

**L'avenir du service d'intérêt général de santé en
France et en Europe
Pont-Royal-en-Provence
26 - 29 novembre 2007**

**Intervention de
Bernadette VERGNAUD
Députée Européenne**

Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs pour la qualité du colloque et de son organisation.

Introduction : historique.

Au cours de ces dernières années, **de nombreux Européens ont commencé à exprimer des doutes quant à la nature et la finalité du projet européen.** Ils s'inquiètent que l'Union Européenne puisse représenter une menace dans le domaine social. **En matière de services publics, ces craintes ne sont pas tout à fait sans fondement.**

Ainsi, lors du débat sur la directive sur les services dans le marché intérieur, dite directive Bolkestein, la pression du Conseil et d'une majorité de parlementaires européens a finalement conduit la Commission Européenne à exclure du champ d'application de la directive Services¹, adoptée le 15 novembre 2006, les services de santé.

Le Parlement Européen avait alors affirmé² que cette exclusion devrait couvrir les services de soins de santé et pharmaceutiques fournis par des professionnels de la santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé lorsque ces activités sont réservées à une profession de santé réglementée dans l'État membre dans lequel les services sont fournis.

De plus, **le Parlement Européen a précisé³ que la directive Services n'affecte pas le remboursement des soins de santé prestés dans un État membre autre que celui où réside le bénéficiaire des soins.** Il a également rappelé que ce

¹ Cf Art. 2.f) dans la Position du parlement européen adoptée en deuxième lecture du 15 novembre

² Cf. considérant No. 22 dans la Position du Parlement Européen adoptée en deuxième lecture le 15 Novembre 2006 en vue de l'adoption de la Directive 2006/.../CE du Parlement Européen et du Conseil sur les services dans le marché intérieur

³ Cf. considérant n°23 du même texte précité.

problème a été tranché par la Cour de Justice des Communautés Européennes (CJCE) à de nombreuses reprises et la Cour a reconnu les droits des patients.

Enfin, le Parlement et le Conseil ont invité la Commission à traiter cette question dans un acte juridique communautaire distinct pour parvenir à une plus grande sécurité juridique et pour plus de clarté, dans la mesure où cette question n'est pas déjà traitée par le règlement du Conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté⁴.

Répondant à la volonté du Conseil et du Parlement d'assurer une meilleure sécurité juridique pour la mobilité des patients et des prestataires de services de santé, la Commission européenne a lancé une consultation visant à dessiner le cadre de futures initiatives⁵.

Parmi les questions soulevées par le document de consultation, figuraient les points suivants:

1. quelles sont les répercussions actuelles des prestations transfrontalières de soins sur les systèmes de santé et quelles sont les évolutions possibles ?
2. quelles sont les clarifications juridiques spécifiques et les informations pratiques requises, et par qui ?
3. qui devrait être chargé de garantir la sécurité des patients en cas de prestation transfrontalière de soins ?
4. et comment garantir des voies de recours aux patients ?

Parallèlement, le Parlement européen décida également de se saisir du dossier en proposant un rapport d'initiative qui fut confié à la commission du marché intérieur et de la protection des consommateurs.

Fin novembre 2006, j'ai donc été nommée rapporteure sur "l'Impact et les Conséquences de l'exclusion des Services de Santé de la Directive relative aux Services dans le Marché Intérieur". Un document de travail a été rédigé le 5 décembre 2006 et le rapport fut présenté le 6 mars 2007 à l'ensemble des parlementaires de la Commission, pour être finalement adopté le 23 mai 2007 en session plénière à Strasbourg.

Je vous propose donc afin que l'exposé soit le plus complet possible, de vous parler dans un premier temps de l'avenir des SIG dans le droit communautaire (**Première partie**) et de la problématique essentielle de la base légale (**A**) et des nouvelles références du Traité de Lisbonne (**B**), avant de traiter plus spécifiquement des services de santé (**Deuxième partie**) en commençant par rappeler le contenu de mon rapport (**A**) pour finir par l'analyse de la proposition de directive de la Commission Européenne (**B**), **ce qui nous permettra de confronter deux philosophies diamétralement opposées sur les services de santé.**

⁴ Règlement du Conseil (CEE) No 1408/71, modifié par le règlement (CE) No 629/2006.

⁵ SEC(2006)1195 Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé

Première partie : vers une législation cadre pour les SIG ?

-A- La problématique de la base légale.

L'Union Européenne ne dispose pas de cadre législatif clair pour les services publics, alors qu'il existe une législation détaillée et des dispositions précises dans le Traité concernant le marché intérieur et la politique de la concurrence.

Dés lors quand sont apparus des problèmes d'application des règles européennes de concurrence, ou de marchés publics, à des services publics, ce sont les règles du marché intérieur qui ont servi de lignes directrices à la Commission Européenne et à la Cour de Justice pour rendre leurs décisions.

Or, les services publics doivent répondre à une logique d'intérêt public et non à une logique purement marchande. Et les autorités publiques, que ce soit au niveau national, régional ou local, doivent être libres d'organiser les services publics comme elles l'entendent pour répondre aux réels besoins de leurs citoyens.

Mais ceci ne peut être obtenu que si **un cadre** réglementaire précis au niveau européen **définit les relations entre la fourniture d'un service public et les règles du marché intérieur et de la concurrence.**

C'est ainsi que la Commission Européenne restant muette sur la question alors qu'elle dispose seule de l'initiative législative, plusieurs propositions de législation cadre ont été dévoilées. L'une émane de mon groupe politique, le PSE, d'autres furent proposées par la fédération des services publics et par la Confédération européenne des syndicats afin de relancer le débat.

Le problème auquel nous sommes surtout confrontés réside dans l'existence ou non d'une base juridique qui nous permette de légiférer sur cette question.

La matière est actuellement régie par l'article 16 du Traité CE⁶, qui concerne essentiellement les services d'intérêt économique général, comme l'énergie, l'électricité, la poste, les télécommunications ou les transports déjà soumis aux règles de la concurrence, et qui reste très limitative, pas pour asseoir une législation sur les SIG.

⁶ *"Sans préjudice des articles 73, 86 et 87, et eu égard à la place qu'occupent les SIEG parmi les valeurs communes de l'Union ainsi qu'au rôle qu'ils jouent dans la promotion de la cohésion sociale et territoriale de l'Union, la Communauté et ses Etats membres, chacun dans les limites de leurs compétences respectives et dans les limites du champ d'application du présent traité, veillent à ce que ces services fonctionnent sur la base de principes et dans des conditions qui leur permettent d'accomplir leurs missions".*

Je ne reviendrai pas sur le long débat du Traité Constitutionnel et son article III-122⁷ qui nous offrait cette possibilité. Le Traité n'ayant pas été ratifié par la France et les Pays-Bas, il n'a plus de valeur légale.

En revanche, le Traité de Lisbonne offre une possibilité non négligeable avec son article 14⁸ et son protocole 9 sur les SIG.

-B- l'article 14 et le Protocole 9 du Traité de Lisbonne.

L'article 14 du projet de traité sur le fonctionnement de l'UE reprend certes le contenu de l'actuel article 16 du traité CE mais en y apportant trois modifications.

La première de ces modifications est inédite: il s'agit de préciser qu'il n'est pas porté préjudice à l'article 4 du traité UE. Cette référence est loin d'être anodine.

Dans sa nouvelle formulation proposée, l'article 4 en question contient certains éléments restrictifs de l'exercice des compétences de l'UE, notamment lorsqu'il précise que cette dernière doit respecter non seulement l'identité nationale des Etats membres, *"inhérente à leurs structures fondamentales politiques et constitutionnelles, y compris en ce qui concerne l'autonomie locale et régionale"*, mais aussi *"les fonctions essentielles de l'Etat"*, notamment dans le maintien de l'ordre public et la sauvegarde de la sécurité nationale.

On comprendra que les services publics régaliens sont ainsi sanctuarisés, sans pour autant que ne soit vraiment résolu le problème de délimitation de leur champ.

⁷ *"Sans préjudice des articles I-5, III-166, III-167, et III-238, et eu égard à la place qu'occupent les SIEG en tant que services auxquels tous dans l'Union attribuent une valeur ainsi qu'au rôle qu'ils jouent dans la promotion de sa cohésion sociale et territoriale, l'Union et les Etats membres, chacun dans les limites de leurs compétences respectives et dans les limites du champ d'application de la Constitution, veillent à ce que ces services fonctionnent sur la base de principes et dans des conditions, notamment économiques et financières, qui leur permettent d'accomplir leurs missions. La loi européenne établit ces principes et fixe ces conditions, sans préjudice de la compétence qu'ont les Etats membres, dans le respect de la Constitution, de fournir de faire exécuter et de financer ces services".*

⁸ *"Sans préjudice des articles 4, 73, 86 et 87, et eu égard à la place qu'occupent les services d'intérêt économique général parmi les valeurs communes de l'Union ainsi qu'au rôle qu'ils jouent dans la promotion de la cohésion sociale et territoriale de l'Union, la Commission, et ses Etats membres, chacun dans les limites de leurs compétences respectives et dans les limites du champ d'application du présent traité, veillent à ce que ces services fonctionnent sur la base de principes et dans des conditions, notamment économiques et financières, qui leur permettent d'accomplir leurs missions.*

Le Parlement européen et le Conseil, statuant par voie de règlements conformément à la procédure législative ordinaire, établissent ces principes et fixent ces conditions, sans préjudice de la compétence qu'ont les Etats membres, dans le respect des traités, de fournir, de faire exécuter et de financer ces services."

Quant aux deux autres modifications proposées, elles précisent que les conditions, dans le cadre desquelles le bon fonctionnement des SIEG doit être assuré tant par les Etats membres que par l'Union européenne (responsabilité partagée), visent notamment les conditions économiques et financières. Et il s'agit d'ajouter une nouvelle phrase pour que le Parlement européen et le Conseil adoptent une réglementation établissant ces conditions ainsi que les principes de bon fonctionnement des SIEG.

L'article 14 conférerait ainsi une base juridique incontestée pour des règles communes et transversales en matière de SIEG, ce qui est jusqu'à présent plus difficile à soutenir sur la base de l'actuel article 16.

Ces règles communes seraient établies dans le cadre de la future procédure législative ordinaire (l'actuelle procédure de co-décision), ce qui est une bonne chose, et non plus par voie de seuls règlements (sans recours possible à l'instrument de l'actuelle directive)

L'autre innovation du Traité de Lisbonne en matière de services publics est sans conteste le nouveau protocole n°9 sur "les services d'intérêt général" (SIG). Défendu avec détermination par le gouvernement néerlandais lors du Conseil européen de juin 2007, ce nouveau protocole comporte deux articles.

Le premier article s'intéresse aux SIEG et entend préciser le contenu des "*valeurs communes*" que ces derniers incarnent en vertu de l'article 16 CE (futur article 14 précité du traité sur le fonctionnement de l'UE).

Les trois références formulées en ce sens donnent des indications fortes, pour ne pas dire des instructions au législateur européen appelé à adopter des règlements à vocation horizontale dans le domaine des SIEG, tout en formulant certains garde-fous pour préserver les compétences des Etats membres en ce domaine.

Il est ainsi de la référence, successivement, à la "*grande marge de manœuvre des autorités nationales, régionales et locales dans la fourniture, la mise en service et l'organisation*" des SIEG "*d'une manière qui réponde autant que possible aux besoins des utilisateurs*"; à "*la diversité*" des SIEG et aux "*disparités qui peuvent exister au niveau (sic) des besoins et des préférences des utilisateurs en raison de situations géographiques, sociales ou culturelles différentes*"; et à "*un niveau élevé de qualité, de sécurité et d'accessibilité*", ainsi qu'à l'égalité de traitement et à "*la promotion de l'accès universel et des droits des utilisateurs*".

Ces références présentent l'intérêt de vouloir s'inscrire dans une démarche transversale qui puisse unifier quelque peu les concepts (notamment ceux qui appréhendent le consommateur/usager/client du service public) **et les procédures applicables aux SIEG** (notamment en matière de règlement des litiges et de rôle dévolu aux autorités nationales de régulation), sans être tributaire d'une approche au cas par cas.

Après tout, n'était-ce pas l'idée même qui a inspiré en partie la Commission lorsqu'elle proposa sa directive-cadre sur les services dans le marché intérieur?

L'article 2 du projet de protocole SIG est relatif aux « *services non économiques d'intérêt général* ». Un nouvel acronyme, les "SNEIG", pourrait donc voir le jour dans le jargon, déjà quelque peu hermétique, du droit communautaire applicable aux services. La filiation est manifeste avec la référence aux "*services d'intérêt général non économiques*" que la directive Services exclue de son champ d'application (cf. article 2.1 sous a) de la directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006).

Il n'en reste pas moins que, pour la première fois, **les services publics non économiques sont traités dans un texte de droit primaire**, et plus seulement dans une communication de la Commission (voir notamment le dernier Livre vert sur les SIG de mai 2004) **ou dans un texte de droit dérivé. Mais ils sont traités à minima**, puisqu'il s'agit en fait de confirmer que s'agissant d'activités non économiques, le droit communautaire ne peut porter "*en aucune manière atteinte à la compétence des Etats membres relative à la fourniture, à la mise en service et à l'organisation*" de ces services.

Ce protocole présentera donc le mérite d'inviter le législateur et le juge communautaires à un exercice de délimitation encore plus précis et plus circonstancié.

Toutefois, dans sa récente communication rendue publique le 20 novembre dernier sur la révision du marché intérieur, la Commission Européenne a seulement consacré une annexe aux SIG. Les SIG semblent désormais abordés par la Commission à travers le seul prisme du marché intérieur. "*Que la Commission ne présente qu'une annexe sur le sujet des services publics est une dégradation de ces services au niveau européen, dégradation révélatrice du fait qu'ils ne représentent pas ou plus une priorité politique pour la Commission*" a justement déclaré Michel Delebarre, Président du Comité des Régions à Bruxelles, avis que je partage totalement.

Il est désormais clair que la Commission ne légifèrera pas sur les services d'intérêt général. Elle privilégie une approche sectorielle et pragmatique. Au grand dam de ceux qui espéraient, comme moi, une définition claire des services publics et des règles pour les protéger.

Les appels de certains groupes politiques du Parlement européen, de nombreux acteurs du secteur social et de la Confédération européenne des syndicats (CES) resteront lettre morte. A moins que la Commission Européenne n'attende la ratification du Traité de Lisbonne par tous les Etats-membres pour enfin agir...Donc pas avant l'année 2009 !...et sauf si le Parlement, changeant de majorité, avec le nouveau pouvoir d'élire le Président de la Commission grâce au nouveau Traité, n'élise un Président de Commission à idéologie plus sociale que libérale.

Deuxième partie : les services de santé selon la législation communautaire.

-A- Les services de santé comme pilier du modèle social européen : le rapport BV.

La philosophie de mon rapport était essentiellement basée sur le principe selon lequel l'Union européenne doit assurer un niveau élevé de protection de la santé et garantir à chacun un égal accès aux soins de santé. La politique européenne en matière de soins de santé ne saurait se limiter à la mobilité des patients et des professionnels et ne saurait viser la mise en place d'un marché intérieur des services de santé qui conduirait à un système à deux vitesses dans lequel seuls les patients les plus aisés et les mieux informés tireraient bénéfices.

La mobilité des patients et des professionnels doit être assurée dans le respect des valeurs et des principes fondamentaux d'universalité, de solidarité, d'égalité d'accès, de qualité, de sécurité et de durabilité. Ces principes ont été largement repris dans la déclaration du Conseil sur les valeurs et les principes communs des systèmes de santé adoptée en juin 2006.

L'adoption d'une initiative législative européenne pour les soins de santé est nécessaire. La Cour a rendu plusieurs arrêts sur la question de la prestation transfrontalière des soins de santé. Ces derniers ne sauraient suffire pour assurer la sécurité juridique nécessaire pour la mobilité des patients et des professionnels. **Comme le Parlement européen et le Conseil l'ont clairement réaffirmé dans la directive services, la question doit être traitée dans le cadre d'une initiative législative spécifique. Cette dernière devrait s'insérer dans le cadre d'une directive-cadre sur les services d'intérêt économique général et d'une législation sur les services sociaux d'intérêt général.**

La mobilité des professionnels de la santé doit être largement améliorée par la mise en œuvre de la directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles adoptées en 2005. Une clarification en matière de responsabilité en cas d'échec du traitement, de dommage causé au patient et d'assurance est également nécessaire pour créer un cadre juridique claire pour la mobilité des professionnels de la santé. Les conditions et les modalités de contrôle doivent être clairement celles du pays où le professionnel opère.

Une meilleure information des patients et des professionnels: le déficit d'information constitue un des principaux obstacles à la mobilité des patients et des professionnels. La mise en place d'un certain nombre d'outils comme la carte européenne d'assurance maladie doit être approfondie mais également une carte européenne des professionnels de la santé dont j'ai présidé le lancement au Parlement européen le 17 octobre dernier.

Une meilleure coordination des autorités compétentes doit être recherchée notamment par la mise en place d'un système de guichet unique d'information qui centraliserait dans chaque Etat membre l'information des patients et des prestataires.

La capacité des Etats membres à réguler leur système de santé: les Etats doivent pouvoir préserver, dans le respect du droit communautaire, les systèmes

d'autorisation, de régulation des prix et de planification des soins qui leur permettent d'organiser et de financer leur système de santé.

Que reste-t-il de ce rapport dans la proposition de directive de la Commission Européenne ? Pas grand chose....Hélas !

-B- Le projet de directive sur les services de santé : vers une médecine à deux vitesses ?

Je tiens avant tout à préciser que le texte que j'ai étudié en est à sa troisième version et qu'il est toujours soumis à la consultation inter-services à la Commission Européenne. **Il est par conséquent susceptible d'être encore largement modifié puisqu'il ne sera rendu public que le 19 décembre prochain.**

Ce texte comporte **23 articles**, articulés autour de **quatre chapitres** : dispositions générales - la responsabilité des autorités compétentes des Etats membres pour la mise en conformité avec les principes communs pour les soins de santé - les règles spécifiques pour les soins transfrontaliers, et la coopération européenne sur les services de santé.

La directive repose sur une base juridique générale, l'article 95 (marché intérieur). Mais ses auteurs ont ajouté que **le texte respecte également les objectifs de l'article 152 TCE (santé publique) et l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux (droit d'accès aux soins de santé).**

Ce texte s'appliquera également, « sans préjudice » des textes déjà applicables:

- directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (2005/36/CE),
- directive sur protection des données personnelles (1995/46/CE),
- le règlement 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments,
- la directive société de l'information (2000/31/CE),
- la directive 2001/20/CE concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à l'application de bonnes pratiques cliniques dans la conduite d'essais cliniques de médicaments à usage humain

En revanche, le règlement de coordination de sécurité sociale (1408/71) prévaudra sur la directive uniquement dans l'hypothèse où le patient a reçu une autorisation préalable.

Les principes.

Certains principes sont édictés, dont les autorités de l'Etat membre doivent « s'assurer le respect ». Citons les principes d'universalité, d'accès à des soins de bonne qualité, d'équité, et de solidarité. **La liste s'est donc par conséquent considérablement réduite et l'on notera que l'on ne parle plus d'égal accès !!...**

Pour ce faire, il est notamment demandé aux Etats de définir à l'avance des standards de qualité et de sécurité, de veiller à ce que les prestataires de services fournissent aux patients toutes les informations dont ceux-ci peuvent avoir besoin, de prévoir des voies de recours en cas de dommage et des assurances responsabilités civiles pour les professionnels et de garantir la confidentialité des données médicales.

La mobilité des patients.

Les définitions.

La directive s'adresse principalement **aux patients**, de la nationalité d'un Etat membre ou bénéficiant de droits au titre d'actes communautaires, affiliés au système de sécurité sociale obligatoire « *qui ont l'intention de voyager dans un autre Etat membre aux fins d'y recevoir des soins* ».

Exit la mobilité des professionnels qui pourtant est selon moi indissociable de la mobilité des patients. Les professionnels de la santé ne se voient attribuer qu'une seule petite référence à l'article 4 qui traite des définitions.

Sont considérés comme professionnels de la santé les médecins, les infirmières responsables de soins généraux, les dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens ou toute autre profession exerçant des activités dans le secteur des soins de santé comme définis à l'article 3 (1) (a) de la directive 2005/36/CE.

Les soins hospitaliers sont définis à l'article 8 paragraphe 1 comme des soins nécessitant au minimum une nuitée. Une liste de "*traitements additionnels*" qui ne requièrent pas le séjour d'une nuit dans un établissement mais qui peuvent éventuellement être considérés comme soins hospitaliers sera adoptée par la Commission Européenne. Il ne s'agira que de soins qui requièrent l'utilisation d'équipements médicaux très spécialisés et très coûteux. **La Commission Européenne s'arroge un droit qu'elle ne détient pas des Traités !**

Il s'agit là d'un transfert de souveraineté des compétences de l'Etat membre vers l'Union Européenne et donc un manque de respect du principe de subsidiarité. Je doute que le Conseil puisse l'accepter ! En tous les cas, il y aura débat !

L'autorisation préalable.

Alors que la jurisprudence communautaire exigeait une autorisation préalable délivrée par les autorités compétentes en cas de soins hospitaliers transfrontaliers, désormais, **la proposition de directive pose le principe qu'aucune autorisation préalable ne sera exigée.** Pire, la Commission opère à nouveau un transfert de souveraineté. Ainsi, si l'Etat membre souhaite pour autant instaurer une autorisation préalable, il devra en notifier les raisons à la Commission Européenne qui sera seule juge !

S'agissant du **remboursement des soins de santé**, ce sera à l'Etat membre d'affiliation de s'assurer que ces patients y reçoivent des soins similaires à ceux qui auraient pu leur être fournis dans leur propre Etat membre. Le coût des soins sera

supporté par l'Etat d'affiliation, au moins à hauteur du niveau des coûts assumés dans une situation similaire sur le territoire d'origine.

Conséquences pratiques :

Actuellement sous l'empire du règlement 1408, le patient roumain qui effectue des soins de santé à hauteur de 20 000 euros en France et qui bénéficie d'une autorisation préalable n'effectue aucune avance d'argent. Il se fait soigner, rentre chez lui. Il appartient ensuite aux autorités compétentes de la Roumanie et de la France de se rembourser entre elles au titre de la dette publique.

Avec la directive, le patient roumain devra effectuer une avance d'argent de 20 000 euros avant de recevoir les soins en France. Il sera ensuite remboursé selon le tarif de l'Etat d'affiliation, à savoir la Roumanie. Supposons que le coût des soins en Roumanie aurait été de 10 000 euros et que le système de sécurité sociale ne rembourse qu'à hauteur de 50%, le patient roumain aura déboursé de sa poche une somme très importante.

Nous pouvons déjà tirer quatre conclusions de cette situation :

- le texte aura pour conséquence de freiner la mobilité des patients et plus particulièrement ceux en provenance des nouveaux Etats membres vu la différence des coûts de santé et des salaires qui ne pourront avancer de telles sommes.
- **le texte marque volontairement une mobilité des patients à deux vitesses : ceux qui auront les moyens et les autres qui seront laissés pour compte.**
- **le texte aura pour effet de freiner le développement des soins de santé dans les nouveaux Etats membres si les gouvernements de ces Etats préfèrent ne pas développer leur politique de santé nationale et envoyer leur patient se faire soigner dans un autre Etat.**
- le texte aura pour effet d'accroître le recours aux assurances privées.

La coopération entre Etats membres.

La directive (article 13) impose un devoir d'assistance mutuelle entre Etats membres pour la mise en place de ces dispositions.

Elle impose également la reconnaissance et le remboursement des médicaments prescrits dans un autre Etat.

Elle prévoit la possibilité pour la Commission de mettre en place des mécanismes permettant aux pharmaciens de vérifier l'authenticité de la prescription, notamment par l'élaboration d'un « formulaire modèle de prescription ». En outre, la Commission pourrait prendre des mesures pour limiter les risques pour la santé induits par exemple par « les différences d'emballage, de langues ou d'informations fournies dans les différents Etats membres ».

Elle prévoit également la création de réseaux européens de centres de référence, le développement de mesures visant l'interopérabilité des systèmes électroniques de communication et d'information, la collecte de statistiques sur la fourniture transfrontalière de soins de santé et la mise en relation des autorités nationales responsables de l'évaluation des technologies de la santé ce qui était préconisé dans mon rapport d'initiative.

Enfin, il convient de préciser que **cette directive créera un comité piloté par la Commission** où siègeront des représentants des Etats membres (article 19), et **qui serait notamment amené à se prononcer sur des questions relevant jusqu'à présent de la compétence nationale** : les standards de qualité et de sécurité des soins de santé définis par les Etats membres, la définition des soins hospitaliers ou des soins coûteux nécessitant une autorisation préalable, le temps imparti aux autorités compétentes pour examiner une demande d'autorisation, un modèle européen de prescription de médicaments ainsi que l'emballage, la langue et l'information fournie au patient en la matière.

Conclusions.

Ce projet, très construit, n'en souffre pas moins de certaines contradictions. Tout d'abord, il semble aller au-delà de la jurisprudence en introduisant certaines conditions que n'avaient pas prévu les juges.

Ensuite, il introduit un système parallèle et autonome par rapport au dispositif traditionnel.

De ce fait, il établit un distinguo, délicat en pratique, entre les patients qui bénéficient du règlement 1408 et ceux qui s'appuieront sur cette directive. **Il en résulte un système qui deviendra plus complexe pour les organismes de sécurité sociale.**

Le texte semble à la fois donner des droits aux patients, mais en même temps, **il ne les place pas sur un pied d'égalité**. Il crée aussi un traitement différencié pour les patients mobiles et ceux qui se font soigner dans leur pays.

Plus discutable, il facilite la mobilité des patients qui ont les moyens de faire l'avance des soins ; **la directive prévoit en effet une obligation de remboursement mais pas d'obligation de prise en charge préalable, clé de voûte de la sécurité sociale**. Concrètement, seuls les patients qui pourront faire l'avance des soins pourront bénéficier de cette directive. Les autres non.

Il laisse dans le flou tout un ensemble d'éléments : quid de la responsabilité en cas de dommage, du suivi des soins au retour dans le pays, du délai raisonnable pour rester sur une liste d'attente.....

Il ne règle pas les problèmes les plus importants qui se posent actuellement au secteur de la santé : la pénurie d'emplois croissante dans nombre de secteurs, la formation des professionnels, et l'interprétation des règles de la concurrence et du marché intérieur (position dominante, entente, libre prestation de services....).

Alors que son objectif est la qualité des soins, il n'instaure pas d'obligation universelle de services de soins pour tous les résidents européens.

Ce texte ne fait rien pour pallier les différences de traitements entre citoyens, mais au contraire les renforce et les accélère. La base juridique choisie pour agir "le marché intérieur" est d'ailleurs symptomatique de la vision "libérale" qui gouverne ce projet.

Enfin, il entraîne un transfert net de compétences. De trop nombreuses questions sont laissées à l'appréciation souveraine de la Commission européenne ce qui est contraire au principe de subsidiarité.

La Commission deviendrait, de fait, co-organisateur des soins de santé sans contrôle du Parlement européen.

Cela présage donc de longs débats au Conseil et au Parlement : espérons que ce texte de directive en sortira amélioré (comme ce fut le cas pour la directive services), et que la santé soit enfin traitée comme un pilier incontournable du modèle social européen.