les traités, mais qui tend progressivement à faire prévaloir la mobilité des patients.

La consultation s'inscrit également dans le **prolongement du débat sur la directive « services »** (2). Les services de santé, qui étaient visés par la version initiale de la directive, ont été exclus de son champ d'application définitif. Cela pose alors la question du cadre juridique qui leur est applicable.

La consultation concerne enfin les voies et moyens pour **améliorer la coopération entre les systèmes de santé**.

Ce triple objet souligne toute l'importance de cette consultation publique puisqu'elle pourrait en définitive conduire à une refondation de la politique européenne de santé.

De fait, les enjeux sous-jacents à la démarche engagée par la Commission sont à la fois multiples et importants :

– **enjeu institutionnel** : conformément aux traités et au principe de subsidiarité, l'organisation et le financement des systèmes de santé est un domaine de compétence des États, l'action de l'Union européenne n'étant que résiduelle. Cet équilibre est-il durable et compatible avec les différentes formes de nomadisme médical qui se développent en Europe ?

(1) *Communication de la Commission, consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé, SEC (2006) 1195/4.*

(2) *Cette directive relative aux services dans le marché intérieur a été publiée le 27 décembre 2006 au Journal officiel de l'Union européenne. S'agissant des débats sur cette proposition, votre rapporteur renvoie au rapport d'information de la délégation « Que penser de la directive Bolkestein ? » (N° 206, 2004-2005).*

– **enjeu social** : l'existence d'un système de santé de qualité dont l'accès pour tous est garanti par un financement socialisé est au cœur du modèle social européen. Comment le conforter ?

– **enjeu économique** : le secteur de la santé est un secteur en forte croissance, créateur d'emplois et dont le développement devrait se poursuivre à un rythme soutenu dans les années à venir ;

– **enjeu financier** : les pays européens connaissent tous des difficultés de financement de leurs systèmes de santé ;

– **enjeu politique** : le précédent de la directive « Services » invite en effet à la plus grande vigilance sur une nouvelle initiative concernant le marché intérieur pour un secteur aussi sensible que celui de la santé ;

– **enjeu sanitaire** : les disparités en matière de santé restent fortes dans l'Union européenne (l'espérance de vie des hommes varie de 64 ans en Lettonie à 77 ans en Suède, l'incidence du cancer du poumon varie d'un facteur de 1 à 5 entre la Suède et la Hongrie, celle de la tuberculose de 1 à 17 entre l'Italie et la Lituanie...) et constituent légitimement une des premières préoccupations de nos concitoyens.

À ce stade, la Commission se montre très ouverte et ne préjuge en rien ni des formes d'une initiative à venir *(1)* (directive, appui à la coopération entre États, méthode ouverte de coordination, communication interprétative de la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes), ni des orientations à prendre sur le fond.

Dans ce contexte très ouvert, compte tenu de l'importance du sujet et comme nous sommes très en amont d'un éventuel processus législatif, il apparaît utile que la délégation puisse d'ores et déjà prendre date et fixer de premières orientations, qui seront transmises à la Commission sous forme de réponse à sa consultation publique.

(1) Même si le programme de travail 2007 de la Commission évoque d'ores et déjà une proposition législative pour établir un cadre communautaire de services de santé sûrs et efficaces.

I. ÉTAT DES LIEUX

A. UNE INTERVENTION LIMITÉE DE L'UNION EUROPÉENNE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Les traités originels n'évoquaient pas la santé. Face à la diversité des systèmes nationaux de santé et de sécurité sociale, les pères fondateurs choisirent de faire de ces questions de strictes compétences nationales.

Toutefois, à partir des années 1980, l'apparition de nouvelles maladies et de nouveaux risques sanitaires (dioxine, SIDA, vache folle, SRAS, grippe aviaire...), ainsi que la volonté de donner un plus grand contenu social à la construction européenne, ont conduit à une introduction progressive des questions de santé dans les traités. C'est avec l'Acte unique de 1986, puis avec les traités de Maastricht et d'Amsterdam qu'ont été posées les bases juridiques d'une intervention communautaire. L'Union européenne doit ainsi assurer un niveau élevé de protection de la santé. C'est dans ce cadre qu'ont été élaborés les programmes de santé publique et notamment le programme 2003-2008 doté de 354 millions d'euros.

L'intervention communautaire dans le domaine de la santé

La santé, au même titre que d'autres questions sociales, ne figurait pas parmi les priorités du Traité de Rome. C'est pourquoi l'implication de la Communauté européenne dans le domaine de la santé ne s'est manifestée, avant les années 1980, qu'à l'occasion de la mise en oeuvre des grands principes économiques inscrits dans les traités fondateurs. Il en est ainsi des règlements n° 1408/71 et 574/72 portant sur la coordination des régimes de sécurité sociale ou des multiples directives relatives aux professionnels de santé adoptés dans le but de garantir la liberté de circulation des personnes.

L'Acte Unique puis le traité de Maastricht et enfin le traité d'Amsterdam ont élaboré par touches successives les principes et objectifs d'une intervention communautaire dans le domaine de la santé. Un article du traité instituant la Communauté européenne est ainsi consacré à la santé publique. Il dispose notamment que : « *un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté* » (Article 152 TCE).

Cette base juridique ne remet pas en cause, toutefois, le rôle premier des États en matière de santé. L'action de l'Union européenne a pour but de compléter les politiques nationales, pas de les remplacer. Les États membres demeurent donc libres d'organiser et de fournir les services de santé comme ils le souhaitent, selon leur politique interne.

Dans ce contexte, la politique européenne de santé s'organise à grands traits de la façon suivante :

– deux domaines précis font l'objet d'une législation harmonisée au niveau communautaire : les organes et substances d'origine humaine, le sang et ses dérivés ; les domaines phytosanitaires et vétérinaires ;

– une législation communautaire concernant le médicament existe également : seuls le prix et le remboursement des médicaments demeurent de la compétence des États, l'ensemble de la législation sur la mise sur le marché des médicaments relevant désormais du niveau communautaire ;

– depuis 2003, la politique européenne en matière de santé fait l'objet d'une programmation pluriannuelle. Les deux programmes qui se sont succédés poursuivent les mêmes objectifs : promouvoir la diffusion et le partage d'informations en matière de santé, améliorer la capacité de réaction face aux menaces sanitaires (épidémies, pandémies...) et encourager l'adoption de modes de vie sains. Le programme 2007-2013 est doté d'un budget de plus de 367 millions d'euros ;

– la Commission poursuit également une action visant à ce que la dimension « santé » soit mieux prise en compte dans l'ensemble des autres politiques communautaires (concurrence, éducation et formation, agriculture et pêche, transports, environnement...).

Il n'en reste pas moins que l'action de l'Union demeure limitée et qu'elle n'a vocation à intervenir, en vertu du principe de subsidiarité, que si ses actions sont plus efficaces que celles menées au niveau national. De fait, l'intervention de l'Union se borne pour l'essentiel à encourager et faciliter la coopération des États membres en matière de santé publique.

À cet égard, on observera que le projet de traité constitutionnel ne modifiait qu'à la marge cette répartition des compétences. Ainsi, si l'article III-278 renforçait la compétence de l'Union en l'étendant aux « *menaces transfrontières graves sur la santé* » et en l'élargissant à la « *coopération entre les États membres visant à améliorer la complémentarité de leurs services de santé dans les régions frontalières* », cet article précisait en contrepartie la liste des champs relevant de la responsabilité des États membres : définition de leur politique de santé, organisation et fourniture de

services de santé et de soins médicaux, ainsi que leur gestion, allocation des ressources...

B. UNE MOBILITÉ ENCORE RELATIVEMENT MARGINALE

Pour autant, si l'Union européenne n'intervient qu'à la marge en matière de santé, elle n'en reste pas moins un espace intégré au sein duquel, sous certaines conditions, le principe de libre circulation des patients, des professionnels de santé et des services de santé doit pouvoir trouver à s'appliquer.

C'est ainsi que, **pour les personnes**, ont été mis en œuvre des règlements de coordination des régimes de sécurité sociale (1). Ces règlements permettent à une personne séjournant sur le territoire d'un autre État membre et nécessitant un traitement médical de se voir **rembourser**, sur présentation de la carte européenne d'assurance maladie (qui remplace notamment depuis 2004 l'ancien formulaire E 111), **les soins engagés sur la base du régime de l'État où sont réalisés ceux-ci, sous réserve d'une autorisation préalable pour les soins programmés.**

La coordination des régimes de sécurité sociale

L'article 42 du traité instituant la Communauté européenne pose le principe de la coordination des régimes de sécurité sociale des différents États membres afin de permettre au travailleur d'exercer son droit à la libre circulation.

C'est notamment sur cette base que deux règlements ont été adoptés au début des années 1970 : le **règlement n° 1408/71** relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, et le **règlement n°574/72** fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n°1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

Ces règlements posent les principes régissant la coordination des régimes de sécurité sociale – égalité de traitement entre nationaux et étrangers, prise en compte des droits acquis dans un autre État membre, affiliation dans l'État de travail – et en précisent les modalités d'application.

(1) Ce sont les règlements n° 1408/71 et 574/72.

Modifiés à de multiples reprises, ils ont désormais vocation à s'appliquer à toute personne bénéficiant d'une couverture sociale qui se déplace dans l'Union européenne, y compris pour des motifs autres que professionnels.

Ces règlements ne procèdent pas une harmonisation mais à une **coordination** des systèmes de sécurité sociale des États membres : ils ne remplacent pas les divers systèmes nationaux de sécurité sociale par un système européen unique. Les États membres demeurent libres de déterminer les détails de leurs systèmes de sécurité sociale, y compris les prestations qui sont accordées, les conditions d'octroi et les montants.

Les mécanismes de coordination mis en place ne se limitent pas aux dépenses de santé. L'article 4 du règlement n° 1408/71 dispose que les règlements communautaires s'appliquent à l'ensemble des législations relatives aux différentes branches de sécurité sociale. Les risques de sécurité sociale concernés sont :

- les assurances maladie et maternité ;
- l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles ;
- l'assurance invalidité ;
- l'assurance vieillesse, décès (pensions) ;
- l'assurance chômage ;
- les prestations familiales.

Les dispositions des règlements concernent tant les régimes généraux de sécurité sociale que les régimes spéciaux.

Ces règlements ont été refondus dans le **règlement n° 883/2004** du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Ce nouveau règlement n'entrera en vigueur qu'à compter de la publication de son règlement d'application, qui n'est pas encore totalement finalisé.

De même, **pour les professionnels**, la libre circulation a été assurée par la mise en place – au travers d'une douzaine de directives sectorielles désormais refondues dans la directive 2005/36/CE – d'un régime de reconnaissance des qualifications professionnelles facilitant l'implantation et la prestation de services pour les professionnels de santé.

La carte européenne d'assurance-maladie

La carte européenne d'assurance maladie (CEAM) a été instituée en 2004 afin de remplacer les formulaires utilisés pour l'accès aux soins dans un autre État membre au cours d'un séjour temporaire :

- E 111 et E 111 B (utilisés par les touristes) ;
- E 110 (utilisé par les transporteurs internationaux) ;
- E 128 (utilisé par les travailleurs détachés dans un autre État membre et les étudiants) ;
- E 119 (utilisé par les chômeurs à la recherche d'un travail dans un autre État membre).

Délivrée et reconnue dans tous les États membres de l'Union européenne ainsi qu'en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, cette carte atteste des droits à l'assurance maladie de son détenteur. Elle est ainsi une garantie pour les organismes qui financent le système de soins du pays de séjour qui prendra en charge les frais médicaux, que le patient est bien assuré dans son pays d'origine et que la Caisse d'assurance maladie du pays d'accueil sera donc remboursée par son homologue. L'accès aux soins des citoyens européens séjournant temporairement dans un État membre de l'Espace économique européen (EEE) ou en Suisse s'en trouve simplifié.

Seuls les soins médicalement nécessaires sont couverts. Il s'agit des traitements qui évitent à un assuré de rentrer dans son pays pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres. La carte n'est pas valable pour les soins programmés, pour lesquels le formulaire E 112 est encore nécessaire. Ces derniers nécessitent donc toujours l'autorisation préalable de la Caisse de résidence (1).

Le modèle de la carte européenne d'assurance maladie est identique dans tous les pays (EEE et Suisse). Elle est individuelle et nominative. En France, la carte européenne d'assurance maladie est délivrée par les caisses d'assurance maladie dont dépendent les assurés. Gratuite, sa durée de validité est fixée à un an.

En 2005, ce sont 4,2 millions de CEAM qui ont été délivrés en France. C'est sensiblement moins que dans des pays comme la République tchèque (4,6 millions), l'Italie (28,3 millions), l'Autriche (7,9 millions) ou le Royaume-Uni (11 millions), pays dans lesquels elle constitue souvent le verso de la carte nationale d'assurance maladie (Italie, Autriche...).

(1) Certaines zones frontalières – par exemple à la frontière franco-belge – peuvent toutefois bénéficier du dispositif « Transcards » qui permet aux assurés de ces régions d'être dispensés de l'obtention de la CEAM ou du formulaire E 112, la carte nationale d'assurance maladie s'y substituant.

Mais, quand bien même un cadre juridique visant à permettre la libre circulation a été mis en place, la mobilité des patients et des professionnels en Europe demeure encore relativement marginale.

C'est d'abord le cas en ce qui concerne la mobilité des patients.

Ainsi, la Commission européenne estime que les soins délivrés hors de leur pays d'assurance correspondent à seulement environ 1 % de l'ensemble des dépenses publiques de santé. Ces estimations restent naturellement à appréhender avec précaution compte tenu de la faiblesse de l'appareil statistique. Ce taux semble ainsi sensiblement plus élevé dans de petits pays comme le Luxembourg (1) par exemple.

Votre rapporteur a cherché à mieux évaluer la mobilité des patients dans le cas français, en se fondant sur les données transmises par le ministère de la santé, la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) et le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS).

En 2005, dans le cadre du règlement 1408/71, les remboursements de soins ont représenté de l'ordre de 450 millions d'euros pour les ressortissants d'autres États membres soignés en France et de l'ordre de 250 millions d'euros pour les ressortissants affiliés aux régimes français de sécurité sociale qui ont été soignés dans d'autres États membres (2). La France est donc à ce stade largement « excédentaire », puisqu'elle « importe » plus de patients étrangers qu'elle « n'exporte » de patients français. Ce sont ainsi 518 000 personnes relevant de caisses de sécurité sociale d'autres États membres qui ont été soignées en France en 2005.

(1) Pays dans lequel le coût des soins de santé réalisés à l'étranger représente 9 % des dépenses publiques de santé.

(2) Ces flux dépassent le seul cadre de l'Union européenne puisqu'ils prennent en compte également, dans le cadre de conventions bilatérales, des pays situés hors espace économique européen, mais aussi la Nouvelle-Calédonie ou la Polynésie française. Mais, pour les soins de santé, les pays de l'EEE représentent 98 % des « créances » et 83 % des « dettes » en 2005.

**Flux financiers entre le CLEISS
et les organismes de l'Espace économique européen en 2005 (1)**

Pays	Créances présentées par le CLEISS à des organismes étrangers en 2005		Dettes notifiées au CLEISS par des organismes étrangers en 2005	
	Montants en euros	Pourcentage	Montants en euros	Pourcentage
Allemagne	88.178.496,04	16,12	14.240.209,39	6,84
Autriche	1.443.811,37	0,26	1.162.696,74	0,56
Belgique	114.048.438,17	20,85	92.383.858,31	44,40
Chypre	11.951,56	0,00		
Danemark	5.136.582,74	0,94		
Espagne	14.558.164,65	2,66	45.840.288,83	22,03
Estonie	17.282,44	0,00	1.971,51	0,00
Finlande	977.005,13	0,18	244.867,09	0,12
Grèce	3.328.181,07	0,61	509.151,85	0,24
Hongrie	46.389,94	0,01	2.480,45	0,00
Irlande	344.039,64	0,06		
Islande	22.527,33	0,00	35.167,94	0,02
Italie	52.064.942,12	9,52	15.287.705,17	7,35
Lettonie	6.606,81	0,00	4.166,19	0,00
Liechtenstein	613,34	0,00	5.553,80	0,00
Lituanie	32.999,38	0,01	256,48	0,00
Luxembourg	92.900.470,93	16,99	3.244.581,50	1,56
Malte	13.730,98	0,00	23.042,10	0,01
Norvège	1.619.776,94	0,30		
Pays-Bas	16.800.382,53	3,07	1.573.901,10	0,76
Pologne	1.196.095,29	0,22	75.715,18	0,04
Portugal	18.514.436,63	3,39	16.301.001,17	7,83
République Tchèque	121.848,27	0,02	43.732,33	0,02
Royaume-Uni	121.053.042,99	22,13	1.126.254,22	0,54
Slovaquie	70.558,09	0,01	2.471,43	0,00
Slovénie	37.202,36	0,01	101.393,06	0,05
Suède	8.592.016,34	1,57	716.702,92	0,34
Suisse	5.796.666,67	1,06	15.136.429,20	7,27
Total 2005	546.934.259,75	100,00	208.063.597,96	100,00
Total 2004	471.061.659,12		196.687.940,56	
<i>% d'évolution</i>	<i>+ 16,11</i>		<i>+ 5,78</i>	

Source : CLEISS, rapport statistique 2005

(1) Ce tableau ne recense que les flux financiers organisés dans le cadre des règlements de coordination des régimes de sécurité sociale.

Une analyse plus fine de ces flux financiers permet de mettre en évidence trois caractéristiques principales :

- ils sont en croissance régulière et ont quasiment doublé en 15 ans ;
- ils restent géographiquement concentrés puisqu'ils concernent à environ 50 % les zones frontalières ;
- ils recouvrent tous les types de soins, même si les dépenses hospitalières représentent environ 50 % du total.

Mais, même si elle progresse, la mobilité des patients reste encore marginale, notamment pour les soins programmés : les malades préfèrent en effet largement se faire soigner près de chez eux. Ainsi, une étude de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les courts séjours hospitaliers en 2004 montre que les patients originaires d'autres États membres ayant reçu des soins en France n'étaient que 27 000, soit 0,12 % du total des hospitalisations.

Il apparaît d'ailleurs que, dans le cadre de l'application des règlements de coordination, **les demandes d'autorisation préalable pour des soins programmés à l'étranger restent accordées de manière stricte**. Le traitement des demandes d'autorisation reste toutefois difficile à analyser dans la mesure où seules sont disponibles les données sur les demandes d'autorisation préalable traitées au niveau national qui ne représentent très probablement qu'une minorité des demandes. À ce titre, entre 2002 et 2006, le nombre de demandes annuelles est resté stable, variant entre 1 100 et 1 400 (1). Le taux de refus atteignait 43 % pour les demandes concernant les pays de l'Union européenne (2). Au niveau local, il est possible que la nouvelle réglementation (3) conduise à une diminution du taux de refus dans la mesure où l'accord préalable de l'assurance-maladie n'est plus requis que pour les soins nécessitant une hospitalisation ou le recours à du matériel lourd, devant être remboursables en France et figurant dans le panier de soins.

De même, la mobilité des professionnels reste à ce jour relativement faible. Elle se concrétise principalement au travers de la liberté d'établissement désormais largement garantie. En France, on compte ainsi 7 700 médecins étrangers (dont 4 000 européens) pour une population médicale totale de 210 000 professionnels. Elle peut être néanmoins beaucoup plus importante selon les politiques menées par les différents États, comme l'a

(1) Source : CNAMTS.

(2) Ce taux élevé de refus tient en particulier à de nombreuses demandes pour des actes de procréation médicalement assistée non conformes à la réglementation française.

(3) Décret n° 2005-386 du 15 avril 2005 sur la prise en charge des soins programmés reçus hors de France.

souligné le représentant du Conseil national de l'ordre des médecins lors de son audition. En Grande-Bretagne, pour un total de 240 000 médecins, il y aurait 100 000 médecins étrangers.

C. UNE SITUATION DÉSORMAIS INSATISFAISANTE COMPTE TENU DE LOURDES INCERTITUDES JURIDIQUES

La situation actuelle apparaît pourtant insatisfaisante du fait de l'apparition progressive de nombreuses incertitudes juridiques sur le droit applicable.

1. Des incertitudes sur le remboursement des soins pour les patients

Les premières incertitudes tiennent à la **portée de la jurisprudence de la Cour de justice sur le remboursement des soins pour les patients.**

En effet, en se fondant sur les principes de libre circulation reconnus par les traités, la Cour de justice a construit à partir de 1998, au travers d'une série d'arrêts importants (1), une nouvelle jurisprudence susceptible de télescoper directement le cadre juridique antérieur d'une double manière.

D'une part, en reconnaissant les services de santé comme des services au sens du traité, la jurisprudence les soumet à la libre circulation et n'autorise alors d'entrave à celle-ci que si elle est justifiée par d'impérieuses raisons d'intérêt général.

D'autre part, elle reconnaît la possibilité du remboursement des soins de santé réalisés à l'étranger **suivant les modalités applicables dans le pays d'assurance du patient. Elle propose de la sorte une solution inverse à celle dégagée par les règlements de coordination des régimes de sécurité sociale.** Elle limite par ailleurs la possibilité d'exiger une autorisation préalable aux seuls soins hospitaliers, cette autorisation devant être obligatoirement accordée si des soins appropriés ne peuvent être délivrés dans le pays d'origine dans un délai raisonnable.

(1) Arrêts *Kohll et Decker* (avril 1998), *Vanbraekel* (juillet 2001), *Smits et Peerbooms* (juillet 2001), *Müller-Fauré et Van Riet* (mai 2003), *Watts* (mai 2006).

Les principaux arrêts de la Cour de justice

Les arrêts **Kohll** et **Decker** (28 avril 1998) concernent deux assurés luxembourgeois qui se sont vu refuser, par leur caisse d'assurance maladie, le remboursement de prestations de santé effectuées à l'étranger (achat de lunettes en Belgique pour M. Kohll, traitement d'orthodontie en Allemagne pour M. Decker) sans autorisation préalable. La Cour, reconnaissant que les prestations médicales doivent être considérées comme des prestations de services et en conséquence soumises aux règles de libre circulation dans le marché intérieur, a considéré que le fait même de subordonner le remboursement de soins ou de produits de santé à l'obtention d'une autorisation préalable constituait une entrave injustifiable à la liberté de circulation des marchandises et des services.

Les arrêts **Smits** et **Peerbooms** (12 juillet 2001) confirment la jurisprudence précédente et l'étendent aux soins hospitaliers. Dans ces affaires, l'assurance maladie néerlandaise a refusé de rembourser les frais hospitaliers engagés dans un autre État membre, faisant valoir l'absence de raison médicale pouvant justifier un tel traitement à l'étranger. La Cour a considéré qu'un système d'autorisation préalable constitue un obstacle à la libre prestation des services médicaux hospitaliers, mais que des raisons impérieuses tenant à l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et au maintien d'un service hospitalier accessible à tous peuvent justifier une telle restriction.

L'arrêt **Van Braeckel** (12 juillet 2001), qui concerne une assurée sociale belge, porte sur le montant des remboursements. La Cour estime que, pour une intervention réalisée à l'étranger, le remboursement doit être au moins aussi favorable à celui qui aurait été accordé si l'assuré avait été hospitalisé dans son État membre d'affiliation. En conséquence, un assuré qui a bénéficié d'une prise en charge, au titre du règlement 1408/71, peut solliciter un « complément différentiel » auprès de son organisme d'assurance sociale si la prise en charge dans le cadre national était plus élevée.

Les arrêts **Müller-Fauré** et **Van Riet** (13 mai 2003) ont trait à deux assurés sociaux néerlandais qui ont bénéficié de soins dans un autre État membre sans autorisation préalable de leur caisse d'affiliation. Dans un cas, il s'agissait de soins dentaires ; dans l'autre, de soins hospitaliers. Dans les deux cas, le remboursement leur a été refusé au motif que les soins médicaux nécessaires et adéquats pouvaient être obtenus aux Pays-Bas dans un délai raisonnable. Dans cet arrêt, la Cour a distingué les soins non hospitaliers – pour lesquels l'autorisation préalable n'est pas justifiée – des soins hospitaliers – pour lesquels une autorisation préalable peut être justifiée dès lors qu'elle est proportionnée et non arbitraire.

L'arrêt **Watts** (16 mai 2006) concerne une patiente britannique qui s'est fait poser, à ses frais, une prothèse de la hanche à Abbeville alors que la caisse d'assurance maladie s'est refusée à lui accorder une autorisation préalable à ce titre au motif qu'un traitement adapté pouvait lui être dispensé en temps opportun par le National Health Service (NHS). La patiente a demandé le remboursement des soins pratiqués en France, qui lui a été refusé. La Cour a considéré d'une part que le NHS, quelle que soit sa spécificité, n'échappe pas au champ d'application de la jurisprudence sur la libre prestation de services, et d'autre part, que pour être en droit de refuser une autorisation préalable en se fondant sur un délai d'attente, ce délai d'attente se devait d'être acceptable au vu de l'état clinique de l'intéressée.

Au total, la Cour considère que des limitations au principe de libre circulation des services de santé ne sont compatibles avec le traité que si elles sont motivées par une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une entrave, qui ne peut être qu'objective et proportionnée, à la libre prestation de service. À ce titre, en l'état actuel de la jurisprudence, le risque d'atteinte grave à l'équilibre des comptes sociaux, le maintien d'un service national et hospitalier accessible à tous ou des motifs de santé publique peuvent constituer de telles raisons d'intérêt général pouvant justifier, sous conditions, la planification sanitaire ou le maintien d'autorisation préalable pour des soins hospitaliers programmés.

Cette jurisprudence est de portée considérable car elle ouvre une autre voie de remboursement, distincte de celle prévue par les règlements européens.

Elle offre ainsi de nouvelles possibilités pour les patients, qui peuvent alors choisir la législation qui leur est applicable, au vu notamment des conditions de prise en charge des soins. Il reste que cette liberté de choix semble encore, en France du moins, peu appliquée : on estime ainsi que la dépense supplémentaire au titre de cette jurisprudence serait de l'ordre de 15 millions d'euros pour la France, dépense modeste mais en croissance de 10 à 15 % chaque année depuis 2003.

Ces nouvelles possibilités avaient fait à l'époque l'objet de vives inquiétudes de la part des États membres, qui y voyaient une remise en cause du subtil équilibre élaboré pour concilier possibilité de recevoir des soins à l'étranger et maîtrise des remboursements par les États membres. Un certain nombre d'États – en particulier ceux disposant d'un système hospitalier nationalisé et centralisé dispensant des soins gratuits – y restent très opposés et souhaiteraient probablement revenir sur cette jurisprudence à l'occasion d'une initiative communautaire éventuelle sur les services de santé.

Il est vrai que **cette jurisprudence pose un certain nombre de difficultés.**

Elle est d'abord **source de complexité pour le patient.** Deux voies de remboursement s'offrent à lui. Mais elles ne sont pas exclusives l'une de l'autre. L'utilisateur peut ainsi se faire rembourser sur la base des règlements communautaires par le régime de base et, pour les régimes complémentaires, demander un remboursement sur facture à concurrence du montant remboursé dans le cadre national. Cette complexité se retrouve alors naturellement pour les caisses d'assurance maladie. En France, pour faire face à cette complexité, la CNAMTS a d'ailleurs décidé de centraliser, à la caisse primaire de Vannes, le traitement des dossiers relatifs à des soins dispensés à l'étranger.

Elle est ensuite **appliquée de manière très hétérogène par les États membres.** La Commission européenne considère en effet que les États membres n'ont pas une interprétation uniforme de cette jurisprudence et n'en tirent pas les mêmes conséquences, notamment en matière de remboursement de dépenses hospitalières. Les services de la Commission ont indiqué que, selon eux, seuls cinq États respecteraient pleinement la jurisprudence de la Cour.

Cette application hétérogène de la jurisprudence s'explique d'ailleurs pour partie par des **incertitudes juridiques sur le droit applicable.** Ainsi, la distinction entre soins hospitaliers et soins non hospitaliers se révèle ambiguë et, en pratique, peu opératoire. De même, la notion de délai raisonnable prête à interprétation.

Et cette jurisprudence est susceptible de poser des difficultés certaines à quelques États dans lesquels le délai d'accès aux soins hospitaliers est relativement long, comme le Royaume-Uni, l'Espagne ou certains pays nordiques.

2. Des incertitudes sur la libre circulation des services

La seconde incertitude juridique concerne cette fois moins la mobilité des patients que **la libre circulation des services.**

En l'état actuel du droit, en l'absence de directive spécifique, ce sont les traités qui s'appliquent. Et la Commission s'en tient en la matière à une interprétation stricte de ceux-ci. A cette aune, un grand nombre de

réglementations nationales pourraient être considérées comme constitutives d'entraves (1).

Ainsi, pour s'en tenir au cas français, plusieurs procédures d'infraction engagées par la Commission concernent d'ores et déjà directement notre pays. L'une concerne le régime d'autorisation applicable aux laboratoires d'analyses médicales réalisant une part de leurs prestations à l'étranger. Deux autres ont trait au régime de propriété des laboratoires d'analyse et des pharmacies (2).

Plus fondamentalement, des procédures précontentieuses peuvent également viser le cœur même des règles nationales d'organisation de l'offre sanitaire. Ainsi, des procédures ont été lancées par la Commission contre certains États membres qui ont mis en place un régime d'autorisation pour l'implantation des pharmacies (3). On pourrait imaginer que d'autres régimes de planification sanitaire puissent également être contestés.

Or, ces régimes d'autorisation visent tout à la fois, au travers de la carte sanitaire, à garantir un maillage territorial assurant un égal accès aux soins et à encadrer la charge budgétaire des systèmes de santé. Si leur compatibilité avec le principe de libre circulation des services venait à être remise en cause, c'est l'équilibre même de l'organisation des systèmes de santé qui serait ébranlé.

(1) Pour s'en tenir à un exemple récent, la Commission européenne a ainsi engagé, le 13 décembre 2006, une procédure d'infraction contre l'Autriche au motif que la réglementation autrichienne oblige les médecins à ouvrir un compte auprès d'une banque particulière : *Oberösterreichische Landsbank*.

(2) Avis motivés des 19 avril et 13 décembre 2006.

(3) La Commission a ainsi engagé, en juin 2006, des procédures d'infractions contre l'Espagne et l'Autriche. Elle conteste en particulier les règles de planification territoriale, au motif que leur « système de limitation du nombre de pharmacies s'avère disproportionné, voire contreproductif par rapport à un objectif de bon approvisionnement en médicaments du territoire concerné » (cf. communiqué du 28 juin 2006).

II. PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET CONTOURS ENVISAGEABLES POUR UNE ACTION COMMUNAUTAIRE

A. DES RISQUES À ÉVALUER

À l'heure actuelle, la mobilité des patients et des services de santé reste, nous l'avons vu, modérée.

Elle pourrait pourtant s'accroître dans les années à venir. On assiste actuellement à un double mouvement opposé, résumé d'une formule lapidaire par l'une des personnes auditionnées : « *les professionnels de santé vont vers l'Ouest, les patients vers l'Est* ».

1. Des risques liés à la mobilité des patients

Les patients marquent certes une préférence pour les soins de proximité, notamment pour des raisons familiales ou linguistiques. Cette préférence se confirme quand bien même les pouvoirs publics peuvent inciter à une mobilité organisée. Un exemple est à cet égard très significatif. En Slovénie, 200 patients attendaient une intervention de chirurgie cardiaque avec un délai prévisible d'intervention de 1 à 2 ans. Il leur a été proposé d'être soignés en Autriche dans le cadre d'une prise en charge renforcée et individualisée. Seuls 4 patients ont accepté.

Pour autant, la Commission européenne table sur un doublement des flux de patients dans les années à venir. La mobilité sera ainsi forte dans trois cas principaux :

– dans les zones frontalières : la Caisse primaire d'assurance maladie de Strasbourg observe ainsi que le nombre de demandes d'autorisation préalable de soins à l'étranger dépasse pour les dix premiers mois de 2006 le nombre total atteint en 2005 ;

– dans les pays et les spécialités où l'attente est très longue ;

– dans les pays où le coût des soins est élevé pour un remboursement faible : cette situation incite par exemple aujourd'hui des patients autrichiens ou allemands, souvent mal remboursés pour les soins dentaires par leurs assurances sociales, à aller chez des dentistes hongrois dont le coût est nettement moins élevé.

Il apparaît ainsi que, selon un sondage Eurobaromètre commandé en 2002 par la Commission européenne, 64 % des européens se déclarent prêts à se faire soigner dans un État voisin.

Au regard de ces critères, la situation « excédentaire » de la France – notre pays « accueillant » plus de malades qu’il n’en « exporte » – devrait probablement perdurer dans la mesure où il existe des capacités d’accueil pour certaines spécialités dans un grand nombre de régions.

Cette tendance pourrait alors engendrer trois risques :

– celui de la **constitution de filières de soins** – il en existe déjà dans certains pays du Sud – constitutive d’un nouveau « tourisme médical » ;

– celui d’une **mise en concurrence par les coûts** des systèmes de santé pouvant alors conduire à un nivellement par le bas et porter préjudice à la qualité des soins ;

– celui d’une **remise en cause de l’organisation sanitaire** qui pourrait être considérée, en droit, comme une entrave à la libre circulation des services et être victime, en pratique, de détournements des flux de malades.

Ce sont de tels risques qui justifient l’existence du régime d’autorisation préalable des soins à l’étranger et de la planification sanitaire.

2. Des risques liés à la mobilité des professionnels et des services

De la même manière, la mobilité des professionnels s’est d’ores et déjà accentuée. On assiste même à une véritable « fuite » des professionnels des pays de l’Est vers l’Ouest (médecins, personnels paramédicaux). Ce sont ainsi 5 000 médecins polonais qui se sont installés au Royaume-Uni ces dernières années (1). Cela ne va naturellement pas sans poser de redoutables difficultés en matière de santé publique pour ces pays qui voient fuir vers d’autres cieux les personnels médicaux et paramédicaux dont ils ont financé la formation et qui sont alors confrontés à une pénurie de professionnels.

B. LA NÉCESSITÉ DE CONCILIER DEUX OBJECTIFS

Face à ces mutations, porteuses de progrès mais aussi de risques, la délégation considère que nous devons nous fixer un double objectif.

(1) Selon les évaluations transmises par le Conseil national de l’ordre des médecins.

Il importe d'abord de **garantir l'organisation et le financement des systèmes de santé dans le respect du principe de subsidiarité**. En la matière, une libéralisation totale, issue d'une application non régulée des principes de libre circulation, pourrait avoir un effet déstabilisateur sur les systèmes de santé et mettre en péril leur qualité. Ce premier impératif exige alors le maintien d'une planification sanitaire et d'une autorisation préalable, au moins pour certains soins hospitaliers.

Mais il est aussi fondamental de **favoriser un accès aux soins à l'étranger qui soit à la fois sûr et transparent**. Il paraît donc hors de propos de revenir sur la jurisprudence de la Cour qui marque un progrès notable. Dans ces conditions, de meilleures possibilités de mobilité peuvent constituer un atout, tant pour le patient (s'il accède plus vite à des soins de meilleure qualité) que pour les services de santé eux-mêmes. Et c'est le cas pour le système français qui, compte tenu de sa qualité, devrait s'en trouver conforté.

Dès lors, deux voies sont envisageables pour la conciliation de ces deux objectifs :

– soit on laisse au juge le soin de poursuivre le processus engagé en 1998 et d'affiner progressivement sa jurisprudence ;

– soit on envisage un nouvel instrument communautaire.

Compte tenu des incertitudes entourant la jurisprudence et son application, la seconde voie semble seule praticable. Cela passe alors par la **préparation d'une nouvelle directive**. Aucun autre instrument communautaire ne semble en effet adapté : une communication interprétative de la Commission serait de portée trop incertaine et constituerait une base juridique trop fragile pour garantir une mise en œuvre non problématique de la jurisprudence ; une modification des règlements de coordination des régimes de sécurité sociale se heurterait de la même manière à une base juridique trop étroite tout en exigeant *a fortiori* l'unanimité au sein du Conseil.

C. LES CONTOURS D'UNE INTERVENTION COMMUNAUTAIRE

Lors de premières discussions informelles en marge du Conseil, la plupart des États membres ont considéré qu'une action communautaire apparaissait nécessaire et une majorité d'entre eux s'est d'ores et déjà prononcée – du moins à ce stade – en faveur d'une directive spécifique. Il reste – et c'est là toute l'ambiguïté – que son contenu ne semble pas faire l'objet d'un consensus. Pour certains, c'est l'occasion de revenir sur la jurisprudence de la Cour. Pour d'autres, c'est le moyen d'aller plus loin dans la libéralisation du secteur.

Aucune de ces deux voies ne semble devoir être suivie. Au regard des deux objectifs, une action communautaire devrait plutôt prendre une double dimension.

1. Une directive au champ clairement circonscrit

La première est celle de la directive qui aurait quatre objets :

– premièrement, **assurer l'articulation**, tant pour les patients que pour les organismes de protection sociale, **entre les deux voies possibles de remboursement** : celle issue du règlement, qui exige une autorisation préalable et qui garantit un remboursement sur la base du régime de l'État de séjour, et celle prévue par la jurisprudence, qui n'exige pas d'autorisation préalable et qui assure un remboursement sur la base du régime de l'État d'affiliation. S'il est à ce stade prématuré de définir les modalités pratiques, elles devront s'attacher à simplifier les procédures de remboursement plutôt qu'à faire prévaloir l'une ou l'autre ;

– deuxièmement, **apporter les clarifications rendues nécessaires par l'évolution de la jurisprudence**. Cela exigera notamment de définir au plus près le champ exact des « services de santé », de préciser ce qu'il convient d'entendre par « délai raisonnable », de circonscrire clairement le type de soins justifiant une autorisation préalable, en révisant le cas échéant la distinction actuelle entre soins ambulatoires et soins hospitaliers qui n'est pas toujours très opératoire (1) ;

– troisièmement, **sécuriser la planification sanitaire nationale** en la fondant sur une base juridique claire ;

– enfin, **poser un nouveau cadre pour l'information des patients et des professionnels**. La mobilité des patients et des professionnels exige au préalable l'information pleine et entière des uns et des autres au risque de se révéler contre-productive. Tel n'est pas le cas actuellement. L'information doit bien sûr porter sur la mobilité et sur les systèmes de santé des autres États membres. Mais elle doit également viser l'information personnelle du patient et du professionnel. **C'est toute la question du dossier médical**. Il semble que, dans un espace unifié de santé européen, il faudrait veiller aux conditions d'alimentation et de transfert des informations, mais aussi à leurs conditions d'accès. On imagine mal que, dans un pays, le patient ne puisse accéder à son dossier alors qu'il le pourrait ailleurs. En la matière, seule une harmonisation communautaire semble en mesure de garantir l'effectivité de cette information

(1) À cet égard, il importe en priorité de préciser le champ des soins dont la prise en charge doit rester soumise à une autorisation préalable.

par l'intermédiaire par exemple d'une carte de santé européenne. Certes, on ne peut mésestimer la difficulté d'une telle harmonisation. Certes, il s'agirait aussi d'une innovation en matière de santé, domaine jusqu'à présent resté hors du champ de l'harmonisation. Mais cela semble pourtant la seule voie permettant de progresser utilement en la matière.

En tout état de cause, compte tenu de ces impératifs, la directive ne pourrait se borner à reprendre l'article 23 de la version initiale de la directive dite « Bolkestein » qui se limitait à codifier la jurisprudence de la Cour sans pour autant ni la clarifier, ni lui apporter les compléments nécessaires.

***Article 23 de la proposition initiale de directive sur les services
dans le marché intérieur, dite directive « Bolkestein »***

**Article 23
Prise en charge des soins de santé**

« 1. Les États membres ne peuvent pas subordonner à l'octroi d'une autorisation la prise en charge financière des soins non hospitaliers dispensés dans un autre État membre lorsque ces soins, s'ils avaient été dispensés sur leur territoire, auraient été pris en charge par leur système de sécurité sociale.

« Les conditions et formalités auxquelles les États membres soumettent sur leur territoire l'octroi des soins non hospitaliers, telles que notamment l'exigence de consultation d'un médecin généraliste avant de consulter un médecin spécialiste ou les modalités de prise en charge de certains soins dentaires, peuvent être opposées au patient auquel des soins non hospitaliers ont été dispensés dans un autre État membre.

« 2. Les États membres veillent à ce que l'autorisation pour la prise en charge financière, par leur système de sécurité sociale, de soins hospitaliers dispensés dans un autre État membre ne soit pas refusée lorsque ces soins figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre d'affiliation et que ces soins ne peuvent être dispensés au patient dans un délai acceptable sur le plan médical compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie.

« 3. Les États membres veillent à ce que la prise en charge financière, par leur système de sécurité sociale, des soins de santé dispensés dans un autre État membre ne soit pas inférieure à celle prévue par leur système de sécurité sociale pour des soins de santé similaires dispensés sur leur territoire.

« 4. Les États membres veillent à ce que leurs régimes d'autorisation pour la prise en charge des soins dispensés dans un autre État membre soient conformes aux articles 9, 10, 11 et 13. »

On rappellera d'ailleurs que le projet de traité constitutionnel aurait pu constituer un cadre général précisant plus clairement les compétences respectives de l'Union et des États membres dans le domaine de la santé. Mais les traités en vigueur peuvent néanmoins fournir une base juridique à une telle directive sectorielle, sur le fondement des articles 5 (*subsidiarité*), 95 (*marché intérieur*) et 152 (*intervention de l'Union en matière de santé*) du traité instituant la Communauté européenne.

Une telle directive pourrait s'inscrire, pour son volet concernant les services *stricto sensu*, dans une logique sectorielle dans la perspective d'une éventuelle directive-cadre, par nature plus large, sur les services sociaux d'intérêt général. Cela permettrait notamment de prendre en considération la spécificité du secteur médico-social français.

2. Un renforcement parallèle de la coopération entre États membres

Au-delà de la directive, la seconde dimension de l'action communautaire a trait bien entendu au renforcement de la coopération entre États membres. Ce renforcement pourrait se développer prioritairement dans trois directions.

D'abord, **faciliter les coopérations transfrontalières** dans la mesure où la mobilité dans les zones frontalières est la première cause de mobilité. Des conventions bilatérales ou multilatérales existent déjà. Elles pourraient servir de modèle à des coopérations de champ géographique plus large. Elles pourraient aussi être approfondies, qu'il s'agisse des modalités de remboursement de soins ou de planification de l'offre sanitaire. Il conviendrait à cet égard de vérifier qu'un tel renforcement ne nécessite pas de nouvelles bases juridiques qui pourraient alors être prévues par la directive.

Ensuite, **constituer des centres de référence communs pour les maladies rares ou pour certaines pathologies spécifiques** pour lesquelles une mutualisation de l'offre de services pourrait à la fois améliorer la qualité des soins et diminuer leur coût. Ces centres pourraient le cas échéant bénéficier du budget communautaire par l'intermédiaire du programme d'action communautaire 2007-2013 pour la santé publique ou du programme-cadre pour la recherche et le développement.

Enfin, et comme l'a déjà suggéré le gouvernement français, **organiser**, à certains moments et pour certaines spécialités, **une mise en commun des moyens pour répondre à d'éventuels déficits de l'offre dans certains pays** et pour compenser une demande le cas échéant insuffisante dans d'autres États.

*

En tout état de cause, face à l'enjeu que représente une plus grande mobilité des patients et des services de santé, l'approfondissement des coopérations entre les systèmes nationaux de santé ne pourra produire tous ses effets qu'à la condition que soit réalisée préalablement une clarification du cadre juridique et une harmonisation des conditions d'information.

EXAMEN EN DÉLÉGATION

Lors de la réunion de la délégation du mercredi 24 janvier 2007, le débat suivant s'est engagé à l'issue de la communication faite par le rapporteur, M. Roland Ries.

M. Jean Bizet :

C'est un sujet important et sensible. Je considère qu'il est de bonne politique que nous ayons pu nous en saisir très en amont. Ce thème doit naturellement être remis en perspective avec les débats sur la directive « services ». Dès lors que les services de santé sont exclus du champ de cette directive, il devient logique de préparer une directive sectorielle. En la matière, c'est bien au pouvoir politique qu'il appartient de définir les modes de régulation souhaitables.

M. Hubert Haenel :

Je crois important que nous répondions directement à la Commission dans le cadre de cette consultation publique. Nous avons tout intérêt à faire connaître, au plus tôt dans la procédure décisionnelle, notre position ou tout au moins nos orientations sur un sujet susceptible de donner lieu à une initiative législative.

Sur le fond, la communication de Roland Ries nous permet de prendre date en rappelant quelques fondamentaux et en insistant sur des points d'équilibre.

M. Christian Cointat :

Je considère pour ma part que la disparité dans la prise en charge des soins de santé et la complexité à laquelle sont confrontés les patients souhaitant se faire soigner à l'étranger constituent l'une des principales entraves à la liberté de circulation en Europe. On ne peut tout à la fois se prétendre européen et ne pas vouloir lever les entraves pratiques qui font que l'Europe du quotidien n'est pas encore une réalité. En matière de santé, la Cour de justice ne fait qu'appliquer le traité. La jurisprudence constante va dans le bon sens. Ce sont les États membres qui, trop souvent, cherchent à bloquer toute évolution.

Si je rejoins le rapporteur dans bon nombre de ses analyses, il me semble que nous devrions modifier les conclusions sur deux points. D'abord, il ne me semble pas pertinent d'insister sur les conditions et limites pouvant encadrer la mobilité des patients. Cela n'ajoute rien et les États ont depuis trop longtemps tendance à les mettre en avant. Ensuite, je suggère de supprimer le dernier paragraphe qui, en insistant sur la nécessité de renforcer les coopérations entre États membres, s'inscrit dans une logique intergouvernementale qui ne peut constituer une solution crédible pour favoriser la mobilité des patients. Je prends l'exemple de la convention entre la France et la Belgique ; il existe bien une convention, mais elle ne vise que les personnes vivant dans une bande d'une longueur de 15 à 20 kilomètres de part et d'autre de la frontière.

Mme Monique Papon :

Vous avez évoqué la mobilité des professionnels de santé, en citant le cas des médecins polonais s'installant au Royaume-Uni. Cette mobilité, fondée sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, vaut-elle pour tout le territoire de l'Union ?

M. Roland Ries :

Oui, et c'est bien parce que la liberté de circulation et l'installation des professionnels est une réalité qu'elle peut engendrer des flux importants susceptibles de déséquilibrer tant les pays d'accueil que les pays de départ.

M. Robert Bret :

Le sujet est d'importance. Et je me félicite que notre délégation puisse l'aborder très en amont. Nous ne devons pas nous tromper de débat. L'enjeu, en matière de santé, ce n'est pas seulement d'organiser les libertés de circulation. L'enjeu, c'est avant tout de voir comment garantir un système de soins accessibles à tous et de qualité, c'est de prévenir la « marchandisation » de la santé qui se dessine, c'est de renforcer la dimension sociale de l'Europe.

Je m'interroge sur une éventuelle directive sur les services de santé. Elle ne serait souhaitable que si elle contient tous les garde-fous pouvant prévenir une libéralisation des systèmes de santé.

J'ajoute que la question de la mobilité des patients dépasse le cadre européen. Dans mon département, on évoque ainsi de nombreux cas de personnes allant en Tunisie pour obtenir des prothèses dentaires.

M. Serge Lagauche :

Ces sujets sont extrêmement complexes. Je crois qu'il nous faut clarifier les choses. Doit-on se préoccuper de l'organisation des soins ou du remboursement des soins ?

Le système de santé, et principalement l'hôpital, doit prendre en charge non seulement les soins, mais aussi la recherche et l'enseignement. Partout, en Europe, les systèmes de santé rencontrent des difficultés pour se financer. Et parallèlement, tous les citoyens ne peuvent accéder aux soins, y compris dans leur pays d'origine.

Dans ce contexte, je ne pense pas que l'on puisse demander à l'Europe de résoudre des difficultés que les États membres n'ont pas réussi à régler à leur échelle. Je crois préférable de privilégier la voie des accords intergouvernementaux sur la prise en charge des services.

M. Roland Ries :

La perspective d'une organisation européenne des systèmes de santé n'est pas crédible à ce stade. Le souci immédiat est de clarifier les choses alors que les patients sont largement dans l'ignorance. Mais nous devons aussi apporter une réponse à la situation de malades, confrontés à l'insuffisance de leur système national de santé, qui souhaitent se faire soigner à l'étranger. Comment le faire sans déséquilibrer les systèmes en place ? Et l'on observe déjà la mise en place d'officines spécialisées dans le « tourisme médical ». Je crois que cela ne peut être résolu qu'au niveau européen.

Voilà pourquoi je crois nécessaire une directive pour clarifier et encadrer ce qui est possible et ce qui ne l'est pas. Voilà aussi pourquoi je considère que les coopérations renforcées, notamment en zone frontalière, peuvent apporter des réponses adaptées et immédiates dans l'intérêt de tous.

M. Hubert Haenel :

Il est normal que la régulation des services de santé repose avant tout sur une logique intergouvernementale. Il n'existe aucune base juridique dans les traités pour permettre à l'Union européenne d'aller au-delà de ce qu'évoque Roland Ries.

Pour ma part, j'estime que nos débats soulignent tout l'intérêt qu'il y a à se saisir très en amont des sujets sensibles. La communication de ce jour, et les conclusions qui nous sont proposées, permettent de remettre ce débat en perspective.

Aussi je vous propose que nous les adoptions sans modification, mais aussi que nous prolongions nos analyses au travers d'une question orale européenne avec débat que pourrait déposer Roland Ries au nom de la délégation.

M. Roland Ries :

Je vous rappelle que nous n'en sommes en effet encore qu'au stade préliminaire. Sur ces sujets, les positions des parties prenantes sont souvent très tranchées. Il est plus que probable que la Commission recueille, en réponse à sa consultation, des avis très nombreux, mais aussi largement contradictoires. La synthèse ne sera pas évidente. Il faudra faire des choix. C'est là la responsabilité des politiques.

M. Christian Cointat :

Je suis prêt à m'associer aux propositions du Président. J'observe simplement que les difficultés rencontrées en matière de santé se retrouvent dans beaucoup d'autres domaines. Nous sommes pourtant ici dans un cas d'école : veut-on vraiment offrir un meilleur service aux citoyens européens ? Je crains que tous les Etats membres n'y soient pas prêts.

Mme Alima Boumediene-Thiery :

Pour ma part, je crois en effet important de lever les entraves à la mobilité des citoyens européens. Mais, sur un sujet aussi sensible que celui de la santé, il nous faut être particulièrement vigilants et veiller à ce que les initiatives qui pourraient être prises n'en viennent à remettre en cause l'accès de tous aux soins.

*

À l'issue de ce débat, la délégation a adopté les conclusions suivantes et autorisé la publication de la communication sous la forme d'un rapport d'information.

Conclusions

La délégation pour l'Union européenne,

Vu la communication de la Commission européenne du 26 septembre 2006 « *Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé* »,

Rappelle que, conformément aux traités et au principe de subsidiarité, l'organisation et le financement des systèmes de santé et des régimes de protection sociale relèvent pour l'essentiel de la compétence des États membres ;

Considère qu'il appartient au droit européen de garantir, dans les conditions et limites fixées par le législateur, la mobilité des patients et la libre circulation des professionnels et des services de santé ;

Observe toutefois que la mobilité des patients se heurte encore à certaines difficultés pratiques et à une insécurité juridique ;

Estime en conséquence que le cadre juridique communautaire doit être adapté et clarifié pour garantir la mobilité des patients dans le respect des compétences des États membres en matière d'organisation et de financement de leurs systèmes de santé ;

Considère qu'une telle évolution ne peut passer par une simple révision des règlements de coordination des régimes de sécurité sociale et ne peut relever de la seule régulation jurisprudentielle de la Cour de justice ; nécessite en conséquence l'adoption d'une directive spécifique ;

Constata que la pleine effectivité d'une telle mobilité exige également une amélioration significative de l'information des patients et considère alors que ladite directive doit poser les premiers jalons d'une harmonisation des droits nationaux en la matière ;

Souhaite par ailleurs que le principe de libre circulation des services de santé se concilie avec la nécessaire maîtrise par les États membres de l'offre de soins et de la planification sanitaire ; estime en conséquence que la directive sur la santé devrait être l'occasion d'en préciser les modalités ;

Considère enfin que l'amélioration des systèmes européens de santé exige également le renforcement de la coopération entre États, en priorité par conventions bilatérales ou multilatérales, essentiellement dans des domaines comme la coopération transfrontalière ou la constitution de centres de référence.

ANNEXE

Liste des personnes auditionnées

1. À Bruxelles

– M. Philippe Brunet, directeur adjoint de cabinet du commissaire Kyprianou et M. Nick Fahy, chef adjoint de l'unité « stratégie de santé », DG santé et protection des consommateurs ;

– Mme Géraldine Fages et M. Mauro Miranda, administrateurs à la DG marché intérieur et services ;

– M. Pascal Garel, directeur général de l'association « HOPE » (European Hospital and Healthcare Federation) ;

– M. Romain Fanchon, représentant permanent de la Mutualité française à Bruxelles ;

– M. Jean-Baptiste Brunet, conseiller santé, et M. Cyril Cosme, conseiller pour les affaires sociales à la représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne.

2. À Paris

– M. Xavier Luquet, conseiller diplomatique du Ministre de la santé et des solidarités ;

– M. Gérard Vincent, délégué général de la FHF (Fédération hospitalière de France) ;

– M. Francis Montané, vice-président du Conseil national de l'Ordre des médecins, chargé des affaires européennes et internationales, et Mme Olivia Uguen, responsable des affaires européennes et internationales ;

– M. Max Ponceillé, vice-président de la FHP (fédération de l'hospitalisation privée) et président de l'UEHP (Union Européenne de l'Hospitalisation Privée) ;

– M. Frédéric Van Roekeghem, Directeur général de la CNAMTS ;

– M. Marc Boisnel, adjoint au directeur de la DAEI (Direction des affaires européennes et internationales), M. Jean-Luc Izard, chef de la division des affaires communautaires et internationales à la DSS (Direction de la sécurité

sociale), et M. Luc Allaire, chef de service à la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), Ministère de la santé et des solidarités ;

– Mme Coralie CUIF, secrétaire générale de la Fédération des Établissements hospitaliers et d'Assistance privés à but non lucratif (FEHAP) ;

– M. Eric Trottmann, directeur, Mme Françoise Roger, chef du service juridique, et M. Jean-Paul Letertre, directeur-adjoint chargé de la gestion des créances, CLEISS.