

Les soins de santé à l'agenda politique européen

Introduction

La diversité des systèmes de prestation et de financement des soins de santé au sein de l'Union européenne (UE) est considérable. Celle-ci est le résultat de différences culturelles et d'évolutions historiques spécifiques. Si l'on y ajoute le fait qu'une partie importante de l'argent public est consacrée à ce secteur, on comprendra pour quelles raisons les États membres ont toujours jalousement veillé à maintenir leurs compétences en matière de soins de santé à l'intérieur de leurs frontières nationales, et se sont montrés réticents à l'idée de transférer des responsabilités au niveau européen.

Le traité d'Amsterdam le stipule pour la première fois de manière explicite : « *L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux* » (Union européenne, 1997 : article 152, paragraphe 5 : 109).

Cependant, plusieurs aspects des systèmes de soins de santé ont fini par se retrouver à l'agenda européen suite à l'application d'un certain nombre de mécanismes élaborés dans le cadre de la construction européenne.

Tout d'abord, certains segments des systèmes des soins de santé constituent en eux-mêmes des sous-marchés importants. Nous ne devons pas seulement penser aux marchés des médicaments, des équipements médicaux ou de l'assurance privée soins de santé. Le personnel des soins de santé constitue également un marché du travail

important. Le but de la construction européenne est de créer un marché unique et de supprimer les obstacles à la libre circulation des personnes, des biens et des services. Les segments de marché dont nous parlons sont soumis aux règles européennes en matière de libre circulation. C'est pourquoi, dans le cadre de la création du marché unique, un certain nombre de règles européennes ont été adoptées pour garantir la libre circulation des médicaments, des professionnels de la santé, des polices d'assurance, etc.

Il était clair depuis le début que les règles du marché unique européen devaient s'appliquer à certains segments du secteur de la santé. Toutefois, les traités européens ont progressivement été déclarés applicables à d'autres aspects des systèmes publics des soins de santé. Cette évolution résulte de décisions de la Cour de justice des Communautés européennes selon lesquelles, par exemple, les règles européennes relatives à la libre prestation des services sont présumées s'appliquer à la fourniture de soins de santé. Certains aspects du droit communautaire de la concurrence ont également pu être invoqués dans certaines circonstances. Lors de l'élaboration du traité, l'intention n'était pas d'appliquer ces règles générales au secteur de la santé et les dispositions du traité ne tiennent donc pas compte de la nature spécifique de ce secteur. Plusieurs arrêts de la Cour de justice ont, par conséquent, créé une incertitude considérable au sein des États membres.

En outre, les dépenses de soins de santé représentent une part grandissante des dépenses publiques et de sécurité sociale. La plupart des États membres éprouvent des difficultés à contrôler l'évolution de ces dépenses. Les évolutions technologiques et démographiques, tout comme la dynamique interne des systèmes de soins de santé, entraînent une hausse rapide des dépenses dans la plupart des États membres. Il est donc compréhensible que ce secteur, à la lumière des restrictions budgétaires imposées pour se plier aux contraintes de l'union monétaire européenne, fasse l'objet d'une analyse approfondie de la part des institutions européennes compétentes. Les États membres ressentent aussi de plus en plus le besoin d'apprendre les uns des autres quels sont les instruments

politiques effectivement utilisables qui permettent d'affecter le plus efficacement possible les ressources budgétaires existantes.

Enfin, l'UE possède des domaines spécifiques de compétence dans le secteur de la santé publique : complément à l'action des politiques nationales pour améliorer la santé publique, prévention des maladies et des fléaux qui menacent la santé humaine. À cette fin, la Communauté peut encourager la coopération entre États membres, adopter des mesures d'incitation et des recommandations. Les initiatives prises par l'UE dans le domaine de la santé publique incluent souvent des actions touchant les soins de santé puisque les services de soins de santé sont un élément constitutif des dispositifs visant à l'amélioration de la santé publique et à la prévention des maladies humaines.

Ces divers éléments ont progressivement contribué à placer la question des soins de santé à l'agenda européen.

La présente contribution analyse les évolutions les plus significatives intervenues depuis la fin de 2001 et les situe dans un contexte plus large. La description des évolutions intervenues en 2002 débutera en fait en décembre 2001 : c'est à ce moment-là, en effet, que des processus importants – toujours en cours en 2002 – ont été lancés ou accélérés.

Trois processus parallèles mais liés entre eux seront analysés : tout d'abord, la question de la mobilité des patients et l'impact du marché intérieur sur les soins de santé ; ensuite, l'intégration des soins de santé et des soins aux personnes âgées dans le processus de modernisation de la protection sociale ; enfin, le lancement de la stratégie communautaire en matière de santé. Ces trois processus ont connu une évolution remarquable au cours de l'année 2002.

Les politiques de l'UE visant à créer le marché intérieur et qui ont trait aux soins de santé, même si elles sont très importantes pour les systèmes nationaux de soins de santé, ne seront pas traitées ici. Nous n'examinerons donc pas les évolutions concernant, par exemple, la législation sur les médicaments, les qualifications des professionnels de la santé ou les sites internet relatifs à la santé.

1. La mobilité des patients et l'impact du marché intérieur sur les systèmes de soins de santé

1.1 Le contexte

Dans l'introduction, nous avons fait référence à des arrêts de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) dans lesquels la libre prestation des services était déclarée applicable à la fourniture de soins médicaux. Les décisions qui ont suscité le plus d'intérêt en la matière sont les jugements Kohll et Decker de 1998 ⁽¹⁾. Ils ont été suivis en 2001 par l'arrêt Geraets-Smits et Peerbooms ⁽²⁾. Sur la base de ces décisions, les systèmes de financement des prestations de soins médicaux, réglementés par les gouvernements nationaux, ne peuvent établir de discrimination à l'encontre de prestataires étrangers. Des obstacles à la libre prestation des services ne peuvent être mis en place que si ces mesures sont nécessaires pour garantir l'équilibre financier du système de sécurité sociale ou pour maintenir un large éventail des services de soins de santé accessibles à tous. Toutefois, de telles restrictions doivent se fonder sur des critères objectifs.

Avant les arrêts en question, l'accès aux soins de santé en dehors des frontières nationales était régi par le règlement communautaire 1408/71 (Conseil de l'Union européenne, 1996) et limité à des circonstances particulières. Les patients n'étaient autorisés à se faire soigner à l'étranger que pour des soins programmés et après avoir reçu l'autorisation préalable de l'organisme de financement auquel ils étaient affiliés. Dans la plupart des pays de l'UE, une telle autorisation n'était octroyée que dans des situations très spécifiques, en particulier lorsque des soins adéquats ou équivalents n'étaient pas accessibles dans un délai raisonnable dans le pays du patient. Les barèmes et les taux de

¹ Affaire C-158/96, Raymond Kohll *v.* Union des caisses de maladie, arrêt du 28 avril 1998 ; affaire C-120/95, Nicolas Decker *v.* Caisse de maladie des employés privés, arrêt du 28 avril 1998.

² Affaire C-157/99, B.S.M. Geraets-Smits *v.* Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms *v.* Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, arrêt du 12 juillet 2001. Ces décisions ont fait l'objet d'une analyse approfondie dans l'édition 2001 de la présente série (Ghailani, 2002).

remboursement appliqués étaient ceux du pays où les soins avaient été prodigués.

Depuis les arrêts de la CJCE, les patients peuvent, pour autant qu'il n'y ait pas d'obstacles justifiés, se rendre à l'étranger sans autorisation préalable afin de s'y faire soigner, payer la totalité des coûts de leurs soins et demander ensuite le remboursement de leurs frais à l'organisme auquel ils sont affiliés, au taux de remboursement en vigueur dans le pays où ils sont couverts pour les frais médicaux. Cela signifie aussi que les systèmes de financement doivent officialiser leurs relations avec des services étrangers de soins de santé (et des fournisseurs de produits) de la même manière et aux mêmes conditions que leurs prestataires nationaux de soins de santé, sans discrimination (Palm *et al.*, 2000).

Les arrêts de la Cour ont ainsi ouvert une seconde voie d'accès au remboursement pour des soins reçus à l'étranger. Ils ont donc causé bien des remous dans les États membres et suscité de nombreuses interrogations sur les conséquences des décisions de la Cour et la manière de les transposer dans les réglementations nationales. La Cour statue sur la base de cas particuliers qui lui sont soumis. Toutefois, les principes qui sous-tendent ses jugements doivent s'appliquer dans tous les États membres. C'est à ces derniers qu'il appartient d'examiner comment ces principes s'appliquent dans leur situation nationale propre.

De nombreuses questions sont restées sans réponse et bien des doutes subsistent quant à la manière dont ces arrêts doivent s'appliquer aux différents types de systèmes de soins de santé, quant au type de soins pour lesquels, dans chacun de ces systèmes, des restrictions pourraient se justifier, quant aux délais dans lesquels un système doit être en mesure de fournir des soins, etc. Les États membres ont craint de perdre le contrôle sur les patients susceptibles de se faire soigner à l'étranger et sur les dépenses supplémentaires que ce phénomène pourrait causer. Mais ils ont craint davantage encore les conséquences que les arrêts de la CJCE pourraient avoir sur l'organisation interne de leurs systèmes, sur la manière dont l'accès aux soins de santé est structuré, sur les mécanismes nationaux de contrôle de la qualité ou de contrôle financier, ainsi que sur l'accessibilité des soins pour l'ensemble de la population (Palm *et al.*, 2000).

La prise de conscience de l'impact exercé par le droit européen sur les systèmes nationaux de soins de santé va croissante. Les États membres avaient toujours eu soin de conserver leurs compétences sur les soins de santé à l'intérieur de leurs frontières nationales et, pour des raisons compréhensibles, n'avaient jamais accepté d'interférence européenne. Ils sont à présent confrontés au fait que le droit communautaire établi pour créer le marché intérieur a indirectement eu un impact sur leurs systèmes nationaux de soins de santé. Les règles relatives à la libre circulation des services, mais aussi le droit communautaire de la concurrence et de la libre circulation des marchandises et des personnes, pourraient aussi s'appliquer à leurs systèmes nationaux.

La nécessité d'une réaction politique au niveau de l'UE s'est fait progressivement sentir et les évolutions politiques concernant l'impact des règles communautaires du marché unique sur les systèmes des soins de santé se sont accélérées depuis la fin de 2001.

1.2 Évolutions depuis la fin de 2001

1.2.1 La Conférence de la Présidence belge consacrée à l'impact de l'intégration européenne sur la nature sociale des systèmes de soins de santé et les conclusions de la Présidence lors du Sommet de Laeken

En décembre 2001, la Présidence belge de l'Union européenne a organisé une conférence consacrée à l'impact de l'intégration européenne et du marché unique sur la dimension sociale des systèmes nationaux de soins de santé⁽³⁾. L'objectif de cette conférence était d'ouvrir la voie à un débat politique sur ces questions lors des Présidences suivantes. La conférence avait été préparée par un rapport scientifique présentant un aperçu global et une analyse approfondie de l'impact du droit européen sur les systèmes nationaux de soins de santé et sur les mécanismes régissant la solidarité, l'équité et l'accessibilité dans ces systèmes (Mossialos *et al.*, 2001). La conférence a débattu de questions relatives à la libre circulation des produits, y compris des

³ « Intégration européenne et systèmes nationaux de soins de santé : un défi pour la politique sociale », Gand, 7-8 décembre 2001.

produits pharmaceutiques et des équipements médicaux, à la libre circulation des services, y compris la mobilité des patients et les soins transfrontaliers, à la libre circulation des professionnels de la santé, au droit de la concurrence, aux aides d'État, aux assurances santé complémentaires et aux marchés publics. Ces questions ont été débattues avec des gestionnaires du secteur des soins de santé, des représentants des pouvoirs publics responsables de la fourniture et du financement des soins de santé, et d'autres acteurs sociaux concernés au plan national et international. Le rapport scientifique a conclu que, si l'on veut que le modèle social européen ne soit pas involontairement menacé par une application inadéquate des dispositions du droit européen destinées à répondre à des besoins dans d'autres secteurs, ou par un ensemble disparate de décisions de la CJCE sur les soins de santé, il est nécessaire de s'accorder sur une prise de position qui affirme les principes fondamentaux d'intérêt général qui fondent les systèmes européens de soins de santé, qui assure un équilibre entre le marché intérieur et des objectifs sociaux et qui puisse être intégrée dans un futur traité. La conférence a également plaidé pour un système de coordination ouverte, pour tirer parti des expériences des autres tout en tenant compte des spécificités nationales. Selon la conférence, une forme de coopération européenne pourrait rendre plus explicites certains défis posés aux systèmes de soins de santé par le marché intérieur. La conférence a débouché sur la publication de deux ouvrages reprenant les documents scientifiques préparatoires, révisés après la conférence (Mossialos et McKee, 2002 et McKee *et al.*, 2002).

Inspiré par la dynamique créée lors de cette conférence, le Conseil européen de Laeken des 14 et 15 décembre 2001 a indiqué dans ses conclusions qu'« *une attention particulière devra être accordée à l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes de soins de santé des États membres* » (Conseil européen, 2001 : 9).

1.2.2 Le Rapport du Comité de haut niveau sur la Santé sur le marché intérieur et les services de santé

Le Comité de haut niveau sur la Santé a, de son côté, rédigé un rapport relatif à l'impact du marché intérieur sur les services de santé. Le Comité est un organe consultatif de la Direction générale Santé et

Protection du consommateur de la Commission européenne, composé de fonctionnaires des États membres. Celui-ci a reçu en 1999 un mandat pour analyser les conséquences des décisions de la CJCE et l'impact des dispositions communautaires sur les systèmes de santé, suivant en cela une demande de certains États membres au sein du Conseil Santé désireux de discuter des conséquences des arrêts Kohll et Decker au niveau politique. Le rapport a été présenté par le Commissaire Byrne le 17 décembre 2001 (CCE, 2001a).

Ce document plaide pour le développement d'une politique de la santé proactive et plus large, qui tienne pleinement compte des intérêts des patients et des services de santé. Il indique que, tant qu'une telle politique ne sera pas mise en œuvre, les mesures communautaires qui ont un impact sur la santé continueront d'être largement influencées et dominées par des considérations et des facteurs économiques, et non par des considérations de santé publique. Le rapport plaide pour que des problématiques politiques essentielles, y compris des questions portant sur les soins de santé, et qui sont jusqu'à présent abordées dans la perspective du marché intérieur, soient désormais abordées dans le cadre de la politique de la santé. Il recommande d'intégrer la santé dans des stratégies communautaires générales, comme le « processus de Lisbonne » et l'application de la méthode ouverte de coordination qui suppose la définition de cibles et d'objectifs au niveau européen, l'établissement d'indicateurs et de *benchmarks* quantitatifs et qualitatifs et le suivi, l'analyse et l'évaluation des progrès dans les États membres. Il conclut qu'il est sans doute nécessaire d'envisager une reformulation des compétences de l'UE en matière de santé, avec l'objectif de regrouper toutes les compétences en matière de santé dans un seul article du traité, ce qui permettrait de mieux clarifier les rôles et les responsabilités.

Le Commissaire Byrne a lancé le rapport suivant une procédure accélérée⁽⁴⁾, en cherchant probablement à prendre le contrôle du débat politique sur la question de la mobilité des patients et de l'impact du marché intérieur sur les soins de santé, plutôt que de le laisser à la Direction générale de l'Emploi et des Affaires sociales. En agissant ainsi, le Commissaire a probablement aussi cherché à influencer la portée de l'initiative que la Présidence espagnole entendait prendre en matière de mobilité des patients (voir ci-après). Le Commissaire Byrne avait déjà démontré à plusieurs occasions sa sensibilité aux problèmes causés par l'impact du marché intérieur sur les soins de santé et il a probablement souhaité placer l'initiative espagnole dans un cadre plus large.

1.2.3 Le processus de haut niveau sur la mobilité des patients

La Présidence espagnole de l'Union européenne, au premier semestre 2002, a placé la mobilité des patients à l'agenda politique. En février 2002, elle a organisé une rencontre informelle des ministres de la Santé sur ce sujet. Il est intéressant de relever cette phrase tirée des conclusions de la rencontre : « *ne rien faire ne constitue pas une option viable. La politique des soins de santé doit être dirigée par des responsables politiques et il ne semble pas que permettre aux tribunaux de déterminer la politique des soins de santé soit la manière appropriée d'agir pour la santé des patients en Europe* »⁽⁵⁾.

Quatre sujets avaient été retenus pour une discussion plus approfondie :

- les centres de référence extrêmement spécialisés ;
- la répartition des capacités pour les patients figurant sur les listes d'attente d'autres pays ;
- l'accès plus aisé des populations des régions frontalières aux soins offerts dans le pays voisin ;

⁴ Le rapport avait été lancé sans attendre l'accord formel, qui avait été mis à l'agenda du Comité de haut niveau sur la Santé au printemps 2002. Les membres ont été invités à donner leur accord sur le projet de rapport dans le cadre d'une procédure écrite.

⁵ Réunion des ministres de la Santé, Résumé, Málaga (Espagne), 8 février 2002.

- la prestation des soins à des personnes qui se sont établies pour une longue durée dans un autre pays.

C'est ce dernier sujet (les soins aux personnes résidant pour de longues périodes dans un autre pays) qui avait tout particulièrement incité l'Espagne à placer le thème de la mobilité des patients à l'ordre du jour. Un grand nombre de retraités européens résident en effet dans les régions côtières de l'Espagne. La compensation versée par les États membres dont les patients sont originaires pour les soins dont ces personnes bénéficient en Espagne est versée au gouvernement de Madrid (Busse *et al.*, 2002 : 97). Les autorités sanitaires locales des régions littorales ne sont pas vraiment indemnisées pour la charge de travail et les coûts supplémentaires qu'elles doivent supporter.

En mai 2002, à Mahon (Minorque), une réunion d'experts et de représentants des États membres a continué à discuter de ce problème en vue de préparer les conclusions du Conseil. Le Conseil des ministres de la Santé du 26 juin 2002 a approuvé ces Conclusions sur la mobilité des patients et les soins de santé dans le marché intérieur. Le Conseil y reconnaît qu'en dépit de leur diversité, les systèmes européens des soins de santé partagent des principes communs de solidarité, d'équité et d'universalité. Il reconnaît également l'interaction croissante entre les systèmes de santé au sein de l'Union européenne, en raison notamment de la libre circulation des citoyens et de leur désir d'avoir accès à des services de santé de haute qualité. Il reconnaît que des évolutions telles que celles qui ont trait au marché intérieur ont un impact sur les systèmes de santé et il exprime son souci que ces évolutions restent compatibles avec les objectifs des politiques de santé des États membres et avec les principes communs de ces systèmes. Il reconnaît l'importance de la coopération et des accords bilatéraux et régionaux, notamment pour étudier les avantages des centres de référence, et il souligne la nécessité de renforcer cette coopération afin de promouvoir les plus grandes opportunités d'accès à des soins de santé de haute qualité tout en conservant la viabilité financière à terme des systèmes de soins dans l'Union européenne. À cette fin, les Conclusions du Conseil ont invité la Commission à lancer un « processus de réflexion à un haut niveau » visant à développer des conclusions relatives à de nouvelles actions possibles.

Le lancement de ce processus constitue une étape importante si l'on songe à la résistance des États membres à l'idée de discuter des questions de soins de santé au sein des institutions européennes. La prise de conscience du fait que la dimension européenne pénètre dans les systèmes nationaux de soins de santé par le biais du marché intérieur explique sans aucun doute cette évolution. Toutefois, certaines réticences subsistent : elles sont apparues au moment de formaliser les discussions. La proposition visant à examiner la possibilité d'appliquer la méthode ouverte de coordination dans ce processus de haut niveau ⁽⁶⁾ n'a pas été retenue dans les conclusions, pas plus que la création d'un comité officiel chargé de soutenir le Conseil Santé. Le choix du terme « processus » montre que l'approche intergouvernementale a été privilégiée plutôt qu'une approche supra-gouvernementale.

Il importe de relever que dans les conclusions, la question n'est pas limitée à la mobilité des patients : cette question est replacée dans le cadre plus large de l'impact des règles économiques européennes sur les services de soins de santé.

De manière inattendue, ce processus informel a, une fois lancé, suscité beaucoup d'intérêt de la part des États membres. Les quinze ministres ont tous exprimé leur désir d'y participer (sur le seul plan administratif dans le cas du Luxembourg). En outre, certains acteurs clés sur le terrain (représentants des professionnels de la santé, des services de soins de santé, des patients et des assureurs soins de santé) ont pris part aux débats. L'intention était de discuter des résultats intermédiaires de la réflexion dans le cadre du Conseil des ministres de la Santé et des Affaires sociales, du Comité de haut niveau sur la santé cité plus haut et du Forum européen de la Santé ⁽⁷⁾.

⁶ Pour la méthode ouverte de coordination, voir la section suivante.

⁷ Il s'agit d'un lieu d'information et de consultation créé par la DG Santé et Protection du consommateur en 2001 dans le cadre de la stratégie de santé publique et impliquant les parties concernées dans le secteur de la santé.

Quatre thèmes principaux ont été retenus pour être discutés dans différents groupes de travail :

- une coopération à l'échelle européenne pour permettre une meilleure utilisation des ressources ;
- les exigences en matière d'information pour les patients, les professionnels et les responsables politiques ;
- l'accès aux soins et la qualité des soins ;
- réconcilier la politique nationale de la santé et les obligations européennes.

Ce quatrième groupe devait soulever des questions liées à l'impact des obligations du traité sur les systèmes de santé, à l'équilibre entre libre circulation et planification des services, à l'amélioration de la sécurité juridique pour les services de santé dans le cadre du droit européen, et à la nécessité éventuelle de mettre en place des structures ou institutions nouvelles. Ces sujets sont de toute évidence plus sensibles pour les États membres : ils soulèvent en effet des questions fondamentales sur la manière dont les États membres voudraient, pourraient et devraient appliquer à leurs systèmes nationaux de santé les règles du marché intérieur. Le processus de réflexion sur l'impact concret des décisions de la CJCE pour les systèmes nationaux n'est pas parvenu au même degré d'avancement dans tous les pays ni entre tous les acteurs concernés au sein de chaque pays. La création de ce quatrième groupe de travail s'est donc heurtée à certaines résistances mais il a finalement été décidé de le maintenir.

1.2.4 Simplifier le règlement 1408/71

En 1998, la Commission a présenté au Conseil une proposition de règlement sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (CCE, 1998) cette proposition visait à moderniser et à simplifier le règlement (CEE) 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (Conseil de l'Union européenne, 1996). Depuis plusieurs années, il s'est avéré impossible de parvenir à un accord au sein du Conseil sur cette question, en raison de l'absence d'unanimité. Pendant la Présidence belge (second semestre de 2001), le Conseil a adopté des « paramètres »

pour la modernisation du règlement 1408/71, avec des options fondamentales pour la modification du règlement (Conseil de l'Union européenne, 2001). S'agissant de la mobilité des patients, cet accord indiquait qu'il serait préférable d'examiner les implications de la jurisprudence de la CJCE sur le règlement 1408/71. En 2002, le Conseil a entamé la discussion et est parvenu à un consensus sur plusieurs chapitres du règlement, y compris l'accord sur les paramètres. Le consensus englobe les dispositions sur la maladie et assouplit légèrement les dispositions sur les possibilités des soins transfrontaliers. Cet assouplissement se manifeste par les points suivants :

- l'autorisation pour un traitement hors de l'État de résidence doit être accordée lorsque le traitement ne peut être offert dans l'État membre où réside la personne dans un délai médicalement acceptable, en tenant compte de son état de santé actuel et de l'évolution probable de la maladie. Cette disposition ajoute un critère médical à la formulation de délai injustifié évoqué dans l'actuel règlement. L'addition de ce critère médical est une réponse directe à la décision Smits/Peerbooms (voir note 2 en bas de page 152) ;
- pendant un séjour temporaire dans un autre État membre, les personnes assurées ont droit aux traitements médicaux qui deviennent médicalement nécessaires pendant leur séjour, en tenant compte de la nature des prestations et de la durée attendue du séjour. Cette disposition remplace la formulation actuelle qui ne permet que les soins immédiatement nécessaires pendant un séjour temporaire dans un État membre autre que l'État d'affiliation. Cette disposition ouvre notamment la possibilité de traiter des maladies chroniques pendant un séjour à l'étranger ;
- la possibilité de créer un accès aux soins transfrontaliers pour les membres de la famille d'un travailleur frontalier et un certain assouplissement de l'accès aux soins transfrontaliers pour les travailleurs frontaliers retraités.

Ces propositions de changement ont été longuement discutées dans le groupe de travail du Conseil et adoptées par le Conseil du 3 décembre 2002. L'accord final reste toutefois dépendant d'un accord sur

l'ensemble du règlement. Le but est de parvenir à un accord global au sein du Conseil d'ici la fin de 2003, après quoi la proposition devra être envoyée au Parlement.

Même si ces dispositions traduisent un certain assouplissement dans l'accès aux soins transfrontaliers, elles ne répondent pas vraiment aux questions posées par les arrêts de la CJCE.

1.2.5 Carte d'assurance santé européenne

Nous souhaiterions mentionner ici une initiative qui pourrait également encourager la mobilité des patients. Dans le cadre d'un plan d'action sur la concurrence et pour promouvoir la mobilité des travailleurs en supprimant les obstacles à cette mobilité (CCE, 2002a), la Commission européenne a proposé de créer une carte d'assurance santé européenne. Cette carte électronique remplacerait les formulaires existants nécessaires pour bénéficier de soins de santé à l'étranger (dans une première phase, le formulaire E 111 pour les voyages à l'étranger). L'intention est de réduire ces formulaires administratifs et de fournir une preuve du droit aux soins de santé et à des remboursements nationaux appropriés à travers l'ensemble de l'UE. Les procédures seront ainsi simplifiées plutôt que de créer de nouveaux droits. La carte ne contiendrait aucune donnée relative à la santé. La Commission s'est employée à élaborer une proposition concrète pour le Conseil européen de printemps 2003.

2. L'intégration des soins de santé dans le processus de modernisation de la protection sociale et la coordination des politiques macroéconomiques

2.1 Contexte

De manière relativement indépendante du processus politique concernant la mobilité des patients et l'impact du marché intérieur sur les systèmes de soins de santé, la problématique des soins de santé a également été discutée au niveau européen lors de la même période, dans le cadre du processus visant à moderniser la protection sociale. Il s'agit d'une initiative menée par le Conseil – plus précisément le Conseil des Affaires sociales – et la DG Emploi et Affaires sociales de la

Commission (contrairement à l'initiative sur la mobilité des patients qui avait été lancée par des acteurs de la santé publique).

Le processus de protection sociale est entré dans une nouvelle phase avec la communication de la Commission de 1998 sur « Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale » (CCE, 1999). Cette communication était basée sur quatre axes : rendre le travail plus avantageux ; garantir des retraites sûres et des régimes de retraites viables ; lutter contre la pauvreté et promouvoir l'intégration sociale ; garantir un niveau élevé et durable de protection de la santé à travers l'Europe.

Le Conseil européen de Lisbonne confirma, en mars 2000, les quatre axes de la communication. Pour atteindre ces objectifs, la coopération entre les États membres doit être renforcée par l'échange d'expériences et la diffusion des meilleures pratiques. Pour mettre en œuvre une telle stratégie, le Conseil de Lisbonne a introduit la méthode ouverte de coordination (MOC) (Conseil européen, 2000). Cette méthode consiste à fixer des objectifs communs au niveau européen dans un domaine d'action politique donné, à élaborer des lignes directrices pour atteindre ces objectifs en établissant des *benchmarks* et des indicateurs qualitatifs et quantitatifs afin de comparer les meilleures pratiques, à traduire ces lignes directrices dans des plans nationaux et régionaux d'action fixant des objectifs spécifiques, et à se livrer à une évaluation périodique conçue comme un processus d'apprentissage mutuel. Le développement de processus organisés et réciproques d'apprentissage pour faire face à un monde en mutation rapide, tout en respectant la diversité nationale, est au cœur de la méthode (de la Porte *et al.*, 2001). Un Comité de protection sociale composé de fonctionnaires de haut niveau des États membres a été créé pour activer cette stratégie de protection sociale.

S'agissant des soins de santé, le processus a démarré avec un mandat du Conseil européen de Göteborg, en juin 2001, qui chargeait le Conseil de préparer un rapport sur les soins de santé et les soins aux personnes âgées à intégrer dans les Grandes orientations de politique économique (GOPE). Ce rapport devait être élaboré en conformité avec la méthode ouverte de coordination et sur la base d'un rapport conjoint du Comité de protection sociale et du Comité de politique économique.

En octobre 2001, le Comité de politique économique, à la demande du Conseil Ecofin, a présenté un rapport sur l'impact budgétaire du vieillissement de la population sur les dépenses publiques en matière de retraites, de soins de santé et de soins aux personnes âgées (CPE, 2001). Le rapport inclut des projections financières jusqu'à l'année 2050. Il illustre la complexité du lien entre le vieillissement de la population et les dépenses de soins de santé et de soins à long terme. Non seulement les changements démographiques mais aussi les facteurs de la demande et de l'offre influencent les prévisions. En outre, les besoins de soins dépendent non seulement de l'âge de la population mais aussi de l'état de santé des personnes âgées, qui est, à son tour, tributaire des évolutions de la science médicale. Enfin, les besoins de services formels dépendent de l'évolution du taux de participation au marché du travail, en particulier chez les femmes. Le rapport conclut que, à l'exception de quelques rares États membres, les augmentations des dépenses dues aux facteurs démographiques dans le secteur plus traditionnel des soins de santé ne seront pas très importantes. En revanche, la hausse des dépenses de soins de longue durée durant la période couverte par la projection pourrait être dramatique dans plusieurs États membres.

L'inclusion des soins de santé dans la stratégie de protection sociale n'est pas surprenante. Le secteur des soins de santé représente une part importante des dépenses publiques. Les États membres sont tous confrontés au même genre de problèmes lorsqu'il s'agit de contrôler les dépenses de soins de santé. Cette situation n'est pas seulement – et peut-être pas essentiellement – due au vieillissement de la population : elle résulte aussi des évolutions technologiques dans le secteur, des attentes plus élevées de la population et de la dynamique interne des systèmes. Le contrôle des dépenses de santé est donc devenu un aspect de la coordination européenne des politiques macroéconomiques, afin d'assurer la viabilité à long terme des finances publiques. Les GOPE encouragent année après année les États membres à réexaminer leurs systèmes de soins afin d'en améliorer l'efficacité et de tenir compte du vieillissement de la population.

Par ailleurs, les décideurs politiques nationaux responsables des soins de santé sont extrêmement réticents à une discussion des questions des soins de santé au niveau européen. Toutefois, la prise de conscience du fait que les organes financiers européens (le Conseil Ecofin, conseillé par le Comité de politique économique) traiteraient de toute manière ce problème – selon un point de vue strictement budgétaire – a conduit ces responsables de la politique des soins de santé à accepter, même à contrecœur, de discuter des questions des soins de santé au niveau européen. Ces responsables sont soucieux d'ajouter les questions de la qualité et de l'accessibilité à cette approche budgétaire. D'autres facteurs ont également influencé l'acceptation d'un processus européen en matière de soins de santé. Les États membres ont senti la nécessité d'un apprentissage mutuel permettant d'identifier les types de mesures qui peuvent être efficaces pour contrôler les dépenses tout en préservant l'accès à des soins de haute qualité. La prise de conscience croissante de l'impact des règles du marché unique européen sur les soins de santé, comme on l'a décrite dans le paragraphe précédent, a également contribué à favoriser cette évolution.

2.2 Évolutions intervenues depuis la fin de 2001

2.2.1 Communication de la Commission sur l'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées

Pour alimenter le débat au sein du Comité de protection sociale et du Comité de politique économique, la Commission a adopté le 5 décembre 2001 une communication sur l'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées (CCE, 2001b). Cette communication présente une analyse des défis posés par l'impact du vieillissement démographique, de la croissance des nouvelles technologies et des nouveaux traitements, et de l'amélioration du bien-être et du niveau de vie sur les systèmes des soins de santé et les dépenses de santé. Elle identifie trois objectifs communs pour les systèmes de soins de santé européens.

- *Garantir l'accès de tous à des soins de bonne qualité.* Dans ce contexte, le document fait référence au processus de coordination en matière de lutte contre l'exclusion sociale et d'accès aux soins pour les groupes défavorisés.

- *Améliorer la transparence et la qualité des systèmes de soins.* Le document aborde les questions du rapport coût/efficacité des traitements et celle de la dimension transfrontalière de la qualité. La communication souligne que la question de la qualité est rendue particulièrement complexe par la diversité des modèles d'offres de soins et par l'hétérogénéité des pratiques thérapeutiques dans l'UE. Elle plaide pour une analyse comparative des systèmes de soins et des pratiques thérapeutiques qui permette d'identifier les « meilleures pratiques », pour pouvoir ainsi améliorer la qualité des systèmes de soins et assurer une utilisation optimale des ressources de la protection sociale.
- *Assurer la viabilité financière des systèmes de soins.* Dans ce contexte, la communication plaide pour la poursuite des réformes entreprises afin de rendre viable le rythme des dépenses. Ici aussi, le document plaide pour davantage d'échanges d'expériences, qui permettraient de dresser un bilan des politiques entreprises depuis plusieurs années.

La communication conclut qu'il est essentiel, pour tous les acteurs des systèmes de soins – pouvoirs locaux, professionnels de la santé, organismes de protection sociale, compagnies d'assurance complémentaire, représentants des consommateurs – de coopérer pour atteindre ces objectifs. Mais elle avertit que la tâche est souvent difficile, compte tenu des intérêts et des points de vue différents et parfois contradictoires des parties en cause.

Il faut noter que la communication ne cherche pas à appliquer la méthode ouverte de coordination dans le domaine des soins de santé mais plaide plutôt pour la coopération. Elle indique aussi qu'un degré élevé de coopération, impliquant tous les acteurs concernés, pourrait être nécessaire dans ce domaine pour atteindre les objectifs.

Le 15 janvier 2003, le Parlement européen a adopté une résolution sur la communication de la Commission (Parlement européen, 2003). Cette résolution considère que la communication en question constitue une bonne base de discussion.

Il est intéressant de noter que cette résolution :

- met en garde contre le risque de surestimer l'objectif de viabilité financière, et contre une stratégie axée sur la seule réduction des coûts dans le cadre du pacte de stabilité, au détriment de l'accessibilité, de la qualité et de la solidarité ;
- plaide pour la création d'un marché intérieur des services et des produits de santé. La formulation initiale de ce paragraphe a été considérablement modifiée au sein de la commission des Affaires sociales afin de mettre en place des garanties pour la qualité, l'accessibilité et la viabilité financière des systèmes et ne pas mettre en péril les objectifs de politique de santé des États membres lors de la mise en place du marché intérieur ;
- demande l'application de la MOC aux soins de santé et aux soins aux personnes âgées. Le Parlement ne fait donc pas preuve des mêmes réticences que le Conseil à l'égard d'une application de la MOC dans le domaine des soins de santé ;
- demande à la Convention européenne de faire figurer un niveau élevé de protection de la santé au rang d'objectif général dans le projet de Constitution et de définir la politique de santé comme un domaine relevant de compétences partagées entre l'Union européenne et les États membres.

2.2.2 Premier rapport en matière de soins de santé et de soins pour les personnes âgées

Conformément aux conclusions du Conseil européen de Göteborg, le Conseil a présenté, lors du Conseil européen de Barcelone en mars 2002, le premier rapport en matière de soins de santé et de soins pour les personnes âgées préparé par le Comité de protection sociale et le Comité de politique économique (Conseil de l'Union européenne, 2002).

Le rapport souligne la complexité du débat sur les soins de santé. Il relève les différences historiques entre les systèmes, la complexité organisationnelle, la division des responsabilités entre soins de santé, d'une part, et services de prise en charge des personnes âgées, de l'autre, la difficulté d'identifier les facteurs déterminants pour les coûts et donc

de dresser des prévisions à long terme en matière de dépenses. Selon ce rapport, il est aussi plus difficile de parvenir à des définitions normalisées et d'établir des objectifs quand il s'agit de systèmes de santé, même si le rapport considère que le défi politique à relever est sans doute devenu plus urgent, compte tenu des pressions à court terme.

Le Conseil considère dans le rapport que les trois objectifs à long terme présentés dans la communication de décembre 2001 – accessibilité, qualité et durabilité financière des systèmes – offrent un cadre approprié pour un échange collectif d'informations et d'expériences. Cet échange devrait se centrer sur l'identification des meilleures pratiques et des domaines où le partage de l'information et la discussion de défis communs au niveau de l'UE procurerait une valeur ajoutée en termes de garantie des objectifs sociaux essentiels des systèmes de soins et de santé tout en assurant leur viabilité à long terme. Il plaide pour la mise en place d'incitants pour les usagers et les prestataires afin d'assurer la viabilité financière à long terme des systèmes et pour faire en sorte que le potentiel d'économie des coûts dont le progrès technologique est porteur soit pleinement exploité dans le domaine des soins de santé. Il se prononce en faveur d'une large participation des responsables de la politique de la santé dans la discussion. Le rapport cite plusieurs domaines où un tel échange de vues est envisageable, comme la prestation et la qualité des soins de santé, la formation et la pratique médicales, les licences et accréditations et les droits des patients. Le rapport fait référence aux opportunités que le Programme d'action communautaire sur la santé publique offre dans ce domaine. *A contrario*, le Conseil n'était pas parvenu un an auparavant à adopter la plupart des actions figurant dans ce programme d'action et qui concernaient les soins de santé (voir la section suivante). Les problèmes posés par l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes de soins sont renvoyés dans la version finale de ce rapport et, contrairement à des versions antérieures, à l'initiative espagnole sur la mobilité des patients, discutée dans la section précédente, et au Conseil des ministres de la Santé.

Pour 2002-2003, le Conseil propose de se focaliser sur la collecte des informations et l'exploration des possibilités d'apprentissage mutuel et de coopération. Cette action devrait se concentrer sur la prestation de soins de santé et de soins à long terme aux personnes âgées.

Le rapport reste très prudent concernant la coordination au niveau de l'UE dans le domaine des soins de santé. Même le terme de « coopération » paraît trop sensible et devient un « échange de type coopératif » sur la base des réponses.

La place centrale accordée aux soins aux personnes âgées reflète l'ambiguïté du processus, qui s'efforce de maintenir comme point de départ de la discussion les changements démographiques et leur impact sur les finances publiques. La limitation aux soins aux personnes âgées pour la première année est toutefois assez artificielle et théorique ; la plupart des services de soins (généralistes, hôpitaux, etc.) sont accessibles à l'ensemble de la population, indépendamment de l'âge, même si l'utilisation effective de ces services peut être liée à l'âge. Par conséquent, une analyse de la qualité et de l'accessibilité des services de soins de santé pour les personnes âgées conduira automatiquement à une évaluation des services de soins de santé en général. Pour les soins de longue durée, la place centrale accordée aux soins aux personnes âgées paraît plus pertinente : dans la plupart des pays, des services et des institutions spécialisées dans les soins aux personnes âgées existent (maisons de repos, soins à domicile).

2.2.3 Questionnaire et rapport conjoint

En réponse à ce rapport, le Conseil européen de Barcelone, en mars 2002, a invité la Commission et le Conseil à examiner de manière plus approfondie les questions de l'accès, de la qualité et de la viabilité financière, avant le Conseil européen du printemps 2003 (Conseil européen, 2002). Un questionnaire destiné à recueillir des informations sur la santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées a été envoyé par le Comité de protection sociale aux États membres en avril 2002. La Commission a présenté le 3 janvier 2003 une proposition de rapport conjoint qui se base sur les réponses des États membres au questionnaire (CCE, 2002b).

En publiant ce projet de rapport conjoint – qui doit encore être négocié au sein des Comités de protection sociale et de politique économique – sous la forme d’une communication de la Commission, cette dernière s’efforce de peser sur un processus qui, du moins formellement, est plutôt dominé par les États membres et le Conseil.

La proposition de rapport conjoint évoque un certain nombre de questions touchant la coopération dans le domaine de la qualité de la prestation des services, notamment dans la perspective de l’élargissement et d’une mobilité transfrontalière accrue des patients. Il traite aussi des questions d’efficacité et de rapport coût/efficacité. Le texte proposé conclut que les échanges de type coopératif devraient se poursuivre. Il souligne particulièrement l’importance d’une amélioration de la base d’information et des indicateurs et il accorde une attention privilégiée aux problèmes touchant l’emploi : la manière de conserver le personnel actuel, le recrutement et la formation de nouveaux travailleurs, les opportunités de relever le niveau de l’emploi en Europe, les problèmes de l’égalité entre sexes dans le secteur des soins. Une fois de plus, cependant, le projet de rapport conjoint ne défend pas l’application de la méthode ouverte de coordination dans le domaine des soins de santé. Une telle méthode aurait pour effet de fixer au niveau européen des objectifs communs et des mesures pour atteindre ces objectifs, en établissant des *benchmarks* et des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour comparer les meilleures pratiques et traduire les lignes directrices en plans nationaux et régionaux d’action, en établissant des objectifs spécifiques et une évaluation périodique comme processus d’apprentissage mutuel.

2.2.4 Similarités et différences par rapport à d’autres processus dans le domaine de la protection sociale

Nous pouvons identifier certaines similarités avec d’autres processus en cours dans le domaine de la modernisation de la protection sociale, mais aussi d’importantes différences (pour les retraites et l’inclusion sociale, voir l’article de Caroline de la Porte dans ce volume, voir aussi Pochet, 2002 ; Peña -Casa, 2002 et Peña-Casas et Pochet, 2001).

On retrouve les ressemblances les plus frappantes avec le domaine des retraites : dans les deux processus, les acteurs impliqués dans la politique sociale sont réactifs plutôt que proactifs quand il s’agit de

placer la question à l'agenda politique européen. Dans les deux processus, les évolutions observées s'expliquent principalement par les changements intervenus ailleurs que sur le plan social lui-même. Les responsables de la santé et des affaires sociales réagissent aux évolutions économiques au niveau européen. Les initiatives prises dans le contexte de la coordination des politiques économiques par le Conseil Ecofin témoignent d'une approche des problèmes des soins de santé et des retraites qui se situe dans une perspective étroitement démographique et d'impact sur les finances publiques. En outre, de nombreux aspects des soins de santé, tout comme des retraites, ne sont pas du ressort des ministres des Affaires sociales et/ou de la Santé, mais sont soumis aux règles économiques communautaires du marché intérieur. Certains éléments doivent se conformer aux règles de la libre concurrence.

Les États membres et les ministres responsables des affaires sociales et/ou des soins de santé sont extrêmement réticents à placer les sujets des soins de santé et des retraites à l'agenda européen. Mais ils sont placés dans une position défensive parce qu'ils ne veulent pas voir ces questions discutées uniquement en termes de viabilité financière, alors qu'ils souhaiteraient qu'on examine aussi les questions touchant à l'accès à ces systèmes et à leur qualité. C'est pourquoi, les ministres de la Santé et des Affaires sociales ont accepté, mais avec bien des réserves, de discuter de ces problématiques au niveau de l'UE.

L'application de la méthode ouverte de coordination dans ces domaines semble, par contre, constituer un point extrêmement sensible, plus encore dans le domaine des soins de santé que dans celui des retraites. La fourniture, la structure et l'utilisation des services de santé sont, dans une large mesure, déterminées par des facteurs culturels et l'utilisation des services proposés est personnelle. Les différences entre les systèmes sont donc considérables et les décideurs politiques nationaux et régionaux sont soucieux de préserver les caractéristiques spécifiques de leur système, qui est adapté aux attentes de leur population.

La discussion sur les questions de soins de santé semble bien plus complexe que celle qui concerne d'autres aspects de la protection sociale. La viabilité financière des systèmes de soins ne dépend pas seulement des changements démographiques. La hausse des dépenses

résulte aussi de l'évolution technologique, des attentes accrues de la population et de la dynamique interne des systèmes. En outre, les systèmes de soins impliquent une interaction entre un large éventail d'acteurs publics et privés (pouvoirs publics, mutuelles, hôpitaux, professionnels de la santé, sociétés pharmaceutiques, etc.) qui, tous, influencent le coût, la qualité et l'accessibilité des systèmes. Les échanges d'informations et de bonnes pratiques, l'établissement de lignes directrices et de normes constituent donc des nécessités non seulement entre fonctionnaires en termes d'application des politiques, mais aussi, par exemple, entre les professionnels de la santé au sujet de leurs pratiques thérapeutiques. Pour garantir que les systèmes peuvent atteindre leurs objectifs, ces acteurs doivent être impliqués dans l'élaboration des politiques.

3. Stratégie de santé publique et Programme d'action dans le domaine de la santé publique

Sur la base des compétences communautaires dans le domaine de la santé publique⁽⁸⁾, la Commission a présenté en mai 2000 une communication sur la stratégie de la Communauté européenne en matière de santé comprenant une proposition d'un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (CCE, 2000). Le Conseil et le Parlement européen ont adopté ce programme le 23 septembre 2002 pour la période 2003-2008 (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne, 2002). La décision a fait l'objet d'une négociation entre le Parlement et le Conseil selon la procédure de conciliation. La question la plus délicate a été celle du budget.

Le programme, qui remplacera huit programmes d'action communautaires actuellement en cours, dispose d'un budget de 312 millions d'euros sur six ans. Ses grands axes sont les suivants :

- améliorer l'information et les connaissances en vue d'une meilleure santé publique ;

⁸ Fondées sur l'article 152 du traité établissant la Communauté européenne, qui demande d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine.

- renforcer la capacité des pouvoirs publics et des systèmes de santé à réagir rapidement et de manière coordonnée aux menaces sur la santé ;
- promouvoir la santé et prévenir les maladies en prenant en compte les facteurs déterminants pour la santé à travers toutes les politiques et activités.

De manière générale, la version finale du programme d'action est moins structurée et moins claire que la communication initiale de la Commission. Cette évolution est probablement due à la complexité du processus décisionnel dans le cadre de la procédure de codécision : les textes légaux font l'objet de modifications progressives apportées par les différents acteurs au sein des diverses institutions européennes, qui ont tous leur propre agenda et leurs propres objectifs.

La proposition initiale de la Commission présentait des objectifs et des actions spécifiques dans le secteur des soins de santé. Ces actions comprenaient le développement et la mise en œuvre d'un réseau européen chargé d'assurer une surveillance, des analyses et des conseils en matière d'orientations cliniques, de qualité des interventions thérapeutiques et de bonnes pratiques. Ce réseau offrait ainsi des informations sur des résultats d'études et des évaluations d'interventions et de technologies dans le domaine de la santé. De toute évidence, l'intention de la Commission était d'encourager des initiatives au niveau de l'UE visant à comparer et à évaluer les systèmes de soins.

Toutes ces dispositions ont été supprimées par les États membres au sein du Conseil en 2001 au stade de la première lecture dans le cadre de la procédure de codécision. Les États membres se sont montrés assez hostiles à l'idée d'une interférence européenne dans ce domaine. À l'époque, le Conseil a estimé que ces questions devraient être discutées dans le cadre du processus de protection sociale. Dans le premier rapport dans le domaine des soins de santé et des soins aux personnes âgées (Conseil de l'Union européenne 2002, voir section précédente), c'est le même Conseil qui, un an plus tard, a plaidé pour que l'on utilise les possibilités offertes par le Programme d'action dans le domaine de la santé publique pour mener un échange de vues sur les problèmes des

soins de santé. De toute évidence, l'attitude des États membres à l'égard d'une discussion au niveau de l'UE au sujet de la problématique des soins de santé a connu une évolution rapide en l'espace d'un an.

Le Parlement européen n'a pas fait montre des mêmes réserves à l'égard de l'intégration des problèmes de soins de santé dans le programme. Il a cherché, par exemple, à faire figurer au nombre des obligations communautaires la nécessité de fournir une contribution à la définition de normes minimales de qualité applicables à la santé et aux droits des patients. Cependant les États membres ont adopté une position suivant laquelle les normes de qualité et les droits des patients constituaient des domaines de la compétence des États membres (Hervey, 2002). C'est pourquoi cette disposition a été biffée dans le texte final.

La seule référence explicite aux systèmes de soins se trouve dans l'annexe de la décision consacrée aux mesures d'action et de soutien, et qui demande que l'on améliore l'information et les connaissances en matière de santé, notamment « *en améliorant l'analyse et la connaissance du rôle que jouent l'évolution de la politique de santé et les autres politiques et activités de la Communauté, telles que le marché intérieur dans la mesure où il a une incidence sur les systèmes de santé, en contribuant à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine* » (Parlement européen et Conseil de l'Union européenne, 2002 : 10).

Il s'agit d'une action nouvelle qui ne figurait pas dans la proposition initiale de la Commission et qui a probablement été inspirée par les évolutions décrites plus haut touchant la mobilité des patients et l'impact du marché intérieur sur les systèmes de soins. Parmi les autres mesures retenues, on retrouve celle qui plaide pour le réexamen, l'analyse et le soutien des échanges d'expériences dans le domaine des technologies de la santé.

L'absence de référence explicite aux systèmes de soins dans les textes finalement approuvés ne signifie pas que la Commission ne dispose d'aucun champ d'action dans ce domaine. Au moment de rédiger ces lignes (janvier 2003), le programme de travail du programme d'action n'avait pas encore été publié. Il semble néanmoins que la Commission entend y intégrer plusieurs actions liées aux soins de santé, en se basant

sur les actions figurant dans le Programme d'action qui a été approuvé dans le domaine de la santé publique, puisque la politique de la santé publique englobe la problématique des soins de santé.

Conclusions

Dans cette contribution, nous avons discuté plusieurs évolutions actuellement en cours au niveau européen. Ces évolutions, tout en étant relativement indépendantes les unes des autres, font que les problèmes des soins de santé se retrouvent à l'agenda politique européen malgré l'absence de compétence officielle de l'UE dans ce domaine. Pour la première fois, un large consensus s'est dégagé pour que ces questions soient discutées au niveau européen, ce qui n'aurait pas été imaginable deux ans plus tôt.

Dans chacun de ces processus, nous avons observé une interaction complexe et des champs de tension entre plusieurs acteurs institutionnels : verticalement, entre les États membres et les organes de l'UE ; horizontalement, entre les responsables des politiques sociales, des politiques de la santé publique, des politiques économiques et des politiques du marché intérieur. Ces champs de tension ralentissent les processus en cours.

Nous avons vu comment les États membres, traditionnellement très réservés face à une intervention européenne dans leurs politiques nationales des soins de santé, ont été contraints de réagir aux situations créées par l'application des principes du marché unique aux services nationaux des soins de santé, ainsi qu'aux évolutions dans d'autres domaines, comme la politique économique. La prise de conscience que ces évolutions ne défendaient pas nécessairement les intérêts des systèmes nationaux de soins et pouvaient même menacer les caractéristiques sociales fondamentales de ces modèles, a dans une certaine mesure forcé les États à réagir au niveau de l'UE. La plupart des documents politiques récents consacrés aux évolutions concernant la mobilité des patients et les soins de santé dans le contexte de la modernisation de la protection sociale commence par confirmer que les divers systèmes au sein de l'Union européenne partagent les mêmes principes de solidarité, d'équité et d'universalité, malgré leur diversité, et que ces principes devaient être

préservés. Toutefois, l'idée d'une discussion au niveau de l'UE suscite encore des réticences considérables : la crainte de certains de voir ouvrir une boîte de Pandore reste forte. Les processus en cours sont donc continuellement bridés : la portée des actions se trouve souvent réduite. Néanmoins, les temps semblent mûrs désormais pour une discussion approfondie et une réaction fondamentale au niveau de l'UE face à l'application non voulue de dispositions économiques du traité aux systèmes nationaux de soins. Une discussion politique sur les systèmes de soins dans le cadre de la modernisation de la protection sociale et l'application dans ce domaine de la méthode ouverte de coordination paraissent toutefois constituer des points bien plus sensibles. La discussion sur les questions des soins de santé semble bien plus complexe que celle qui concernent d'autres aspects de la protection sociale. La viabilité financière des systèmes de soins ne dépend pas seulement des changements démographiques mais aussi de l'évolution technologique, des attentes croissantes de la population et de la dynamique interne des systèmes. En outre, les systèmes de soins impliquent une interaction entre un large éventail d'acteurs publics et privés qui tous influencent le coût, la qualité et l'accessibilité des systèmes. Les échanges d'informations et de bonnes pratiques, l'établissement de lignes directrices et de normes constituent donc des nécessités non seulement entre fonctionnaires en termes d'application des politiques, mais aussi, par exemple, entre les professionnels de la santé.

Les DG de la Commission responsables de la Santé publique et des Affaires sociales jouent un rôle proactif et s'efforcent de stimuler et d'élargir les discussions. Cette attitude peut s'expliquer par leur conscience plus aiguë des enjeux, mais le lancement de ce processus signifie aussi un élargissement de leur champ d'action et un renforcement de leur position qui est aujourd'hui relativement faible vis-à-vis des DG responsables de la politique économique, du marché intérieur et de l'industrie qui sont plus influentes et plus puissantes.

Le rôle du Parlement européen est très limité dans ce domaine, et il varie selon les processus. Le Parlement est clairement ouvert à la discussion sur les questions de soins de santé au niveau de l'UE : il soutient les initiatives au niveau européen portant sur la qualité et de

l'accessibilité des soins, sur les droits du patient et sur l'application de la méthode ouverte de coordination.

La relation horizontale entre les acteurs du terrain économique, d'une part, et du terrain social et de la santé, d'autre part (les DG au sein de la Commission, différentes formations au sein du Conseil), est une relation de type action-réaction dans laquelle la position des instances économiques est la plus influente. Cette situation se reflète dans le processus de coordination des politiques macroéconomiques et dans les grandes orientations de politique économique, mais aussi dans les politiques de l'UE au sujet des produits pharmaceutiques et des équipements médicaux que nous n'avons pas discutés dans le cadre du présent article. Cela se reflète même dans les positions prises par la Commission dans le cadre des affaires examinées par la Cour de justice concernant l'applicabilité des dispositions relatives à la libre circulation des personnes aux services de santé.

La relation entre les organes de l'UE responsables de la santé publique, d'une part, de la politique sociale, d'autre part, n'a pas non plus été toujours facile. Il y a une certaine concurrence pour revendiquer la responsabilité dans les différents processus. Ce problème semble aujourd'hui se résoudre. Le processus relatif à la mobilité des patients et à l'impact du marché intérieur sur les services de soins est devenu le domaine des acteurs de la santé publique. Depuis le début, ils s'étaient montrés plus dynamiques et leur rôle prépondérant semble aujourd'hui accepté. En revanche, l'intégration des soins de santé dans le processus de modernisation de la protection sociale reste le domaine des organes chargés des questions sociales. Il existe entre ces processus des formes de coopération et d'échanges, et les documents qui résultent de chacun de ces processus font systématiquement référence à l'autre lorsqu'ils traitent de questions qui sont du ressort des autres organes.

Il nous semble toutefois que plus les questions sélectionnées pour être traitées dans les différents processus sont concrètes, plus les sujets en discussion sont enchevêtrés. Dans chacun des processus, nous avons relevé des questions touchant la coopération à l'échelle européenne sur l'accès aux soins et sur leur qualité, les échanges d'information et la mobilité des patients, l'impact du marché intérieur sur les soins de santé

et l'évaluation des technologies thérapeutiques. En outre, les représentants de la Commission et des États membres qui sont désignés pour participer aux discussions sur les différents processus sont souvent les mêmes, puisque la même expérience et les mêmes compétences sont requises. Il est trop tôt pour savoir où mèneront ces convergences en termes de contenu et d'identité des personnes participant aux processus. Une coopération ou une coordination plus étroite semble de plus en plus nécessaire.

Nous avons décrit comment plusieurs documents dans les processus en cours font référence à la nécessité d'intégrer dans le traité les garanties nécessaires pour préserver la nature sociale des systèmes nationaux de santé. L'enjeu a été très clairement défini par Mossialos et McKee dans un ouvrage publié suite à la conférence de la Présidence belge mentionnée plus haut : *« la tentative des gouvernements des États membres de l'UE de 'bétonner' la compétence nationale dans les questions relatives à la santé grâce à l'article 152 CE (ex 129) pourrait être une erreur. Il serait plus judicieux de considérer que la santé est un domaine où la 'gouvernance à multiples niveaux' s'applique dans le cadre de l'UE. Il pourrait donc être plus approprié d'articuler de manière explicite une base 'non marchande' aux soins de santé selon les paramètres de la sécurité sociale et de l'universalité, tant au niveau national qu'à celui de l'UE »* (Mossialos et McKee, 2002 : 72).

Cet enjeu a également été décrit par le ministre belge des Affaires sociales, M. Vandembroucke, dans le document qu'il a présenté au Max Planck Institute de Cologne : *« les États membres ont perdu plus de contrôle sur leurs politiques sociales nationales que l'UE n'a gagné de facto en transferts d'autorité. Dès lors, notre capacité de mener des politiques sociales s'affaiblit »* (Vandembroucke, 2002 : 4).

Le débat sur l'intégration des garde-fous indispensables dans le traité a gagné en intensité grâce à la Convention sur l'avenir de l'Europe. Les principaux acteurs intéressés, à savoir la Confédération européenne des syndicats (CES, 2002) et les représentants du secteur des soins de santé au sein du Forum sur la politique de la santé de l'Union européenne⁹), ont

⁹ Les membres du Forum sur la politique de la santé de l'Union européenne ont signé une déclaration pour une constitution européenne « saine ». Le Forum

insisté auprès de la Convention pour que le futur traité inclue le droit humain fondamental à la santé tel qu'il figure dans la Charte des droits fondamentaux de l'UE, ainsi que des dispositions garantissant l'accès à des soins de santé de haute qualité organisés sur la base de la solidarité.

Dans sa réponse, le groupe de travail « Europe sociale » de la Convention européenne recommande d'ajouter la solidarité comme valeur de base du futur traité constitutionnel, ainsi que l'insertion d'une clause horizontale destinée à garantir aux objectifs sociaux de l'Union une place équivalente et non subordonnée aux objectifs économiques, en ce compris un niveau élevé de protection sociale, un niveau élevé de santé publique, des services sociaux et des services d'intérêt général efficaces et de haute qualité (Convention européenne, 2003) ⁽¹⁰⁾.

Compte tenu de ces développements, nous pouvons nous attendre à ce que les soins de santé figurent au centre du débat social au niveau européen en 2003.

Traduit de l'anglais

Références

Busse, R., Wismar, M. et Berman, P. (2002) (eds.), *The European Union and Health Services, The Impact of the Single European Market on Member States*, IOS Press, Amsterdam.

CCE (1998), Proposition de règlement (CE) du Conseil portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (1999/C 38/08), COM (98) 779 final du 21 décembre 2001, JO C 38 du 12 février 1999, pp.0010-0031.

rassemble toutes les grandes organisations européennes des assureurs en soins de santé, les associations de consommateurs, les associations de patients, les hôpitaux, les associations de prestataires de soins, les organismes de santé publique, les syndicats du service public.

¹⁰ Pour une analyse plus approfondie des développements qui concernent les questions sociales au sein de la Convention européenne, voir l'article de Cécile Barbier dans ce volume.

CCE (1999), Communication de la Commission « Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale », COM (99) 347 du 14 juillet 1999 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/social/com99-347/com99-347_fr.pdf).

CCE (2000), Communication de la Commission sur la stratégie de la Communauté européenne en matière de santé et Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2001-2006), COM (2000) 285 du 16 mai 2000 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/pdf/2000/fr_500PC0285.pdf).

CCE (2001a), « The Internal Market and Health Services », Report of the High Level Committee on Health, 17 décembre 2001 (http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/key06_en.pdf).

CCE (2001b), Communication de la Commission « L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière », COM (2001) 723 final du 5 décembre 2001 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/cnc/2001/com2001_0723fr01.pdf).

CCE (2002a), Communication de la Commission « Plan d'action de la Commission en matière de compétences et de mobilité », COM (2002) 72 du 13 février 2002 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/feb/ap_fr.pdf).

CCE (2002b), Communication de la Commission, Proposition de rapport conjoint « Soins de santé et soins pour les personnes âgées : soutenir les stratégies nationales visant un degré élevé de protection sociale », COM (2002) 774 final du 3 janvier 2003 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/pdf/2002/com2002_0774fr01.pdf).

CES (2002), « Une priorité pour l'Union européenne : l'accès de tou(te)s à des soins de santé de qualité », Résolution adoptée par le Comité exécutif de la CES, Bruxelles, 9-10 octobre 2002.

Conseil européen (2000), Conseil européen de Lisbonne, *Conclusions de la Présidence*, 23 et 24 mars 2000.

Conseil européen (2001), Conseil européen de Laeken, *Conclusions de la Présidence*, 14 et 15 décembre 2001.

Conseil européen, (2002), Conseil européen de Barcelone, *Conclusions de la Présidence*, 15 et 16 mars 2002.

Conseil de l'Union européenne (1996), Version consolidée : Règlement (CE) n° 118/97 du Conseil du 2 décembre 1996 portant modification et mise à jour du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, et du règlement (CEE) n° 574/72 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71, JO L 028 du 30 janvier 1997, pp.0001-0229.

Conseil de l'Union européenne (2001), Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale - Des paramètres en vue de la modernisation du règlement (CEE) n° 1408/71, Document 15045/01, 6 décembre 2001 (<http://register.consilium.eu.int/pdf/fr/01/st15/15045f1.pdf>).

Conseil de l'Union européenne (2002), Premier rapport en matière de soins de santé et de soins pour les personnes âgées, Document 6361/02, 25 février 2002 (<http://register.consilium.eu.int/pdf/fr/02/st06/06361f2.pdf>).

Convention européenne (2003), Rapport final du groupe de travail XI « Europe sociale », CONV 516/1/03 REV1, Bruxelles, 4 février 2003 (<http://register.consilium.eu.int/pdf/fr/03/cv00/cv00516-re01fr03.pdf>).

CPE (2001), « Budgetary challenges posed by ageing populations : the impact of public spending on pensions, health and long term care for the elderly and possible indicators of long term sustainability of public finances », EPC/ECFIN/655/01-EN final, Comité de politique économique, Bruxelles, 24 octobre 2001 (http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/documents/ageing_en.pdf).

de la Porte, C., Pochet, P. et Room, G. (2001), « Social Benchmarking, Policy Making and New Governance in the EU », *Journal of European Social Policy*, Vol.11, n°4, novembre 2001, pp.291-308.

Ghailani, D. (2002), « Aperçu de la jurisprudence de la Cour de justice en 2001 en matière de politique sociale », in Degryse, C. et Pochet, P. (eds.), *Bilan social de l'Union européenne 2001*, Institut syndical européen et Observatoire social européen, Bruxelles, pp.183-213.

Hervey, T. K. (2002), « The Legal Basis of European Community Public Health Policy », in McKee, M., Mossialos, E. et Baeten, R. (eds.), *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, P.I.E./Peter Lang, Bruxelles, pp.23-55.

McKee, M., Mossialos, E. et Baeten, R. (2002), *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, P.I.E./Peter Lang, Bruxelles.

Mossialos, E. et McKee, M. (2002), *EU Law and the Social Character of Health Care*, P.I.E.-Peter Lang, Bruxelles.

Mossialos, E., McKee, M., Palm, W., Karl, B. et Marhold, F. (2001), « The Influence of EU Law on the Social Character of Health Care Systems in the European Union », Rapport soumis à la Présidence belge de l'Union européenne, Bruxelles, 19 novembre 2001.

Palm, W., Nickless, N., Lewalle, H. et Coheur, A. (2000), « Implications de la jurisprudence récente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risque de maladie », Rapport général effectué pour la Direction Générale de l'Emploi et des Affaires sociales de la Commission européenne, Association Internationale de la Mutualité (AIM), Bruxelles, mai 2000 (<http://www.aim-mutual.org>).

Parlement européen (2003), European Parliament Resolution on the Commission Communication on the Future of Health Care and Care for the Elderly : Guaranteeing Accessibility, Quality and Financial Viability (COM (2001) 723 – C5-0163/2002 – 2002-2071 (COS)), Document P5_TA-PROV (2003) 0015, Strasbourg, 15 janvier 2003.

Parlement européen et Conseil de l'Union européenne (2002), Décision n°1786/2002/EC du Parlement européen et du Conseil du 23 septembre 2002 adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), JO L 271 du 9 octobre 2002, pp.0001-0011.

Peña-Casas, R. (2002), « Lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale : le premier cycle est accompli », Degryse, C. et Pochet, P. (eds), *Bilan social de l'Union européenne 2001*, Institut syndical européen, Bruxelles, pp.139-164.

Peña-Casas, R. et Pochet P. (2001), Protection sociale – Deux chantiers en développement : la pauvreté et l'exclusion, et les pensions », Degryse, C. et Pochet, P. (eds), *Bilan social de l'Union européenne 2000*, Institut syndical européen et Observatoire social européen, Bruxelles, pp.57-82.

Pochet, P. (2002), « Pensions : avancées substantielles vers un objectif incertain » Degryse, C. et Pochet, P. (eds), *Bilan social de l'Union européenne 2001*, Institut syndical européen et Observatoire social européen, Bruxelles, pp.165-182.

Union européenne (1997), Version consolidée du traité instituant la Communauté européenne, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg (http://europa.eu.int/eurlex/fr/treaties/dat/ec_cons_treaty_fr.pdf).

Vandenbroucke, F. (2002), « L'Union européenne et la protection sociale : que devrait proposer la convention européenne ? », Document présenté au Max Planck Institute for the Study of Societies, Cologne, 17 juin 2002 (<http://www.vandenbroucke.fgov.be>).