



5^{ème}

**rendez-vous
transfrontalier de la santé**

Structuration et régulation

**Actes du Colloque sur la
Coopération Sanitaire Transfrontalière
du 26 novembre 2009**

UNION EUROPEENNE



Comité des Régions

**Comité des Régions
Bâtiment Jacques Delors
101, rue Belliard
1040 Bruxelles**



Union Européenne
Fonds Européen de
développement régional

INTERREG IV



France - Wallonie - Vlaanderen
Interreg efface les frontières



Wallonie



L'union Européenne investit dans votre avenir

SOMMAIRE

Préface	3
Introduction	4
Ouverture et accueil par Daniel REINE , Président du GEIE Luxlorsan	5
L'importance des projets de coopération transfrontalière au sein de l'UE - Luc VAN DEN BRANDE , Président du Comité des Régions	7
La régulation de l'accès aux soins transfrontaliers à travers la coordination des systèmes de sécurité sociale : quelle modernisation du règlement 1408/71 en 2010 ? - Jean-Claude FILLON , membre de la Commission administrative de la coordination des systèmes de sécurité sociale, Ministre français de la santé	10
L'impact de la Cour de justice des Communautés européennes sur l'accès aux soins à l'étranger dans l'UE - Koen LENAERTS , Juge à la CJCE	17
Les interventions de la Commission européenne dans le domaine de la santé - Willy PALM , de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé	40
Table ronde sur la proposition de directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers animée - introduction et animation par Alain COHEUR	46
Jean-Marc DELIZEE , Secrétaire d'Etat aux Affaires Sociales, chargé des Personnes Handicapées, Adjoint à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, chargée de l'Intégration Sociale	48
Marc BOISNEL , représentant Roselyne Bachelot, Ministre française de la santé	52
La régulation sanitaire transfrontalière régionale – présidé par Jean HERMESSE , secrétaire général de l'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes	56
L'accord-cadre franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière et les conventions de coopération dans l'espace franco-belgo-luxembourgeois - Jo De COCK , Administrateur général de l'INAMI	57
L'Eurodistrict Métropole lilloise-Kortrijk-Tournai - Stefaan DE CLERCK , Ministre belge de la Justice, Président de l'Eurodistrict, Bourgmestre de Courtrai	61

Les bassins de vie et les territoires de santé - François TONNELIER , Directeur de recherche à l'IRDES	64
L'état des travaux du projet Interreg IV franco-belge « <i>Génération en santé</i> » des Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) français et belges – Philippe LORENZO , Directeur adjoint de l'ORS Picardie	67
Projet de carte européenne des professionnels de santé - Patrick FORTUIT , Vice-Président national de l'Ordre des pharmaciens français et Président du projet HPRO Card	69
Table ronde sur les espaces de coopération transfrontalière en santé	
Pour le Nord-Pas de Calais - Daniel LENOIR , Directeur de l'Agence Régionale de Santé	74
Pour la Lorraine - Brigitte DEMPT , représentant le Docteur Yves Grall, Directeur de l'Agence Régionale de Santé	77
Pour la Région Champagne Ardenne - Joëlle BARAT , Conseillère régionale, représentant M. Bachy, Président du Conseil Régional Champagne Ardenne	79
Pour la Région wallonne - Yves SMEETS , conseiller et représentant d'Eliane Tillieux, Ministre régionale de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances	82
Pour les GEIE OFBS et Luxlorsan - Henri LEWALLE , Coordinateur des projets de coopération transfrontalière entre la France, la Belgique et le Grand-Duché du Luxembourg	85
Conclusion : « Vers un instrument juridique idoine pour développer la coopération sanitaire transfrontalière » - Placide MABAKA , professeur de droit européen à l'Université Catholique de Lille, Directeur du Centre de recherche sur les relations entre le risque et le droit	88
En guise de conclusion	90

PRÉFACE

Le colloque du 26 novembre 2009 a été organisé par les observatoires de la santé transfrontaliers OFBS et LUXLORSAN au Comité des Régions de l'Union européenne grâce au soutien du programme Interreg IV et des autorités régionales concernées.

Les organisateurs du colloque voudraient témoigner un remerciement tout particulier à la Région Wallonne, à la Province de Flandre Occidentale et à la Région Champagne-Ardenne pour leur soutien aux projets de développement de la coopération sanitaire franco-belge.

Que tous les intervenants et les participants se voient remercier pour leur contribution à la réussite de ce colloque.

Qu'il nous soit par ailleurs permis de remercier pour leur apport, les opérateurs des projets Interreg Cosantran, Cosanwalfran, Consanvlaamsfran et Cosanté à savoir,

- L'Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes,
- L'Union Nationale des Mutualité socialistes,
- L'Union Nationale des Mutualités libres,
- La CARSAT Nord-Est,
- La CARSAT Nord-Picardie,
- L'ARS du Nord.

Mais, ce colloque et la rédaction des actes sont le fruit de l'apport et la contribution de :

Agnès Chapelle, Cécile Derlet et Corinne Herman pour Luxlorsan,

Stéphanie Anciaux, Vanessa Carette, Katia Haquin, Agnès Jacobs, Laurent Lourme et Laurence Soussigne pour l'OFBS.

Que chacun soit remercié pour son travail et sa collaboration à l'organisation de l'ensemble de cette cinquième grande manifestation sanitaire transfrontalière.

Henri Lewalle

Coordinateur des projets OFBS et LUXLORSAN.

INTRODUCTION

Depuis 1999, les GEIE « Observatoire Franco-Belge de la Santé » (OFBS) et Luxlorsan (LLS) regroupent les principaux acteurs de la santé concernés par l'accès aux soins dans l'espace frontalier belge, français et luxembourgeois. Ceux-ci ont réalisés de nombreux travaux au cours de la dernière décennie pour promouvoir et développer la coopération sanitaire transfrontalière interrégionale. Diverses études ont été menées pour évaluer les flux de patients, des professionnels de santé, analyser l'offre de soins, étudier les procédures d'accès aux soins. De nombreux projets ont été initiés pour lancer des complémentarités transfrontalières entre les offres de soins des différents versants frontaliers et améliorer l'accès aux soins de qualité des patients résidant dans ces territoires. A diverses reprises, les GEIE OFBS et Luxlorsan ont organisé des colloques pour informer, réfléchir et débattre sur les différentes thématiques et aspects de la coopération sanitaire transfrontalière.

Depuis 2002, ils se sont efforcés d'accroître l'efficacité de la régulation de l'accès aux soins transfrontaliers et structurer la coopération sanitaire sur les deux versants frontaliers. Le moment était opportun d'organiser un nouveau rendez-vous transfrontaliers dans la foulée du déploiement de nombreuses conventions interhospitalières et la création de territoires de santé dénommés « zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers » (ZOAST) après l'adoption de l'accord cadre de coopération sanitaire franco-belge.

C'est pour ces raisons qu'un colloque a été organisé au siège du Comité des Régions à Bruxelles le 26 novembre 2009.

La matinée a été consacrée à la régulation de l'accès aux soins à l'étranger.

Trois thématiques ont été abordées :

- la modernisation du règlement de coordination des systèmes de sécurité sociale de l'Union européenne ;
- la jurisprudence de la Cour de Justice européenne mettant notamment en œuvre la libre prestation de services ;
- la proposition de directive européenne sur les droits des patients dans le cadre des soins transfrontaliers.

L'après-midi s'est centré sur la structuration de la coopération sanitaire entre la France, la Belgique et le Luxembourg et les thèmes suivants ont été approfondis :

- l'accord cadre de coopération sanitaire franco-belge ;
- la structuration en bassin de soins transfrontaliers ;
- les conventions interhospitalières et les « zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers ».

De brillants représentants des autorités concernées, des experts et des acteurs de terrain sont intervenus pour analyser et proposer leur point de vue sur les thématiques étudiées. Parmi ceux-ci, nous soulignerons la participation de :

Monsieur Luc Van den brande, Président du Comité des Régions de l'Union européenne

Monsieur le Ministre belge de la Justice Stefan De Clerck, député bourgmestre de Courtrai, président de l'Eurodistrict Tournai-Lille-Courtrai

Monsieur le Secrétaire d'Etat à l'intégration sociale Jean Marc Delizée

Monsieur Daniel Lenoir, directeur de l'ARS Nord-Pas de Calais

Monsieur Koen Lenaerts, juge à la Cour de Justice de l'Union européenne.

Vous pourrez maintenant lire les actes de ce colloque particulièrement réussi et les télécharger sur le site : www.santetransfrontaliere.eu

Ouverture et accueil par Daniel REINE

Mesdames et Monsieur les Ministres,
Messieurs les Présidents,
Mesdames et Messieurs les Directeurs
Et Mesdames et Messieurs en vos titres, qualités, grades et fonctions,

c'est avec plaisir que je vous accueille aujourd'hui, en ma qualité de Président des G.E.I.E. OFBS et LUXLORSAN, pour ce nouveau rendez-vous transfrontalier de la santé.

Voilà deux ans, nous nous étions réunis pour échanger sur la coopération sanitaire transfrontalière.

Grâce à **M. VAN DEN BRANDE**, Président du Centre des Régions, que je remercie très chaleureusement, nous nous retrouvons dans ce lieu dédié à la construction européenne.

Ici même, en 2007, nous fondions l'espoir de tisser grâce à l'accord franco-belge de coopération sanitaire transfrontalière et grâce au soutien des programmes INTERREG, un maillage complet de l'offre de soins de proximité basée sur la complémentarité de nos systèmes de santé.

Nous pouvons être fiers aujourd'hui des avancées réalisées dans ce domaine. Des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers sont désormais créées sur la quasi totalité de la frontière franco-belge permettant aux patients de se faire soigner sur le versant voisin sans contrainte administrative ni financière.

De plus, l'étroite collaboration développée depuis 2007 entre les SMUR français et belges, a permis d'améliorer la rapidité des interventions et offrir une meilleure prise en charge sécurisée aux patients des zones frontalières.

Enfin, je n'oublie pas les nombreuses coopérations interhospitalières mises en œuvre tout le long de la frontière grâce à la volonté des acteurs de terrain.

L'OFBS, qui fête cette année ses 10 ans d'existence et le GEIE LUXLORSAN, ont eu pour tâche d'initier et d'accompagner cette démarche et d'élaborer des outils facilitateurs de la coopération.

Les programmes INTERREG, dans lesquels les deux groupements sont engagés, constituent à ce titre de véritables catalyseurs.

Permettez-moi de remercier les autorités européennes de nous avoir renouvelé leur confiance en soutenant à diverses reprises nos travaux dans le cadre de ce quatrième programme, et cela particulièrement par l'apport financier du FEDER.

Si l'accord cadre a sans conteste donné de l'ampleur à la coopération, c'est avant tout grâce à la volonté commune de l'ensemble des acteurs du domaine de la santé et de la protection sociale que tous ces projets se concrétisent et se développent.

Des personnes éminentes nous ont fait l'honneur d'être présentes parmi nous aujourd'hui, ce qui démontre que la problématique de l'accès aux soins transfrontaliers est appréhendée jusqu'au plus haut niveau des Etats.

Mme ONKELINX, Ministre belge de la Santé, représentée par M. Jean-Marc Delizée, secrétaire d'état belge à l'intégration sociale et **M. BOISNEL** qui représente la Ministre française de la Santé **Mme BACHELOT**, nous feront partager leur vision de la politique d'accès aux soins en Europe. Je les remercie de nous consacrer un peu de leur précieux temps.

Vous entendrez également des intervenants en prise directe avec les questions de régulation des flux de soins transfrontaliers. Grâce à leurs contributions, nous pourrons enrichir notre réflexion sur le cadre juridique adéquat à la mobilité des patients en Europe.

Enfin, cette journée vous permettra de constater que les attentes des populations frontalières en matière d'accessibilité aux soins de qualité peuvent être prises en compte grâce à la réalisation d'actions innovantes.

Je pense en particulier aux travaux menés autour de la définition d'espaces de santé transfrontaliers.

Cette démarche, soutenue par l'OFBS et LUXLORSAN, a pour objectif de réfléchir, au départ de l'organisation de nos systèmes de santé, à l'articulation de l'ensemble de l'offre de soins disponible de part et d'autre de la frontière, cela pour permettre le développement de synergies entre les professionnels de santé et les structures de soins.

Nous aurons la chance d'entendre l'approche développée dans chaque territoire frontalier grâce aux contributions des acteurs les plus engagés sur le sujet.

Je m'arrête ici pour laisser la place aux différents intervenants et je vous souhaite à toutes et à tous une très bonne journée riche en réflexion, échanges et convivialité.

Je vous remercie de votre présence et de votre participation.

Discours de M. VAN DEN BRANDE Président du Comité des Régions

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Chers collègues,

C'est avec beaucoup de plaisir que je vous accueille ici au sein du Comité des Régions de l'Union européenne et ce pour deux raisons : d'une part parce que c'est la maison, c'est le foyer des villes et des régions en Europe.

Le fait qu'on soit là c'est aussi parce que Marc Justaert, Président de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes belges et du Collège Intermutualiste National de Belgique, a sollicité l'organisation de ce rendez-vous ici.

La coopération transfrontalière prend de plus en plus d'importance en Europe et elle se concrétise également dans la réglementation de l'accès aux soins transfrontaliers.

Ceci n'est pas étonnant puisqu'environ 70% de la réglementation européenne doit être mise en œuvre également par les autorités régionales et locales. Nous savons qu'un tiers des dépenses publiques dans les 27 Etats membres se dirigent vers le niveau régional et les deux tiers de tous les investissements sont dirigés vers ce niveau.

La santé publique comme vous le savez relève dans la plupart de ces 27 pays de la responsabilité des Etats membres. Dans certaines situations, la compétence est partagée et notamment lorsqu'il s'agit des coopérations transfrontalières, la mobilité des patients, la réduction des inégalités sur le plan de la santé et de l'accès aux soins. Politiquement, il s'agit de trouver un équilibre entre d'une part les coopérations européennes dont l'utilité ne peut être contestée et d'autre part le respect du principe de subsidiarité sur lequel on insiste à juste titre dans chacun des Etats membres.

Le résultat des dernières élections européennes a démontré que la première préoccupation des citoyens européens est la plus-value créée par l'U.E.. Le principe de subsidiarité est primordial à concrétiser. Il revêt deux dimensions :

- d'une part une dimension verticale : la nécessité d'une coopération entre les Etats, les régions et le niveau européen ;
- d'autre part, une dimension par la place laissée aux acteurs de notre société d'agir. Il ne s'agit pas seulement d'acteurs économiques, mais aussi de ceux qui interviennent dans le domaine de la qualité de la vie, de l'accès à ces soins, de l'éducation et de la culture. Cette conception figure dans le livre blanc qui vient d'être approuvé par le Comité des Régions et le traité de Lisbonne. Désormais, la gouvernance à divers niveaux s'applique.

Enfin, le Comité des Régions a rendu récemment un avis concernant l'accès aux soins transfrontaliers et a formulé des recommandations sur le plan de la promotion de l'accès aux soins. Une attention particulière doit être apportée aux régions frontalières.

La création du marché intérieur et la politique de concurrence de l'Union Européenne ont occasionné une restructuration des systèmes de santé avec comme conséquence une amélioration de la compétitivité sanitaire au niveau européen. Cela se concrétise par la carte européenne d'assurance maladie, la mobilité accrue des patients, et la libéralisation du marché de la santé. Bien sûr il y a aussi quelques clignotants par-ci par-là qui retiennent bien sûr notre attention et qui indiquent que la directive de "services" doit être appliquée même s'il s'agit de la qualité de la vie et du bien-être.

En raison de l'ouverture progressive des frontières, il n'y a pas seulement une concurrence accrue entre les dispensateurs de soins ; en même temps, il y a des opportunités qui se créent avec comme axe central le fait suivant : si les moyens sont utilisés de manière transfrontalière alors les moyens peuvent être mieux utilisés.

Du fait de la spécialisation et de la complexité des équipements médicaux, il est essentiel de réaliser des échanges entre des régions au-delà des frontières.

Cette coopération transfrontalière dans le secteur sanitaire permettra d'améliorer la mobilité des dispensateurs de soins malgré les limites et les frontières qui nous séparent.

En raison de la spécialisation accrue au niveau médical, les régions frontalières se rendent de plus en plus compte qu'il est essentiel d'évoluer dans ce sens.

Les accords de coopération transfrontalière sur le plan du bien-être et de l'accès aux soins entre le Grand-duché de Luxembourg et la Belgique vont dans cette direction.

C'est un processus important. Il suffit de songer à l'intérêt de ces processus pour les interventions d'urgence. Cela étant dit, je tiens à signaler que le Comité des Régions est à la base de la création du Groupement européen de coopération territoriale (GECT) et comme vous le savez depuis 2007, un nouvel instrument a été mis en œuvre pour réaliser une coopération interrégionale et transfrontalière.

Un élément que je tiens à ajouter à la capacité de cet outil, c'est qu'il ne concerne pas seulement les régions voisines. Au greffe du Comité des Régions, il y a un accord signé entre la Région de la Rioja en Espagne avec une région polonaise. Les deux sont éloignées de 2000 kms et peuvent ainsi développer des échanges d'expériences. Je crois effectivement qu'il est essentiel d'exploiter à 100% ce nouvel instrument juridique.

Des premiers accords ont vu le jour notamment dans l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai et plus récemment entre la Flandre-Dunkerque-la Côte d'Opale.

Autre exemple que je tiens à citer, car il a un lien avec le sujet qui nous préoccupe aujourd'hui c'est la coopération franco-espagnole qui a vu le jour des deux côtés de la frontière pour créer un hôpital commun. Ces formes de coopération transfrontalière requièrent dans la pratique une gouvernance multi-niveaux. En d'autres termes, les divers niveaux de gouvernance doivent coopérer au-delà des frontières qui séparent les Etats membres afin de réaliser les objectifs qui ne seraient pas réalisables de façon isolée. C'est là, à mon avis, que l'on trouve l'avenir et la plus-value de ce qu'on voulait et veut pour l'Europe.

Les succès obtenus en matière de coopération hospitalière transfrontalière ne doivent pas masquer les nombreux blocages auxquels se heurtent les porteurs de projets. Au-delà des entraves physiques (mer, montagnes, secteur à faible densité de population...) qui rendent le contact plus difficile et coûteux, les acteurs de la coopération rencontrent trois principaux types de difficultés :

- les barrières culturelles et linguistiques ;
- les problèmes administratifs et réglementaires (liés aux niveaux de décision différents de part et d'autre des frontières ou liés aux barrières juridiques et réglementaires) ;
- enfin les difficultés de montages opérationnels et financiers.

Les solutions pour améliorer la coopération transfrontalière sanitaire passent autant par la sensibilisation des acteurs que par l'intégration de la santé transfrontalière dans les démarches de planifications nationales et européennes, mais également par des réformes juridiques et administratives et l'assistance opérationnelle aux porteurs de projets. En matière de coopération transfrontalière se cristallise une forte demande d'assistance opérationnelle au montage des projets et à la formation des acteurs et se dégage clairement la demande d'une stratégie européenne d'assistance technique aux projets.

Si le Comité des Régions soutient le renforcement de la coopération transfrontalière dans le domaine de la santé, il s'est montré beaucoup plus réservé sur la proposition de directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers¹.

1

COM(2008) 414 final

Pour le Comité des Régions une autorisation préalable est essentielle pour garantir l'égalité d'accès et la sécurité des patients faute de quoi la directive conduira à une inégalité d'accès aux services de soins de santé en Europe. Le Comité des Régions approuve donc les recommandations formulées par le Conseil lors de sa réunion des 8 et 9 juin 2009 concernant la restructuration du texte, la clarification des responsabilités des États membres et l'autorisation préalable afin de trouver le bon équilibre entre la liberté des patients, la viabilité des systèmes de santé publique et le droit qu'ont les États membres d'organiser leur système de santé. Le Comité des Régions suivra donc avec attention les prochaines discussions sur l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Il me reste à vous souhaiter à toutes et tous de très fructueux et riches débats, en vous remerciant encore de nous aider à définir les contours de meilleurs systèmes de santé au niveau européen pour le bien être de tous nos concitoyens.

Je vous remercie de votre attention.

**La régulation de l'accès aux soins transfrontaliers à travers la
coordination des systèmes de sécurité sociale :
Quelle modernisation du règlement 1408/71 en 2010 ?
Jean-Claude FILLON**

D. REINE

Monsieur le Président, merci pour ces propos. Vous avez d'ores et déjà lancé le débat. Je pense que les différents intervenants vont rebondir aussi sur vos propos.

Sans attendre, je vais donner la parole à M. Jean-Claude FILLON, membre de la Commission administrative de la coordination des systèmes de sécurité sociale représentant le Ministère français de la Santé.

J-C FILLON

Bonjour à tous et à toutes.

Je m'occupe tout spécialement, au Ministère français de la Santé, de la coordination communautaire des régimes de sécurité sociale tous azimuts. Je participe au Conseil à la commission administrative et j'ai suivi de bout en bout l'élaboration de ces nouveaux règlements dont je vais vous parler, avec comme focus l'idée de déterminer quelle modernisation et quels outils concrets ils apportent dans le secteur de la santé. Nous verrons, *in fine*, qu'il n'est pas évident d'apporter une réponse univoque à cette question.

Pour rappel, les deux grands objectifs de ce que j'appellerais une refonte de la réglementation plutôt que de nouveaux règlements :

- simplification en tous genres, aussi bien des simplifications formelles, rédactionnelles, que des simplifications du contenu et des dispositifs ;
- une modernisation qu'il faut comprendre plutôt comme une prise en compte des éléments d'actualité que sont les évolutions des législations nationales mais également l'importante jurisprudence de la Cour de justice intervenue pendant la vie du règlement 1408, notamment sur la citoyenneté.

Quelques éléments de contexte.

Trois textes vont entrer en application le 1^{er} mai 2010 : le règlement 2004, qui est déjà ancien, et deux règlements complémentaires, à savoir son règlement d'application et un premier règlement de modification et de complément du 883 (complément sur les annexes, modifications sur quelques points qu'il a été jugé utile d'apporter immédiatement avant même que le 883 entre en vigueur).

Le mode d'adoption des décisions n'est pas simple. C'est la codécision entre le Parlement, et le Conseil (qui, dans ce domaine, n'est pas habitué à travailler avec le Parlement). Nécessitant l'unanimité au Conseil (tout ce qu'il faut pour aller lentement et multiplier les projets et les lectures).

Quant au climat qui a régné, il faut dire qu'il n'y avait pas de projet de stratégie des Etats, ni du Parlement d'ailleurs. Il faut se rappeler qu'il y a eu, par la suite, un grand sursaut du Parlement européen sur les textes et notamment la directive services, etc.

Il y avait donc absence de stratégie avec un projet qui était très technique.

Avant d'aborder le champ de la maladie, une vue d'ensemble sur cette refonte et de ses points saillants s'impose.

1. Les extensions et les renforcements

On peut dresser une extension du champ personnel vers les citoyens européens : du travailleur salarié en 1958, on arrive aujourd'hui enfin au citoyen de l'UE, ce qui permet d'englober les inactifs assurés.

Dans le champ matériel, on n'avait pas fait d'extension majeure mais au moins des extensions nominales. On pourrait revenir sur la dépendance, sur les prestations de paternité alignées sur les prestations de maternité, les prestations de dépendance appelées les prestations de longue durée, et les préretraites.

Les principes généraux sortent renforcés. On ajoute notamment le principe de l'assimilation qui est aussi d'origine jurisprudentielle et qui va certainement être un principe « décapant » à l'avenir.

Sur l'importante entrée en matière du règlement que constitue le titre sur les législations applicables, on a une extension bien évidemment à toutes les personnes mais surtout on désigne mieux une législation applicable à tous types de personnes : pour les pensionnés, pour les inactifs, il y a maintenant clairement la désignation d'une législation.

L'unicité est renforcée : il ne sera plus possible (sauf disposition transitoire) d'être affilié dans plusieurs Etats, comme c'est le cas aujourd'hui par exemple en France et en Belgique.

Le détachement est simplifié : la durée maximale est portée à deux ans plutôt qu'à un an avec une prolongation, et nous avons également des précisions sur le détachement.

Un important chapitre a été ajouté sur la compensation et le recouvrement. Cela fait partie du renforcement de la coopération administrative, à mon avis : on se donne un outil pour le recouvrement aussi bien des prestations indues que des contributions et autres.

Pour l'amélioration des droits, elles sont ciblées et font l'objet de compromis, mais elles existent et se trouvent dans tous les chapitres. Je développerai un peu plus loin les soins de santé.

On trouve également des améliorations dans le domaine des pensions : par exemple entre la France et la Belgique sur l'invalidité nous étions dans les liquidations AA, donc une seule pension d'invalidité (le dernier Etat étant compétent). Nous allons maintenant passer à une liquidation systématiquement « vieillesse ». Il y aura une amélioration pour les personnes puisqu'elles pourront ajouter à une pension nationale une pension proportionnelle de l'autre Etat.

En matière de chômage, les améliorations sont relativement faibles mais disons qu'on a amélioré l'application et l'efficacité des dispositifs en vigueur, notamment pour le travailleur au chômage qui va se rendre dans un autre Etat transitoirement pour rechercher un nouvel emploi.

Pour les prestations familiales, on a un seul dispositif qu'on a aligné par le haut sur les travailleurs pour, notamment, les pensionnés, et l'on regroupe tout sous un seul dispositif. On supprime le chapitre pratiquement inapplicable des dispositions concernant les orphelins, sans évidemment diminuer leurs droits, ceux-ci sont au contraire renforcés.

Donc des améliorations ciblées sur les droits des personnes.

2. La coopération

C'est le fil rouge de tout le règlement d'application qui ne se contente plus de définir des procédures d'application du règlement de base mais qui, finalement, le complète avec des dispositions importantes, par exemple sur le détachement que je viens de citer. Il insiste sur le renforcement de la coopération au travers de toute une série de mesures d'application qui obligent les institutions à travailler beaucoup plus entre elles, à ne pas prendre des décisions isolées. Deux procédures intéressantes et qui sont pratiquement de même nature : je vais prendre l'exemple d'une personne qui travaille en Belgique et en France. Une procédure obligera l'institution belge et l'institution française à travailler ensemble d'entrée de jeu pour fixer la situation de la personne, dont la situation sera réglée provisoirement si nécessaire de façon à ce que la personne n'attende pas et ne soit pas privée de prestations. Vous voyez, ce renforcement de la coopération est facilité mais également, je dirais, avec dirigisme. Les institutions ont, en ce sens, de nouvelles obligations.

Règlement également des différends. Lorsque nous ne sommes pas d'accord avec une institution étrangère sur la résidence (l'intéressé réside-t-il dans un pays ou dans l'autre ?) lorsque nous ne sommes pas d'accord sur la législation applicable ; lorsque nous ne sommes pas d'accord sur la valeur d'un document (on a délivré l'équivalent d'une attestation d'affiliation à une législation, une attestation également de soins par exemple) : une procédure spécifique est prévue. Des décisions de la commission administrative ont déjà été prises pour appliquer ces changements.

Voilà quelles sont les grandes lignes tracées très rapidement.

Je voudrais maintenant traiter le domaine de l'accès aux soins de santé, et passer d'abord en revue les mesures nouvelles :

- Nous avons d'abord une définition des prestations en nature qui est justement ajoutée au 883 par le règlement modificatif. Cette définition n'est pas une belle invention, c'est un compromis donc nous aurions pu mieux faire. Nous l'avons demandée pour dépasser une jurisprudence de la Cour de justice qui lisait littéralement l'article 22 et qui nous gênait parce qu'elle laissait de côté, notamment, la prescription d'une canne à la sortie d'un hôpital (l'utilisation d'une canne n'est pas un soin strictement médical), et les frais de transport. Unaniment, nous avons considéré que l'article 22 était peut-être mal rédigé depuis l'origine mais qu'on avait une acception de cet article qui était commune. Donc nous avons une définition des prestations en nature qui va permettre notamment d'éclairer le sens qu'il faut donner à cet article.
- En ce qui concerne les ayants-droit de travailleurs frontaliers, les dispositions ne concernent pas tous les Etats. C'est un problème ancien. Ils sont plus maltraités que les ayants-droit de travailleurs qu'on dit assimilés aux travailleurs frontaliers. Le projet de la Commission, et une majorité d'Etats ont voulu aller plus loin en traitant l'ayant-droit comme le travailleur. Il aura donc accès aux soins de santé pendant l'activité, et dans le pays de résidence, et dans le pays compétent sans autre forme de procès. Ceci à condition que l'Etat compétent ne soit pas dans une annexe négative, l'annexe 3, du règlement. Progrès relativement limité.
- Les pensionnés et les ayants-droit, c'est peut-être la catégorie sur laquelle on a le plus avancé. On a reconnu par exemple, et là encore à condition que l'Etat compétent l'accepte et soit donc inscrit dans une annexe positive (l'annexe 4), que le pensionné qui réside dans un Etat A où il bénéficie de prestations à charge de l'Etat B qui lui verse une pension, puisse revenir à loisir dans l'Etat B sans avoir à demander une autorisation préalable à l'Etat A.

Pour les soins d'urgences, il n'y avait jamais de problème mais il y avait toujours des difficultés notamment pour les frontaliers quand vous accédez à la retraite puisque vous aviez une modification de la nature du droit. D'un seul coup, une frontière se reformait entre vous et votre ancien pays d'activité.

Nous avons avancé dans ce domaine en dépit des charges que cela peut créer pour les Etats compétents, mais encore une fois nous n'avons pas tous avancé en même temps, il y a une annexe cette fois positive.

- Pour les travailleurs frontaliers, deux dispositions ont été ajoutées lorsqu'ils deviennent pensionnés. D'une part, une disposition qui revient sur le cas que je viens d'expliquer, qui permet à un ancien frontalier de poursuivre un traitement qu'il a commencé dans un Etat. Nous avons été saisis au Ministère de cas de ce type et c'est vraiment une avancée, mais là encore il y a une annexe. Encore faut-il que l'Etat concerné soit inscrit dans l'annexe. Il y a aussi une autre mesure pour les pensionnés anciens frontaliers, qui est plus générale dans la mesure où elle concerne tous les soins, avec la condition cependant d'avoir été frontalier pendant au moins deux ans au cours des cinq ans qui ont précédé la pension. Cette mesure est étendue aux ayants-droit à condition qu'ils aient rempli les conditions pendant la période d'activité, c'est-à-dire qu'on retombe sur la même annexe que celle que j'ai citée tout à l'heure.

- Point très important également et facteur commun à toutes ces situations : l'amélioration de la prise en charge financière des dépenses de soins de santé.
Vous vous souvenez qu'il y avait une disposition dans le règlement d'application qui était une mesure de rattrapage qui permettait de se faire rembourser au retour dans l'Etat de résidence après un séjour où on avait reçu des soins dit d'urgence. Tout cela est généralisé, modifié, évidemment sous l'angle « Kohll et Decker », avec une possibilité maintenant qui est triple :
 - soit de se faire prendre en charge dans le pays de séjour au tarif du pays de séjour, je dis « tarif » parce qu'on baigne ici dans l'assurance mais ce sera une « prestation distribuée par un service sanitaire » ;
 - soit une prise en charge dans le pays compétent au tarif du pays de séjour, vieille procédure E126 ;
 - soit enfin prise en charge directe par l'Etat compétent à ses propres tarifs (procédure Kohll et Decker).
 Cette triple possibilité de prise en charge au choix de l'assuré et selon ses possibilités vaut aussi bien pour les soins temporaires que pour les soins programmés. En outre, pour les soins programmés, on a introduit un dispositif qui ressemble au « complément Vanbraekel ». Si l'intéressé reçoit un remboursement dans le pays de séjour et s'il s'avère que les soins, s'ils avaient été reçus dans le pays de compétence, auraient donné lieu à un remboursement supérieur, l'intéressé peut demander un complément à son institution d'affiliation ou de résidence si le pays de résidence est compétent. Ici nous avons une amélioration réelle et pour tous. Il n'y a pas d'annexe négative ou positive, c'est une disposition d'ordre général.
- Il faut faire un point sur les prestations de dépendance. J'ai dit que nous avons pris en compte la jurisprudence de la Cour dont l'arrêt « Molenaar et Jauch² » dans lequel les prestations de dépendance s'appellent prestations de longue durée (ce qui est ambigu). On suit dans le règlement 803 les prescriptions de la Cour de justice qui sont intégrées au chapitre maladie.
Malheureusement, il n'y a qu'un seul article difficile à appliquer à cause d'une règle anti-cumul.
On applique les dispositions classiques de l'assurance maladie qui se répartissent entre prestations en nature et prestations en espèce. Ce qui n'a pas de sens pour les prestations dépendance et qui génèrent des hérésies du genre : je vais résider dans un pays où les prestations sont en espèce et je viens d'un pays où j'avais des droits en nature : je n'ai droit à rien. De plus, l'affaire « von Chamier³ » ne nous a pas aidés.
On comptait sur la citoyenneté et la Cour de justice, une fois de plus, pour avancer les choses, mais sans résultat.
La mise en œuvre du dispositif : il existe un important train de dispositions de coopération, listées sur la présentation dia. 14/15 (cf. annexe).
- Des dispositions d'ordre plus général vont évidemment aussi s'appliquer dans le domaine des soins de santé. Par exemple, la dématérialisation qui permettra d'échanger les données et les anciens formulaires via des messages électroniques. Nous disposons de procédures lorsque l'on a des difficultés (une attestation pour recevoir des soins programmés).
- Les mesures particulières de coopération dans le domaine des soins de santé sont avant tout surtout des procédures. Je relèverais simplement le renforcement, presque la création puisqu'il n'y avait pas d'obligation à cet égard, en matière d'information. Ici, il s'agit d'une double injonction : d'un côté par le règlement et de l'autre par la jurisprudence.

Au global, en termes de perspectives, sans la langue de bois ? C'est Janus !

² C-160/96 et C-215/99

³ C-208/07

Je pense qu'il y a une face très positive : on a un nouvel outil qui permet de mettre en place une coopération renforcée, plus efficace, et qui permet d'appliquer un dispositif qui est amélioré, avec toujours pour objectif de répondre aux attentes et besoins des usagers. Effectivement, on peut lister des améliorations ciblées mais réelles, notamment pour les pensionnés, pour les frontaliers. Un engagement plus grand des institutions : obligations, procédures de coopération, au service des usagers mais aussi au service du règlement pour mieux l'appliquer. Cela vise aussi les organismes de liaison.

Le réseau EESSI, qui est en cours de construction et qui avance bien, aura des difficultés notamment pour la définition et le contenu des messages, mais une période transitoire est prévue et cela fonctionnera. Nous allons passer enfin à des échanges un peu plus modernes, ce qui ouvrira des possibilités notamment aussi de travailler on-line dans certains domaines, notamment pour remplacer la carte européenne à terme par une simple carte d'identification qui permettra des transactions un peu plus rapides et réalistes entre un prestataire, une caisse ou l'assuré lui-même, et l'institution qui ouvre les droits.

Mais, il y a aussi une face négative qu'il ne faut pas négliger : la complexité du dispositif amélioré. Revenons sur les deux objectifs que sont la modernisation et la simplification.

Modernisation en partie mais mal faite, par exemple pour la dépendance : c'était une chose positive que de suivre la Cour de justice, mais c'eût été encore mieux, en tant que législateur, que nous fassions passer en même temps cette idée d'intégration des prestations de dépendance dans le règlement. Il aurait fallu créer des règles pour les gérer de façon cohérente et de façon, surtout, à correspondre aux objectifs de ces prestations et à la situation des personnes dépendantes, avec l'idée de faciliter leur mobilité ou de faire en sorte qu'elles puissent circuler. Je pense notamment à toutes les personnes qui se déplacent de France vers la Belgique pour vivre leur retraite dans un établissement spécialisé ou des personnes handicapées qui sont également placées, jeunes ou moins jeunes, dans des établissements belges.

La complexité, c'est la multiplication des annexes positives et négatives qui engendre une application non uniforme. Je pense que si nous ne modifions pas cela, à terme, la Cour de justice pourrait très bien revenir sur sa jurisprudence finale et nous rappeler notamment que le règlement n'est pas là pour ajouter des difficultés et des disparités à des législations qui sont déjà disparates. Et c'est bien le cas ici puisque le droit des personnes sera variable. Il faudra donc tracer le parcours géographique de l'assuré et lui demander « vous partez d'où ? Vous allez où ? ». Si vous changez de parcours et d'Etat, vos droits seront peut-être différents, non pas à cause de la législation locale mais parce que les dispositifs communautaires applicables sont différents.

Deuxième élément qu'il faut connaître si on entre dans la cuisine du règlement, c'est la variabilité des droits en fonction des modes de remboursement que les Etats ont entre eux, notamment pour les soins programmés. Vous prenez la situation d'un pensionné du régime français qui va s'établir en Espagne, qui veut conserver des coûts moyens pour se faire rembourser, et un autre qui va s'établir en Allemagne ou en Belgique qui vont passer aux frais réels. Dans ce cas, les droits des personnes, les formalités à accomplir, la responsabilité des institutions vont changer assez brutalement. L'intéressé verra la procédure d'obtention d'une autorisation préalable se compliquer. Dans un cas, il y aura deux institutions qui vont successivement travailler sur sa demande, alors que dans l'autre cas il n'y en aura qu'une.

En outre, il y aura parfois empilage des dispositions. Pour les pensionnés, elles sont plus claires mais elles auraient pu être plus claires. Pour les pensionnés anciens frontaliers, les dispositions n'ont d'intérêt que si l'Etat ne s'est pas inscrit positivement dans la grande mesure « pensionnés ». La France, par exemple, s'est inscrite positivement dans l'annexe qui traite de ces pensionnés qui rentrent pour se faire soigner. L'institution française ne sera donc pas intéressée de savoir s'il est ancien frontalier ou pas, cela ne lui apportera rien de plus. Cette mesure n'a d'intérêt que lorsqu'on revient d'un pays débiteur de pension qui ne s'est pas inscrit dans l'annexe positive en question.

En conclusion, je dirais que le nouveau dispositif est clairement à améliorer et à compléter pour atteindre les objectifs de simplification et de modernisation pour faciliter la libre circulation des citoyens.

Il y a trois axes d'amélioration évidents : il faut arriver à une application uniforme.

- 1) Il faut que les annexes négatives diminuent. Le Parlement, d'ailleurs, s'est accroché pour faire en sorte que l'annexe négative pour les membres de familles de frontaliers soit la plus mince possible, et surtout que pour certains pays, ce soit limité dans le temps. Toute une série de pays sont inscrits pour quatre ans, donc on a déjà prévu la sortie de cette annexe si l'on peut dire. Ne restera qu'un petit cœur pur et dur qu'il faudra essayer de convaincre.
- 2) La transparence des coûts et des charges financières nécessite de revenir aux frais réels. Il est évident que les mécanismes qui ont été créés ne seront efficaces, si on ne veut pas qu'il y ait de double charge pour les Etats, que si l'on passe à la facturation de toutes les prestations. Le fait de pouvoir garder un double système pour certains Etats (remboursement des dépenses réelles et remboursement forfaitaire), entraîne des difficultés en matière de remboursement. Sachant que cela n'est pas neutre pour les droits des citoyens. Avant c'était neutre, maintenant ça ne l'est plus. Les droits des gens seront différents selon l'option qu'on adopte. Et si vous songez au fait que cette option est temporaire, c'est-à-dire que, théoriquement, un Etat pourra changer tous les ans, (passer du forfait aux factures et des factures au forfait), vous comprendrez que ce n'est pas un instrument d'application pratique. Les droits des intéressés pourront changer en cours de route : je reprends l'exemple du pensionné Français qui s'installe en Espagne et qui a une espérance de vie d'une vingtaine d'années. Au bout de cinq ans, l'Espagne décide de changer. Et bien cette personne qui, régulièrement, allait recevoir des soins dans un troisième pays, va voir le contenu de ses droits et surtout les modalités modifiées sans changement de sa situation. Une simple modification technique dans l'arrière-cuisine d'un règlement entraîne des modifications pour la personne.
- 3) Enfin, nous avons des mesures qui font référence à « Kroll et Decker ». Elles se trouvent dans le règlement d'application. On comprend mal ces mesures car le règlement de base ignore « Kroll et Decker ». Il y a là un problème de vocabulaire et de syntaxe. Il y a également le fait qu'on n'a pas vraiment intégré cette deuxième voie comme on l'a dit dans le cadre du règlement. Il y a un projet de directive, mais à terme il faudra que le règlement soit clair et prenne en compte les deux voies. Que la deuxième voie reste jurisprudentielle ou qu'une directive l'applique, peu importe. Il faudrait prendre en compte ces deux voies et faire en sorte de les croiser, de les simplifier, de les coordonner de façon à être capable d'apporter, pour les organismes, un mode de travail simple, aisé, qu'il n'y ait pas trente six façons de faire la même chose juridiquement en passant par des canaux différents. Il faut que les intéressés puissent avoir une vision claire de leurs droits et de leurs devoirs pour recevoir des soins à l'étranger, soit en cas de pépin, d'accident, soit délibérément parce que le médecin traitant a proposé de recevoir des soins spécialisés dans un établissement qu'il connaît et qu'il pense capable de répondre aux besoins médicaux de la personne.

Je conclurai sur deux points.

Il faut considérer, et je reviens sur le mot « refonte », que ces nouveaux règlements sont un point de passage et pas un aboutissement.

Ces nouveaux textes ont mis beaucoup de temps à avancer. On a quand même avancé. C'est très positif. Nous sommes de plus en plus nombreux. On est passé de quinze à vingt sept ! Cela n'a pas facilité le travail. Nous avons dû appliquer la règle de l'unanimité.

Après le 1^{er} mai 2010, il y aura encore des choses à faire. D'ailleurs, dès le printemps 2010, à l'appel de la Commission, une campagne pour produire un premier règlement modificatif sera entamée.

Enfin, il faut penser au traité de Lisbonne qui change les règles de travail au Conseil pour l'article 42. Attention cependant au contenu de l'article 42 : cela vaudra pour les dispositions sur les travailleurs et les travailleurs non salariés. Dès lors qu'on aura une disposition générale qui prend en compte les inactifs, on fera référence à la base qui anciennement était l'article 308, donc on restera à l'unanimité. De plus, il y a des dispositions pour lesquelles un Etat seul peut dire « non », cela touche aux règles fondamentales de son régime.

Intervention de Daniel REINE entre Messieurs FILLON et LENAERTS

D. REINE

*Merci Monsieur Fillon d'avoir su partager votre enthousiasme sur un projet extrêmement difficile, qui a monopolisé pendant de longues années de nombreuses instances et experts.
Vous avez rappelé qu'il s'agit de modifications, de simplifications dans un environnement et sur des sujets qui sont extrêmement complexes.
Votre mérite est grand d'avoir su nous faire comprendre cette nouvelle refonte des textes.
Je vous en remercie.*

*Nous allons donner la parole maintenant à Monsieur Lenaerts, Juge à la Cour de Justice des Communautés européennes.
C'est une grande joie et un grand privilège d'avoir un juge de la Cour.
C'est la première fois que nous pouvons écouter un juge européen dans nos travaux.
C'est donc avec beaucoup de plaisir et d'impatience que nous allons entendre vos propos concernant notamment l'impact du droit communautaire sur le secteur des soins de santé et de la sécurité sociale et aussi, bien évidemment, au regard des règles européennes de concurrence, avec toujours en perspective l'angle des exigences de la libre circulation.
Je vous laisse le soin de nous présenter votre point de vue et peut-être celui de la Cour de justice.*

**Droit communautaire et soins de santé : les grandes lignes de la
jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes
Koen LENAERTS,
Juge à la Cour de justice des Communautés européennes
Professeur de droit européen à la KU Leuven⁴**

Introduction

- I. Les rapports entre les systèmes nationaux de soins de santé et de sécurité sociale, et les règles européennes de concurrence**
 - A. La distinction entre activités économiques et activités exclusivement sociales
 - a) L'arrêt Poucet/Pistre de février 1993
 - b) Les applications ultérieures de la jurisprudence Poucet/Pistre aux couvertures sociales de soins de santé
 - B. Les institutions de sécurité sociale en tant qu'acheteuses de matériel et de produits sanitaires
 - C. L'exception liée à l'existence d'une mission d'intérêt économique général
 - D. L'exemption des accords sociaux de l'application de l'article 81 CE
- II. Les rapports entre les systèmes nationaux de couverture des soins de santé et les principes de libre circulation**
 - A. Le régime de l'article 22 du règlement n° 1408/71
 - a) Le régime de l'autorisation préalable
 - b) L'encadrement des motifs de refus d'autorisation – de la notion de « délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dans l'État membre compétent » à celle de « délai acceptable sur le plan médical »
 - c) La portée de l'autorisation délivrée par l'institution compétente
 - d) Le sort des frais accessoires
 - B. Le régime jurisprudentiel construit au départ des libertés fondamentales de circulation
 - a) Les soins non hospitaliers
 - b) Les soins hospitaliers
 - C. L'articulation entre le régime fondé sur l'article 22 du règlement n° 1408/71 et le régime jurisprudentiel fondé sur les libertés fondamentales
 - D. Parallélismes et divergences entre la libre circulation des patients et la liberté d'établissement dans le domaine des soins de santé
 - E. Conclusion

⁴ La Cour de justice des Communautés Européennes est appelée à être dénommée « Cour de justice de l'Union européenne » avec l'entrée en vigueur du traité de Lisbonne le 1^{er} décembre 2009. Ce texte reflète seulement l'opinion personnelle de l'auteur.

Introduction

Bien que la Cour de justice des Communautés européennes (ci-après la «Cour») n'ait pas tardé à affirmer que le droit communautaire ne porte pas atteinte à la compétence des États membres pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale (arrêt Duphar de février 1984, notamment), chacun sait aussi que la sécurité sociale ne constitue pas, loin s'en faut, un «îlot imperméable à l'influence du droit communautaire», pour reprendre l'expression employée par M. l'avocat général Tesauro dans ses conclusions rendues dans les célèbres affaires Kohll et Decker.

Les services de santé et les systèmes de sécurité sociale se trouvent en effet au cœur d'un délicat exercice consistant à rechercher le juste équilibre entre l'économie et le social ou, pour paraphraser Jacques Delors, entre «la concurrence qui stimule et la solidarité qui unit». Pour le dire autrement, le défi auquel est confronté le droit communautaire dans son appréhension des systèmes nationaux de soins de santé et de sécurité sociale est de concilier, d'une part, les règles du traité, notamment celles consacrées au marché intérieur, aux libertés fondamentales – libre circulation des personnes, des marchandises, des services et des capitaux – et au droit de la concurrence, et, d'autre part, la volonté naturelle des États membres de maintenir en faveur de leurs ressortissants des structures sociales financièrement viables, accessibles à tous et organisées rationnellement de telle sorte à pouvoir constamment garantir une offre de soins variés et de qualité.

En filigrane de ce débat se profile ni plus ni moins qu'une question fondamentale de répartition de compétences entre la «Communauté» et les États membres dans ce domaine social éminemment sensible : jusqu'où le droit communautaire peut-il aller pour imposer aux détenteurs naturels des compétences sociales que sont les États membres certains aménagements à leurs systèmes nationaux au nom de principes inscrits en «lettres d'or» dans le traité fondateur et ce, sans risquer de bouleverser les fondements de la protection et de la cohésion sociale en Europe ?

Comme le programme de cette journée m'y invite, je me propose de retracer, dans la bonne demi-heure de temps de parole qui m'a été allouée, les grandes lignes qui ont été dessinées par la jurisprudence de la Cour pour tenter d'assurer une cohabitation aussi harmonieuse que possible entre des politiques et objectifs européens à prédominance économique et un domaine d'intervention étatique profondément teinté de considérations et de finalités sociales.

Sans prétendre épuiser tous les recoins de la question, extrêmement vaste et complexe, de l'impact du droit communautaire sur le secteur des soins de santé et de la sécurité sociale (je laisserai ainsi de côté le domaine des marchés publics, les questions relatives à la reconnaissance mutuelle des titres et qualifications médicales, et les aspects relatifs au droit de la propriété intellectuelle dans ses applications au secteur des médicaments et des autres produits pharmaceutiques), j'examinerai cette problématique, tout d'abord, au regard des règles européennes de concurrence et, ensuite, sous l'angle des exigences de la libre circulation.

I. Les rapports entre les systèmes nationaux de soins de santé et de sécurité sociale, et les règles européennes de concurrence

A. La distinction entre activités économiques et activités exclusivement sociales

Selon un enseignement traditionnel qui est sans doute familier à bon nombre d'entre vous, l'application des règles européennes de concurrence est axée sur la notion d'entreprise. Sont assujetties à ces règles, les «entreprises» au sens du traité. Aux termes de la jurisprudence de la Cour, est considérée comme une entreprise, aux fins de l'application du droit européen de la concurrence, toute «entité exerçant une activité économique» (voir, notamment, l'arrêt Höfner et Elser d'avril 1991). Ce critère général, que l'on pourrait qualifier de fonctionnel dans la mesure où il s'attache à la nature de l'activité accomplie et non au statut ou aux caractéristiques de l'acteur, n'a pas tardé à poser de sérieuses difficultés d'interprétation et d'application lorsqu'il s'est agi de le transposer au domaine de la sécurité sociale, notamment de la couverture sociale des soins de santé. Au cours des années 1990, la Cour a ainsi dû s'employer à tracer une ligne de partage dans ce domaine entre les régimes de protection sociale assimilables à une activité économique et assujetties à ce titre aux règles européennes de concurrence, d'une part, et les régimes remplissant une fonction exclusivement sociale qui les fait échapper à l'emprise de ces règles, d'autre part.

a) L'arrêt Poucet/Pistre de février 1993

Les premières affaires, qui ont donné lieu à un arrêt de la Cour du 17 février 1993, opposaient deux ressortissants français (MM. Poucet et Pistre) qui avaient refusé de régler les cotisations de sécurité sociale réclamées par les caisses d'assurance maladie auxquelles ils étaient respectivement affiliés. Sans remettre en cause le principe de l'affiliation obligatoire à un système de sécurité sociale, ils estimaient qu'ils devaient, à cette fin, pouvoir s'adresser librement à la compagnie d'assurance privée de leur choix, établie sur le territoire de la Communauté, plutôt que d'être soumis aux conditions fixées unilatéralement par les caisses. À la question préjudicielle qui lui avait été posée par la juridiction sociale française de renvoi au sujet de la qualification à reconnaître à ces régimes et organismes, la Cour a répondu que les organismes concernés ne constituent pas des entreprises exerçant une activité économique au motif que les régimes gérés par ces organismes «obéissent au principe de la solidarité». Cette considération fondamentale a été fondée sur une triple observation.

Premièrement, a relevé la Cour, le financement du régime en cause provient de cotisations proportionnelles à la capacité contributive de l'affilié (ses revenus professionnels), et non au degré de risque représenté par celui-ci, tandis que les prestations assurées sont identiques pour tous les bénéficiaires. Il n'y a donc pas de lien entre les cotisations versées par ou pour le compte du travailleur affilié et les prestations perçues par celui-ci ou par ses proches en cas de survenance du risque. Il s'opère ainsi une redistribution des revenus à l'intérieur du cercle des assurés, qui rend les personnes favorisées (sur le plan financier et/ou social...) solidaires de celles qui ne le sont pas (solidarité sociale redistributive). Deuxièmement, a constaté la Cour, les prestations échues sont payées grâce à la distribution instantanée des cotisations, en manière telle que les personnes actives financent les prestations versées à celles qui sont inactives (financement par répartition, par opposition au financement par capitalisation). Troisièmement, a observé la Cour, en cas de situation excédentaire, le régime participe au financement des régimes confrontés à des difficultés financières structurelles (solidarité «inter-régimes»). En conclusion, a estimé la Cour, les caisses et les organismes concernés concourent à la «gestion du service public de la sécurité sociale» et remplissent «une fonction de caractère exclusivement social». Dans la foulée, la Cour a ajouté que le système d'affiliation obligatoire sous-tendant le fonctionnement de ces régimes est indispensable à l'application du principe de la solidarité et à leur équilibre financier.

Pour reprendre les termes employés par M. l'avocat général Jacobs dans ses conclusions présentées dans l'affaire AOK Bundesverband, sur laquelle je reviendrai plus loin, les trois éléments identifiés par la Cour dans l'arrêt Poucet/Pistre, en particulier l'élément de redistribution, font que les activités qui les incarnent « sont incompatibles, même sur le plan des principes, avec la possibilité qu'une entreprise privée les exerce », étant donné que « de tels régimes comportent un élément de redistribution dans l'intérêt de la solidarité sociale qui ne laisse que peu ou pas de place aux différents services actuariels, d'investissement et de médiation que les prestataires de pensions ou d'assurance privés sont en mesure de fournir et qu'ils proposent effectivement sur le marché ». Ces trois critères, constitutifs de ce que l'on pourrait appeler le «noyau dur» de la solidarité caractéristique d'un régime public de sécurité sociale, vont, par la suite, véritablement servir de guide à la Cour dans la formulation de ses réponses ultérieures aux juridictions nationales l'interrogeant sur la qualification (sécurité sociale ou activité économique ?) à reconnaître à des régimes particuliers de protection sociale.

b) Les applications ultérieures de la jurisprudence Poucet/Pistre aux couvertures sociales de soins de santé

Ainsi, pour s'en tenir aux couvertures de soins de santé, la Cour a, dans l'arrêt Garcia de mars 1996, considéré, dans le cadre d'un litige ayant pour origine différentes procédures d'opposition à des contraintes signifiées à une série d'assurés sociaux français par leurs caisses de sécurité sociale en vue du recouvrement de cotisations impayées, que les régimes français d'assurance maladie et maternité des travailleurs agricoles doivent être considérés comme des régimes de sécurité sociale au sens de la jurisprudence Poucet/Pistre, échappant de ce fait à l'application des règles européennes de concurrence et de la législation européenne visant à la libéralisation du secteur de l'assurance privée.

En mai 2000, la Cour a jugé que l'assurance contre les accidents du travail, telle qu'elle est pratiquée en Belgique par des entreprises privées à leurs propres risques, doit être regardée comme une «activité économique de prestation de services», relevant du champ d'application des directives européennes relatives à la mise en place du marché unique de l'assurance privée (plus précisément de l'assurance non-vie). Bien que cela ne transparaisse pas dans l'arrêt, il ne fait aucun doute, à lire les conclusions présentées par M. l'avocat général Saggio dans cette affaire, que l'absence d'élément de redistribution a joué de tout son poids dans la qualification conférée à ce régime d'assurance par la Cour.

Dans l'arrêt *Cisal*, de janvier 2002, la Cour a considéré que la notion d'entreprise au sens des règles européennes de concurrence ne vise pas un organisme tel que l'*Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro* (INAIL), qui est chargé par la loi de la gestion d'un régime d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles. Elle a en effet relevé que le régime d'assurance en cause est fondé sur l'absence de lien direct entre les cotisations acquittées par l'assuré et les prestations versées à celui-ci, ce qui implique une solidarité entre les travailleurs les mieux rémunérés et ceux qui, compte tenu de leurs faibles revenus, seraient privés d'une couverture sociale adéquate si un tel lien existait.

En mars 2004, la Cour, faisant à nouveau application de la jurisprudence Poucet/Pistre, a jugé, dans l'affaire AOK Bundesverband, liée à une action intentée par des sociétés pharmaceutiques allemandes en vue de contester la pratique des fédérations allemandes de caisses publiques d'assurance maladie consistant à établir des montants fixes maximaux pour la participation desdites caisses aux coûts des médicaments et des matériels de soins, que ces caisses ne sont pas des entreprises au sens des règles européennes de la concurrence. À l'appui de cette analyse, elle a relevé, notamment, que ces caisses «sont légalement contraintes d'offrir à leurs affiliés des prestations obligatoires pour l'essentiel identiques qui sont indépendantes du montant des cotisations» et qu'elles «sont regroupées en une sorte de communauté fondée sur le principe de solidarité», une compensation étant en effet effectuée «entre les caisses de maladie dont les dépenses de santé sont les moins élevées et celles qui assurent des risques coûteux et dont les dépenses liées à ceux-ci sont les plus importantes». La relative marge de liberté dont les caisses disposent pour fixer le taux des cotisations et se faire une certaine concurrence pour attirer des affiliés n'est, selon la Cour, pas de nature à remettre en cause cette analyse.

La Cour a ajouté que les fédérations de caisses maladie ne constituent pas des entreprises ou des associations d'entreprises, lorsque, en exécution d'une obligation légale visant à réduire les coûts dans le secteur de la santé et à garantir la pérennité du système de sécurité sociale allemand, elles établissent des montants fixes maximaux correspondant à la limite maximale du prix des médicaments pris en charge par les caisses.

Elle a toutefois pris soin d'ajouter qu'«il ne peut être exclu que, hormis leurs fonctions de nature exclusivement sociale dans le cadre de la gestion du système de sécurité sociale allemand, les caisses de maladie et les entités qui les représentent, à savoir les fédérations de caisses, se livrent à des opérations ayant une finalité autre que sociale et qui serait de nature économique. Dans ce cas, les décisions qu'elles seraient amenées à adopter pourraient éventuellement s'analyser comme des décisions d'entreprises ou d'associations d'entreprises».

Il importe de souligner que, dans son arrêt de mars 2004, la Cour s'est radicalement démarquée des conclusions de M. l'avocat général Jacobs présentée dans cette affaire. En effet, celui-ci, après avoir souligné que le régime légal d'assurance maladie allemand «présente assurément un certain nombre de points communs avec les régimes en cause dans les affaires Poucet et Pistre», avait estimé que le régime concerné possède également plusieurs caractéristiques qui introduisent «une dose de concurrence». Il avait constaté, en premier lieu, que les caisses allemandes se font dans une certaine mesure concurrence sur les prix en ce sens que les salariés ont un choix en ce qui concerne la caisse à laquelle ils s'affilient et que les caisses déterminent elles-mêmes le niveau de cotisations qu'elles réclament à leurs assurés, lequel varie donc quelque peu selon les caisses. Il avait relevé, en deuxième lieu, qu'il existe également une certaine possibilité pour les caisses d'être en concurrence sur les services qu'elles offrent (ainsi, il leur est permis de décider d'offrir ou non certains traitements complémentaires et préventifs). En troisième lieu, il avait souligné que les caisses de maladie et les sociétés privées d'assurance maladie sont clairement en concurrence les unes avec les autres pour les opérations relatives aux travailleurs qui ne sont pas obligés de s'affilier à l'assurance maladie légale. Il avait conclu que les caisses d'assurance maladie allemandes agissent comme des entreprises lorsqu'elles fournissent des prestations d'assurance maladie et que les règles communautaires de concurrence doivent dès lors leur être appliquées.

Dans l'arrêt Kattner, du 5 mars 2009, la Cour a jugé que la notion d'entreprise au sens des règles européennes de concurrence ne visait pas un organisme public tel que la MMB («caisse professionnelle du secteur de la construction mécanique et de la métallurgie»), qui oblige les entreprises relevant d'une branche d'activité et d'un secteur déterminé à s'affilier auprès d'elle pour garantir leur salariés contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, dès lors que, d'une part, un tel organisme opère dans le cadre d'un régime qui met en œuvre le principe de solidarité et que, d'autre part, ce régime est soumis au contrôle de l'État.

S'agissant du principe de solidarité, la juridiction de renvoi avait relevé deux différences entre le régime allemand et le régime italien ayant donné lieu à l'arrêt *Cisal*, précité. En premier lieu, cette juridiction avait relevé que le régime italien prévoyait un plafond maximal de cotisations, alors que ce n'était pas le cas dans le régime allemand. En deuxième lieu, à la différence du régime italien où un seul organisme public détient le monopole de l'assurance contre les accidents de travail et les maladies professionnelles, le régime allemand repose, lui, sur une structure d'oligopole avec la présence sur le marché de plusieurs caisses professionnelles. Toutefois, au vu des caractéristiques propres du régime allemand (solidarité sociale redistributive, financement par répartition, solidarité «inter-caisses»), la Cour a considéré que le principe de solidarité n'était pas remis en cause en raison de la seule existence de ces deux différences.

S'agissant de l'existence d'un plafond maximal de cotisations, la Cour a estimé que ce plafond contribuait à la mise en œuvre dudit principe de solidarité, mais que son absence ne saurait en soi retirer au régime allemand son caractère solidaire.

En ce qui concerne la structure oligopolistique du régime, la Cour a fait valoir que le principe de solidarité pouvait être délimité sur la base de critères sectoriels et géographiques.

En tout état de cause, à l'échelle nationale, la législation allemande prévoyait une péréquation des coûts et des risques entre les caisses professionnelles, assurant ainsi une solidarité entre elles.

En faisant référence à l'arrêt *Cisal*, la Cour a souligné que, pour autant qu'il n'existe pas un lien direct entre les cotisations acquittées et les prestations reçues, l'organisme public concerné opère dans un régime de nature solidaire, ce qu'il incombe toutefois à la juridiction de renvoi de vérifier.

Par ailleurs, la Cour a estimé qu'un organisme tel que la MMB, qui possède une marge de manœuvre pour fixer des éléments qui déterminent le montant des cotisations et des prestations, doit être considéré comme étant soumis au contrôle de l'État, dès lors que ladite marge de manœuvre est strictement encadrée par la loi. Dans ces conditions, la Cour a invité la juridiction de renvoi à vérifier si le législateur allemand est dans l'obligation de fixer au préalable le mode de calcul des cotisations dues et une liste exhaustive des prestations données.

Enfin, la Cour a estimé que la circonstance que la MMB fournit directement des services d'assurance (à la différence de l'organisme public italien en cause dans l'affaire *Cisal*, qui n'était responsable que de la gestion du régime légal d'assurance concerné) ne suffisait pas en soi à conférer un caractère économique auxdits services. Selon la Cour, cette circonstance n'affecte en rien ni le caractère solidaire du régime en cause, ni le contrôle exercé par l'État.

B. Les institutions de sécurité sociale en tant qu'acheteuses de matériel et de produits sanitaires

Il convient encore de signaler que le Tribunal de première instance des Communautés européennes (ci-après le «Tribunal»), dans un arrêt de mars 2003, *FENIN/Commission*, a été amené à se pencher, à propos du système de soins de santé en Espagne, sur la question de savoir si des entités étatiques agissent comme des entreprises au sens des règles européennes de la concurrence lorsqu'elles achètent le matériel sanitaire dont elles ont besoin pour assurer, par l'intermédiaire d'hôpitaux publics, la prestation de services médicaux financés par la sécurité sociale nationale.

La Federación Nacional de Empresas, Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN), association regroupant la majorité des entreprises commercialisant des produits sanitaires en Espagne, avait dénoncé à la Commission, en décembre 1997, un abus de position dominante prétendument commis par les 26 entités, dont trois ministères du gouvernement espagnol, qui gèrent le système national de santé espagnol. Elle reprochait à ces organismes, notamment, de régler systématiquement leurs dettes envers ses membres avec un retard moyen de 300 jours, alors que ces mêmes organismes s'acquittaient de leurs dettes envers d'autres prestataires de services dans des délais beaucoup plus raisonnables. En août 1999, la Commission a rejeté la plainte de la FENIN au double motif que, d'une part, les ministères et organismes mis en cause ne sont pas des entreprises lorsqu'ils participent à la gestion du service de santé et que, d'autre part, leur position d'acheteur de matériel sanitaire est indissociable de l'offre ultérieure de services de santé.

En novembre 1999, la FENIN a introduit devant le Tribunal un recours en annulation contre cette décision de rejet de sa plainte, recours qui a été rejeté. L'intérêt majeur de l'arrêt du Tribunal réside dans les précisions selon lesquelles c'est l'activité consistant à offrir des biens ou des services sur un marché donné, et non l'activité d'achat des produits destinés à l'offre, qui constitue le critère décisif du caractère économique ou non de l'activité de l'entité concernée. Par conséquent, estime le Tribunal, dès lors qu'une entité achète un produit, fût-ce en grande quantité, non pas pour offrir des biens ou des services dans le cadre d'une activité économique, mais pour en faire usage dans le cadre d'une autre activité, par exemple une activité de nature purement sociale, elle n'agit pas en tant qu'entreprise au sens des règles européennes de concurrence du seul fait de sa qualité d'acheteur sur un marché.

En juillet 2006, la Cour de Justice a rejeté le pourvoi de la FENIN formé contre le jugement du Tribunal de Première Instance.

La Cour a estimé que le Tribunal avait refusé -à bon droit- de dissocier l'activité d'achat du produit de l'utilisation ultérieure qui en était faite aux fins d'apprécier si l'entité acheteuse était une « entreprise » au sens de l'article 82 du Traité CE.

C. L'exception liée à l'existence d'une mission d'intérêt économique général

Pour résumer la jurisprudence de la Cour, dès lors qu'est reconnue au régime en cause la qualification d'activité de sécurité sociale (ou d'activité non économique), l'organisme (ou les organismes) chargé(s) de la gestion du régime échappent, du moins pour ce qui concerne les activités se rapportant à celui-ci, à l'application des règles européennes de la concurrence. En clair, un État membre qui confère l'exclusivité de la gestion de la couverture organisée par un tel régime à un organisme donné ou à une catégorie particulière d'organismes (par exemple, des caisses d'assurance sociale ou des mutuelles) n'encourt pas le reproche de conférer à cet (ces) organisme(s) une position dominante contraire au droit européen de la concurrence. En revanche, le régime d'assurance qui n'incarne pas le « principe de la solidarité » tel que défini par la Cour dans l'arrêt Poucet/Pistre constitue une activité économique et l'organisme (ou les organismes) chargé(s) de sa gestion, une (des) entreprise(s) soumise(s) à l'application des règles européennes de la concurrence.

Entre les deux extrémités de ce spectre peuvent exister des cas dans lesquels des organismes, tout en étant considérés comme des entreprises au sens du droit européen de la concurrence, peuvent valablement se voir conférer le droit exclusif de gérer leur activité dans un secteur déterminé et ce, en vertu des dispositions contenues dans l'article 86 CE, qui permet de justifier une restriction de la concurrence, voire une exclusion de toute concurrence, par la nécessité pour l'entreprise en cause d'accomplir la mission d'intérêt économique général qui lui a été impartie dans des conditions économiquement acceptables.

L'arrêt de la Cour *Ambulanz Glöckner*, d'octobre 2001, offre une belle illustration de ce dernier cas de figure dans le domaine de la santé.

Était en cause dans cette affaire le transport de malades en ambulance dans le Land de Rhénanie-Palatinat, transport qui était subordonné, en vertu d'une disposition législative, à une autorisation du district compétent, laquelle pouvait être refusée lorsque son octroi était susceptible d'avoir des effets négatifs sur le fonctionnement et la rentabilité du service d'aide médicale *d'urgence* dont la gestion avait été confiée à des organisations sanitaires. Celles-ci étaient d'ailleurs consultées par l'autorité compétente avant toute prise de décision d'octroi ou de refus d'une telle autorisation. Étant donné que ces organisations fonctionnaient à perte et que leurs infrastructures étaient sous-exploitées, la législation nationale en cause leur avait également confié un monopole concernant les services de transport de malades en dehors des cas d'urgence. La Cour a qualifié ces organisations d'entreprises et a estimé que le monopole qui leur avait été confié était un droit exclusif ou spécial au sens de l'article 86 CE dans la mesure où il était de nature à affecter substantiellement la capacité des autres entreprises à exercer l'activité économique en cause sur le même territoire et, partant, à limiter l'offre au préjudice des « consommateurs ». Elle a cependant considéré que cette restriction de concurrence était justifiée par la mission d'intérêt économique général dévolue à ces organisations sanitaires et que l'obligation pour celles-ci d'assurer cette mission dans des conditions d'équilibre économique présuppose la possibilité d'une compensation entre les secteurs d'activité rentables (en l'occurrence, le transport non urgent) et les secteurs moins rentables (en l'occurrence, le transport urgent) et justifie dès lors une limitation de la concurrence de la part d'entrepreneurs particuliers au niveau des secteurs économiquement rentables. La Cour a particulièrement souligné, à cet égard, le caractère étroitement lié – difficilement dissociable – des services de transport urgent et de transport non urgent.

Par ailleurs, la conformité d'un service d'intérêt économique général (SIEG) aux règles communautaires de concurrence peut être examinée non seulement sous l'angle de l'article 86 CE mais encore à la lumière de l'article 87, paragraphe 1, CE, relatif aux aides d'État.

Il convient de rappeler que, d'après l'arrêt Altmark, de juillet 2003, la compensation économique octroyée à une entreprise chargée d'un SIEG ne constitue pas une aide d'État dès lors que les quatre conditions suivantes sont satisfaites:

« -premièrement, l'entreprise bénéficiaire a effectivement été chargée de l'exécution d'obligations de service public et ces obligations ont été clairement définies;
- deuxièmement, les paramètres sur la base desquels est calculée la compensation ont été préalablement établis de façon objective et transparente;
- troisièmement, la compensation ne dépasse pas ce qui est nécessaire pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public, en tenant compte des recettes y relatives ainsi que d'un bénéfice raisonnable pour l'exécution de ces obligations;
- quatrièmement, lorsque le choix de l'entreprise à charger de l'exécution d'obligations de service public n'est pas effectué dans le cadre d'une procédure de marché public, le niveau de la compensation nécessaire a été déterminé sur la base d'une analyse des coûts qu'une entreprise moyenne, bien gérée et adéquatement équipée en moyens de transport afin de pouvoir satisfaire aux exigences de service public requises, aurait encourus pour exécuter ces obligations, en tenant compte des recettes y relatives ainsi que d'un bénéfice raisonnable pour l'exécution de ces obligations. »

Si l'une de ces quatre conditions fait défaut, la compensation économique constitue une aide d'État. Cette aide peut toutefois être justifiée sous l'angle de l'article 86, paragraphe 2, CE. En ce sens, il convient de signaler que, à l'exception de ses deuxième et quatrième conditions, le test posé dans l'arrêt Altmark et les critères d'application de l'article 86, paragraphe 2, CE coïncident largement.

L'arrêt BUPA du Tribunal, de février 2008, est un bel exemple de l'analyse d'une affaire sous l'angle des quatre conditions énoncées dans l'arrêt Altmark et des critères d'application de l'article 86, paragraphe 2, CE dans le domaine des prestations de soins de santé.

Dans cette affaire, le Tribunal a rejeté le recours introduit par BUPA, BUPA Ireland et BUPA Insurance (les requérantes) visant l'annulation de la décision de la Commission approuvant le système d'égalisation des risques (« risk equalisation scheme », RES) sur le marché de l'assurance maladie privée (AMP) en Irlande. Dans la décision attaquée, de mai 2003, la Commission avait jugé que le RES ne constituait pas une aide d'État, ou, alternativement que, au sens de l'article 86, paragraphe 2, CE, le système de compensation mis en place par le RES était un système d'indemnisation nécessaire pour faire face aux obligations de SIEG.

En Irlande, le marché de l'AMP comportait les obligations suivantes : adhésion ouverte, tarification commune, couverture à vie et prestations minimales pour toute personne séjournant en Irlande, indépendamment de son sexe, âge ou état de santé. Le but du RES (avant son annulation en juillet 2008 par la Irish Supreme Court) était d'assurer « la solidarité intergénérationnelle ». Ainsi, il devait éliminer la concurrence sur la captation de clients ayant moins de risques pour la santé, afin de la limiter aux mérites et à la qualité des services fournis. C'est ainsi que le RES prévoyait le paiement d'une redevance à l'Autorité de l'Assurance Maladie (« Health Insurance Authority », HIA) par les assureurs AMP ayant un profil de risque inférieur au profil de risque moyen du marché. Les redevances obtenues étaient, par la suite, reversées aux assureurs AMP ayant un profil de risque supérieur au profil de risque moyen du marché. La mise en œuvre du RES aurait obligé les requérantes à payer des sommes significatives au HIA, qui les aurait alors reversées à leur principal concurrent, le Voluntary Health Insurance Board (VHI).

La Commission avait jugé que le RES remplissait, en principe, tous les éléments constitutifs d'une aide d'État (les paiements RES provenaient de ressources publiques, émanant d'un fonds établi par le législateur irlandais, financé par des contributions obligatoires et contrôlé par les autorités irlandaises. Ces paiements profitaient en pratique au VHI. Ils étaient susceptibles d'affecter la concurrence et les échanges intracommunautaires). Elle avait toutefois considéré, conformément à la jurisprudence Ferring (arrêt de la Cour de novembre 2001), que, s'agissant d'une indemnisation destinée à compenser des obligations de SIEG, le RES ne constituait pas une aide d'État.

Dans l'alternative, la Commission avait aussi estimé que, même si le RES devait être considéré comme une aide d'État, celle-ci était compatible avec le marché commun au titre de l'article 86, paragraphe 2, CE.

Les requérantes soutenaient que la Commission avait commis plusieurs erreurs en interprétant l'arrêt Altmark. Elles faisaient également valoir que la décision de la Commission n'était pas conforme à l'article 86, paragraphe 2, CE.

Relativement à la première condition posée par l'arrêt Altmark, le Tribunal a jugé que l'octroi d'un droit exclusif ou d'une prérogative spéciale à un opérateur économique n'était pas une condition nécessaire pour qu'un service soit qualifié de SIEG. L'existence d'une mesure des pouvoirs publics (« d'un acte de puissance publique ») définissant d'une façon détaillée les obligations d'intérêt général est suffisante. Le Tribunal a estimé que le Health Insurance Act de 1994 constituait une telle décision, dans la mesure où ce texte définissait clairement les obligations AMP. Par ailleurs, les requérantes faisaient valoir que les services fournis par les assureurs AMP n'étaient pas des SIEG au motif que lesdits services n'étaient ni à caractère obligatoire ni à vocation universelle. En effet, selon BUPA, les assureurs AMP n'étaient pas obligés de fournir ces services. De plus, lesdits services n'étaient pas accessibles à l'ensemble de la population. Autrement dit, les assureurs AMP ne se substituaient aucunement au régime public de la sécurité sociale, mais ils offraient des services complémentaires de santé avec des prestations à valeur ajoutée (« de luxe »). Le Tribunal n'a toutefois pas accueilli cet argument. En rappelant que les États membres ont un large pouvoir d'appréciation quant à la définition des services qu'ils considèrent comme relevant du SIEG, le Tribunal a souligné que la Commission ne saurait remettre en cause la définition de SIEG retenue par l'Irlande qu'en cas d'erreur manifeste. Certes, a reconnu le Tribunal, la notion de SIEG implique que les services fournis doivent être « universels » et « obligatoires ». Cependant, dans le même temps, le Tribunal a fait une lecture nuancée de ce concept de service « universel », en considérant que la notion de SIEG n'implique pas que le service soit offert à l'ensemble de la population ou sur tout le territoire national. Elle n'implique pas non plus que les services soient nécessairement gratuits ou que toute recherche de profit soit exclue. Le fait que certains usagers potentiels du service n'aient pas des moyens économiques suffisants pour pouvoir jouir de la couverture « de luxe » ne porte pas atteinte au caractère universel des services AMP. Selon le Tribunal, le facteur décisif pour retenir « l'universalité » du RES était l'existence de tarifs uniformes et non-discriminatoires. De même, la notion de SIEG n'oblige pas les assureurs AMP à fournir des services prédéterminés par les pouvoirs publics. Son caractère « obligatoire » peut résider dans la contrainte qu'a l'assureur AMP en cause d'offrir certains services à tout citoyen y faisant appel.

Concernant la deuxième condition, les requérantes avaient fait valoir que les critères déterminant le calcul de la compensation au titre du RES n'étaient ni objectifs ni transparents, mais qu'ils dépendaient du large pouvoir d'appréciation du HIA et du Ministre de la Santé, notamment lors du calcul des écarts de risque. Le Tribunal a, cependant, jugé que les requérantes avaient confondu la détermination des écarts de risques (étape préalable à la décision de commencer les paiements RES) avec le calcul de la compensation versée sous la forme de paiements RES (comparaison entre le profil de risque réel et le profil de risque moyen du marché pour chacun des assureurs AMP). Or, ce n'est que ce dernier calcul qui était pertinent au regard de la deuxième condition énoncée dans l'arrêt Altmark. En tout état de cause, le Tribunal a estimé que la législation irlandaise exposait d'une façon claire et détaillée la méthode de calcul des paiements RES. Ladite méthode exigeait des assureurs AMP des informations décrivant le profil de risque et les coûts par groupes d'âge ou de sexe de leurs assurés.

Sur la troisième condition, les requérantes avaient soutenu que le RES avait un caractère disproportionné dans la mesure où il n'existait pas une relation directe entre les montants effectivement réglés par l'assureur AMP à la suite d'une demande de remboursement et la compensation attribuée au moyen des paiements RES. Toutefois, le Tribunal a considéré que cette absence ne saurait remettre en cause la pertinence du système irlandais de compensation. Le but du RES était la répartition équitable des risques sur l'ensemble du marché AMP, de sorte que tout assureur AMP ne paierait que les charges liées au profil de risque moyen du marché.

Or, si les charges liées au risque n'avaient pas été égalisées au moyen des paiements RES, la tarification commune aurait disparu.

Relativement à la quatrième condition, le Tribunal a souligné la neutralité du système de compensation constitué par le RES par rapport aux recettes et aux bénéfices des assureurs AMP, ainsi que la particularité des surcoûts liés à un profil de risque négatif. Autrement dit, le RES était neutre vis-à-vis des possibles manques d'efficacité de la part des assureurs AMP. En tout état de cause, il était impossible pour la Commission d'identifier les bénéficiaires potentiels des paiements RES car au moment des faits les autorités irlandaises n'avaient pas déclenché le RES.

Concernant l'article 86, paragraphe 2, CE, le Tribunal s'est limité à examiner les questions qui n'ont pas été analysées dans le cadre de l'article 87, paragraphe 1, CE. Les requérantes soutenaient que la Commission avait commis des erreurs d'appréciation en considérant que le RES était nécessaire pour préserver la stabilité du marché soumis aux obligations AMP. Tout d'abord, les requérantes étaient d'avis que le danger de sélection des risques était purement spéculatif. Sur ce point, le Tribunal a toutefois estimé qu'un nouvel entrant sur le marché AMP avait un intérêt à capter une clientèle à risque réduit afin de minimiser ses risques économiques et de consolider sa position sur le marché. De plus, l'obligation de tarification commune et les limites à la liberté contractuelle des assureurs AMP ne faisaient que renforcer cette tendance. Les assureurs AMP pourraient alors chercher à améliorer leur profil de risque au moyen de stratégies sélectives de marketing, de la définition du contenu des couvertures ou d'une différenciation de la qualité du service. Par ailleurs, le danger de sélection des risques serait réel et intense dès lors qu'un assureur AMP déciderait d'adopter une stratégie de prix prédateurs (et même de « suiveur » de prix). Sur le point de savoir si le RES était approprié pour résoudre l'instabilité du marché, le Tribunal a estimé que, même si le RES avait un effet dissuasif vis-à-vis de nouveaux entrants potentiels sur ledit marché, cette barrière à l'entrée serait éliminée par l'exemption temporaire de l'application du RES durant les trois premières années d'activité sur le marché AMP irlandais.

En conclusion, concernant l'arrêt BUPA, il convient de signaler que le Tribunal a estimé que le système irlandais visé par la décision attaquée remplissait les quatre conditions énoncées dans l'arrêt Altmark, alors que celle-ci était antérieure à ladite affaire Altmark. Ceci explique, peut-être, la lecture « souple » qu'a faite le Tribunal des première, troisième et quatrième conditions de l'arrêt Altmark. S'agissant du domaine des soins de santé, l'intérêt majeur de l'arrêt du Tribunal réside dans les précisions selon lesquelles un service est inclus dans la notion de SIEG même s'il n'est fourni qu'à une partie de la population, offre des produits « de luxe » et est complémentaire aux services « universels » au sens strict du terme.

D. L'exemption des accords sociaux de l'application de l'article 81 CE

Pour conclure cette première partie consacrée aux règles européennes de concurrence, je me permettrai encore de signaler que la Cour a aussi eu l'occasion de préciser, dans le contexte des régimes sectoriels néerlandais de couverture sociale, les contours du champ d'application de l'article 81 CE, qui prohibe en principe les ententes (accords, pratiques concertées) anticoncurrentielles entre entreprises.

Dans l'arrêt van der Woude de septembre 2000, qui est le pendant des célèbres arrêts Albany, Brentjens et Drijvende Bokken de septembre 1999, relatifs aux fonds de pension sectoriels néerlandais, la Cour a en effet répondu par la négative à la question de savoir si un accord (une convention collective de travail) conclu entre les partenaires sociaux (représentants des travailleurs et représentants des employeurs) et visant à instituer, au niveau d'un secteur d'activité donné, un régime (sectoriel, donc) de couverture maladie/soins de santé auquel sont tenus d'adhérer tous les employeurs et travailleurs de ce secteur, constitue un accord interdit par l'article 81 CE.

Au soutien de cette réponse, la Cour a affirmé, d'une part, que des accords conclus dans le cadre de négociations collectives entre partenaires sociaux en vue de rencontrer des objectifs de politique sociale échappent purement et simplement à l'application de l'article 81 CE, et cela, en dépit de leurs éventuels effets restrictifs sur la concurrence (impossibilité pour les employeurs relevant du secteur concerné d'organiser, à titre individuel, leur propre régime de couverture sociale complémentaire). Elle a, d'autre part, jugé qu'une convention collective telle que celle en cause dans l'affaire au principal contribue à l'amélioration des conditions de travail des salariés non seulement en leur garantissant les moyens nécessaires pour faire face à des frais de maladie, mais également en réduisant les dépenses qui, à défaut de cette convention, auraient dû être supportées par les travailleurs.

II. Les rapports entre les systèmes nationaux de couverture des soins de santé et les principes de libre circulation

Le second angle d'approche de l'interaction entre les droits nationaux et le droit communautaire dans le domaine de la sécurité sociale concerne la question de la prise en charge par un système national de sécurité sociale des soins prodigués à un affilié à l'étranger. Pour le dire autrement, un affilié social puise-t-il dans le droit communautaire le droit de bénéficier, dans un État membre autre que celui dans lequel il est affilié à la sécurité sociale (l'État membre d'affiliation, également dénommé, dans le jargon, l'État membre compétent), de soins médicaux – ambulatoires ou hospitaliers – à charge du système de sécurité sociale dont il relève ?

La simplicité de cette question n'a, en réalité, d'égal que la complexité de la réponse qui lui est due, car cette réponse repose sur un jeu fort subtil articulé entre des dispositions de droit communautaire dérivé et un ensemble d'interprétations dégagées par la Cour à propos de dispositions de droit communautaire primaire, interprétations que les juges européens sont constamment amenés à affiner, depuis la fin des années 1990, dans un souci permanent d'arbitrage entre les exigences de libre circulation (des patients notamment) dictées par le traité et l'impérieuse nécessité de sauvegarder l'équilibre financier et la fonction sociale fondamentale des systèmes nationaux de sécurité sociale dans l'intérêt supérieur de la protection de la santé publique en Europe.

Il existe en réalité, en vertu du droit communautaire, deux systèmes de prise en charge des soins de santé exposés par un patient dans un État membre autre que l'État membre compétent :

- d'une part, celui mis en place par l'article 22 du règlement n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, 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 (ci-après le «règlement n° 1408/71»), qui garantit, sous certaines conditions, le remboursement des frais médicaux à charge de l'État compétent selon les tarifs (barèmes) fixés par la législation de l'État membre sur le territoire duquel les soins ont été prodigués (l'État membre d'accueil, également dénommé État membre de séjour ou du traitement). Le règlement n° 1408/71 a été remplacé par le règlement n° 883/2004 du Parlement et du Conseil, du 29 avril 2004, sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. En ce qui concerne l'article 22 du règlement n° 1408/71, son contenu a été largement reproduit par les articles 19 et 20 du nouveau règlement. Toutefois, il convient de signaler que le règlement n° 883/2004 ne sera applicable qu'à partir de l'entrée en vigueur de son règlement d'application (n° 987/2009), à savoir le 1^{er} mai 2010. Il convient donc d'analyser l'article 22 du règlement n° 1408/71 qui a été interprété à plusieurs reprises par la Cour, tout en faisant des références ponctuelles aux modifications introduites par le règlement n° 883/2004.
- d'autre part, celui dégagé par la Cour au titre des principes de libre circulation des marchandises et de libre prestation des services consacrés par le traité.

A. Le régime de l'article 22 du règlement n° 1408/71

a) Le régime de l'autorisation préalable

Aux termes de l'article 22 du règlement 1408/71, le service de prestations de maladie en cas de séjour (temporaire) ou de déplacement dans un État autre que l'État membre compétent répond aux principes suivants. Le travailleur salarié ou non salarié (ou un membre de sa famille), dont l'état vient à nécessiter immédiatement des prestations (hospitalières ou non hospitalières) au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre État membre [on vise là l'hypothèse de soins s'avérant immédiatement nécessaires lors d'un séjour à l'étranger (par exemple, hospitalisation d'urgence lors de vacances à l'étranger)], ou qui est autorisé par l'institution compétente (l'institution de sécurité sociale à laquelle il est affilié) à se rendre sur le territoire d'un autre État membre pour y recevoir des soins (hospitaliers ou non hospitaliers) appropriés à son état, a droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour selon la législation appliquée par celle-ci, comme s'il était affilié à cette dernière institution. Après avoir servi les prestations en cause conformément à sa législation nationale, l'institution de l'État membre de séjour s'adresse alors à l'institution compétente pour obtenir de celle-ci le remboursement des frais liés à ces prestations (remboursement «inter-caisses» opéré sur la base de l'article 36 du règlement n° 1408/71; voir aussi l'article 35 du règlement n° 883/2004).

En d'autres termes, hormis le cas où l'état de santé de l'assuré social nécessite d'urgence des soins pendant un séjour dans un autre État membre, le règlement n° 1408/71 subordonne à l'obtention d'une autorisation préalable de l'institution de l'État compétent la prise en charge par celle-ci, selon les barèmes de l'État où les soins ont été dispensés ou les produits médicaux achetés, des frais liés aux soins ou produits médicaux reçus dans ce dernier État. Le risque pour l'institution compétente d'être en fin de compte soumise, du fait de l'application d'une législation sociale étrangère, à une charge financière supérieure à celle qu'elle aurait dû supporter, pour des soins analogues, en cas de traitement prodigué sur le territoire national explique cette exigence d'autorisation préalable, indépendamment du caractère hospitalier ou non hospitalier des soins en cause. Dans l'arrêt Inizan d'octobre 2003, la Cour a jugé qu'une telle exigence est compatible avec le droit communautaire primaire, plus précisément avec la libre prestation de services prévue à l'article 49 CE.

b) L'encadrement des motifs de refus d'autorisation – de la notion de « délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dans l'État membre compétent » à celle de « délai acceptable sur le plan médical ».

L'article 22 du règlement n° 1408/71 encadre strictement la faculté pour l'institution de l'État membre compétent de refuser cette autorisation préalable. Celle-ci doit ainsi être accordée lorsque deux conditions cumulatives sont réunies, à savoir, d'une part, que les soins que le patient envisage de recevoir dans un autre État membre figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre compétent (première condition) et, d'autre part, que ces soins ne peuvent, compte tenu de l'état actuel de santé de l'intéressé et de l'évolution probable de la maladie, être dispensés à ce dernier dans le délai normalement nécessaire pour obtenir le traitement dont il s'agit dans l'État membre compétent (seconde condition). Sous réserve du respect de ces deux conditions, l'article 22 du règlement n° 1408/71 instaure donc une obligation positive pour l'ensemble des institutions de sécurité sociale des États membres d'autoriser leurs affiliés à obtenir, à leur charge, des soins médicaux dans un autre État membre.

L'arrêt Inizan, déjà cité, a donné à la Cour l'occasion de préciser cette seconde condition. La Cour a en effet jugé qu'une telle condition n'est pas remplie (et, partant, que l'autorisation sollicitée peut être refusée par l'institution compétente) chaque fois qu'il apparaît qu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun dans l'État membre compétent. Pour apprécier cet élément, a ajouté la Cour, l'institution compétente est tenue de prendre en considération « l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret, en tenant dûment compte non seulement de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée et, le cas échéant, du degré de la douleur ou de la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle, mais également de ses antécédents ».

En d'autres termes, chaque fois que les soins concernés par la demande d'autorisation préalable peuvent être prodigués dans un délai acceptable (supportable) par le patient compte tenu de son état de santé, de son degré de douleur ou de la nature de son handicap, l'institution à laquelle l'intéressé est affilié est fondée à lui refuser le droit d'aller se faire soigner à l'étranger à sa charge. Dans l'arrêt Watts, en date du 16 mai 2006, la Cour a été interrogée sur le point de savoir dans quelle mesure il est permis de tenir compte de l'existence de listes d'attente aux fins d'apprécier, dans le contexte de l'article 22 du règlement n° 1408/71, le caractère opportun du délai opposé au patient pour l'obtention d'un traitement approprié dans un établissement de soins situé sur le territoire national. L'affaire était hautement sensible car elle avait pour toile de fond le système national de santé britannique (le National Health Service – NHS), dans lequel l'offre de soins hospitaliers est financée exclusivement par les recettes fiscales et au sein duquel les exigences de planification des capacités hospitalières se traduisent par des délais d'attente, en fonction des priorités médicales et de l'étendue des ressources financières disponibles. Dans les cas réputés non urgents, ces délais d'attente peuvent s'avérer très longs, et être de nature à inciter des affiliés à se faire soigner dans un autre État membre, puis à réclamer le remboursement des soins reçus à l'institution compétente (et ceci alors même que le système national britannique garantit la gratuité des soins sur le territoire national britannique et ne prévoit donc aucun barème de remboursement).

La Cour a admis que les États membres pouvaient instaurer un système de listes d'attente visant à organiser la délivrance de ces soins et à fixer des priorités en fonction des ressources et des capacités disponibles. Toutefois, ces mesures visant à assurer le bon fonctionnement des services hospitaliers et la délivrance de soins de qualité, ne sauraient être mises en place et observées au détriment des patients. Aussi, la Cour a estimé que le délai d'attente découlant des objectifs généraux de planification ne pouvait pas excéder un délai médicalement acceptable compte tenu de l'état pathologique du patient, de ses antécédents, de l'évolution probable de sa maladie, du degré de sa douleur ou de la nature de son handicap au moment de solliciter une autorisation pour se faire soigner dans un autre État membre. Pour arriver à cette conclusion, la Cour s'est, notamment, inspirée du libellé de l'article 20 du règlement n° 883/2004, lequel interdit à l'État membre compétent de refuser ladite autorisation lorsque les soins ne peuvent être dispensés dans cet État membre, «dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel et de l'évolution probable de la maladie». La Cour a jugé que le délai d'attente imposé par l'État membre compétent devait être appréhendé d'une manière souple, de sorte qu'un raccourcissement du délai devait être possible en cas de survenance d'une dégradation éventuelle de l'état de santé du patient. De même, en cas d'urgence, l'État membre compétent ne saurait refuser l'octroi de l'autorisation sollicitée lorsque le même traitement médical dans un autre État membre peut être dispensé plus rapidement.

c) La portée de l'autorisation délivrée par l'institution compétente

L'affaire Keller (arrêt d'avril 2005) a donné à la Cour l'occasion de préciser, dans un contexte un peu particulier puisqu'il impliquait un État tiers (la Suisse), la portée de l'autorisation délivrée par l'institution compétente à l'un de ses affiliés au titre de l'article 22 du règlement n° 1408/71. Dans cette affaire, l'intéressée, affiliée à la sécurité sociale espagnole, avait été autorisée par cette dernière à recevoir à sa charge des soins hospitaliers en Allemagne pour le traitement d'un cancer grave. Au terme d'examens médicaux approfondis, les médecins allemands étaient parvenus à la conclusion médicale que le traitement approprié pour cette pathologie ne pouvait être prodigué que dans une clinique privée suisse, spécialisée pour ce type de traitement, et avaient dès lors pris la décision de transférer d'urgence l'intéressée dans cette clinique sans qu'aucune demande d'autorisation ni communication préalable n'ait été adressée à l'institution espagnole compétente. Par la suite, l'intéressée avait sollicité la prise en charge, par ladite institution, des frais hospitaliers encourus en Suisse, mais elle s'était heurtée à un refus motivé par l'absence d'autorisation préalable expresse.

Se fondant, d'une part, sur la règle de partage des responsabilités instituée par l'article 22 du règlement n° 1408/71 et, d'autre part, sur le principe de reconnaissance mutuelle des diplômes médicaux, la Cour a jugé que l'institution compétente (la sécurité sociale espagnole) qui a consenti, au titre de l'article 22 du règlement n° 1408/71, à ce que l'un de ses assurés sociaux reçoive des soins médicaux dans un autre État membre (l'Allemagne) est liée par les constatations relatives à

la nécessité de soins urgents à caractère vital effectuées durant la période couverte par l'autorisation par des médecins agréés par l'institution de l'État membre de séjour (la sécurité sociale allemande), ainsi que par la décision de tels médecins de transférer l'intéressé dans un établissement hospitalier situé dans un autre État, ce dernier fût-il un État tiers (la Suisse). Dans de telles circonstances, a précisé la Cour, l'institution compétente n'est en droit ni d'exiger le retour de l'intéressé dans l'État membre compétent aux fins de l'y soumettre à un contrôle médical, ni de faire contrôler celui-ci dans l'État membre de séjour, ni de soumettre les constatations et les décisions médicales susmentionnées à une approbation de sa part. S'agissant des modalités de prise en charge des soins médicaux reçus, dans de telles circonstances, dans un État tiers, la Cour a ajouté que, conformément au système institué par les articles 22 et 36 du règlement n° 1408/71, lesdits soins doivent en principe être pris en charge par l'institution de l'État membre de séjour conformément à la législation appliquée par cette dernière (la législation allemande), dans des conditions identiques à celles dont bénéficient les assurés sociaux relevant de cette législation (les assurés allemands). S'agissant de soins figurant parmi les prestations prévues par la législation de l'État membre compétent (la législation espagnole), il appartient ensuite à l'institution de ce dernier État (la sécurité sociale espagnole) de supporter la charge des prestations ainsi servies, en remboursant l'institution de l'État membre de séjour dans les conditions prévues à l'article 36 du règlement n° 1408/71.

d) Le sort des frais accessoires

Toujours à propos de l'article 22 du règlement n° 1408/71, il convient encore de préciser que, dans l'affaire *Acereda Herrera*, de juin 2006, la Cour a estimé que cette disposition communautaire ne confère pas à l'affilié, autorisé par l'institution compétente à se rendre dans un autre État membre pour y recevoir des soins hospitaliers à charge de ladite institution, un droit à la prise en charge des frais accessoires aux frais de traitement proprement dits, tels que les frais de voyage, d'hôtel et de restauration auxquels lui-même et une personne accompagnante ont été exposés pour rejoindre l'établissement hospitalier qui lui a prodigué les soins, à l'exception des frais de séjour et de repas de l'affilié dans l'établissement hospitalier.

La Cour a toutefois estimé qu'une telle interprétation de l'article 22 est sans préjudice de l'applicabilité éventuelle de l'article 49 CE. Elle a jugé que la libre prestation des services s'oppose en effet à une réglementation nationale qui exclurait la prise en charge des frais accessoires encourus par un patient autorisé à se rendre dans un autre État membre pour y recevoir un traitement hospitalier, alors qu'elle prévoirait la prise en charge de ces frais lorsque le traitement est prodigué dans un établissement relevant du système national en cause.

B. Le régime jurisprudentiel construit au départ des libertés fondamentales de circulation

Le régime de droit communautaire dérivé découlant de l'article 22 du règlement n° 1408/71, qui, je le rappelle, comporte une obligation positive, pour l'institution de l'État membre compétent, de prendre en charge, aux conditions qu'il détermine, les soins médicaux reçus par un affilié en dehors dudit État membre, a été progressivement complété par un régime de nature jurisprudentiel, construit au départ des articles 28 et 30 CE (libre circulation des marchandises) et des articles 49 et 50 CE (libre prestation des services). Ce régime de création prétorienne comporte, en substance, l'obligation «négative» pour les États membres de supprimer les entraves aux libertés fondamentales qui découlent de mesures telles qu'une exigence d'autorisation préalable aux fins de l'obtention de soins médicaux à l'étranger à charge du système national et selon les barèmes de l'État membre compétent, à moins que la mesure en cause apparaisse justifiée par des motifs d'ordre public – au rang desquels figure la protection de la santé publique – ou par des raisons impérieuses d'intérêt général.

Les craintes légitimes exprimées par les États membres à l'égard d'une libéralisation à outrance des services médicaux ont en réalité conduit la Cour à faire preuve de prudence dans l'examen de la conformité des mesures nationales d'autorisation préalable aux libertés consacrées par le traité. Cette approche prudente repose sur une distinction cardinale entre les soins médicaux prodigués en dehors d'un établissement hospitalier (les soins non hospitaliers) et les soins médicaux prodigués dans un tel établissement (les soins hospitaliers).

a) Les soins non hospitaliers

La question de la validité d'une mesure d'autorisation préalable aux fins de l'obtention de soins non hospitaliers en dehors de l'État membre compétent s'est posée pour la première fois dans les célèbres arrêts Kohll et Decker, qui ont donné lieu à deux arrêts de la Cour en avril 1998.

M. Decker, ressortissant luxembourgeois, s'était heurté au refus de sa caisse maladie luxembourgeoise de lui rembourser le coût d'une paire de lunettes avec verres correcteurs achetée en Belgique. Ce refus était motivé par le fait que, en dépit de l'exigence posée par la réglementation nationale, cet achat à l'étranger n'avait pas fait l'objet d'une demande d'autorisation préalable. M. Kohll, également de nationalité luxembourgeoise, avait, quant à lui, introduit une demande d'autorisation préalable auprès de sa caisse maladie afin que sa fille puisse bénéficier de soins dentaires en Allemagne. Cette autorisation lui avait été refusée au motif que le traitement en question n'était pas urgent et était du reste disponible et adéquat au Luxembourg.

Considérant, en substance, que l'article 22 du règlement n° 1408/71 était étranger au cas d'espèce en ce qu'il vise exclusivement l'hypothèse d'un remboursement de frais de santé selon les barèmes de l'État membre de séjour, et non selon les barèmes de l'État membre d'affiliation (État membre compétent), la Cour, saisie à titre préjudiciel, s'est penchée sur la conformité de la réglementation luxembourgeoise concernée à la libre circulation des marchandises (affaire Decker) et à la libre prestation des services (affaire Kohll).

Elle a jugé qu'un régime d'autorisation préalable, aux fins de la prise en charge par l'État membre compétent, selon ses propres barèmes, de frais médicaux exposés par un assuré social dans un autre État membre, constitue une entrave aux libertés susvisées en ce qu'il dissuade l'achat de produits médicaux et le recours à des prestataires de services médicaux dans un autre État membre.

S'agissant de l'argument des autorités luxembourgeoises tiré de la protection de la santé publique, elle a estimé que, compte tenu des directives communautaires de reconnaissance mutuelle et de coordination applicables aux professionnels de la santé concernés par ces affaires, il y a lieu d'admettre que les praticiens établis dans un autre État membre offrent les mêmes garanties que les praticiens locaux. S'agissant de l'argument lié à la nécessité d'assurer un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, elle a reconnu qu'un tel objectif mérite, le cas échéant, d'être pris en considération, mais elle a ajouté qu'en l'espèce, il n'avait pas été démontré que la réglementation litigieuse était indispensable au maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale essentielle sur le territoire national. Enfin, elle a rejeté l'argument tiré d'un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système national de sécurité sociale, en soulignant, en substance, que, si, certes, l'existence d'un tel risque peut constituer une raison impérieuse d'intérêt général, le fait que les produits médicaux ou les soins de santé soient obtenus dans un autre État membre que l'État compétent est en principe financièrement neutre pour la sécurité sociale de ce dernier État lorsque le remboursement des frais correspondants se fait sur la base de sa propre législation et en fonction de ses propres barèmes.

Elle a conclu à l'incompatibilité du système d'autorisation préalable litigieux avec les dispositions sur la libre circulation des marchandises et des services.

Cette jurisprudence a été confirmée dans l'arrêt Müller-Fauré et van Riet, de mai 2003.

M^{me} Müller-Fauré, ressortissante néerlandaise, avait suivi en Allemagne, lors d'un séjour en vacances, un traitement dentaire (pose de six couronnes et d'une prothèse) en dehors de toute infrastructure hospitalière et, à son retour de vacances, elle s'était heurtée au refus de sa caisse de maladie néerlandaise de lui rembourser les frais inhérents à ce traitement au motif que, en vertu du régime néerlandais applicable, les assurés ont exclusivement droit à une intervention en nature aux Pays-Bas, sauf circonstances exceptionnelles faisant défaut en l'espèce.

La Cour a estimé que, par nature, les prestations du type de celles reçues par l'intéressée ne représentent pas la partie essentielle des coûts de l'assurance maladie des États membres.

En tout état de cause, a-t-elle souligné, rien ne permet de penser sérieusement «que la suppression de l'exigence de l'autorisation préalable pour ce type de soins provoquerait des déplacements transfrontaliers de patients d'une importance telle, nonobstant les barrières linguistiques, la distance géographique, les frais de séjour à l'étranger et le manque d'informations sur la nature des soins qui y sont dispensés, que l'équilibre financier du système de sécurité sociale néerlandais en serait gravement perturbé et que, de ce fait, le niveau global de protection de la santé publique serait menacé». «En outre», a ajouté la Cour, «les soins sont généralement dispensés à proximité du lieu de résidence du patient, dans un environnement culturel qui lui est familier et lui permettant d'établir avec le médecin traitant des relations de confiance. Abstraction faite des cas d'urgence, les déplacements transfrontaliers de patients se manifestent surtout dans les régions frontalières ou pour le traitement de pathologies spécifiques. De plus, c'est précisément dans de telles régions ou pour de telles pathologies que les caisses de maladie néerlandaises auront tendance à établir un système de conventionnement avec des médecins étrangers». La Cour a conclu que ces diverses circonstances paraissent de nature à limiter l'impact financier éventuel sur le système de sécurité sociale néerlandais de la suppression de l'exigence d'autorisation préalable en ce qui concerne les soins dispensés au cabinet du praticien étranger. Elle a encore tenu à rappeler que, les États membres étant seuls compétents pour déterminer l'étendue de la couverture maladie dont bénéficient les assurés, ces derniers, lorsqu'ils se rendent sans autorisation préalable à l'étranger pour s'y faire soigner, ne sauraient prétendre à la prise en charge des soins qui leur ont été donnés que dans les limites de la couverture garantie par le régime d'assurance maladie de l'État membre d'affiliation.

Les autorités néerlandaises avaient, dans cette affaire, lourdement insisté sur les caractéristiques de leur régime d'assurance maladie, en soulignant que la suppression de l'exigence d'autorisation préalable, d'une part, pourrait menacer l'existence du système de conventionnement sur lequel repose le régime d'intervention en nature et, d'autre part, les obligerait à introduire dans leur mode d'organisation de l'accès aux soins de santé des mécanismes de remboursement pour les assurés qui, plutôt que de bénéficier de prestations de maladie gratuites sur le territoire national, auraient dû avancer les sommes nécessaires au paiement de prestations servies à l'étranger.

Cette argumentation a été écartée par la Cour sur la base d'une triple considération. En premier lieu, la Cour a rappelé que, dans le cadre de l'application du règlement n° 1408/71, les États membres ayant institué un régime d'intervention en nature, voire un service national de santé, doivent prévoir des mécanismes de remboursement a posteriori de soins dispensés dans un autre État membre. En deuxième lieu, elle a insisté sur le fait que les assurés qui se rendent sans autorisation préalable dans un autre État membre que celui de l'affiliation pour y recevoir des soins ne peuvent prétendre à la prise en charge de ces soins que dans les limites de la couverture garantie par le régime de l'État d'affiliation. En troisième lieu, a-t-elle précisé, rien ne s'oppose à ce que l'État membre compétent dans lequel existe un régime d'intervention en nature fixe les montants du remboursement auxquels des patients ayant reçu des soins dans un autre État membre peuvent prétendre, pour autant que ces montants reposent sur des critères objectifs, non discriminatoires et transparents.

En conclusion, la circonstance que la législation de l'État membre d'affiliation ait institué un régime d'intervention en nature ne permet pas d'écarter la jurisprudence Kohll et Decker selon laquelle le fait de subordonner à une autorisation préalable la prise en charge, selon les barèmes dudit État membre, de soins non hospitaliers dispensés dans un autre État membre est constitutif d'une entrave non justifiée à la libre prestation de services.

b) Les soins hospitaliers

Les « incontestables particularités » que présentent les prestations médicales dispensées dans un établissement hospitalier ont, en revanche, conduit la Cour, dans l'arrêt Smits et Peerbooms de juillet 2001, à porter une appréciation nettement moins sévère à l'égard des mesures subordonnant la prise en charge, par les institutions de l'État membre compétent, de prestations de ce type envisagées dans un autre État membre.

M^{me} Smits, ressortissante néerlandaise souffrant de la maladie de parkinson, s'était heurtée au refus de sa caisse de maladie néerlandaise de prendre en charge les frais liés aux soins particuliers (un traitement «clinique catégoriel et multidisciplinaire») reçus dans une clinique allemande. Le refus de la caisse était fondé, en premier lieu, sur le fait que le traitement suivi par M^{me} Smits en Allemagne ne pouvait pas être considéré comme un «traitement usuel dans les milieux professionnels concernés» au sens de la législation néerlandaise et, en second lieu, sur la considération que, un traitement satisfaisant et adéquat étant disponible aux Pays-Bas auprès d'un établissement conventionné, le traitement dispensé en Allemagne n'était pas «nécessaire» au sens de ladite législation. M. Peerbooms, également ressortissant néerlandais, était tombé dans le coma à la suite d'un accident de la circulation survenu aux Pays-Bas. Après avoir été hospitalisé aux Pays-Bas, il avait été transféré dans un état végétatif dans une clinique universitaire autrichienne, qui lui a dispensé une thérapie intensive spéciale par neurostimulation. La demande de prise en charge des frais de traitement exposés dans la clinique autrichienne a fait l'objet d'une décision de refus de la caisse de maladie à laquelle était affilié M. Peerbooms, pour des motifs identiques à ceux opposés à M^{me} Smits par sa caisse de maladie.

La Cour a estimé que, s'agissant de soins hospitaliers, une mesure d'autorisation préalable telle que celle prévue par la législation néerlandaise, bien qu'étant constitutive d'une entrave à la libre prestation des services de santé, était justifiée par des impératifs d'intérêt général. Elle a en effet souligné que, «par comparaison avec les prestations médicales fournies par les praticiens à leur cabinet ou au domicile de leur patient, les prestations médicales dispensées dans un établissement hospitalier s'inscrivent» dans une politique de planification portant sur «le nombre des infrastructures hospitalières, leur répartition géographique, leur aménagement et les équipements dont elles sont pourvues, ou encore la nature des services médicaux qu'elles sont à même d'offrir». Elle a ajouté que, comme en témoigne, notamment, le système de conventionnement en vigueur aux Pays-Bas, une telle planification poursuit, d'une part, l'objectif de garantir sur le territoire de l'État concerné, une accessibilité suffisante et permanente à une gamme équilibrée de soins hospitaliers de qualité et elle participe, d'autre part, d'une volonté d'assurer une maîtrise des coûts et d'éviter, dans la mesure du possible, tout gaspillage de ressources financières, techniques et humaines.

Pour s'en tenir au cas du système instauré par la législation néerlandaise litigieuse, a-t-elle encore affirmé, il est clair que, si les assurés pouvaient librement et en toutes circonstances faire appel à des établissements hospitaliers avec lesquels leur caisse de maladie n'a conclu aucune convention, tout l'effort de planification opéré au travers du système de conventionnement, en vue de contribuer à garantir une offre de soins hospitaliers qui soit rationalisée, stable, équilibrée et accessible, s'en trouverait du même coup compromis.

La Cour a néanmoins pris soin de vérifier si les conditions mises par la législation néerlandaise à l'octroi de l'autorisation préalable étaient justifiées et proportionnées au regard des objectifs poursuivis.

S'agissant de la condition liée au caractère usuel du traitement envisagé, elle a jugé que, pour être acceptable, cette condition ne peut se baser sur la prise en considération «des seuls traitements habituellement pratiqués sur le territoire national et des seules conceptions scientifiques du milieu national», sous peine de privilégier, en fait, les prestataires de soins néerlandais. En revanche, a ajouté la Cour, si cette condition est entendue de telle manière que, « lorsqu'un traitement est suffisamment éprouvé et validé par la science médicale internationale, l'autorisation sollicitée [...] ne peut être refusée de ce chef, il y a lieu de considérer qu'une telle condition, qui est objective et s'applique indistinctement aux traitements nationaux et aux traitements étrangers, est justifiable au regard de la nécessité de maintenir sur le territoire national une offre suffisante, équilibrée et permanente de soins hospitaliers et de garantir la stabilité financière du système de l'assurance maladie ».

En ce qui concerne la condition relative au caractère nécessaire du traitement, elle a jugé qu'une telle condition peut être justifiée au regard de la libre prestation de services pour autant que, au titre de cette condition, l'autorisation ne puisse être refusée «que lorsqu'un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité pour le patient peut être obtenu en temps opportun en ayant recours à un établissement avec lequel la caisse de maladie de l'assuré a conclu une convention». Elle a encore précisé que, aux fins d'une telle appréciation, les autorités nationales doivent prendre en considération l'ensemble des circonstances caractérisant chaque cas concret, en tenant dûment compte non seulement de la situation médicale du patient au moment où l'autorisation est sollicitée, mais aussi de ses antécédents.

Cette jurisprudence a été confirmée par la Cour dans son arrêt *Müller-Fauré et van Riet*, déjà cité.

M^{me} Van Riet, également ressortissante néerlandaise, s'était rendue, sans avoir obtenu l'autorisation préalable de sa caisse de maladie néerlandaise, dans une clinique belge pour y subir une arthroscopie à la suite de douleurs au poignet. La caisse de maladie avait refusé de prendre en charge les frais liés aux prestations hospitalières dispensées à M^{me} Van Riet, en arguant de l'absence d'autorisation préalable ainsi que du caractère raisonnable du délai dans lequel l'intéressée eût pu obtenir un traitement équivalent dans un hôpital aux Pays-Bas.

Pour des motifs similaires à ceux exposés dans l'arrêt *Smits et Peerbooms*, et tirés, en substance, des impératifs de planification dans le domaine hospitalier, la Cour a jugé que l'exigence d'une autorisation préalable à la prise en charge financière par le système national de sécurité sociale de soins hospitaliers dispensés dans un État membre autre que celui de l'affiliation apparaît comme une mesure tout à la fois nécessaire et raisonnable.

S'agissant de la condition liée au caractère nécessaire du traitement à l'étranger, elle a tenu à affiner les critères, exposés dans l'arrêt *Smits et Peerbooms*, devant présider à l'appréciation de cette condition, en soulignant que les autorités nationales doivent prendre en compte la situation médicale du patient au moment de la demande d'autorisation ainsi que ses antécédents, mais aussi «le degré de la douleur ou la nature du handicap de ce dernier, qui pourrait, par exemple, rendre impossible ou excessivement difficile l'exercice d'une activité professionnelle». Ces critères d'appréciation seront transposés quelques mois plus tard par l'arrêt *Inizan*, déjà cité, dans le contexte de l'article 22 du règlement n° 1408/71.

La Cour a encore tenu à préciser, dans l'arrêt *Müller-Fauré et van Riet*, qu'un refus d'autorisation préalable qui serait motivé non pas par la crainte de gaspillage ou de déperdition, du fait d'une surcapacité hospitalière, mais exclusivement par un motif tiré de l'existence de listes d'attente sur le territoire national pour bénéficier des soins hospitaliers en cause, sans que soient prises en considération les circonstances concrètes qui caractérisent la situation médicale du patient, ne saurait constituer une entrave valablement justifiée à la libre prestation de services. En effet, a souligné la Cour, il n'apparaît pas «qu'un tel délai d'attente serait nécessaire, en dehors de considérations de nature purement économique qui ne peuvent, comme telles, justifier une entrave au principe fondamental de la libre prestation des services, pour garantir la protection de la santé publique». «Au contraire», a affirmé la Cour, «un délai d'attente trop long ou anormal serait plutôt de nature à restreindre l'accessibilité à un ensemble équilibré de soins hospitaliers de qualité».

Dans l'affaire *Watts* précitée, la juridiction de renvoi demandait à la Cour si, et à quelles conditions, un patient relevant du NHS était en droit de bénéficier de soins hospitaliers dans un autre État membre et à la charge de son service national de santé, au titre de l'article 49 CE. En l'occurrence, il s'agissait de savoir si M^{me} Watts, ressortissante britannique résidant au Royaume-Uni, qui s'était fait poser une prothèse de hanche en France, pouvait être remboursée par le NHS, alors même que le NHS offrait des soins hospitaliers similaires mais avec un délai d'attente d'un an (délai qui, suite à un réexamen lors d'une procédure contentieuse, avait été réduit à trois mois). Un tel délai d'attente répondait aux objectifs de planification du NHS.

Tout d'abord, la Cour a jugé que l'article 49 CE s'applique à la situation de M^{me} Watts, qui avait reçu des soins hospitaliers en France contre rémunération, indépendamment de la façon dont le NHS fonctionne ou rembourse les frais sollicités.

S'agissant de l'existence d'une entrave à la libre prestation de services, la Cour a constaté que le régime d'autorisation préalable du NHS ne s'applique que pour des soins hospitaliers disponibles dans un autre État membre. Elle a donc jugé que ce régime constitue une restriction à la libre prestation de services, dans la mesure où il décourage, voire empêche, les patients du NHS de recevoir des soins hospitaliers dans un autre État membre.

La Cour a ensuite rappelé les arrêts Kohll, Smits et Peerbooms, et Müller-Fauré et van Riet, dans lesquels elle a reconnu qu'« un risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale pouvait constituer une raison impérieuse d'intérêt général » justifiant la mise en place d'obstacles à l'article 49 CE. Par ailleurs, l'accès universel à des services médicaux et hospitaliers équilibrés qui contribuent à un niveau élevé de protection de la santé, et le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national peuvent également, au titre de la santé publique, justifier l'existence d'obstacles à la libre prestation de services.

S'agissant des soins hospitaliers, la Cour a estimé que les considérations exprimées dans l'arrêt Smits et Peerbooms au sujet d'un régime d'autorisation préalable dans le cadre d'un système de sécurité sociale reposant sur un régime de conventionnement entre les caisses publiques de maladie et les prestataires de soins hospitaliers pouvaient être invoquées par le NHS. Le régime d'autorisation préalable du NHS a donc été reconnu par la Cour comme un moyen permettant d'assurer la planification de soins hospitaliers visant l'optimisation des ressources financières et humaines. Toutefois, a indiqué la Cour, un système d'autorisation préalable ne saurait constituer une restriction justifiée par l'article 49 CE qu'en respectant les conditions de fond et de forme déjà exprimées dans les arrêts Smits et Peerbooms, et Müller-Fauré et van Riet. À cet égard, la Cour a constaté que la réglementation relative au NHS n'encadrerait pas l'existence du pouvoir d'appréciation des autorités compétentes dans la mesure où cette réglementation ne précisait pas les critères d'octroi ou de refus de l'autorisation préalable. De même, la Cour a jugé qu'un refus d'autorisation fondé uniquement sur l'existence de listes d'attente établissant des priorités cliniques préétablies en termes généraux ne saurait être justifié sans un examen individuel de l'état de santé du patient concerné. En tout état de cause, le délai fixé par les listes d'attente ne saurait jamais fonder un refus d'autorisation préalable, si ce délai dépasse celui résultant d'une évaluation médicale objective. Un tel refus serait contraire à l'article 49 CE, même si les autorités nationales compétentes essayaient de le justifier par des motifs liés à un bouleversement de l'ordre général de priorité lié au degré d'urgence, à la gratuité des soins hospitaliers ou encore aux besoins de planification.

Dans l'arrêt Stamatelaki, du 19 avril 2007, la Cour a estimé qu'une législation qui exclut tout remboursement, par un organisme de sécurité sociale, des coûts d'un traitement hospitalier dans un établissement privé situé dans un autre État membre, à l'exception des personnes de moins de 14 ans, est contraire à l'article 49 CE. La Cour a jugé que cette interdiction va au-delà de ce qui était nécessaire pour assurer l'équilibre financier du système de santé publique ou la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé. La Cour a également rejeté l'argument avancé par le gouvernement grec selon lequel l'État membre d'affiliation ne pouvait pas contrôler la qualité des soins fournis par des établissements privés situés dans d'autres États membres. Elle a estimé que ces établissements sont soumis à des contrôles de qualité par l'État membre de séjour et que, à la lumière de la directive 93/16/CEE relative à la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle de leurs diplômes, les médecins travaillant dans ceux-ci doivent être considérés comme ayant les mêmes capacités professionnelles que les médecins établis en Grèce.

L'on mentionnera encore que, dans l'affaire Commission/France (C-512/08), actuellement pendante, la Cour est invitée à se prononcer sur le point de savoir si l'exigence d'une autorisation préalable au remboursement de soins non hospitaliers nécessitant le recours à des équipements lourds lorsqu'ils sont dispensés dans un autre État membre, est contraire à l'article 49 CE.

La question est, en substance, de savoir si ces soins « lourds » répondent, au regard de l'article 49 CE, au régime des soins ambulatoires ou, au contraire, à celui des soins hospitaliers.

C. L'articulation entre le régime fondé sur l'article 22 du règlement n° 1408/71 et le régime jurisprudentiel fondé sur les libertés fondamentales

Ainsi qu'on a pu s'en rendre compte, le système institué par l'article 22 du règlement n° 1408/71 permet à l'affilié d'obtenir, aux conditions qu'il détermine, la prise en charge par l'institution compétente de soins obtenus dans un autre État membre, selon les barèmes définis par la législation de l'État membre de séjour, tandis que, au titre de l'article 49 CE, la Cour reconnaît à l'affilié le droit de ne pas subir d'entraves injustifiées dans l'obtention de soins en dehors de l'État membre compétent selon les barèmes fixés par la législation dudit État membre.

L'arrêt Vanbraekel de juillet 2001 a donné à la Cour l'occasion de fournir d'intéressantes précisions sur l'articulation de ces deux mécanismes de prise en charge de soins reçus en dehors de l'État membre compétent.

Dans cette affaire, concernant une ressortissante belge qui s'était rendue en France pour subir une intervention chirurgicale en dépit du refus d'autorisation qui lui avait été signifié par sa mutuelle, la Cour, après avoir constaté qu'en vertu d'un rapport d'expertise, un tel refus n'était en réalité pas fondé étant donné que le traitement de la pathologie de l'intéressée pouvait être assuré dans de meilleures conditions à l'étranger, a tranché la question de savoir si le remboursement par l'institution de l'État membre compétent des soins prodigués à l'affilié dans un autre État membre doit suivre les règles de prise en charge en vigueur dans l'État membre compétent ou celles contenues dans la législation de l'État membre de séjour. L'enjeu n'était pas mince dans cette affaire, puisque, selon les barèmes français, le remboursement des frais médicaux exposés par l'intéressée s'élevait à moins de 40 000 FRF, alors qu'en cas d'application des barèmes belges, ce remboursement avoisinait l'équivalent de 50 000 FRF.

Dans la ligne des arrêts Kohll et Decker, la Cour a d'abord considéré que, dès lors qu'il ne vise pas la question d'un éventuel remboursement selon les barèmes en vigueur dans l'État membre d'affiliation, l'article 22 du règlement n° 1408/71 ne saurait être lu comme empêchant ou comme prescrivant le versement par cet État d'un remboursement complémentaire correspondant à la différence entre le régime d'intervention prévu par sa législation et celui appliqué par l'État membre de séjour. En d'autres termes, a estimé la Cour, ce n'est pas vers l'article 22 du règlement n° 1408/71 mais vers les dispositions sur la libre prestation de services qu'il convient de se tourner pour résoudre le litige.

À cet égard, elle a jugé que le fait pour un assuré social de bénéficier d'un niveau de couverture moins avantageux lorsqu'il reçoit un traitement hospitalier dispensé dans un autre État membre que lorsqu'il subit le même traitement dans l'État membre d'affiliation, constitue une restriction à la libre prestation de services en ce qu'il dissuade cet assuré de s'adresser à des professionnels de la santé établis dans d'autres États membres.

Répondant aux arguments tirés d'un risque d'atteinte à l'équilibre financier de la sécurité sociale, d'une part, et de la nécessité de maintenir un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous ainsi qu'une capacité de soins et une compétence médicale sur le territoire national, d'autre part, elle a souligné que, si, certes, de telles considérations peuvent constituer des motifs de dérogation au principe de la libre prestation de services, elles ne sauraient, en l'espèce, justifier la réglementation litigieuse. En effet, a exposé la Cour, dès lors qu'il s'avère que l'intéressée était bien en droit d'obtenir l'autorisation prévue par la législation nationale dont elle relevait et par l'article 22 du règlement n° 1408/71, il ne saurait être soutenu que le versement d'un remboursement complémentaire par l'État d'affiliation serait de nature à mettre en péril le maintien, dans cet État, d'un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous, ainsi que d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national.

En outre, a ajouté la Cour, dans la mesure où un tel complément de remboursement, qui est fonction du régime d'intervention de l'État membre d'affiliation, n'implique par hypothèse aucune charge financière supplémentaire pour le système d'assurance maladie dudit État par rapport au remboursement qui aurait été supporté en cas d'hospitalisation dans ce dernier, il ne saurait être question d'un risque d'atteinte à l'équilibre financier de la sécurité sociale de cet État.

Cette jurisprudence a été confirmée dans l'arrêt Watts. Dans cette affaire, la Cour a souligné, tout d'abord, que l'absence de barèmes de remboursement dans l'État membre d'affiliation n'est pas de nature à empêcher l'application de l'article 22 du règlement n° 1408/71. En effet, le système de compensation « inter-caisses » mis en place par cet article ne fait aucune référence au barème de remboursement de l'État membre d'affiliation. La Cour a également jugé que, pour un traitement hospitalier à propos duquel le patient a obtenu une autorisation préalable ou s'est heurté à un refus dont le caractère non fondé serait ultérieurement établi, et dont l'État membre de séjour prévoit la prise en charge intégrale, l'application de l'article 22 du règlement n° 1408/71 oblige l'État membre d'affiliation à s'assurer que le patient ne soit tenu à aucune contribution financière. En revanche, lorsque l'État membre de séjour ne prend en charge qu'une partie seulement des frais du traitement hospitalier prodigué dans celui-ci, l'article 49 CE oblige l'État membre d'affiliation à garantir un niveau de prise en charge analogue à celui dont le patient aurait bénéficié si le traitement hospitalier avait eu lieu dans ledit État membre. Sur le fondement de l'article 49 CE, le patient peut obtenir, selon l'arrêt Watts, un complément qui, à défaut de barèmes de remboursement dans l'État membre d'affiliation, ne peut toutefois dépasser le montant correspondant à la différence entre, d'une part, le coût d'un traitement équivalent dans ledit État membre et, d'autre part, le montant de l'intervention de l'État membre de séjour.

Il convient encore de faire une brève mention à deux affaires actuellement pendantes devant la Cour. Dans l'affaire Commission/France (C-512/08), la Cour est invitée à se prononcer sur la question de savoir si la France a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 49 CE, en n'ayant adopté aucune disposition permettant d'octroyer au patient, assuré du système français, un remboursement complémentaire dans les conditions prévues dans l'arrêt Vanbraekel, précité.

Dans l'affaire Commission/Espagne (C-211/08), la Cour est invitée à se prononcer sur la question de savoir si, en vertu de l'article 49 CE, les patients peuvent réclamer à leur État membre d'affiliation un remboursement complémentaire des frais médicaux qu'ils ont exposés dans un autre État membre en cas de traitement hospitalier conformément à l'article 22, paragraphe 1, point a) i), du règlement n° 1408/71, dans la mesure où le niveau de couverture dans l'État membre de séjour est inférieur à celui prévu par l'État membre d'affiliation. Pour le dire avec un exemple, une personne affiliée à la sécurité sociale espagnole tombant malade lors de ses vacances d'été en France et ayant reçu un traitement hospitalier dans cet État membre sous la couverture d'un formulaire E111 (aujourd'hui, la carte européenne d'assurance maladie), a-t-elle droit à un remboursement des frais exposés auprès de la sécurité sociale espagnole lorsque, à la différence de l'Espagne, la France ne fournit, en tant qu'État membre de séjour, qu'une couverture de 80% des frais d'hospitalisation? Il s'agit donc du point de savoir si la jurisprudence de la Cour sur « le principe du complément différentiel » à propos d'une situation relevant du champ d'application de l'article 22, paragraphe 1, point c), du règlement n° 1408/71 peut être transposée à une situation relevant du champ d'application de l'article 22, paragraphe 1, point a), dudit règlement.

D. Parallélismes et divergences entre la libre circulation des patients et la liberté d'établissement dans le domaine des soins de santé

Après avoir examiné le rapport entre la libre « sortie » des patients et les exigences de politique de santé publique, il convient d'examiner la manière dont le droit communautaire, en particulier la jurisprudence de la Cour, cherche à concilier ces mêmes exigences avec le libre accès des praticiens au domaine des soins de santé.

L'objectif de cette partie de notre exposé est ainsi d'examiner s'il existe des parallélismes ou des divergences entre la jurisprudence de la Cour relative à la libre prestation des services et celle relative à la liberté d'établissement dans le domaine des soins de santé.

L'arrêt de la Cour Hartlauer, de mars 2009, est particulièrement éclairant et à cet égard constitue une décision de première importance dans cette matière.

Dans cette affaire, Hartlauer, une société située en Allemagne, avait demandé à pouvoir ouvrir un établissement de santé privé à Vienne sous la forme d'une polyclinique dentaire autonome. Hartlauer avait l'intention de proposer ses services dans le cadre d'un système de remboursement des frais avancés par l'assuré (elle ne voulait donc pas conclure une convention avec un organisme de sécurité sociale afin de fournir ses services dans le cadre d'un système de prestation en nature). La législation fédérale autrichienne prévoyait un régime d'autorisation préalable pour l'ouverture d'un nouvel établissement de santé. En vertu dudit régime, l'octroi de cette autorisation était lié à l'existence d'un besoin justifiant la création de ce nouvel établissement. Eu égard aux services dentaires déjà offerts par les établissements de santé publique, les établissements privés d'utilité publique et les autres médecins conventionnés, les autorités du Land de Vienne, en application de la législation du Land mettant en œuvre la législation fédérale, ont rejeté la demande de Hartlauer au motif qu'une nouvelle polyclinique dentaire autonome offrant des prestations comparables n'aurait pas pour effet d'améliorer ou de renforcer l'offre de services dentaires fournis aux patients domiciliés à Vienne. La juridiction de renvoi a interrogé la Cour afin de savoir si lesdites dispositions nationales étaient conformes à la liberté d'établissement.

S'agissant de l'existence d'une restriction, la Cour a jugé que le régime d'autorisation préalable en cause décourage principalement les entreprises d'autres États membres d'exercer leur activité en Autriche. En outre, elle a estimé que le fait de soumettre une activité à une condition liée aux besoins économiques constitue une restriction à la liberté d'établissement.

Sur la question de savoir si cette restriction est justifiée, le gouvernement autrichien (soutenu par le gouvernement norvégien) avait fait valoir que l'objectif des dispositions nationales en cause est principalement de garantir, d'une part, un service médical de qualité accessible à tous et, d'autre part, d'assurer l'équilibre financier de la sécurité sociale. Il avait souligné que le législateur autrichien a choisi de donner la priorité au système de prestation en nature financé par des fonds publics. Or, selon la thèse du gouvernement autrichien, l'accès non maîtrisé de polycliniques dentaires privées au marché des soins autrichien aurait pour effet de pousser hors dudit marché les médecins conventionnés. De plus, le marché de soins opère selon une dynamique contraire aux lois ordinaires du marché, dans la mesure où c'est l'offre de services dentaires qui induit la demande. En conséquence, l'accès non maîtrisé de polycliniques dentaires privées au marché autrichien mettrait en péril les capacités financières du système de sécurité sociale.

Renvoyant aux arrêts *Smits et Peerbooms*, *Müller-Fauré et van Riet*, ainsi que *Watts*, la Cour a jugé légitimes les objectifs poursuivis par la législation autrichienne. Sur ce point, la Cour a donc transposé sa jurisprudence sur la libre prestation des services dans le domaine des soins de santé à la liberté d'établissement. Toutefois, en ce qui concerne la distinction entre soins hospitaliers et ambulatoires à propos de la conformité d'un régime d'autorisation préalable avec la libre prestation des services, la Cour a décidé que cette distinction n'était pas applicable à la liberté d'établissement dans le domaine des soins de santé. Sensible aux arguments des États membres, elle a souligné qu'afin d'éviter des carences dans l'accès aux soins ambulatoires et la duplication de structures, il n'était pas possible d'exclure d'emblée l'utilité de la planification desdits soins.

S'agissant de la proportionnalité des dispositions autrichiennes en cause, la Cour a jugé que celles-ci ne répondaient pas aux objectifs poursuivis d'une manière cohérente et systématique. Tout d'abord, la Cour a relevé qu'une autorisation préalable fondée sur les besoins du marché n'était exigée que pour la création de polycliniques dentaires autonomes, alors que l'accès au marché dentaire autrichien pour « les cabinets de groupes » n'était pas entravé par une telle barrière. Or, au vu des équipements et matériels utilisés tant par les polycliniques que par les cabinets de groupes, des prestations médicales dispensées, de leur taille respective et de leur poids sur le marché des services dentaires, ces deux catégories de prestataires présentent en réalité des caractéristiques comparables. Certes, les dentistes travaillant dans une polyclinique dentaire ont un statut de salarié, alors que ceux rejoignant un cabinet de groupes sont personnellement responsables et indépendants.

Toutefois, en l'espèce, la Cour a considéré que cette différence était sans pertinence. En raison de son incohérence, la législation autrichienne a été considérée comme une restriction non justifiée à la liberté d'établissement.

De plus, la Cour a également estimé que le régime du Land de Vienne ne respectait pas les conditions procédurales nécessaires pour qu'un régime d'autorisation préalable puisse être justifié. En citant l'arrêt Müller-Fauré et van Riet, la Cour a considéré qu'un tel régime doit être fondé sur des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance. Or, les critères sur lesquels les autorités administratives du Land de Vienne se fondent pour apprécier l'existence d'un besoin ne sont pas fixés à l'avance. Certes, lesdites autorités avaient, en l'occurrence, fait appel à un rapport élaboré par des praticiens exerçant dans la zone où Hartlauer avait l'intention de fournir ses services. Cependant, ces praticiens, concurrents potentiels de Hartlauer, pouvaient très difficilement rendre un avis objectif et impartial.

Dans ces conditions, la Cour a conclu que les dispositions en cause n'étaient pas conformes à la liberté d'établissement.

Il ressort de cet arrêt que tant pour la libre circulation des patients que pour la liberté d'établissement, un système d'autorisation préalable est une entrave qui doit être justifiée pour pouvoir être jugée compatible avec le droit communautaire. De même, les États membres peuvent faire valoir les mêmes objectifs pour justifier la conformité d'un système d'autorisation préalable avec l'article 43 CE ou avec l'article 49 CE. De plus, tant pour la libre circulation des patients que pour la liberté d'établissement, un système d'autorisation préalable est soumis aux mêmes conditions procédurales. Toutefois, sur le fond, il convient de signaler une différence importante: alors que la distinction entre soins hospitaliers et non hospitaliers est cardinale pour la libre circulation des patients, celle-ci ne semble pas s'appliquer dans le domaine de la liberté d'établissement.

E. Conclusion

Au terme de ce rapide survol de la réglementation et de la jurisprudence communautaires sur l'accès des patients aux soins à l'étranger, il est permis de conclure à l'existence d'un système cohérent et équilibré, de nature à préserver les soucis légitimes des États membres de voir les exigences des libertés communautaires s'arrêter aux portes de la protection des objectifs d'intérêt général qui sous-tendent l'organisation structurelle et financière de leurs systèmes de sécurité sociale.

Ainsi des mesures d'autorisation préalable, reposant sur des critères objectifs, s'avèrent-elles pleinement justifiées dans le domaine des soins hospitaliers, pour des raisons bien compréhensibles de planification, liées, plus précisément, à la nécessité d'assurer un service médical hospitalier équilibré et accessible à tous et au souci de contrôler les dépenses de santé. De même de telles mesures sont-elles justifiées, y compris dans le domaine des soins non hospitaliers, lorsque l'affilié entend obtenir la prise en charge des soins en cause selon les barèmes de l'État membre de séjour et ce, en raison du risque évident d'une surcharge financière pour les institutions de l'État membre compétent.

En revanche, une exigence d'autorisation préalable ne saurait être valablement opposée à l'affilié pour l'obtention, selon les barèmes de remboursement de l'État membre compétent, de soins non hospitaliers en dehors dudit État, compte tenu de l'absence, en pareille hypothèse, de risque d'atteinte aux efforts de planification de cet État membre ou à l'équilibre financier de son système de sécurité sociale. Des raisons de bon sens expliquent également qu'aucune mesure d'autorisation préalable ne saurait être imposée à un affilié dont l'état de santé vient à exiger d'urgence des soins, hospitaliers ou non, alors qu'il séjourne en dehors de l'État membre compétent.

Intervention de Willy PALM de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

« Les interventions de la Commission européenne dans le domaine de la santé »

D. REINE

Merci Monsieur le Juge Lenaerts pour ce brillant exposé. C'était très intéressant pour nous tous d'avoir ce rappel des grands arrêts de la jurisprudence mais aussi des affaires qui sont en cours.

Je vais sans attendre passer la parole à Monsieur Willy PALM de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé qui va nous parler des interventions de la Communauté européenne dans le domaine de la santé.

Willy PALM

Mesdames, Messieurs, c'est un grand honneur de prendre la parole après deux éminences dans le domaine de la sécurité sociale et l'application des règles du marché intérieur, Monsieur Fillon et le Professeur Lenaerts qui d'ailleurs a été mon professeur de droit international privé.

En préambule, je voudrais vous présenter synthétiquement l'Observatoire des systèmes et politiques de santé. C'est un organisme partenaire de différentes organisations, institutions internationales, gouvernements et autorités nationales et du monde académique.

L'Observatoire vise à informer le débat politique et créer une plate-forme d'échanges entre d'une part les chercheurs, le monde académique et d'autre part les décideurs politiques.

Il y a quelques jours, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) a signé un protocole pour adhérer à notre Observatoire.

La Commission européenne va bientôt rejoindre l'Observatoire donc nous constituerons un réseau avec différents décideurs politiques.

Après la présentation de Monsieur Fillon sur les règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale et la présentation de Monsieur Lenaerts qui a exposé la jurisprudence de la Cour de Justice, je vais maintenant brièvement essayer de décrire un peu le processus politique qui s'est déroulé depuis les premiers arrêts rendus en 1998 et qui sont à l'origine de la proposition de directive sur les droits des patients qui sera débattue la semaine prochaine au Conseil européen et qui est encore en plein développement.

Pendant la table ronde qui suivra, les représentants des gouvernements belge et français pourront peut-être nous informer aussi sur des discussions et le contenu de cette directive. Moi, je vais essentiellement me concentrer sur le processus politique et surtout le rôle de la Commission européenne.

Dans ce contexte, il est important de rappeler que l'application des principes de libre circulation et le marché intérieur entraînent une double dynamique.

D'une part on peut parler d'une intégration positive dans le sens qu'elle requiert une action législative, une harmonisation communautaire dans le droit secondaire.

Je crois qu'il est important de rappeler que dans le domaine de la santé il y a suffisamment d'exemples qui ont précédé cette proposition de directive sur les droits du patient en matière de soins transfrontaliers.

J'en cite quelques-uns :

- le règlement sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- la troisième directive assurance non-vie qui a mis en place le marché intérieur pour les assurances privées y compris l'assurance maladie privée ;

- la directive concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles qui met en œuvre le libre établissement des prestataires de santé et la libre prestation de services des professionnels de santé ;
- la directive transparence sur les médicaments.

La directive qui est maintenant débattue au Conseil s'inscrit dans cette logique.

Il y a d'autre part la dynamique d'une harmonisation que je nommerai négative mais c'est plutôt dans le sens que c'est une harmonisation par défaut sur base de l'application directe du Traité. C'est dans ce cadre-là que se situe la jurisprudence de la Cour de Justice mais aussi les procédures d'infraction hantée par la Commission européenne.

Vu le fait que, aussi bien la Cour de Justice que les procédures d'infraction sont basées sur des situations particulières, l'intégration positive est préférée car elle réalise une plus grande sécurité juridique. C'est justement pour cela que l'on a voulu codifier la jurisprudence de la Cour de Justice.

Dans ce sens, toute action de régulation dans ce domaine s'est souvent heurtée à une réticence forte de la part des Etats membres et je me réfère à l'article 152 du Traité qui est devenu, depuis le Traité de Lisbonne, l'article 168 qui est l'article qui décrit les compétences communautaires en matière de santé publique.

Dans son dernier paragraphe il est stipulé que « l'action communautaire doit être menée dans le respect des responsabilités des Etats membres dans la définition de leur politique de santé mais aussi de l'organisation de leur système de santé » et les Etats membres ont longtemps cru que cela voulait dire qu'en fait les règles de libre circulation ne s'appliquaient pas sur les systèmes de santé.

Evidemment, les arrêts de la Cour ont démontré le contraire.

Je crois qu'il faut aussi rappeler que la réticence des Etats membres est motivée par l'effet dérégulateur du marché intérieur.

Le Professeur Lenaerts l'a aussi mentionné. Cet effet dérégulateur est considéré contraire au besoin de régulation des Etats membres pour garantir l'accès aux soins mais aussi la qualité des soins et la viabilité financière des systèmes de santé.

Le débat politique auquel nous assistons maintenant depuis plus de dix ans démontre que c'est extrêmement difficile de réconciliation d'une part la libre circulation et d'autre part les fondements des systèmes de santé et les responsabilités des Etats membres.

Je rappelle que quand la Cour de Justice a rendu ses premiers arrêts, elle a été fortement critiquée par les Etats membres.

Ensuite, les critiques se sont plutôt focalisées sur la Commission européenne. Pour certains, la Commission européenne n'a pas été suffisamment proactive considérant qu'on a été trop prudent pour mettre en place le marché intérieur dans le secteur de la santé.

Pour d'autres la Commission a justement été trop unilatérale dans son approche et elle s'est montrée peu sensible et réceptive pour la diversité et la spécificité de la santé.

Toutefois, je crois qu'il est important de rappeler quelles sont les fonctions qui incombent à la Commission et le rôle qu'elle doit remplir.

Je cite le droit d'initiative, le droit de faire des propositions législatives dans l'intérêt de l'Union mais aussi dans l'intérêt des citoyens et c'est dans ce contexte là que la Commission a dû prendre l'initiative pour essayer de codifier la jurisprudence de la Cour.

La Commission est aussi un organe exécutif du cadre communautaire et notamment tant dans le cadre de la coordination des systèmes de santé que dans la mise en place du marché intérieur.

Avec la Cour de Justice, elle est la gardienne des traités et doit donc veiller à ce que le droit européen soit appliqué dans tous les Etats membres.

Elle est aussi promoteur de collaborations et de coordinations entre Etats membres et cela est notamment important dans le cadre de la santé publique.

La Commission est encore source d'informations pour les citoyens afin qu'ils puissent bénéficier des avantages de l'intégration européenne mais aussi pour les décideurs politiques pour faire en sorte que leurs décisions soient basées sur des données correctes et des analyses scientifiques.

La Commission dispose de différents instruments pour réaliser ces missions : les instruments législatifs et les instruments dits de « soft Law » : les communications, les recommandations, la méthode ouverte de coordination, les procédures d'infraction, les consultations publiques, Eurostat pour fournir des données, les programmes de recherche et les fonds structurels.

Cet ensemble d'instruments est ici en débat.

Il faut par ailleurs constater que la Commission est un organe qui prend ses décisions en collégialité. Elle est aussi répartie en différentes directions générales (DG) qui assument des responsabilités spécifiques et qui parfois ont des approches différentes par rapport au même problème.

Je voudrais ici identifier trois approches :

- l'approche horizontale qui est l'application pure et dure des règles du marché intérieur à tous les secteurs économiques y compris le secteur de la santé ;
- l'approche sectorielle qui vise à trouver une régulation plus adaptée, plus spécifique, plus spécifique au secteur de la santé sur base de ses caractéristiques ;
- l'approche générique, c'est-à-dire la reconnaissance que certains secteurs ou activités économiques remplissent une mission d'intérêt général qui justifie une application nuancée des règles de libre circulation voire nuancées ou atténuées pour garantir l'accès, la qualité et la pérennité financière de ces services.

Dans le débat sur la mobilité des patients, toutes ces approches sont d'application.

Dans la prochaine diapositive (dia 5), je voudrais passer en revue le débat que l'on a observé depuis les arrêts Kohll et Decker en 1998 et identifier le rôle qu'ont joué différents acteurs.

C'est la Cour de Justice qui a commencé à clarifier la jurisprudence en cette matière.

Puis, comme nous l'a rappelé Monsieur Fillon, la DG Emploi a géré la modernisation du règlement 1408/71 y compris le chapitre sur les prestations de maladie, maternité.

Elle a essayé d'incorporer la jurisprudence dans ce nouveau règlement mais comme cela a été dit, cela n'a pas réussi.

Ce sont d'autres DG qui ont pris la relève.

Comme le Professeur Lenaerts l'a dit, l'autorisation préalable qui a été préservée grâce à l'arrêt Inizan, a créé cette situation à deux voies pour le remboursement des soins.

En 2003, c'est la DG MARKT qui est intervenue en publiant un rapport observant le manque de volonté des Etats membres à se conformer à la jurisprudence et qui donc en 2004 a intégré les services de santé dans le champ d'application de la directive horizontale sur les services, la directive Bolkestein.

Comme vous le savez ceci a finalement abouti à l'exclusion des services de santé du champ de la directive en 2006 après un fort tollé au Parlement européen et aussi en dehors du Parlement européen.

Entre-temps, les Etats membres et le Conseil ainsi que la DG SANCO ont suggéré une approche plus coordonnée, qui a été initiée en 2003 avec le processus de réflexion de haut niveau sur la mobilité des patients. Celui-ci a été suivi par le groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux.

En 2006, les ministres de la santé ont publié une déclaration assez politique et assez forte sur les valeurs et les principes communs pour mettre en valeur les principes et les fondements des systèmes de santé et rappeler que l'action communautaire ne devait pas mettre en péril ces valeurs sous-jacentes à tous les systèmes de santé.

La DG SANCO a, après l'échec de la directive Bolkestein, pris la relève. Elle a finalement mené le processus d'élaboration de la proposition de directive qui a été adoptée par le Collège des commissaires en juillet 2008 et qui entre-temps a été amendée au Parlement européen en première lecture et qui sera débattu la semaine prochaine en Conseil sous la présidence suédoise.

Je voudrais maintenant passer en revue les raisons de ce lent cheminement qui a pris presque deux ans.

Plusieurs facteurs ont joué : la crainte d'un Bolkestein bis, vu l'opposition et la réaction de l'opinion publique par rapport à la directive sur les services et notamment par rapport à l'intégration des secteurs sensibles comme le secteur de la santé.

La Commission a été très soucieuse d'éviter cette répétition et cela a provoqué de nombreuses discussions au sein même du Collège des commissaires. Pour mettre en danger le processus de ratification du Traité de Lisbonne, ce qui n'était pas du tout souhaité.

Il y a aussi eu les élections du Parlement européen et la constitution de la nouvelle Commission. Ce sont des événements politiques qui ont pesé sur la lenteur du processus.

La Commission et la DG SANCO ont alors voulu développer un projet plus adapté et plus complet.

La clarification du cadre communautaire pour les services de santé y compris la coopération entre les Etats membres dans ce domaine a été inscrite dans la stratégie communautaire de la santé et a été liée aussi aux quatre principes des valeurs d'universalité, de qualité, de solidarité, de participation des citoyens.

La Commission a voulu aussi explorer le terrain par une enquête de besoins et de motivations des citoyens à se faire soigner en dehors de leur pays.

Je me réfère ici à l'Eurobaromètre de 2007 qui a fait un sondage sur la promptitude des citoyens à recevoir des soins médicaux dans un autre Etat membre.

A Chypre 88% des citoyens interrogés s'imaginent se déplacer à l'étranger pour se faire soigner contre 26% en Finlande. Ces différences s'observent aussi par rapport à l'âge et par rapport au niveau d'éducation. Environ 53% des sondés étaient sensibles ou disposés à se faire soigner à l'étranger.

Les motivations ont été aussi explicitées dans ce sondage : traitements non disponibles dans son pays, accès plus rapide, meilleure qualité.

Dans les Etats membres anciens, la motivation est plutôt négative car on est satisfait de son système. Dans les nouveaux Etats membres on est plutôt négatifs parce qu'on craint l'impact financier : payer le prix du pays de traitement et être remboursé selon le tarif du pays d'origine.

Autre élément dans la préparation de la directive, la Commission et la DG SANCO se sont aussi informées sur les projets de recherche (dia 10).

La Commission a également dû faire une analyse d'impact.

Elle a, en interne, évalué différents scénarios allant :

- du scénario de base, l'option 1 : l'inaction ou intervention de la Commission ;
- la deuxième option qui est l'intervention minimale : c'était une communication interprétative pour expliquer le champ de la jurisprudence ;
- la troisième option : création d'un cadre légal pour tous les soins ou uniquement pour les soins non-hospitaliers ;
- et le dernier scénario qui a été évalué portait sur l'harmonisation totale, un cadre législatif très détaillé mais qui pourrait se heurter au principe de subsidiarité.

Finalement, la Commission a essayé de quantifier les coûts et les bénéfices et a opté pour l'option 3 qui est la création d'un cadre légal.

L'élément le plus important c'est le fait que la DG SANCO a organisé une consultation publique pour reprendre les informations et les besoins des différents Etats membres mais aussi de différents acteurs. Bien sûr c'est le besoin de sécurité juridique qui reste la grande motivation de l'action législative. La consultation a aussi démontré que cette directive ne pouvait pas se limiter à clarifier uniquement les droits de remboursement des soins transfrontaliers parce qu'il y a d'autres sources d'incertitudes qui sont aussi importantes.

C'est notamment l'incertitude par rapport à la qualité qu'on peut attendre à l'étranger ou par rapport à la sécurité des patients.

Le manque d'information a été identifié comme un élément aussi important. Pas uniquement le manque d'information par rapport aux procédures de remboursement mais également le manque d'information par rapport à la qualité, à la sécurité des patients, aux mécanismes de responsabilité civile dans le cas des accidents médicaux, etc.

La promotion de la coopération transfrontalière et les valeurs ont été reprises dans le cadre de cette consultation et ceci a mené à une proposition de directive qui est divisée en trois grandes parties :

- la première partie ou le chapitre qui crée un cadre pour le remboursement des soins transfrontaliers est basé sur la jurisprudence européenne ;
- deuxièmement, le cadre pour l'assurance des principes communs qui vise à créer un cadre pour assurer la qualité des soins à travers l'Union européenne et un cadre pour la sécurité des patients ;
- troisièmement un cadre pour promouvoir et encourager la coopération entre Etats membres sur différents terrains comme la prescription ou la reconnaissance mutuelle des prescriptions de médicaments, comme le e-health technology system / assessment, la création de centres de référence, etc.

Diverses discussions ont été générées par ce projet.

- Tout d'abord, il y a eu un débat au Parlement européen sur la base légale de cette directive. Soit cela devait être l'article 95 qui est la base juridique pour le fonctionnement du marché intérieur ou l'article 152 qui est la base juridique pour l'action dans le domaine de la santé publique.
Il y a eu un débat un peu idéologique au Parlement européen mais je crois maintenant qu'aussi au Conseil on a trouvé un équilibre qui fait que les deux articles (les deux bases juridiques) seront utilisés.
- Il y a encore certains éclairages à faire sur le champ d'application parce que la Commission, dans sa proposition initiale, est partie d'un champ d'application assez large qui incorpore non seulement la dimension de la mobilité des patients mais aussi la mobilité des prestataires et même la mobilité du service, le e-health.
Il y a toujours des débats sur le statut des prestataires au Conseil. Certains Etats membres sont toujours favorables pour que le prestataire soit défini au départ de son affiliation au système de sécurité sociale. Ceci exclut les prestataires privés au niveau de l'assuré, le Parlement européen a voulu incorporer l'aspect de l'assuré privé.
- En ce qui concerne l'article 5 de la directive qui vise à créer un cadre pour la qualité et la sécurité des patients et pour définir la responsabilité du pays de traitement dans ce cadre-là, je crois qu'il y a eu un affrontement en quelque sorte. La Commission s'est basée sur la déclaration de 2006 sur les valeurs, les principes communs pour reprendre un mandat actif pour créer un cadre formel et pour imposer aux Etats membres de mettre en place un système de standards de qualité et de sécurité des patients. Mais, les Etats membres ne sont pas prêts à aller dans ce sens puisqu'ils ressentent cela comme une infraction au principe de subsidiarité. Le Conseil a retraduit cet article 5 dans un article qui vise surtout l'information, et on est ici très loin de ce que, initialement, la Commission a souhaité.

Enfin, je ne voudrais pas omettre certains points :

- Au niveau de la coopération, ce qui a frappé, dès le départ, c'est que, dans le champ de coopération des Etats membres, les zones frontalières n'étaient pas mentionnées bien qu'elles aient été les pionnières dans la coopération.
Le Parlement a essayé de les intégrer en les définissant comme des zones expérimentales d'initiatives innovantes.
Il faut voir comment cela pourrait être explicité.
- Ce qui me frappe aussi c'est que dans le champ de la coopération, la collecte des données n'a pas été reprise par le Conseil bien que depuis plus de dix ans on se plaint du manque de données sur la mobilité, sur les flux de patients.
- Au niveau du remboursement, le Conseil, dans sa proposition qui sera débattue la semaine prochaine est quand même revenu en arrière de la proposition initiale de la Commission.
- Il y a de grands débats sur la définition des soins hospitaliers.
- Le Parlement a voulu, pour certaines catégories (maladies rares) supprimer le besoin d'autorisation préalable dans tous les cas.
- Au niveau du Parlement, dans les amendements, des élargissements ont été proposés qui ne seront vraisemblablement pas acceptés par le Conseil.

Merci de votre attention.

Table ronde sur la proposition de directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers animée par Alain COHEUR (participants : Jean-Marc DELIZEE et Marc BOISNEL)

Nous allons aborder la dernière partie de cette matinée.

J'ai la chance d'avoir à mes côtés le secrétaire d'Etat en charge de la politique des personnes handicapées du gouvernement fédéral belge, Monsieur le Ministre Jean-Marc Delizée et Monsieur Marc Boisnel qui est délégué adjoint aux affaires européennes et internationales au Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité, de la Ville et de la Santé.

Ce sont des observateurs attentifs du processus de mobilité des patients. Ce processus est un puzzle qui est en train de se mettre progressivement en place.

A l'origine, on dispose, Monsieur Fillon l'a rappelé, du Règlement de Coordination, qui visait les travailleurs frontaliers, les travailleurs en général qui se déplaçaient au niveau européen et qui a évolué vers le règlement qui concerne l'ensemble des citoyens européens avec en 2004 l'introduction de la Carte Européenne d'Assurance Maladie.

Le deuxième puzzle a été constitué par la Cour de Justice et par les premiers arrêts qui ont vraiment impacté l'organisation de la mobilité. C'était en 1998, les arrêts Kohll et Decker et jusque 2007, avec l'arrêt Watts.

On a construit, à travers la Cour de Justice, un ensemble d'éléments très concrets liés à la mobilité des patients et apparemment ce n'est pas terminé.

Le troisième ensemble qui s'est construit un peu plus lentement, c'est l'ensemble plus politique.

Entre 1998, prenons l'arrêt de la Cour, et le groupe de haut niveau qui a été mis en place au niveau de la Commission Européenne en 2003, quelques années de flottement se sont écoulées au cours desquelles les Etats Membres ne voyaient pas nécessairement l'impact qu'allaient avoir les arrêts de la Cour de Justice.

Le processus de haut niveau s'est concrétisé par des communications, par des consultations en 2003, en 2004, en 2006.

Le dernier volet du puzzle est constitué de la Commission et du Parlement Européen.

Le Parlement Européen a depuis maintenant trois ans, pris un ensemble de résolutions, déposé des rapports,...

En 2005, le rapport sur la mobilité des patients ; la résolution sur le modèle social européen en 2006 ; le rapport sur l'impact de l'exclusion des services de santé par rapport à la directive services.

Le Conseil n'est pas resté en reste et la Commission non plus puisque la Directive sur les services a été aussi en 2004 un élément important puisqu'elle a exclu des soins de santé et des services sociaux d'intérêt général. De là découle le débat de cette table ronde aujourd'hui sur la proposition de Directive relative aux droits des patients déposée en 2008 par la Commission au Parlement.

Le Parlement a rendu un avis cette année en 2009 et les travaux ont continué en parallèle au sein du Conseil.

Ce puzzle sur la mobilité des patients se met donc progressivement en place.

Le dernier élément que j'aimerais souligner, c'est celui qui nous rassemble ici : les travaux qui ont été menés dans les zones frontalières.

Il faut savoir que déjà en 1992 dans les régions franco-belges, mais plus tard dans l'Euregio Meuse-Rhin, Pays-Bas, Allemagne, Belgique, des travaux ont servi à la construction européenne en terme de réflexion, en terme de construction de projets liés à la mobilité dans les zones géographiques mais également par des conventions interhospitalières.

Puisqu'on est dans la partie plus politique de cette approche de la mobilité européenne, je vais effectivement peut-être d'abord passer la parole à Monsieur le Ministre Delizée pour nous donner sa vision de la dynamique transfrontalière en matière de mobilité des patients.

**Jean-Marc DELIZEE - Secrétaire d'Etat aux Affaires Sociales, chargé des
Personnes Handicapées,
Adjoint à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique,
chargée de l'Intégration Sociale**

Je vous remercie Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs.

Je voudrais d'abord dire que je ne suis pas Madame Laurette Onkelinx, mais son adjoint en charge des Affaires sociales et aussi des personnes en situation de handicap, et je dois l'excuser.

Vous savez que la Belgique vient de connaître ces dernières heures quelques petits ajustements, quelques petits changements qui ont un peu modifié le calendrier de notre pays.

Cela dit, je suis très heureux d'être là. J'ai été très heureux d'entendre les précédentes interventions et voudrais vraiment féliciter les organisateurs pour la qualité du programme de ce colloque.

Je ferai aussi un lien entre la proposition de directive et la coopération transfrontalière.

Je dois vous dire que je suis un citoyen qui habite sur la frontière franco-belge et donc je voudrais aussi faire le lien avec ce qui est au programme cet après-midi à savoir la coopération et les bassins de soins transfrontaliers.

Sur la directive proprement dite, pas mal de choses ont déjà été dites, mais j'avais quand-même envie de rappeler, qu'effectivement, le point de départ de cette directive a été le projet de directive services dite « Bolkestein ». Directive qui a suscité tout de même une forte opposition, mobilisation citoyenne, syndicale, associative, politique, pour dire que tout ne peut pas entrer dans le champ d'une directive et notamment les services de santé qui ont été retirés du champ d'application, ce qui était évidemment tout à fait essentiel. Les soins de santé sont des services particuliers. Ce ne sont pas des services marchands. Ils reposent sur un droit fondamental, c'est un droit de l'Homme inscrit dans nos constitutions : le droit à la santé.

Il y a quelques mois, j'étais en Belgique, en charge de la lutte contre la pauvreté. Même si on a dans nos pays des systèmes relativement efficaces de protection sociale et d'accès aux soins, il reste malheureusement des citoyens qui n'ont pas la chance, la possibilité de se soigner et donc nous avons élaboré un plan fédéral de lutte contre la pauvreté avec un volet important concernant les soins de santé. Je crois qu'il faut dire que c'est essentiel qu'une société civilisée puisse permettre à chaque citoyen de se soigner. Ce n'est pas l'équivalent d'une marchandise. Le client (patient) consommateur n'est pas au même niveau d'informations par rapport aux questions de santé que le prestataire de soins.

Tout cela induit des habitudes de consommation qui font que l'augmentation de l'offre peut générer une augmentation de la demande et il est du ressort des Etats d'organiser tout cela, de réglementer, de planifier et de financer. Ce sont vraiment des services qui sont générés par rapport à des services du secteur marchand avec derrière un financement public et avec, dans le champ réglementaire, une intervention importante des pouvoirs publics.

Le projet de directive du 2 juillet 2008 de la Commission concerne les droits des patients en matière de soins transfrontaliers.

Je dirais qu'il y a de mon point de vue deux visions de l'organisation des soins de santé :

- il y a une vision que j'appellerais anglo-saxonne qui est plus axée sur le droit des patients, la liberté de circuler avec aussi la capacité pour chacun de s'assurer mais en fonction de ses moyens. Cela pose aussi la question de savoir si l'ensemble des citoyens sont correctement couverts en terme d'assurance soins de santé ;

- et puis il y a une autre vision qui est celle d'un système plus solidaire avec l'Etat, les pouvoirs publics qui interviennent dans ce financement.

C'est clairement l'option anglo-saxonne qui est à la base du projet de directive de la Commission qui a été adopté en première lecture ce qui n'est qu'une première étape, mais qui, si elle devait être appliquée demain, poserait énormément de difficultés aux Etats membres sur le plan organisationnel et sur le plan du financement par rapport à ce qui existe aujourd'hui. Si cette directive devait être adoptée telle quelle, ce serait à mon avis le chaos à court ou moyen terme.

Néanmoins, la position de la Belgique, c'est de dire : une directive est nécessaire dans ce domaine et effectivement, il faut faire le juste équilibre entre des besoins de mobilité de la population et les spécificités de chaque système de soins de santé. Il y a autant de systèmes de soins de santé en Europe qu'il y a d'Etats Membres dans l'Union Européenne. Il faut donc trouver le juste milieu entre ces spécificités et les souhaits de mobilité pour une partie de la population.

Mais malgré tout, ce sont les Etats Membres qui restent compétents pour l'organisation des systèmes de soins de santé ; et donc la directive, quelque part, du point de vue de la Belgique, va trop loin car elle empiète sur les compétences nationales.

Je crois que cela a été dit et je crois que Monsieur Lenaerts a posé la bonne question : « jusqu'où le droit communautaire doit-il aller en cette matière ? ». En matière de planification, le champ réglementaire, le financement, relève de la compétence des Etats Membres. Si aujourd'hui un agriculteur doit se plaindre du prix du lait, il s'adresse à Madame la Commissaire Fischer Boel, qui est bien connue, rassurez-vous, dans le secteur. Mais si quelqu'un doit se plaindre pour les soins de santé, il ira se plaindre chez son ministre national et non pas chez la commissaire européenne. C'est un dossier aussi qui est éminemment technique et complexe. Le Conseil y travaille depuis 18 mois et va continuer d'y travailler. Ce Conseil doit tenir compte des diversités des situations nationales.

Je voudrais indiquer quelques points clés :

Pour le moment, il n'y a pas d'accord. Donc ce dont je vais parler est informel. Comme dit la formule : tant qu'il n'y a pas d'accord sur tout, il n'y a d'accord sur rien. En ce moment, il n'y a rien, il y a un débat. Il est vrai que la présidence suédoise a mis ce point à l'ordre du jour mardi prochain, 1^{er} décembre 2009 et fait ses meilleurs efforts pour essayer d'arriver à un consensus.

Nous verrons plus tard si on y arrivera.

Quelques points rapidement :

- Le champ d'application de la directive de la Commission est très flou, est très large, et donc il porte sur tous les soins de santé quelle que soit la façon dont ils sont financés, organisés ou dispensés.
- Le Conseil, je parle ici de façon informelle, réfléchit à exclure certains types de soins notamment les soins de longue durée parce qu'alors, tout établissement où il y aurait des prestations de santé, prestations médicales, serait concerné.
Est-ce qu'une maison de repos et soins est concernée par la directive en question ?
Qu'en est-il des centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap ?
Qu'en est-il des problèmes de vaccination ?
Sur ces questions-là, le Conseil réfléchit à exclure ces éléments (soins de longue durée, vaccination), du champ d'application.
L'élément de remboursement des soins est évidemment un élément tout à fait fondamental.

- Il faut tout d'abord que la directive soit compréhensible par le citoyen, patient, client, consommateur, et puis il faut aussi éviter que l'on mette en place un instrument qui soit, je vais dire, à disposition de personnes aisées qui iraient se faire soigner dans d'autres pays avec la capacité d'avancer les frais de séjour, de voyage et autres, alors qu'il y a une population qui elle demande à avoir des soins près de chez elle et des soins de qualité, des soins accessibles.
- La Commission, je l'ai dit, va trop loin dans l'empiètement sur les responsabilités des Etats Membres, je n'y reviens pas.
- Je pense aussi en rapport aux arrêts de la Cour de Justice, en écoutant avec attention Monsieur le Juge Lenaerts, que la Cour de Justice pense différemment de la Commission, ce qui me rassure.
Mais la matière étant complexe, tout est matière à interprétation donc c'est un domaine compliqué.
- La Commission a une définition très large des soins hospitaliers, qui l'habilité à dresser une liste de soins assimilés et qui, en matière d'autorisation préalable, met des conditions tellement strictes que finalement il n'y aurait plus d'autorisation préalable. Autrement dit, les Etats membres n'auraient plus rien à dire, ce qui n'est pas la réalité des compétences des Etats en matière de soins de santé.
- Dernier élément, c'est la gestion de la mobilité, c'est la gestion d'un afflux de patients qui peuvent arriver à un certain moment, parce qu'on pourrait avoir des hôpitaux qui se remplissent et qui soient « over-bookés », et d'autres qui se vident complètement.
Il faut donc bien gérer cela et se dire qu'il ne faudrait pas poser de problèmes organisationnels là où il n'y en a pas aujourd'hui, avec des listes d'attente là où il n'y en a pas.
Il faut à un certain moment qu'il y ait un mécanisme de limitation, de sonnette d'alarme, lorsque des seuils d'afflux ne permettent plus de gérer correctement les soins pour les populations locales par rapport à l'implantation des services.

Voilà où on en est aujourd'hui, dans le débat au sein du Conseil qui se poursuivra le 1^{er} décembre 2009.

Si on obtient un accord, alors c'est la présidence espagnole qui aura la charge de trouver un consensus entre Commission, Parlement européen et Conseil. Sinon, la présidence espagnole continuera la recherche d'un consensus sur ce texte.

Je pense que les points de vue évoluent, les mécanismes correcteurs par rapport au texte de la Commission sont tels qu'aujourd'hui, si ce texte devait être adopté, je ne dis pas ce que serait la dernière merveille du monde mais on pourrait vivre avec.

Le Parlement européen quant à lui a émis un vote le 23 avril de cette année (2009) et a adopté une centaine d'amendements au texte initial.

C'est donc un texte fortement amendé du fait de cette diversité des situations et des particularités dans chaque pays.

La tendance lourde est cette vision anglo-saxonne de libre circulation qui prend le dessus.

Souvent, c'est le Parlement européen qui tempère les ardeurs de la Commission et qui essaye de caler un peu ce que propose le Conseil. Ici paradoxalement, c'est un peu le Conseil qui va ramener un peu de raison par rapport aux compétences des Etats membres et par rapport à ces éléments très importants dont Monsieur Lenaerts a parlé, la planification, le champ réglementaire, le financement.

Il faudra faire la synthèse de ces trois textes : le texte de la Commission qui poserait réellement des difficultés en terme d'organisation dans les Etats membres, le texte du Parlement européen aux 100 amendements (je ne dis pas que c'est le catalogue des 100 horreurs mais il y en a quand-même un certain nombre dedans), et puis un texte du Conseil qui tend à être un texte plus sage.

Nous pensons en tout cas qu'il faut légiférer et qu'il faut donner à la Cour de Justice le cadre qui permettra de ne plus avoir des interprétations ou des positions au cas par cas. Il faut baliser, dans le bon équilibre entre les éléments qui relèvent des compétences nationales, pour avoir in fine un système de soins de santé accessible à tous, abordable financièrement, et des soins de qualité.

Sur la coopération transfrontalière, je voudrais dire, et je fais peut-être un peu le lien avec le débat de cet après-midi, que c'est une plus-value évidemment et que moi je m'inscris, en tant que frontalière, dans cette idée que, au-delà de la directive, si on peut améliorer, par des accords bilatéraux, des accords en bonne et due forme comme il en existe un entre la Belgique et la France, comme il en existe un avec l'Espagne, comme il en existe un avec l'Allemagne, mais qui concerne uniquement les soins urgents, je pense que c'est une valeur ajoutée pour tout le monde.

En matière de soins urgents, si un SMUR qui est situé de l'autre côté de la frontière arrive plus tôt que celui qui est situé du côté national, c'est une bonne chose pour le patient.

Il y a d'autres exemples.

Je pense qu'il faut que la directive prenne en compte ces éléments et qu'elle puisse peut-être donner un cadre de référence, un cadre de négociation pour la mise en œuvre de ces accords.

Je conclurai en disant que davantage de coopération transfrontalière, oui, une dérégulation de nos systèmes de soins de santé, nous n'y sommes pas favorables, et pour ce qui concerne la Belgique, je fais toute confiance à la Ministre de la Santé Publique, Laurette Onkelinx pour défendre notre point de vue avec détermination, notamment aussi dans le trio qui arrive, le trio Suède, Espagne, Belgique.

Nous serons quand-même je pense un peu en arbitrage dans le cours du deuxième semestre 2010 avec la présidence belge.

Je vous remercie.

Marc BOISNEL, Ministère français de la Santé et du Sport

Alain COHEUR

Merci beaucoup pour cet éclairage très intéressant du point de vue belge. Je sais que la France et la Belgique partagent parfois beaucoup de choses. Peut-on affirmer que nous sommes sur la même longueur d'onde dans le domaine de la mobilité des patients ??

Marc BOISNEL

Globalement, oui. La Belgique et la France se sont souvent retrouvées sur une même analyse et sur des lignes communes en négociation. C'est même une histoire ancienne puisque dès l'avant-projet, c'est à une étude belge que l'on doit d'avoir efficacement clarifié la question de la base juridique de cette directive.

Mais tout d'abord, un message personnel : l'actualité institutionnelle n'est pas la même en France qu'en Belgique, mais l'agenda national a tout de même retenu Roselyne BACHELOT à Paris et elle m'a demandé de dire tout le plaisir qu'elle aurait eu à participer à ce débat. Donc je le fais volontiers et je vais essayer de vous donner quelques grandes lignes sur la position française. En fait deux positions. Mais je vous rassure, parfaitement complémentaires et cohérentes.

- Il s'agit d'une part, de la position de la délégation nationale et, d'autre part, d'une position d'ex-présidence de l'actuel trio qui a lancé les travaux sur la directive. Ce qui me permet d'ailleurs de dire d'entrée de jeu que le point où nous en sommes est une œuvre collective dans le cadre du trio, puisque les présidences française, tchèque et suédoise se sont mutuellement confortées pour arriver aujourd'hui à ce qu'on appelle la directive, c'est-à-dire un texte très différent de celui de la Commission européenne.
- Un mot sur la position franco-française, si je puis dire, à la veille du Conseil Santé du mardi 1^{er} décembre 2009. Notre position est claire : nous souhaitons très fortement qu'un accord politique soit trouvé par la présidence le 1^{er} décembre. C'est peut-être encore incertain au vu du Coreper du 25 novembre, mais cela est possible car nous en sommes, en fait, très proches. Pour être tout à fait transparent avec vous, deux questions restent à régler. Vous connaissez l'adage : « là où il y a une volonté, il y a un chemin ».

Lors de l'expérience de la précédente présidence française de l'Union, l'idée nous était revenue qu'il fallait mettre le dossier sur les rails. On vous a dit que la proposition avait été publiée dans le cadre de l'agenda social en juillet 2008, ce qui était un peu tard et a eu pour effet de décaler le calendrier de tous. Mais, d'une certaine façon, cela valait la peine d'attendre car les avant-projets que nous avons vus posaient beaucoup de problèmes à la majorité des Etats membres. Je pense que le travail de dialogue qui a eu lieu a permis, sans faire de la proposition initiale de la Commission quelque chose de miraculeux, un texte qui était déjà une meilleure base de départ par rapport aux idées initiales.

Nous avons procédé à la fois à un très gros investissement technique, en ce sens que cela représentait des efforts de négociations intenses. Et puis un investissement politique marqué par la première des réunions formelles des ministres de la santé sur le fond de la proposition, qui a eu lieu à Angers en septembre 2008. Egalement, un débat d'orientation au Conseil EPSCO (Emploi, Politique Sociale, Santé et Consommateurs) Santé a eu lieu le 16 décembre 2008 où nous avons bâti un compromis sur les trois premiers chapitres de la directive, ce qui couvre pratiquement tout le texte à l'exception du chapitre 4 traitant de la coopération. Le Conseil est tombé d'accord pour dire qu'il fallait, en gros, substituer comme base de travail le texte du Conseil à la proposition initiale de la Commission. Négociation complexe et difficile du fait de l'hétérogénéité des systèmes, de la très grande diversité des cultures et puis aussi de la difficulté de passer du principe à la pratique.

Si vous prenez un principe simple tel que l'information des patients, on trouve bien entendu un accord très facilement. Mais lorsqu'il faut passer à la question du « comment ? », cela devient déjà beaucoup plus compliqué et surtout lorsqu'il s'agit de l'écrire juridiquement.

Je vais vous donner le sens politique général de ce que nous avons fait durant ces six mois de présidence française. Notre tâche était de faire partager par le Conseil des idées communes et d'adresser les messages les plus clairs possibles à nos partenaires institutionnels que sont la Commission et le Parlement européen, puisque nous étions en amont du vote du Parlement européen.

Je vais citer rapidement quelques débats que nous avons eus.

- La première question était celle de la valeur ajoutée de la directive. Toutes les délégations se sont posé cette question et certaines se demandaient si, au fond, les dispositions de sécurité sociale contenues dans les règlements n'étaient pas suffisantes. La conclusion, qui a été très nette, était que, certes, par le biais de ces dispositions de sécurité sociale, on pouvait régler un très important volet relatif aux questions de remboursements, mais qu'il y avait d'autres objectifs que l'on ne pouvait atteindre que par la proposition de directive.
- Le deuxième travail qu'a effectué le Conseil, collectivement, a été de préciser son périmètre. Il l'a fait non pas avec la science juridique de Monsieur le juge Lenaerts, mais il l'a fait avec son sens politique. Préciser le périmètre, cela veut dire que nous avons fixé les bornes en particulier par rapport à deux éléments en tension, mais qui ne forment pas une contradiction et qu'il faut donc conjuguer. Le premier est celui de clarifier la prééminence des compétences nationales en matière de santé, parce nous sommes sous l'empire du Traité et que le Traité de Lisbonne ne changera rien à cet égard, ou peu de choses. Le deuxième élément est un besoin et une nécessité de travailler le plus possible en commun. Pour résumer, nous avons dit oui à la mise en commun et non à la communautarisation. C'était la réponse politique des ministres, à la fois lors de leurs discussions informelles et dans les séances du Conseil EPSCO.
En parlant de communautarisation, je pense à un aspect non négligeable, mais qu'il fallait déminer dans la proposition initiale de la Commission, qui portait sur certains éléments de comitologie donnant plus particulièrement les clés à la Commission et pas au Conseil ou au Parlement.
- Toujours dans l'optique de fixer les bornes, et sur ce sujet, M. Lenaerts, vous m'avez formidablement simplifié la tâche car j'aurais peut-être pris des précautions de langage pour vous dire que le Conseil était tombé d'accord pour dire qu'il y avait deux co-législateurs qui sont le Parlement et le Conseil, et qu'il ne serait pas tout à fait sain que ce fut la Cour qui soit conduite à se substituer au législateur. Vous avez rendu les choses parfaitement claires et donc nous sommes tout à fait sur la même longueur d'onde. Je crois avoir entendu la même chose, d'ailleurs, de la part du Ministre Delizée tout à l'heure.
Cela nous a amenés à une ambition, en partie réalisée aujourd'hui, qui était que cette directive devrait servir autant que possible à codifier la jurisprudence de la Cour, en tout cas à éviter l'apparition d'une troisième voie qui aurait achevé de jeter la complexité dans le système. Cela s'est traduit par des discussions très serrées bien qu'assez consensuelles au sein du Conseil, sur un grand sujet qui ne vous étonnera pas, c'est celui de l'autorisation préalable sur lequel le Conseil a une position claire. Discussions également sur des sujets plus techniques mais qui leur sont très liées comme par exemple la question des définitions, celle des soins hospitaliers en est un bon exemple.

Nous avons aujourd'hui, sur ces éléments, un accord sur des positions claires au Conseil. Il s'agissait donc, pour nous, d'inscrire dans le droit positif l'équilibre que la Cour a d'ores et déjà déterminé dans sa jurisprudence entre les libertés économiques, comme vous les avez désignées, et les exigences en matière de santé et notamment sous l'angle des capacités de pilotage des Etats membres.

Finalement, l'un des sujets sur lesquels nous avons le plus discuté au Conseil est celui de l'autorisation préalable. L'accord de principe s'est fait assez vite entre les Etats membres.

Nous avons les uns et les autres réagis aux signaux du Parlement européen qui s'est prononcé le 23 avril 2009 et la Commission, qui était très fermée à l'origine à la solution du Conseil, a heureusement donné dans la dernière période quelques signes potentiels d'une compréhension plus grande.

Les ministres décideront mardi 1^{er} décembre 2009. Mais, il nous paraît tout à fait important que cette directive existe et que nous puissions avoir un accord politique le plus tôt possible. La question du rapprochement avec le Parlement européen sera vue dans un deuxième temps.

Alain COHEUR

Merci pour cet éclairage intéressant. Comme le temps pour ce débat est écoulé, malheureusement nous n'aurons pas l'occasion de passer aux questions de la salle. J'avais moi-même plusieurs questions à formuler mais j'en poserai simplement une, et je vous demanderai d'être bref dans votre réponse.

Je sens un certain optimisme lorsque vous dites que nous aurons bientôt une directive. Comme il existe des accords-cadres bilatéraux entre des Etats, sont-ils des préfigurations de coopérations renforcées ? Le Parlement a essayé d'abonder la question des zones frontalières, aspect oublié dans le projet de directive. Est-ce une voie d'avenir ?

Jean-Marc DELIZEE

Optimiste quant à l'avènement d'une directive ? Je ne sais pas si j'ai utilisé ce terme-là. Il y a encore du chemin à faire car le dossier est complexe. Il n'est pas certain qu'il y aura un accord le 1^{er} décembre 2009. Je le souhaite. Je pense qu'il faut un accord. Nous avons besoin dans les temps à venir d'une bonne directive dans ce domaine. Ensuite, la confrontation des trois textes prendra aussi du temps. Mais j'ai le sentiment que le curseur sera replacé vers les compétences des Etats membres afin d'éviter une désorganisation des systèmes.

Je suis par ailleurs très favorable à une coopération renforcée dans le domaine social. C'est vrai que le traité de Lisbonne, par rapport à ce qui existait antérieurement (le traité de Nice), permet des avancées. Le volet social au niveau européen a trop peu évolué ces dernières années. On a fait l'Europe économique et on a un peu laissé de côté le pilier social. Donc de manière générale, sur le pilier social, je serais partisan que les pays qui veulent aller plus loin puissent le faire. Mais à ce stade-ci, la question me paraît un peu prématurée.

Marc BOISNEL

Si on prend la photo en instantané de l'état actuel de la proposition, c'est évidemment un texte qui est encore en construction et qui est naturellement très perfectible, donc en partie insatisfaisant. Mais, globalement, on peut répondre oui à la question de sa valeur ajoutée en l'état sur les trois points qui étaient à l'origine de la proposition. Si, sur la qualité, nous n'allons pas vers des normes communautaires, il y a bien une forte préoccupation de qualité exprimée par l'ensemble des membres du Conseil, et une prise en compte sous un angle très pratique mais important qui est celui de l'information des patients.

En ce qui concerne les droits à la mobilité des patients, car c'est là finalement l'essentiel, il y a des avancées. Avancées d'un point de vue juridique sur la sécurisation de ce dispositif et une simplification toute relative du « maquis ». Avancées d'un point de vue pratique : encore une fois, la question de points focaux nationaux, de dispositions sur l'information des patients, la reconnaissance des prescriptions, la santé en ligne, tout cela va dans le bon sens. Et puis il y a ce troisième volet qui est celui de la coopération entre les systèmes de santé. Nous l'avons fortement ressenti dans les discussions du Conseil jusqu'à présent. Il y a une vraie volonté d'avancer, de construire, à chaque fois sur une base volontaire, ce qui se traduit, entre autres, dans la directive par des dispositions pour bâtir des réseaux européens de référence, pour mettre en commun de l'expertise et de la même façon pour développer la coopération en matière technologique, avec échanges de données scientifiques qui sont tout à fait capitales.

Il faut quand même que, dans l'Europe des 27, nous partagions un certain nombre de choses pour travailler ensemble et aller ainsi plus vite et plus loin.

Est-ce qu'il y a un lien direct avec les projets transfrontaliers dans le sens où on l'entend d'habitude ? J'ai entendu le Président Van den Brande ce matin nous dire que les projets frontaliers n'étaient pas nécessairement contigus, il a cité des exemples. Mais enfin, il est vrai que les accords que nous connaissons jusqu'à présent et ceux sur lesquels vous travaillez, et dont vous allez reparler cet après-midi, sont plutôt des projets riverains. Ce qui en change un peu la conception car ici, il y a en matière de mise en commun de ressources, de pratiques, des choses extrêmement précises qui sont en chantier. Et ce ne sont pas des aspects que touche le projet de directive en son état. Ce que la directive a prévu est plus large. S'agissant du développement des projets frontaliers : un, il est éminemment souhaitable ; deux, il a quand même pris son essor, fort heureusement, avant même la directive ; trois, c'est vrai que la directive, en mettant très fortement l'accent sur la coopération, contient en germe des éléments de dynamique qui ne peuvent qu'aider au développement et à la multiplication, sans doute plus rapide, de projets de coopération de plus en plus intégrés et c'est parfaitement souhaitable.

Alain COHEUR

Comme Monsieur Lenaerts souhaiterait réagir, je vais lui donner la parole.

Koen LENAERTS

Il y a souvent un malentendu juridique autour de la « coopération renforcée », je voudrais spécifier cela en tant que juriste.

La coopération renforcée est une autorisation que donne le Conseil à un groupe d'Etats membres, au moins un tiers des Etats membres, donc neuf d'entre eux, pour utiliser les instruments, les procédures de prise de décisions et les mécanismes de sanction judiciaire, à savoir la procédure devant la Cour de Justice, c'est-à-dire tout « l'outillage » de l'Union européenne.

Il va de soi qu'à l'évidence ce n'est pas de cela dont on parle lorsqu'on traite de la coopération transfrontalière. Cela dit, je souscris à ce que le Ministre DELIZÉE a dit : la coopération renforcée est très importante après Lisbonne pour le domaine de la politique sociale proprement dite, parce que très souvent en cette matière, on ne parvient pas à obtenir la majorité qualifiée au niveau de l'ensemble des Etats membres. La coopération renforcée permettra de fixer des normes de protection sociale parmi ceux qui sont preneurs, ce qui serait déjà une première avancée.

Par contre, pour ce qui est de la santé, la réponse pratique est bien simple : lorsque des Etats ou des régions limitrophes passent des accords transfrontaliers, ils exercent alors leurs propres compétences. L'Europe n'a pas de compétences en matière de santé, sauf l'article 168 (la nouvelle numérotation du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne qui sera en vigueur à partir du 1^{er} décembre 2009) qui ne prévoit qu'une compétence complémentaire et de soutien en ce qui concerne la santé. Le reste, la directive dont on discute ici, la mobilité des patients, se raccroche à l'article 95 et donc au marché intérieur. Et là, ne nous trompons pas, on a un intérêt que ce soit l'article 95, même pour ceux, dont je suis, qui sont les grands défenseurs de l'Europe sociale, parce que dans ce cas les Etats membres doivent adhérer. Dans ce domaine-là, il ne serait pas acceptable que certains Etats membres restent de côté et ne sautent pas le pas pour renforcer la protection des droits des patients. Ce serait une Europe à deux vitesses dans un volet important du modèle social européen qui doit être partagé, à mon avis, par toute l'Europe.

Alain COHEUR

Nous allons maintenant clôturer.

Daniel REINE

J'ai vu que l'auditoire était particulièrement attentif, c'est dire la qualité des débats, des échanges et des exposés. Je remercie encore chacun des participants d'être venus jusqu'à nous ce matin. Ce fut une matinée de qualité, je ne doute pas que nous allons continuer dans la même veine cet après-midi. Je vous demande de nous rejoindre à nouveau à 14 heures précises.

Monsieur Jean HERMESSE
Président de séance
Secrétaire général de l'Alliance nationale des Mutualités Chrétiennes

Mesdames et Messieurs, en vos titres et fonctions, pour faire bref, je suis chargé d'animer et de présider cette séance qui a trait à la structuration de la coopération sanitaire entre la France, la Belgique et le Luxembourg. Compte tenu du nombre d'intervenants, je vais être assez strict sur le timing afin de respecter le temps de parole de chacun. Ce que je propose aux différents intervenants, c'est d'aller à l'essentiel pour permettre un échange.

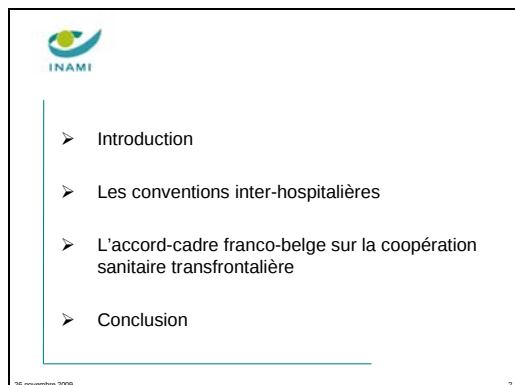
Je commence tout de suite par introduire la première intervention de cet après-midi.

Je vous présente Monsieur Jo De Cock, administrateur général de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). C'est l'institut qui chapeaute l'ensemble des organismes assureurs, des mutualités qui sont en charge en Belgique de l'assurance maladie obligatoire. Depuis de nombreuses années, Monsieur De Cock a soutenu, pas simplement en esprit mais aussi financièrement, une série d'activités qui ont permis des rapprochements entre les pays frontaliers et ainsi offrir un meilleur service aux patients à la frontière franco-belge. Jo, à toi la parole.

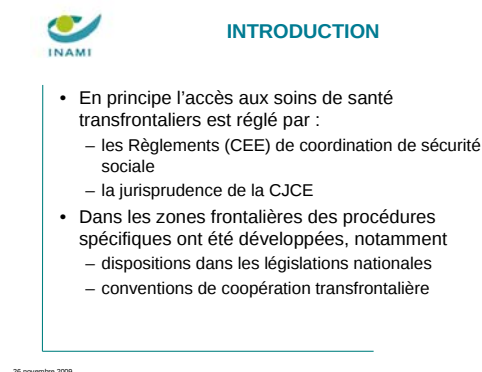
Monsieur Jo DE COCK

Administrateur général de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Merci Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,



Mon objectif est de traiter des conventions de coopération dans l'espace franco-belge. Je ne vais pas traiter ici de la coopération avec le Luxembourg, non pas parce que ça ne nous intéresse pas mais par manque de temps. Nous allons prendre le temps de parler de l'accord-cadre de coopération sanitaire qui a été conclu il y a quelques années par les deux ministres compétents français et belge.



Bien sûr, la coopération franco belge doit être replacée dans le cadre européen que le juge Leenaerts a probablement esquissé ce matin. Celui-ci est basé sur le Traité mais aussi cadré par les règlements européens conclus au sein de la Communauté Européenne, dont les règlements de coordination des systèmes de sécurité sociale et aussi la jurisprudence de la Cour. Toutefois, dans les zones frontalières, on a déjà développé depuis plus de 10 ans des procédures spécifiques notamment en intégrant des dispositions dans les législations nationales. C'est le cas pour la Belgique, dans l'article 294 de notre loi de base sur l'assurance maladie, il y a un arrêté royal qui règle des dispositions spécifiques qui répondent aux besoins des espaces frontaliers. En outre, à côté de cela, il y a aussi des conventions de coopérations transfrontalières qui ont été conclues.

La zone frontalière belgo-française est un vaste chantier qui se manifeste depuis une quinzaine d'années par un dynamisme, une créativité et des actions novatrices en vue de créer une Europe sans frontière, un espace sans barrière en matière d'accès aux soins de santé, notamment sans barrière administrative. Donc, comme Jean Hermesse l'a dit au début, nous avons soutenu cette approche pour la simple raison qu'une assurance sociale doit répondre aux besoins particuliers de terrain. Sachant que les zones transfrontalières ont leurs spécificités, il était nécessaire de soutenir ces initiatives et on continuera à le faire.

- La coopération transfrontalière en matière de santé entre la BE et la FR se concrétise sur le terrain à travers
 - des conventions inter-hospitalières
 - des Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST)

26 novembre 2009

5

La coopération transfrontalière franco-belge en matière de soins de santé se concrétise d'abord par des conventions inter-hospitalières mais aussi par une approche plus intégrée que sont les Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST). Sur ce point, quelqu'un d'autre interviendra tout à l'heure, donc je vais me limiter aux conventions inter-hospitalières.

- Depuis 1995 une dizaine de conventions de coopération entre des établissements hospitaliers BE et FR ont été conclues, p.ex.
 - CH de Mouscron et de Tourcoing
 - dialyse rénale / maladies infectieuses, depuis juin 1995
 - scintigraphie / IRM, depuis novembre 2004
 - KEI d'Oostduinkerke et le CH Dunkerque
 - soins de suite et de réadaptation, depuis novembre 2008
 - CSL Vivalia (couvrant la province du Luxembourg) et le CHRU Nancy
 - électrophysiologie, depuis juillet 2009

26 novembre 2009

6

La première coopération date de 1995 et depuis une dizaine années, des conventions de coopération de tout type ont été conclues. On ne va pas toutes les mentionner. Il y a des conventions où il y a des flux de patients dans les deux directions. Il y a des conventions où il y a des flux dans une direction et pas dans l'autre. C'est ainsi qu'il en est de la coopération entre les Centres Hospitaliers de Mouscron et de Tourcoing, pour la dialyse rénale et les maladies infectieuses ainsi que pour la scintigraphie et l'IRM. Il existe différents flux qui sont liés à la compétence propre de chaque hôpital. Par ailleurs, le KEI d'Oostduinkerke (l'Institut Reine Elizabeth), et le CH de Dunkerque ont entamé une coopération en vue d'assurer les soins continus en réadaptation fonctionnelle des patients. Ici, ce sont les patients venant de Dunkerque qui se déplacent à Oostduinkerke. Enfin, pour nos concitoyens de la Province de Luxembourg, il y a eu récemment un accord par lequel l'électrophysiologie va se réaliser à Nancy et donc là, c'est un flux belgo-français.

- Initiatives locales qui encadrent des soins ciblés transfrontaliers
 - déterminés
 - soit par la proximité des établissements de soins
 - soit par la complémentarité des soins
 - visant
 - l'amélioration de l'accès aux soins de qualité dans les zones frontalières
 - la réalisation des synergies favorisant une meilleure utilisation de l'offre des soins
 - en s'inscrivant dans le respect des politiques nationales de santé

26 novembre 2009

7

Ces coopérations sont axées sur des soins ciblés, des spécificités, des besoins et des points forts qui sont présents dans l'espace frontalier concerné. Si l'on veut faire une typologie de ces différentes conventions, voici ce qu'on peut proposer, elles sont déterminées :

- soit par la proximité des établissements de soins,
- soit par la complémentarité des soins.

Le but est l'amélioration de l'accès à des soins de qualité mais aussi la création de synergies qui favorisent une meilleure utilisation des offres de soins.

Toutes ces conventions s'inscrivent dans le respect des politiques et surtout de la réglementation des différents pays. Dès lors, quand on est confronté avec une dizaine de conventions, il est nécessaire de créer un cadre plus global.

Ce sont des initiatives qui donnent des avantages aux patients bénéficiaires. Pas tous les patients mais ceux ciblés par la convention. Donc, elles offrent un accès à des soins tout en respectant le libre choix et les contraintes administratives initialement assez lourdes qui ont été remplacées par des automatismes administratifs ainsi certaines règles financières ont été convenues en vue de faciliter la facturation, la tarification.

Au départ, un des points faibles est qu'avec une dizaine de conventions, il n'y a pas d'uniformisation. Les règles ne sont pas les mêmes, excepté que c'étaient les mêmes organismes qui devaient les traiter : les caisses primaires pour la France et les mutualités pour la Belgique. C'est pour cela que l'initiative a été prise de conclure un accord cadre qui a été signé le 30 septembre 2005 à Mouscron entre le Ministre Rudy Demotte et le Ministre français de l'époque, Xavier Bertrand. Cet accord forme une étape importante dans la mise en œuvre d'une zone franco-belge de la santé. C'est le seul accord qu'on a avec un autre pays de ce genre, on n'a pas de telle convention avec l'Allemagne, ni avec les Pays Bas. Il était très important de consolider les différentes conventions. C'est sur ce cadre global juridique que l'on peut maintenant greffer une politique transfrontalière de soins et aussi développer des initiatives de coopération approfondie. Approfondie, cela veut dire qu'on peut organiser des initiatives en cogestion. Maintenant, il y reste des freins administratifs qui font qu'il n'y a pas d'intégration des soins possibles mais c'est un des objectifs de cet accord cadre.

Les objectifs écrits dans l'accord cadre sont d'abord de consolider l'accès à des soins de qualité pour les populations concernées. Le champ d'application a été élargi : des conventions interhospitalières limitées à des bénéficiaires bien définis au départ et maintenant des zones de soins accessibles à la population en général. Elles garantissent la continuité des soins, simplifient les procédures administratives et optimisent l'organisation de l'offre en facilitant le partage des moyens humains et matériels. Ce qui n'est pas possible jusqu'à maintenant c'est le partage des infrastructures et du matériel, la cogestion. Enfin, le dernier objectif des conventions est de favoriser la mutualisation des connaissances et des bonnes pratiques.

Sur le plan territorial, le champ d'application est clairement défini : les arrondissements transfrontaliers de Furnes à Arlon pour la frontière de la Belgique vue du côté de l'Ouest et pour la France, il s'agit des régions Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas de Calais et Picardie. C'est une vaste zone qui a dans les dix années à venir un développement prometteur. Sur le champ de l'application personnelle, comme je l'ai déjà mentionné, c'est toute personne qui est bénéficiaire de l'assurance maladie et qui réside ou qui séjourne dans la zone en question.

Les autorités compétentes ont été bien définies : pour la France, c'est la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, la Direction Départementale, l'Agence Régionale d'Hospitalisation et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie et pour la Belgique, c'est l'INAMI mais c'est surtout en terme de sponsor du projet et en pratique les organismes assureurs et les dispensateurs de soins qui sont sur le terrain et qui proposent aussi des conventions et des projets spécifiques en la matière.

L'exécution de cet accord dispose d'un cadre légal, qui doit être ciblé et tenir compte des caractéristiques des différents espaces transfrontaliers en question.

Une complémentarité et des conventions entre les structures sanitaires existantes peuvent être prévues en vue de créer des coopérations en commun. Dans toutes les conventions, on détaille les processus et les trajets de soins nécessaires, l'intervention transfrontalière des professionnels de santé. Il y a aussi des dispositions spécifiques sur le suivi mais aussi sur les relais de responsabilités médicales. On sait que c'est un volet compliqué, on le constate au sein de l'Europe en préparant la Directive sur les droits des patients. On y intègre des modalités d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins. Il est important de ne pas simplement passer des conventions mais de faire l'évaluation. Ce ne sont que des actes administratifs. Il s'agit d'une recherche d'une meilleure qualité des soins.

Ces conventions détaillent également les conditions et les modalités de prise en charge en tenant compte du cadre légal, ou des règlements, ou encore de la jurisprudence, notamment les arrêts Kohl et Decker et tous ceux qui ont suivi. Aussi s'il y a un besoin de fixer une prise en charge par l'institution compétente à un tarif négocié, des initiatives nouvelles doivent être entamées.

L'accord cadre n'a pas pour but de mettre de côté toutes les conventions qui sont déjà d'application mais il est clair que, si elles contiennent des contradictions avec l'accord cadre, elles doivent s'y conformer. Malheureusement, bien que l'accord ait été signé en septembre 2005, il n'est pas encore ratifié en Belgique. Soyons clairs, il n'y a pas de problème politique, il y a seulement une complexité administrative au sein de notre pays. On peut remercier la France pour la ratification par la loi du 3 octobre 2007 et on peut penser qu'en Belgique, le Parlement national pourrait ratifier le texte rapidement. Le Conseil d'Etat a fait remarquer qu'il faut aussi recueillir l'approbation des parlements régionaux. Comme cette injonction a été respectée, il ne reste plus qu'au Parlement wallon à ratifier l'accord.

En conclusion, il est clair que cet accord cadre crée des avantages, tout en constatant que toutes les conventions n'ont pas un succès important quand on regarde le nombre de patients bénéficiaires. Cet accord cadre permettra d'aller plus loin et de développer vraiment un bassin sanitaire transfrontalier. C'est un cadre de référence qui servira. La valeur ajoutée réside cependant dans le fait qu'il joue un rôle intégrateur qui donne la possibilité d'apporter des réponses flexibles.

En dernier lieu, il est clair que les synergies qui vont se développer permettront également une meilleure utilisation des moyens, des ressources humaines et financières. Il est sûr qu'avec la situation économique, il faudra veiller de plus en plus à une utilisation rationnelle des moyens. En bref, on peut dire que c'est un accord cadre prometteur qui a beaucoup de potentialité. Je vous remercie.

Jean HERMESSE

Merci Jo pour cet accord cadre qui est prometteur. C'était très intéressant d'entendre le point de vue de l'administrateur général de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité qui donne toute son ampleur à cet accord cadre et qui y voit effectivement des possibilités d'amélioration de l'accès aux soins et également de rationalisation de l'offre.

Nous sommes en plein dans un modèle, où on peut permettre non seulement un meilleur accès et une meilleure qualité, mais aussi trouver des pistes pour rationaliser l'offre et faire des économies d'échelle.

C'est un autre atout des complémentarités transfrontalières.

Allons plus loin maintenant, après le cadre général, examinons les bassins de soins. Comment fonctionnent-ils ?

Pour traiter ce volet, nous avons la chance d'accueillir parmi nous, le Ministre de la Justice Monsieur Stefaan De Clerck. Il n'interviendra pas en qualité de Ministre de la Justice, il est ici parce qu'il est aussi le bourgmestre de Courtrai et surtout qu'il préside l'Eurodistrict dans une région de deux millions d'habitants et c'est un enthousiaste fervent de cet Eurodistrict. On est très heureux d'entendre comment il voit cette opportunité des bassins de soins. Monsieur De Clerck, un grand merci d'être parmi nous et à vous la parole.

Monsieur Stefaan DE CLERCK

Président de l'Eurodistrict

Je ne suis pas ici en qualité de Ministre de la Justice. Je suis un transfrontalier et je suis heureux d'être dans un milieu transfrontalier car je suis un transfrontalier et j'ai été pendant huit ans bourgmestre de la Ville de Courtrai jusqu'en fin d'année 2008. J'ai ensuite été appelé à Bruxelles en fonction des changements du gouvernement.

Donc, on va discuter « transfrontalier » et Eurométropole. J'ai l'honneur d'être président de l'Eurométropole dans le rôle d'une présidence tournante avec comme Vice-présidents Madame Martine Aubry et Monsieur Rudy Demotte. Je suis donc bien entouré et ma présidence se termine en mars de l'année prochaine.

Je travaille beaucoup pour que ce projet se développe car on est un peu pionnier en ce domaine. Je voudrais vous dire en introduction que l'on travaille dans une Eurométropole, on collabore déjà depuis 19 ans.

Il s'agit d'un territoire de 2 millions d'habitants avec comme structure : en Flandres, c'est la Flandre Occidentale, donc néerlandophone où nous sommes bilingues avec Ypres, Roeselare, Kortrijk et du côté wallon, Tournai - Ath et sur le versant français Lille Métropole.

La zone est fixée géographiquement sur base des communes qui ont toujours été à la base de la coopération pendant les 19 ans qui ont précédé et qui ont élaboré maintenant une nouvelle structure. En fait, toutes les réalisations ont déjà été présentées ici au Comité des Régions, car bien entendu, le Comité des Régions est fort intéressé et c'est grâce à lui que nous avons eu la possibilité de créer une nouvelle structure ! Un GECT – Groupement Européen de Coopération Territoriale c'est une structure européenne qui nous donne la possibilité de manière tout à fait flexible de se mettre autour de la table avec beaucoup d'autorités. Je crois que nous ne sommes pas le premier GECT, le premier exemple transfrontalier a été l'hôpital franco-espagnol en Cerdagne. Chez nous, nous avons constaté que ce n'est plus tellement les nations, les régions mais que ce sont aussi les métropoles qui changent et la métropolisation partout en Europe nécessite des réactions sur tous les points. Il faut mettre autour de la table les autorités des métropoles pour que, dans toutes les matières où elles sont concernées par la gouvernance, elles formulent des projets communs. C'est ce que nous avons constaté dans cette Eurométropole.

Les métropoles partout dans le monde sont énormes. Tokyo est la plus grande. Parmi les métropoles européennes, il y a Moscou, Londres, Bruxelles, Lille. Comme politicien, on constate que c'est un phénomène qui vient d'en bas, c'est du bottom-up. Ce sont les structures économiques, les structures sociales, c'est le comportement du consommateur, c'est le comportement de toutes les organisations, de tous ceux qui sont actifs qui cherchent à franchir les frontières et donc c'est dans les métropoles, qu'ils ont la liberté de vivre, qu'ils ont un choix énorme de faire ce qu'ils veulent, d'avoir le luxe de tous les services de transport, de la culture, de la consommation, de l'économie, de l'emploi, etc. Cette concentration, nous l'avons constatée et observée à Courtrai. Quand j'étais bourgmestre de Courtrai, j'ai constaté qu'on avait plus intérêt à se diriger vers Lille, une ville française plutôt que de regarder tout le temps vers Bruxelles, même si Bruxelles est une très belle ville bien sûr.

Nous obtenons une forte différence en s'associant avec Tournai du côté wallon, Lille du côté français parce qu'il y a une histoire commune, il y a un territoire commun, il y a la nature, il y a tout ce qui se passe tout le temps, qui nous met ensemble et après des décennies, même des siècles de scission suite à ces frontières, cela fait vraiment plaisir de se rencontrer et d'avoir cette histoire commune qui donne une énergie nouvelle.

Le 28 janvier dernier, nous avons lancé notre nouvelle structure. C'était encore avec Pierre Mauroy, ancien Premier Ministre de la France, qui a été maire de Lille pendant de nombreuses années et avec Rudy Demotte, qu'on a fait tout cela.

Le but consiste à favoriser, soutenir et coordonner les collaborations et les cohésions transfrontalières. Il y a une stratégie de développement commun. On veut gérer les problèmes quotidiens.

Au lieu de faire une politique continue lourde, on se base beaucoup plus sur les projets qui se présentent et on essaye de faire en sorte que tous ceux qui veulent se rencontrer en aient l'opportunité. Par exemple, ce soir, il y a une réunion de l'Eurométropole où tous les professionnels juridiques seront autour de la table - les avocats, les réviseurs d'entreprises, les magistrats, le Ministère public - pour qu'ils se connaissent, pour constater quels sont les problèmes, les conflits afin d'avancer dans le développement de la globalité de la région.

Les structures, je ne vais pas vous embêter en vous expliquant leurs complexités. Parce que la Belgique est déjà compliquée, la France parfois cela donne l'impression que c'est un peu moins compliqué mais si on regarde un peu plus près, c'est aussi compliqué que la Belgique et peut-être parfois un peu moins flexible que la Belgique.

Nous avons donc pour la France : l'Etat français, la Région Nord-Pas-de-Calais, le Département, Lille Métropole mais tout cela va changer, il paraît et du côté belge, les autorités suivantes : le Fédéral, les Régions, les Provinces et les Intercommunales sont membres de la structure.

Nous prenons nos décisions à l'unanimité. Nous essayons de développer des projets. Nous avons une double parité : France-Belgique et en Belgique, Flandre-Wallonie. Le bilinguisme est présent : donc tout se passe dans les deux langues. Toutes les réunions se passent en français et en néerlandais de façon que chacun puisse parler sa langue maternelle.

Il y a une assemblée générale, des groupes de travail. Comme président, j'ai encore eu cette semaine, réunion du Bureau et de l'Assemblée générale pour définir le travail et pour faire l'inventaire des travaux. Ce travail se fait avec une équipe qui a été mise en place. Dix personnes y travaillent en permanence. Tous les postes ne sont pas encore attribués mais il s'agit d'une équipe très limitée. L'idée de base, c'est que les partenaires aient la possibilité de faire leur travail et ce n'est pas l'Eurométropole qui fait le travail à leur place.

Nous avons 6 groupes de travail afin de suivre la totalité des activités : le tourisme, qui est très important, les services à la population et là nous avons les problèmes spécifiques de l'accueil des personnes âgées car ils traversent la frontière. Nous avons aussi la migration transfrontalière dans les services de santé publique. C'est la problématique qui vous occupe aujourd'hui. La coopération en matière d'enseignement supérieur est un domaine important avec par exemple les quotas, les limites dans les écoles supérieures en France. Les étudiants vont en Wallonie pour suivre des cours pour les professions où il y a des limitations en France. Ce sont des problèmes tout à fait ponctuels qu'on essaye d'aborder. Il y a encore la stratégie territoriale pour les éoliennes et leurs positionnements en Europe. La culture où on essaye d'organiser des festivals (Lille 3000) en commun. La mobilité renferme beaucoup de projets. L'économie met en réseau les centres d'excellence y compris par exemple Euro Santé – Lille. C'est un grand projet à Lille qui essaye de promouvoir une coopération entre les hôpitaux. Il y a des cartes communes qui sont réalisées, on essaye encore de suivre la problématique de l'emploi et de la mobilité en ce domaine.

Des commissions qui fonctionnent dans lesquelles on retrouve la société civile. Le forum de l'Eurométropole de la société civile regroupe 60 membres qui essayent de faire des propositions en tout genre. Ils nous donnent beaucoup d'inspiration pour voir de quelle manière on peut développer ou prendre en main des projets ou des questions qui sont urgentes à traiter.

Au niveau de la santé publique transfrontalière, je vous ai mentionné les priorités du groupe thématique. Il travaille sur 4 projets :

- La migration transfrontalière en matière de soins de santé,
- Les déficiences dans la région transfrontalière en matière des services aux personnes âgées,
- Les quotas dans l'enseignement supérieur,
- Les obstacles réglementaires aux transferts transfrontaliers des défunts : autre problématique tout à fait spécifique. Les crématoriums ont d'ailleurs monté une collaboration.

Finalement, je peux vous confirmer un élément essentiel pour réaliser toute cette politique transfrontalière au niveau de la santé publique : c'est celui des Zoast qui permet un accès facile des deux côtés de la frontière, aux hôpitaux. En France, il y a 7.800 lits à Roubaix, Tourcoing, Wattrelos, CHRU Lille, Armentières, Bailleul et Hazebrouck et en Belgique, il y a 3.500 lits à Mouscron, Menin, Ypres et Courtrai.

La mobilité des patients et des professionnels de soins est un élément clé dans les soins transfrontaliers. La proximité mais aussi l'hyperspécialisation sont rendus possibles dans le cadre de ces grands réseaux hospitaliers.

Pour les assurés, c'est un élément important. Le 14 décembre, nous allons signer un nouvel accord entre les hôpitaux de Courtrai et de Lille et des facultés universitaires de médecine. Ce n'est pas seulement les hôpitaux mais ce sont les universités de Lille et de Louvain qui vont s'engager dans cette coopération. Cela démontre très bien que votre organisation, votre colloque ici aujourd'hui est tout à fait utile, en plein dans l'actualité et dans l'intérêt des zones transfrontalières ainsi que pour l'Eurométropole Lille-Kortrijk-Tournai. J'espère que vous allez encore faciliter cette progression transfrontalière à l'avenir. Je vous en remercie d'avance.

Jean HERMESSE

Merci Monsieur le Ministre, Monsieur le Président de l'Eurométropole. C'est grâce à la dynamique de cette Eurométropole que les personnes vont davantage sentir que les frontières s'effacent. Dans cette logique de liberté d'accès à tous les services se pose évidemment logiquement la liberté d'accès aux services « santé ». On a remarqué qu'au-delà de l'accès, lorsque des équipes médicales partagent leurs connaissances et leurs expériences, c'est un plus pour les équipes concernées.

Nous ne pouvons qu'applaudir à votre initiative et elle vient, comme vous le dites, renforcer aussi ce que nous mettons en place.

Maintenant, je vais passer la parole à Monsieur Tonnellier qui a été l'ancien directeur de recherche du CREDES, qui est devenu l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, l'IRDES. Monsieur Tonnellier est un très grand spécialiste en géographie de la santé. Quand on parle de bassins de soins, comment peut-on les envisager, les constituer ? Monsieur Tonnellier, vous avez la parole.

Monsieur François TONNELIER **Directeur de recherche honoraire à l'IRDES**

Effectivement j'ai été chercheur et toujours été intéressé par l'étude des inégalités dans le domaine de la santé et de la réduction des inégalités, ce qui nourrit cet exposé sur les bassins de vie et les territoires de santé.

Dans les territoires, il y a toujours deux dimensions : il y a une dimension de savoir et une dimension de pouvoir.

Quand on définit un territoire, on vise deux objectifs : d'abord l'observation (territoires de savoir), c'est-à-dire que l'on veut connaître des zones à risque, ou des zones mal desservies ou défavorisées, des zones homogènes en terme de besoins et ensuite, la décision (territoires de pouvoir), c'est-à-dire les territoires de compétences d'institutions où une autorité pourra donner l'autorisation pour faire un aménagement, pourra décider d'une allocation de ressources.

Nouvel élément depuis 2008, la régulation. L'idée de la régulation est revenue en force.

Dans le domaine de la santé, la question de régulation est présente. Il y a aussi des normes opposables et cela sur une base territoriale. Les territoires de savoir c'est important car il faut savoir que les maladies ou les virus ignorent totalement les frontières.

Les bassins de santé, quel est leur but ? A mon avis, connaître les usagers et connaître les besoins.

Si on organise un système de santé, c'est pour réaliser une adéquation entre les moyens et les besoins. C'est une démarche de marketing social qui, en tant que statisticien et géographe, ne me gêne pas. Il s'agit de décrire la clientèle des hôpitaux, savoir d'où viennent les usagers. Si cela est réalisé dans un but social, ce n'est pas gênant. Faire du marketing social est une nécessité car il faut savoir quelle est sa clientèle. Sa zone de chalandise, sa zone d'attraction, savoir où vont les usagers. C'est ce qui fait le bassin de santé.

Ensuite, viennent les questions liées aux besoins. Il y a des zones favorisées, des zones défavorisées, il y a des méthodes de recherche de zones défavorisées. C'est le rôle des administrateurs, des institutions et des chercheurs de définir ce genre de choses. Il y a aussi des marqueurs de besoins.

La loi française, elle a la notion de bassin de santé : « les zones sanitaires sont définies par voie réglementaire en tenant compte des bassins de santé ». C'est une avancée parce que la loi française au départ ne connaissait que les départements qui avaient été créés en 1789. Il n'y avait pas de divisions en-dessous des départements. La définition de zones inférieures au niveau géographique est un progrès.

Pour définir le bassin de santé, je reprends la définition de mon ami Monsieur Picheral : « un bassin de santé s'organise autour d'un pôle hospitalier qui draine des flux préférentiels de patients aux caractéristiques et aux comportements homogènes ». C'est une première définition du bassin de santé. Il y a des métropoles, des pôles hospitaliers pour lesquels il y a des flux majoritaires de patients et ces ensembles définissent finalement le centre du bassin de santé.

Le but poursuivi par le bassin de santé, cela peut être la planification, la prévision. En Europe, les problèmes d'investissements hospitaliers sont des problèmes extrêmement importants. Cela peut aussi être l'évaluation : est-ce que les besoins sont satisfaits, est-ce qu'il y a des moyens excédentaires ?

Pour les méthodes de délimitations, les principales méthodes sont liées à la distance au pôle le plus proche et aux flux de population.

Parlons maintenant des bassins de vie. L'INSEE a donné une définition des bassins de vie : « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel s'organise la vie des habitants en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à certains équipements, services scolaires et de santé ». S'il l'on suit cette définition, cet axiome parce que c'est un axiome, un bassin de vie est un bassin de santé. Cette définition est très mathématique et montre la culture très mathématique de l'INSEE parce que le bassin de vie est le plus petit territoire. Donc, cela veut dire qu'il y a moyen de trouver le plus petit territoire comme il y a le plus petit dénominateur commun ou le PGCM. C'est bien comme idéal mais ce n'est pas sûr que l'on soit capable de le faire dans la réalité.

Les départements français sont des bassins de population et on décrète à la révolution, le remplacement des provinces par des bassins hydrographiques, c'est-à-dire des bassins versants. Il y a la Somme, l'Aisne, la Seine –Maritime, la Haute-Marne, la Marne, ... Ce sont des bassins de population parce que depuis toujours les populations sont concentrées autour des fleuves. Si on regarde les bassins de santé, les bassins de vie de l'INSEE, on peut regretter qu'il n'y ait pas de bassins transfrontaliers. Vous voyez les Ardennes et le Nord-Pas-de-Calais, il n'y en a pas. Il faut espérer que l'INSEE s'attachera à ce problème dans le futur et s'attachera aux problèmes d'obtenir des statistiques comparables. Faire des travaux transfrontaliers implique que l'on doit disposer de statistiques transfrontalières.

Pour l'histoire, des contours ont été définis par l'INSEE précédemment, à savoir les zones d'emploi, le zonage en aire urbaine, etc. Mais ce zonage en bassin de vie est un progrès car il ne respecte pas les régions, les limites régionales. Quand les régions ont été créées en France, on a cru que les régions, ce serait un peu comme la grande muraille de Chine et qu'on ne pourrait pas passer à travers les régions. Or, ce matin j'ai traversé la frontière de plusieurs régions et le monde n'arrête pas de tourner.

Sur la carte d'Emmanuel Vigneron, on y voit l'intérêt des limites des bassins de santé. Les bassins de santé sont établis sur les flux de populations hospitalières à partir du PMSI (système français d'information hospitalière). Personne ne niera que Montpellier, Nîmes, Béziers, Perpignan sont des pôles. Ceci étant, la frontière reste le problème de définition des bassins de santé : il est certain que Lille est un pôle mais la frontière entre Lille et Roubaix ou la frontière entre Nîmes et Montpellier paraissent un peu compliqué à fixer.

Quelques limites et quelques critiques. Les méthodes fondées sur les flux de population conduisent à la validation de l'existant.

Il faut s'intéresser aux frontières et un grand intérêt du projet transfrontalier, c'est justement de dire quels sont les besoins des frontières : est-ce que c'est une marge, est-ce que ce sont des besoins particuliers auxquels on va s'intéresser ?

Passons au concept de besoins. Il y un projet qui existe en France qui consiste en un marqueur de besoins de soins sur les hospitalisations potentiellement évitables. C'est une approche anglo-saxonne à l'origine et qui a été établie en Angleterre, aux Etats-Unis, en Australie et au Canada. Les hospitalisations potentiellement évitables sont des hospitalisations qui auraient été évitables si les soins opportuns étaient intervenus auparavant, notamment pour des pathologies comme l'asthme, l'angine de poitrine ou le diabète. Le concept émane de la recherche d'une explication du fait par exemple que les ouvriers sont plus hospitalisés que les cadres supérieurs, parce qu'ils retardent l'accès aux soins et arrivent à un stade où le diagnostic est plus sévère.

Alors les études que je vais montrer sont faites en Ile-en-France et en Champagne-Ardenne. Les hospitalisations évitables concernent 6% des entrées et 10% des journées dans ces deux régions. Il y a trois pathologies qui regroupent 50% des séjours : les complications du diabète, l'insuffisance cardiaque et l'asthme. Ces gens ont un recours aux soins tardifs. La durée moyenne de séjour est deux fois plus élevée pour les hospitalisations potentiellement évitables.

Des cartes mettent en évidence le facteur financier. Si l'on superpose les cartes relatives au taux d'hospitalisation potentiellement évitable par personne et celle des foyers non imposés, on voit que les deux cartes sont quasiment identiques.

Ceci veut dire que le frein financier reste quand même quelque chose de très important. On parle souvent de distance ou d'accessibilité, mais l'accessibilité financière reste un facteur extrêmement important dans beaucoup de pays d'Europe, en particulier en France, où il y a un désengagement de la sécurité sociale qui fait que le facteur financier reste un frein.

Dans la partie Est de la Champagne Ardenne, il y a beaucoup d'hospitalisations potentiellement évitables et ceci représente grosso modo les anciennes régions industrielles de même qu'au Nord des Ardennes qui est une vieille région industrielle.

On en arrive aux conclusions. C'est une question que l'on m'a souvent posé à l'IRDES-CREDES- : est-ce qu'il y a un contour idéal ?

C'est la quête du Graal, c'est-à-dire c'est quasiment impossible. Quand on choisit un contour, il faut savoir ce qu'on va faire : est-ce qu'on va faire du marketing social, est-ce qu'on fait de l'observation, est-ce que l'on va vers la décision ? Pour les frontières, il ne me semble pas utile et opportun de recréer des frontières.

Concernant l'accessibilité potentielle, on pense toujours que lorsque que l'on est à côté du CHRU de Lille ou de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, puisque l'accessibilité est facile, alors l'accès effectif est aussi facile. Accessibilité et accès effectif ne sont pas équivalents.

Il y a aussi une question de filiales de soins car implicitement parler de bassins de santé, c'est aussi parler de la mobilité du patient. Il faut prolonger les études sur la provenance et la destination des usagers. La notion de frontière est un peu discutable et il faut faire des études sur la destination des usagers en relation avec la qualité des soins. Ce qui doit toujours être le but ultime sur un territoire de santé, c'est de savoir s'il y a une bonne qualité des soins.

Ensuite, pour la détermination de zones défavorisées, on doit avoir des indicateurs pertinents de besoins. Ce qui est à faire après, ce n'est pas simplissime mais on peut essayer de le faire. Pour terminer, les territoires de santé, c'est aussi la recherche de l'équité spatiale. Je vous remercie.

Jean HERMESSE

Merci Monsieur Tonnelier, votre conclusion me permet de faire le lien avec l'intervention de Monsieur Lorenzo qui est directeur adjoint de l'Observatoire de la Santé de Picardie. Lui-même, il a été président par deux fois de l'Observatoire franco-belge de la Santé et il est bien au courant de l'influence des déterminants sociaux sur l'accès à la santé et aux soins de santé. Est-ce que les bassins correspondent aux observations régionales ? A vous la parole.

Monsieur Philippe LORENZO **Directeur adjoint de l'ORS Picardie**

Effectivement, je vais vous parler de territoire tout de suite en rapport au programme transfrontalier que nous menons et qui s'appelle « Génération en santé ». Ce programme réunit sur l'ensemble d'une zone neuf opérateurs franco-belges et une demi-douzaine d'opérateurs associés. Il est divisé en quatre actions et une dizaine d'activités que je vais vous expliquer rapidement pour déboucher sur la question de territoire.

Parmi les actions, la première s'appelle « Génération en santé Données ». Il s'agit de réaliser un tableau de bord transfrontalier de la santé sur lequel je vais revenir et des enquêtes qualitatives auprès des générations juniors et seniors de notre zone.

Une deuxième action est « Génération en santé Juniors » où il s'agit de mettre en place des actions de proximité de part et d'autre de la frontière franco-belge, de mettre en place un dispositif Ecole 21 qui allie la promotion de la santé et le développement durable et dont une charte d'engagement sera signée dans quelques jours, le 9 décembre prochain à Namur. Il s'agit aussi de développer des outils de communication que l'on appelle le « 0530 » -0 cigarette, 5 fruits et légumes par jour et 30 minutes d'activités physique- qui est un programme qui a été auparavant monté au Québec et que nous réimportons maintenant en France.

Enfin, une dernière action qui est « Génération en santé Seniors », le senior commençant à l'âge de 50 ans, c'est le senior actif. Le programme va développer des actions de proximité de part et d'autre de la frontière, des formations et puis la création d'un répertoire transfrontalier des outils qui existent en promotion de la santé pour les catégories seniors.

Enfin, nous avons une dernière action, plus fonctionnelle, qui consiste à étudier la faisabilité de mettre en place un dispositif pérenne pour que cet observatoire, ce pôle transfrontalier des compétences, puisse devenir pérenne de part et d'autre de la frontière. On ne sait pas si ça prendra la forme d'un GECT mais en tous les cas, on réfléchit à comment cela pourrait se mettre en place. Pour arriver aux dix actions promises, il faudra rajouter une action sur la communication et puis une action sur la gestion du programme Interreg.

Le territoire qui nous préoccupe concerne trois régions françaises : le Nord-Pas de Calais, la Picardie et une partie seulement de la Champagne-Ardenne, puisque seuls les départements de l'Ardenne et de la Marne sont éligibles, et puis trois Provinces belges : Hainaut, Namur et Luxembourg.

La question de territoire se pose bien évidemment pour notre programme et elle se pose principalement pour trois de nos actions : la première qui est le tableau de bord transfrontalier de la santé sur lequel je vais revenir après et les actions de proximité Juniors ou Seniors.

Les contraintes qui sont liées à cette notion de territoire c'est d'abord d'avoir une certaine homogénéité cartographique, qui permettrait de comparer des éléments qui sont comparables pour développer des découpages territoriaux qui sont de même nature de part et d'autre de la frontière. Ceci n'est pas forcément évident puisque nous avons des logiques administratives et politiques qui sont assez différentes. Il faut aussi qu'il y ait une validité statistique qui puisse montrer l'hétérogénéité qui existe entre les différents espaces et territoires. En même temps, il faut avoir des territoires qui soient suffisamment grands pour qu'on ait une dynamique statistique intéressante, qui permet de dire quelque chose mais aussi il faut que ce territoire ait une validité sociologique, donc qu'il ait un sens social. C'est ici la différence que l'on peut faire entre les territoires de vie qui peuvent être appropriés par les populations et les découpages administratifs.

Dans le tableau de bord transfrontalier de la santé, on s'est posé la question du territoire. A partir de quel découpage territorial allons-nous faire une comparaison statistique ?

Dans le tableau de bord du programme Interreg III en 2007, nous avons pu mettre en évidence des différences à partir de l'arrondissement sur l'ensemble des territoires frontaliers.

A partir de ces cartes, on a un certain nombre d'éléments qui nous permettent de dire si effectivement la frontière sépare bien les populations ou si, au contraire, la frontière n'existe pas en terme de dynamiques de population, au-delà des jeunes qui sont relativement homogènes, ou en terme de densité de gynécologues sur l'ensemble du territoire.

Il faut aussi adapter le territoire aux données : toutes ces données n'existent pas à tous les niveaux géographiques. Nous avons la chance, de part et d'autre de la frontière, d'avoir des données qui sont communales et qu'on a donc pu recueillir aussi au niveau de l'arrondissement. Parfois d'autres données n'existent pas à des niveaux qui sont relativement bas et il a fallu, par exemple sur les fiches que sont les comportements de santé ou l'état de santé, travailler au niveau des régions et des provinces donc sur un lit géographique beaucoup plus grand et moins discriminant que la base de l'arrondissement.

Ce tableau de bord est disponible sur le site internet www.generationsensante.eu.

En ce qui concerne les actions de proximité sur les populations juniors et seniors, ce qui nous intéresse c'est d'être le plus près de la population. Là aussi, il a fallu se poser cette question du territoire et nous l'avons appelé « bassin de proximité transfrontalier ». Ce sont des territoires qui sont créés de toutes pièces à partir des communes ou des cantons côté français et à partir des communes du côté belge. Ceci a été réalisé pour assurer une certaine homogénéité géographique de part et d'autre de la frontière.

Par contre, ce territoire n'a strictement aucune validité d'observation, autrement dit on n'arrive pas à avoir des données sur ces territoires-là. Les collègues qui s'occupent des questions Juniors et Seniors nous ont interpellés dans le groupe transfrontalier pour avoir des données quantitatives de mortalité, de morbidité, de déplacements,... sur ces territoires.

Ce territoire que nous avons créé pour des actions de proximité n'était pas un territoire sur lequel on pouvait leur donner des informations. On aurait pu leur donner quelques petits indicateurs, 4 ou 5 pas plus. On fait donc de l'action sans forcément avoir de l'observation. Par contre, ce territoire-là a un sens social puisque c'est un territoire de vie de populations et on mesure bien à ce moment là les échanges qu'il peut y avoir de part et d'autre de la frontière. Les acteurs que nous réunissons et que nous rencontrons sont fort intéressés par ces échanges-là. Les différents bassins de proximité sont très petits. Ils sont localisés de part et d'autre de la frontière. Sur l'ensemble du territoire, il y en a 4.

Pour conclure, les informations qu'on peut retenir c'est qu'un territoire d'observation, ici l'arrondissement, n'est quasiment jamais un territoire d'actions. Il y a toujours cette approche paradoxale entre l'observation et l'action. On aime bien quand on fait de l'action avoir de l'observation, malheureusement ce n'est pas toujours disponible. Généralement une observation se fait sur un territoire beaucoup trop grand par rapport à ce dont nous avons besoin. Donc, le territoire d'observation n'est jamais forcément comparable au territoire d'action.

La conclusion finale, c'est que cela nous oblige à faire des compromis importants entre la connaissance, le savoir et puis la connaissance opérationnelle qui nous permet d'agir avec les populations.

Jean HERMESSE

Merci Monsieur Lorenzo. Par vos différentes connaissances et observations, vous êtes amenés à reconstituer des zones qui s'articulent aux besoins pour entreprendre des actions.

Monsieur Fortuit qui est Vice-président national de l'Ordre des pharmaciens français et est engagé déjà depuis de nombreuses années dans les projets européens. Il va nous parler de la mobilité des professionnels de santé. Comment assurer une mobilité en toute sécurité ? Vous avez une solution, je crois ? A vous la parole Monsieur Fortuit.

Monsieur Patrick FORTUIT **Vice-président national de l'Ordre des pharmaciens français**

Je vous remercie. Effectivement, on va parler de la mobilité des professionnels de la santé mais vous verrez que la mobilité des professionnels de la santé, touche évidemment beaucoup les patients. Derrière le projet que je vais exposer se cache la sécurité du patient.

Je vous brosserai d'abord l'historique du projet, puis j'évoquerai l'interopérabilité, la philosophie du projet et enfin, la structure de HPRO Card puisque c'est le nom de ce projet.

Comme je le disais à l'instant, l'objectif est, avant tout, d'assurer la sécurité du patient partout en Europe parce qu'on sait trop bien, malheureusement, qu'il y a toujours quelques professionnels qui posent problème chez eux, qui sont interdits d'exercer dans leur pays et qui profitent du temps où ils sont interdits d'exercer pour aller exercer ailleurs.

Il s'agit de faciliter la mobilité du professionnel de santé mais il est important que le patient puisse être assuré qu'il a en face de lui un professionnel habilité, avec les bons diplômes et sans interdiction d'exercer.

Tous nos travaux ont été basés sur la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles avec en particulier, la reconnaissance des diplômes et, ce qui était nouveau à l'époque, la prestation temporaire de service. Dans cette directive, il y a le considérant 32 qui évoque la création au niveau européen de cartes de professionnels. Nous avons ensuite entendu parler pour la deuxième fois de ces cartes de professionnels de la santé dans le rapport de B. Vergnaud, sur les impacts et les conséquences de l'exclusion des services de la santé de la directive Bolkestein.

L'année dernière, lors de la présidence française de l'U.E., le président de la République avait demandé à un député européen, A. Lamassoure, de lui lister les sujets importants que la France pourrait développer pendant sa présidence. Une soixantaine de projets avaient été retenus par A. Lamassoure et dans la recommandation n°7, il y avait le fait de favoriser cette généralisation de la carte européenne de professionnels de santé. On retrouve ce sujet dans le livre vert qui est paru le 10 décembre 2008 et puis dans une recommandation faite dans le rapport de Madame Cederschiöld, députée européenne suédoise, qui avait publié un document le 19 février 2009 sur l'ensemble des cartes de professionnels.

La question est celle de l'interopérabilité entre les différents systèmes de cartes à puce. Un groupe de travail, mis en place en 2007 par les autorités françaises et en particulier les Ordres, qui a organisé un ensemble de réunions dans les différents pays de l'Union. En octobre 2007, nous avons pu présenter et adopter le visuel de la future carte européenne. Quant au groupe de travail que j'évoquais tout à l'heure, il correspond à une réponse, à un appel à projets que nous avons fait en juillet 2007 et nous avons obtenu une subvention de la Commission en février 2008.

D'abord, je vous parlerai de la carte. C'est une carte style carte de crédit, à deux faces : une face européenne et une face nationale. La face nationale sera évidemment spécifique à chaque profession mais surtout à chaque Etat membre en fonction de la législation de l'Etat. Donc, elle peut être variable d'un pays à l'autre. Elle reprend toutes les informations liées à la reconnaissance au niveau professionnel que ce soit son identité, sa photo, une puce de sécurisation, un hologramme de sécurisation. Pour la face européenne, nous aurons une face harmonisée indiquant les coordonnées de l'autorité compétente d'enregistrement. Vous ne savez peut-être pas qu'il n'est pas simple pour nous de savoir quelle est l'« autorité compétente », de savoir quand un professionnel doit faire une prestation dans un autre pays à qui on doit s'adresser à ce jour pour savoir effectivement s'il est habilité ou pas.



Si je prends l'exemple de la France, si on veut savoir ce qui se passe pour un pharmacien, on demande à l'Ordre des pharmaciens français et c'est assez simple car c'est le seul organisme habilité à gérer ces professionnels. C'est la même chose en Belgique, c'est aussi l'Ordre des pharmaciens belges. De même que pour les médecins, c'est l'Ordre. Par contre, si je vais en Italie, il y a un ordre par région et il y a 105 régions. Donc, si j'ai un italien qui arrive chez moi à l'Ordre des pharmaciens français, je dois interroger les 105 régions pour savoir si ce professionnel est habilité.

Pour simplifier les choses, nous avons décidé que nous mentionnerions ces informations en deux langues : la langue du pays d'origine et ce que nous avons appelé une langue de compréhension internationale. J'attends de savoir quelle sera la seconde langue qu'utiliseront les Anglais...

La philosophie du projet :

- **qui utilisera la carte ?**

Dans le cadre de la directive 2005/36/CE, il y aura les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les pharmaciens. En ce qui nous concerne ici particulièrement, ça intéressera bien sûr les professionnels de la santé qui veulent aller faire une prestation dans un pays de l'Union mais surtout les professionnels transfrontaliers qui veulent travailler une partie de leur temps d'un côté de la frontière et l'autre partie de leur temps, de l'autre côté de la frontière.

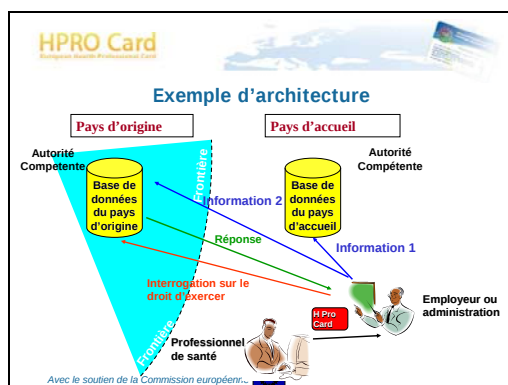
- **qui émettra la carte ?**

Les autorités compétentes tel qu'inscrit dans la directive.

- **comment cela va fonctionner ?**

En fait, la carte à puce permet une interrogation directe de la base de données de l'autorité compétente du pays d'origine. Donc, il n'y a pas de création d'une nouvelle base de données compliquée européenne.

Le gros avantage est qu'il n'y aurait dans la puce qu'une seule clef d'accès mais aucune information. Ainsi, si la carte est perdue, personne ne peut lire une quelconque information concernant le professionnel de santé. Surtout cela veut dire que, comme on va lire la base de données du pays d'origine, on va consulter les informations qui sont dans cette base et que, si un professionnel de santé est interdit aujourd'hui, ce sera dans la base de données du pays d'origine. S'il se présente demain dans un autre pays, on saura immédiatement qu'il est interdit d'exercer. Lorsque le professionnel de santé traverse la frontière et se présente chez un employeur, dans un hôpital, chez un pharmacien titulaire pour faire un remplacement, il présente sa carte. Immédiatement, il y a une lecture de sa carte à puce qui interroge la base de données du pays d'origine avec une réponse immédiate sur l'habilitation ou non à exercer. Il y aura une double information : une qui retourne vers la base de données de l'autorité compétente du pays d'accueil, qu'il sache qu'un professionnel de santé travaille chez lui et une qui repart vers le pays d'origine, pour que l'on sache qu'il y a un pharmacien ou un médecin ou un chirurgien dentiste qui exerce dans un autre pays.



Pour ce qui est de la structure du projet, nous avons démarré les travaux le 1^{er} mars 2008, nous avons rendu notre copie la semaine dernière, le 18 novembre, au Parlement européen. Nous avons un budget de 400.000 euros sur ce dossier et la Commission a financé ce projet à raison de 75%, c'est-à-dire autour de 300.000 euros. Nos partenaires étaient, au départ, essentiellement français et belges et très rapidement d'autres autorités compétentes sont venues nous rejoindre.

Nous avons basé nos travaux sur plusieurs « Work Package ».

Le premier recensement a consisté à lister les autorités compétentes car il n'y avait pas de connaissance précise des autorités compétentes.

Nous avons effectué ensuite un relevé des types de cartes de professionnels de la santé qui existaient. Nous avons travaillé sur l'authentification des professionnels de la santé et commencé les travaux sur l'interopérabilité.

Nous nous sommes rendus dans l'ensemble des pays de l'Union et nous avons travaillé sur ce schéma :

- qui émettait le diplôme,
- qui donnait le droit d'exercice,
- qui donnait un identifiant
- et s'il y avait un identifiant, qui donnait éventuellement des sanctions car on s'est aperçu qu'il y avait des pays où on ne donnait pas de sanction même si un professionnel faisait des erreurs et au bout du compte,
- qui délivrait la carte.

Je vous montre deux exemples tout à fait tirés au hasard dans le document que nous avons présenté la semaine dernière au Parlement Européen. Par exemple en Estonie, nous avons pu voir que c'était une agence relevant du Ministère, qui est le Health Care Board, qui est l'autorité compétente. Si je prends l'exemple des médecins espagnols, c'est l'Ordre des médecins espagnols qui est l'autorité compétente et même si en Espagne il y a une série de régions, il y a un seul point central qui est l'Ordre national des médecins.

Nous avons fait ça pour toutes les professions et pour tous les pays. Nous avons découvert qu'il y avait au total 893 autorités compétentes pour 5 professions et pour les 27 pays. Ces organisations pouvant être soit des organisations comme les Ordres, des Agences, des Ministères de la Santé, également des organisations d'assurance maladie et c'est le cas de la Slovénie qui délivre une carte de professionnels de santé basée sur le numéro de sécurité sociale. Enfin, nous avons différents niveaux d'organisations : national, régional ou local.

En faisant nos études, on s'est aperçu que nous ne trouvions pas les mêmes chiffres que l'OMS au niveau du nombre de professionnels de la santé. En fait, cela est tout à fait compréhensible parce qu'il y a des approches différentes : certains prennent compte par exemple des retraités, d'autres ne les prennent pas ou encore certains pays de l'OMS ne prennent pas en compte les salariés.

Il y a une quinzaine de jours, nous avons rencontré Monsieur Danzon – directeur de l'OMS et nous allons nous remettre au travail avec lui. Nous allons voir comment on peut coordonner nos travaux pour définir ces chiffres qui sont importants à connaître.

Sur le deuxième Work Package, on a fait la liste des pays qui avaient simplement des papiers, des passeports, des certificats et ensuite ceux qui avaient des cartes sans puce, soit qui avaient déjà des cartes à puce existantes à ce jour ou qui allaient construire des cartes à puce (c'est le cas, par exemple, de la Belgique pour les pharmaciens). Je voulais insister sur le fait qu'il ne s'agit pas de créer un nouveau système de cartes mais bien d'utiliser les cartes existantes et de mettre la face européenne sur ces cartes existantes. Pour les pays qui ont déjà les cartes, il s'agit d'introduire la face européenne au moment du renouvellement des cartes.

Sur les deux autres Work Packages concernant l'interopérabilité, nous avons beaucoup travaillé avec l'Université de Technologie de Berlin. Nous avons travaillé sur les cartes françaises, hollandaises et allemandes. Nous avons été en mesure d'aller chercher des informations sur l'une des cartes et de savoir les lire grâce au serveur par le biais d'une autre carte. Ces travaux ont donc commencé et nous avons les premiers résultats.

Avec le démonstrateur belge, nous avons montré que ces cartes devaient être infalsifiables parce que, si on arrive avec une carte dans un pays d'accueil, comment savoir que cette carte est infalsifiable ? Quand quelqu'un vous présente une carte, nous sommes en mesure d'avoir, nous autorités compétentes du pays d'accueil, les informations venant de l'autorité compétente du pays d'origine et de reconstituer la carte telle qu'elle doit être, c'est-à-dire que l'on a non seulement les informations mais on la dessine avec la photo etc. Nous sommes en train de travailler aussi avec le démonstrateur belge sur la faisabilité de la lecture du dossier pharmaceutique français par les pharmaciens belges transfrontaliers quand un français vient en Belgique se faire délivrer ses médicaments.

On a communiqué nos résultats la semaine dernière et on a répondu à un nouvel appel le 26 octobre dernier. Cette fois-ci, le projet ne touchera que les aspects d'interopérabilité. Nous sommes trente membres dans notre consortium. Ceci correspond à peu près à 21 pays maintenant de l'U.E.

En conclusion, j'insiste sur le fait qu'il s'agit d'une carte unique d'identité pour le professionnel de santé. Ce dernier n'aura pas 36 cartes en poche pour faire son travail. Cette carte permettra de valider les formations continues, d'avoir accès à des bases de données scientifiques sécurisées, d'avoir accès à des dossiers médicaux, de faire de la télémedecine, de pouvoir faire de la signature électronique. A terme, si on travaille avec Netcards par exemple, on pourra faire en sorte qu'un médecin espagnol arrivant dans un hôpital grec qui reçoit un patient français dans le coma pourra dire grâce à cet ensemble d'outils que ce patient-là a tel et tel type de maladie, tel ou tel type de médication. Evidemment, les objectifs sont la sécurité du patient dans le cadre de la coordination des soins et de la libre circulation des professionnels de santé en Europe. Voilà le projet mais vous avez bien compris que ce n'est pas uniquement un projet puisqu'il est déjà en cours de réalisation et qu'il y a déjà des cartes européennes qui circulent. Je vous les ai montrées tout à l'heure, il y en a en France, en Espagne, en Irlande. Ce ne sera pas un Big Bang. Cela se réalisera progressivement. Je vous remercie.

Jean HERMESSE

Merci Monsieur Fortuit pour cet exposé plein d'ambitions et de perspectives. Petite réflexion que je voudrais formuler, au départ de la situation en Belgique.

Actuellement, nous sommes en train de mettre en place une grande Banque Carrefour qui ne sera réservée qu'aux professionnels de santé, qui s'appelle eHealth. Elle permettra de donner un accès au dossier médical électronique. Un des gros défis est d'identifier le prestataire de soins à travers une source authentique. Cette identification passera par une connexion sans carte. Donc, il faudra au niveau européen, prendre en compte les différents développements qui sont en cours dans tous les pays puisqu'on sait que les réseaux sont invoqués comme une des possibilités pour éviter les redondances et améliorer une accessibilité rapide à des données médicales avec toutes les questions de confidentialité.

Je vais maintenant présenter Monsieur Daniel Lenoir qui est quelqu'un de bien connu parce qu'il n'est pas nouveau dans les projets frontaliers. Il a été l'un des initiateurs et un des acteurs dynamiques notamment dans le premier projet Transcards dans la Thiérarchie. Il connaît la gestion des soins de santé puisqu'il a été directeur de la Caisse nationale d'Assurance Maladie et directeur de la Fédération nationale des Mutualités françaises. Il est maintenant appelé à jouer un nouveau rôle dans la réforme en cours en France pour piloter l'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas de Calais. Il est donc intéressant de l'entendre dans cette nouvelle fonction qu'il occupe, comment il voit demain la coopération transfrontalière. Daniel, à toi la parole.

Monsieur Daniel LENOIR **Directeur de l'ARS Nord-Pas de Calais**

Avant de commencer, je voudrai excuser Monsieur Yves Grall, directeur de l'ARS de Lorraine. Nous étions tous les deux à Paris, et on s'est partagé le travail. Il est lui resté Paris et moi je suis venu à Bruxelles.

Je ne parlerai pas du Nord-Pas de Calais parce que j'ai pris mes fonctions il y a assez peu de temps mais je voudrais profiter de l'occasion pour dire un peu la façon dont les ARS, en général, peuvent traiter la question de la coopération transfrontalière.

A vrai dire, je n'imaginais pas en 2002, quand j'ai signé avec Jo De Cock la convention Transcards qu'elle ferait, et je dirai presque aussi rapidement, des petits au point de créer une sorte d'ordre juridique nouveau avec l'accord cadre de 2005 et puis sa déclinaison dans des conventions interhospitalières. Je ne vais pas les citer, je m'en excuse pour les opérateurs et les acteurs qui sont dans la salle, mais j'allais dire presque qu'elles sont trop nombreuses : les conventions interhospitalières, les conventions d'aide médicale urgente, et puis j'ai découvert que j'étais à l'origine tout à fait involontairement d'un acronyme quasiment prophétique « ZOAST » (une sorte de néologisme qui fait presque référence à un grand prophète persan) qui traduit la mise en place quasiment de zones franco-belges de santé, comme l'évoquait toute à l'heure Jo De Cock.

D'abord, je voudrais redire que ses questions sont évidemment des questions institutionnelles, politiques. Il me semble important de développer ces coopérations transfrontalières, pour l'Européen que je suis, afin de rendre visible l'Europe de la santé dans cette région. Je parle ici de la Belgique mais je parle aussi de celle dont j'ai la responsabilité de l'autre côté de la frontière, il se trouve que j'en suis natif. On sait qu'il n'y a pas de frontière naturelle, qu'il n'y a pas de frontière linguistique, qu'il n'y a pas de frontière épidémiologique et donc ce serait aberrant qu'il y ait des frontières médicales ou hospitalières.

Au-delà de ce propos qui peut paraître un peu général, je crois qu'on peut aussi constater qu'on a un certain nombre de problèmes communs à régler. Dans le domaine des soins, la France n'a pas beaucoup de leçons à donner aux autres pays, je parle du déficit chronique, des problèmes de qualité, de ce point de vue, je ne suis pas opposé à une certaine concurrence. Je sais que ce mot fait un peu peur, mais l'émulation à des idées d'optimisation (par exemple faire des équipements de chaque côté, ce n'est pas une bonne utilisation des fonds) et surtout à des idées de coopération doit être envisagée dans les zones frontalières. Cette coopération prend place dans des territoires transfrontaliers qui avaient été préfigurés en 2002, autour de filières transfrontalières.

Un mot pour vous dire quand même que les Agences Régionales de la Santé s'inscrivent clairement dans cette idée de territorialisation des politiques de santé.

Toute à l'heure, Monsieur De Clerck disait que c'était compliqué en Belgique et aussi en France, il a raison. L'idée de la réforme de cet été, puisque la loi a été votée en été, qui crée les Agences Régionales de la Santé, c'est justement d'essayer de simplifier, non pas simplifier d'une façon technocratique mais de rendre plus cohérent en mettant en place une ARS dans chaque région, qui regroupera les compétences des DRASS, DASS, CRAM, URCAM, ARH, de façon à ce qu'au niveau régional, on aura une seule structure qui portera la politique de soins de santé et de sécurité sociale. Les ARS ont cette vocation en dialogue avec les autorités régionales –conseils régionaux, conseils généraux- à avoir une plus grande cohérence. Cela se traduira par l'élaboration d'un projet régional de santé.

Ce dispositif verra le jour à partir de 2010 et de mon point de vue, pour en avoir parlé avec Yves Grall ce matin et les autres collègues aussi, ce projet régional de santé devra intégrer un volet transfrontalier pour ce qui concerne les régions frontalières.

Pour le Nord Pas-de-Calais, il y aura quatre territoires de santé et la coopération transfrontalière est d'une certaine façon un cinquième territoire à présenter avec la Belgique. Peut-être qu'il faudra aussi se poser la question pour le Nord Pas-de-Calais, même si ce n'est pas le lieu, de la coopération transfrontalière avec nos amis d'Outre Manche. Sujet qui a été peu abordé mais ma voisine abordera la question de la coopération transfrontalière avec l'Allemagne.

Cette ARS reprendra les compétences, cela veut dire qu'elle sera porteuse des accords qui ont été passés mais aussi des accords futurs. C'est une compétence qui reviendra à l'ARS. J'en profite pour dire que je sais, cela peut susciter des inquiétudes ou du moins des interrogations, que les ARS, puisqu'elles reprendront les compétences et l'existence des structures qui ont créé l'OFBS, devront trouver les formules juridiques adaptées. En tous les cas, ce n'est pas mon intention ni celle de mes autres collègues de remettre en cause l'existence d'un Observatoire franco-belge de la Santé qui a été à la fois un lieu d'observations mais aussi un ferment important des coopérations, un lieu de rencontre, un lieu d'échange et cette richesse, il faut la maintenir.

J'aurais presque envie de m'arrêter là mais comme je ne peux pas m'empêcher d'essayer de voir comment on peut aller plus loin, je voudrais déposer sur la table trois ou quatre sujets que nous devons régler. Je prends des risques parce que je ne sais pas encore aujourd'hui comment on va les régler.

Monsieur Koen Leenaerts a rappelé ce matin que la jurisprudence qui favorise la libre circulation de patients a eu le souci de ne pas remettre en cause les procédures de planification et de programmation. Je crois qu'il a raison de le dire, c'est important. Il ne faudrait pas qu'on rentre dans le domaine de la santé dans une logique de pur marché. Je crois que ce ne serait bon pour personne mais nous avons à traduire la liberté de circulation. C'est l'objet du projet régional de Santé et donc clairement de planification et programmation.

Vis-à-vis de nos partenaires et amis belges, je crois qu'il faudra qu'on trouve un moyen de coordination entre nous, cela s'est déjà fait sur les urgences. C'est le premier pas pour que la démarche dans le Nord Pas-de-Calais, en Picardie, en Champagne-Ardenne, en Lorraine soit coordonnée dans une approche programmée de cette coopération, de cette territorialisation transfrontalière. Cela supposera qu'on puisse discuter avec vous des modes de coordination, des modes de territorialisation. Je sais que c'est une discussion qui a lieu aujourd'hui en Belgique et sur lesquelles nous sommes intéressés à trouver les territoires pertinents de chaque côté de la frontière.

Je ne peux pas m'empêcher, compte tenu de mes responsabilités anciennes et récentes que j'ai abandonnées, de penser aussi à la question de la prise en charge. La prise en charge, c'est un sujet qui concerne les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Les règlements de prise en charge sont différents d'un pays à l'autre, parfois même d'un régime à un autre ; les garanties des complémentaires sont différentes. Bien sûr, il y a un règlement nouveau du 16 septembre 2009, il y a un projet de directive. Je crois qu'il faut que les organismes d'assurance maladie, je vise aussi bien obligatoires que complémentaires, aient le souci d'internaliser cette complexité. Que ce ne soit pas les patients, les assurés sociaux, les adhérents qui soient amenés à gérer cette complexité. Ceux qui sont dans le secteur savent à quel point ce n'est pas simple mais je ne saurais trop dire que c'est de leur responsabilité d'internaliser cette complexité afin que ce ne soit pas un obstacle pour l'accès aux soins.

Le troisième point c'est la conséquence de cela : la coordination des soins dans les zones transfrontalières.

Nous sommes les laboratoires de la liberté de circulation, cela exigera demain une plus grande coordination transfrontalière. J'ai été impressionné par l'exposé de Patrick Fortuit car réellement je ne savais pas que ces sujets que j'avais eu à connaître, il y a peu de temps avaient autant avancé. Je voudrais profiter pour le féliciter du travail qu'il a accompli. La libre circulation ne va pas conduire à un gigantesque marché de la santé. Elle va conduire, au contraire, à une coordination des soins.

La santé c'est aussi la possibilité de suivre les soins et de disposer de cette petite coordination à laquelle nous espérons tous qui est le dossier médical. Le fait d'avoir cet outil qu'est la carte professionnelle de santé européenne me paraît important.

La quatrième piste prospective porte sur la coopération interhospitalière, on a parlé toute à l'heure de l'hôpital de Cerdagne. Nous avons, dans le cadre de la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire, développé en France des outils juridiques de coopération qui sont les communautés hospitalières de territoire et groupement de coopération sanitaire.

Je crois qu'il y a un chantier à développer aussi au niveau européen pour disposer d'outils juridiques pour les coopérations transfrontalières. Certes, on a cité toute à l'heure le GECT, je ne suis pas sûr que ce soit suffisant.

Tout cela a évidemment pour objectif de permettre que cette Europe de la Santé se construise, au service des patients et de l'efficacité sanitaire. L'efficacité sanitaire, ce n'est pas seulement une efficacité économique ; c'est aussi une efficacité médicale et c'est dans ce sens que je souhaitais être présent cet après-midi parmi vous parce que je pense que cette frontière qui nous sépare, mais qui en fait nous unit, elle doit nous unir aussi sur les projets de demain.

Jean HERMESSE

Merci pour ces bonnes nouvelles puisque qu'on poursuit dans la lignée. L'OFBS est une organisation reconnue et on a bientôt un 5^{ème} territoire de la santé et en plus on dessine déjà plusieurs chantiers. Il y a encore de quoi alimenter et aller plus loin dans cette coopération.

Madame Dempt, qui est chef de projet dans une autres ARS, qui se constitue aussi, mais chef de projet de coopération transfrontalière. Vous avez la parole.

Madame Brigitte DEMPT
Représentante de Monsieur Grall Directeur de l'ARS

J'ai le plaisir et l'honneur de représenter Monsieur Grall, dont je témoignerai de son action présente, passée et à venir, puisque Monsieur Grall a été président du Groupe de Travail au sein de la Grande Région où il a réellement structuré la coopération en matière de santé.

La Lorraine est un territoire qui s'inscrit dans la Grande Région. La frontière franco-belge en fait également partie-. Vous connaissez tous « Sar-Lor-Lux », d'abord de manière non formalisée institutionnellement et ensuite, depuis 2005, de manière institutionnelle. S'y sont adjointes la Région Wallonne et deux Communautés linguistiques de Belgique ainsi que la Rhénanie Palatinat. Ceci représente au 1^{er} janvier 2007, 11,4 millions d'habitants et pour la Lorraine 250 km de frontière. C'est une véritable entité humaine et économique qui est caractérisée par un important travail frontalier et évidemment avec les problèmes de santé qui y sont sous-jacents. Les disparités territoriales sont en même temps des opportunités pour travailler ensemble et trouver des complémentarités.

Quand je parle d'institutionnalisation de la santé, en 2006, c'est à travers l'outil de planification qui a fait ses preuves, le Schéma Régional des Soins dans lequel a été inséré un volet transfrontalier. Le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a trouvé un peu plus opportun d'institutionnaliser la coopération transfrontalière et ainsi d'avoir une action multilatérale sur les trois frontières.

Dans ce cadre-là, il s'est donné les moyens avec les partenaires de ces trois frontières pour définir des opérations de coopération sanitaire, également d'examiner les conventions locales de coopération sanitaire puisqu'un groupe de travail est adossé aux accords cadre de coopération sanitaire franco-belge et franco-allemande.

Je ne vais pas entrer dans les détails de l'organisation de ce groupe de travail sachant qu'on a mis en place quatre sous-groupes. Disons qu'une frontière permet d'inspirer l'autre et c'est en fait ceci que vous avez mis en exergue dans cet échange d'informations, de savoirs et de mises en synergie dont l'observation et la connaissance. Il y a des travaux en cours, ce n'est pas simple parce qu'il y a des données à harmoniser et puis il y a des systèmes d'information qui ne sont pas identiques. Si la France et la Belgique ont des points de convergence, il y a aussi d'autres façons de travailler avec des autres repères parce que les systèmes sont assez différents.

On a retenu sur ce grand espace de travailler sur les urgences, les filières de soins, sur la neurochirurgie, les poly-traumatismes et les grands brûlés et bien entendu la démographie médicale car les professionnels de santé constituent les ressources humaines. On voudrait faciliter la mobilité en les informant déjà sur les possibilités qui existent.

Mais mon intervention porte principalement sur la frontière franco-belge puisque nous avons conduit avec les partenaires, dont un certain nombre sont dans la salle, un espace transfrontalier de proximité puisque deux établissements sont ciblés : celui d'Arlon du groupe Vivalia et le groupe Alpha Santé dont le siège est dans un autre département lorrain et qui a également une activité à Mont-Saint-Martin. La distance entre les deux est de 20 km. Ils ont trouvé les voies et moyens de dépasser un certain nombre d'obstacles. Il y a véritablement un sens de l'innovation sur ce territoire frontalier.

La ZOAST, qui a été créée est une organisation en bassin de soins de l'offre existante. Elle permet de favoriser la mutualisation des ressources humaines et des équipements lourds. On s'est interrogé sur les meilleurs outils à développer pour aller plus loin mais il n'existe pas encore de groupement de coopération sanitaire européen qui permet de faire travailler ensemble des professionnels de santé dont des médecins radiologues belges qui utilisent un équipement lourd en Lorraine. On a cependant mis en place un groupement d'intérêt économique français et les radiologues belges se constituent en société d'exercice libéral à responsabilité limitée de droit français. La société n'est pas encore constituée mais elle permettra d'utiliser le scanner qui a été mis en place le 5 décembre. Prochainement, une IRM sera implantée à Mont-Saint-Martin et les médecins belges pourront l'utiliser pour soigner des patients français et belges.

Il y a encore une intervention croisée de praticiens hospitaliers. La ressource est rare, il faut savoir l'optimiser et la partager. Les médecins belges viennent travailler coté français à partir de décembre de cette année en urologie et en gastro-entérologie mais nous avons aussi dans l'autre sens, une praticienne française qui intervient dans le domaine de l'angiologie à Arlon.

On parlait justement ce matin que les territoires ne doivent pas être nécessairement contigus pour favoriser la coopération transfrontalière, nous avons encore une convention entre l'hôpital d'Arlon et le CHRU de Nancy. Le Docteur De Fays est venu à Nancy discuter de la convention en électrophysiologie. Désormais, un médecin de l'hôpital d'Arlon dans l'idée de la continuité de prise en charge et de réalisation d'un acte de diagnostic pourra accompagner ses patients qui recevront des prestations d'électrophysiologie au CHU de Nancy.

Concernant les avancées en matière de télétransmission, tous les partenaires du coté lorrain se sont mobilisés - le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, le préfet et enfin les élus- pour réaliser le maillage du réseau haut débit qui était programmé pour l'année prochaine, pour transmettre facilement le dossier médical du patient ou encore les clichés d'imagerie médicale.

Il y a un accord cadre qui a une base reconnue par les autorités publiques. Les acteurs de terrains sont soutenus dans leurs initiatives. L'idée future est de réfléchir à un projet d'établissement commun, au sens où chacun garde son identité. Un hôpital ne peut plus se définir seul dans ses hypothèses stratégiques mais avec toutes les composantes des territoires, donc avec les partenaires belges et aussi luxembourgeois.

Il faut définir un projet médical qui est la colonne vertébrale de l'organisation territoriale.

Cette méthode de travail nécessite une vision stratégique à avoir sur le territoire. On doit avancer progressivement en faisant de l'observation de besoins, un programme d'actions que l'on cherche véritablement à retranscrire de façon à sécuriser les modalités d'intervention à la fois pour les patients et pour les professionnels engagés. Bien entendu, ces besoins doivent être relayés à d'autres niveaux pertinents d'observation et donc cela c'est tout notre enjeu de connaissance.

Le futur directeur général de l'Agence Régionale de la Santé est tout à fait porteur de cette détermination de poursuivre le travail engagé avec l'ensemble des partenaires et à les encourager à partir de leurs connaissances et observations pour créer les conditions pour une meilleure prise en charge de tous les aspects de la santé.

Jean HERMESSE

Merci Madame Dempt.

Vous avez déjà illustré à quel point nous devons être innovant face à la pénurie de personnels soignants et médicaux et face aussi aux possibilités qu'offre la télétransmission. Je crois que, dans un an ou deux, on va se retrouver ici pour parler d'autres collaborations qui n'ont plus rien avoir avec une frontière physique. Tout à l'heure, s'il reste un peu de temps pour le débat, je voudrais bien poser une question très précise aux acteurs autour de la table parce que je crois que l'on va être dépassé par la réalité des nouvelles possibilités techniques.

Maintenant après le Nord Pas-de-Calais et la Lorraine, les Ardennes. Madame Barat, vous êtes Conseillère Régionale et vous représentez Monsieur Bachy, Président du Conseil Régional de Champagne-Ardenne. Je vous donne la parole.

**Madame Joëlle BARAT,
conseillère régionale Champagne-Ardenne – Représentant Monsieur
Bachy**

Je tiens à remercier les organisateurs d'avoir invité la région de Champagne-Ardenne et je tiens à excuser le Président Bachy qui n'a pas pu se libérer et qui m'a demandé de le représenter. Ce que je fais avec beaucoup de plaisir.

Je vais essayer d'être rapide, peut-être rappeler un mot du contexte dans lequel s'est installée cette coopération transfrontalière. Rapidement, je vous parlerai aussi des acteurs et je vous dirai quelques mots de conclusions pour peut-être vous apporter quel regard la Région Champagne-Ardenne porte justement sur la question des soins transfrontaliers.

Pour le contexte, il me semble important de dire que les échanges, les partages existent depuis longtemps entre la Région de Champagne-Ardenne, et plus particulièrement le Nord de cette région – les Ardennes –, et la Wallonie. La coopération sanitaire et médico-sociale entre ces deux régions transfrontalières répond vraiment à une réalité de ce bassin de vie parce que les bases de cette coopération reposent en fait sur des pratiques quasi quotidiennes des habitants de ces territoires.

Pour eux, la santé est devenue un service comme un autre, auquel ils souhaitent accéder rapidement tout en cherchant un niveau d'excellence et une vraie proximité.

Avant la mise en place de ces accords, les concitoyens franchissaient facilement la frontière pour consulter un médecin, subir une intervention chirurgicale, placer un enfant handicapé ou un parent âgé dans une institution spécialisée, adaptée et proche du domicile.

Malgré les différences entre les systèmes administratifs et les politiques en matière de santé de ces deux territoires, les échanges existent depuis très longtemps.

Les accords, qui ont été signés en 2005, ont finalement construit la base légale nécessaire à la formalisation de ces projets de coopération sanitaire.

Concrètement comment ont-ils été mis en œuvre ? Ils ont pris appui sur les accords et les professionnels de santé qui ont exprimé le souhait de mettre en œuvre des dispositifs de simplification administrative et financière parce que cela empêchait l'accès aux soins à l'étranger.

Une intensification des flux sanitaires dans cet espace transfrontalier rural et une véritable désertification médicale légitimait également cette demande. Cela est en effet très important à signaler, nous sommes dans une zone de désertification médicale où les échanges, les mises en commun, les mutualisations sont nécessaires.

Tout d'abord, ces coopérations en santé se sont développées progressivement entre les établissements de santé frontaliers et elles ont été formalisées par des accords inter-établissements. Dans une optique toujours de proximité, suite à la fermeture de la maternité de Revin, les parturientes de Givet et de la vallée de la Meuse coté français accouchent au Centre Hospitalier de Dinant sans problème administratif. Cela représente aujourd'hui 76% des naissances givetoises, donc ce n'est pas rien.

Cela a été rendu possible grâce à la convention inter-hospitalière signée en 2004 entre le Centre Hospitalier de Charleville-Mézières, le Centre Hospitalier de Dinant et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Ardennes. Avec ces conventions, les ardennais peuvent également recevoir des soins en hospitalisation complète en médecine et chirurgie dans ce même hôpital de Dinant.

Une ZOAST a également été mise en place dans cette zone pour faciliter, améliorer l'accès aux soins de ces patients qui résident dans cet espace transfrontalier.

Cette ZOAST permet aux affiliés de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Ardennes domiciliés dans le Nord du département et dans les arrondissements frontaliers belges de la Province de Namur et de la commune de Bouillon de se rendre, sans autorisation médicale préalable, dans un établissement hospitalier signataire de la convention.

En mai 2008, nous avons franchi une nouvelle étape avec la coopération qui s'est étendue aux acteurs transfrontaliers de l'aide médicale urgente. Cette coopération permet donc l'intervention en deuxième intention des SMUR de la zone frontalière sur le territoire voisin. Le médecin urgentiste disponible le plus proche intervient. Ce sont de précieuses minutes gagnées, peut-être une vie sauvée. Les principes de la convention sont très simples. Elle permet l'intervention d'une aide médicale urgente rapide, efficace et efficiente et apporte des réponses structurelles aux partenaires de l'aide médicale urgente sur la frontière franco-belge. Les objectifs sont clairs : réduire le temps d'intervalle médical libre et améliorer la prise en charge des patients « sans frontière ».

Il restait un problème important à résoudre qui était celui du reste à charge pour les malades français soignés en Belgique et du traitement des factures. C'est chose faite depuis le 6 octobre dernier avec la signature des conventions qui permettent l'implication des organismes complémentaires. Très concrètement, la Mutuelle Générale de l'Education Nationale des Ardennes se voit déléguer par la Mutualité Française, le rôle d'opérateur unique pour l'ensemble des grands régimes d'assurance maladie ainsi que pour l'ensemble des organismes complémentaires. En clair, la MGEN reçoit les factures des hôpitaux belges pour l'ensemble des patients ardennais et les transmet à la Sécurité Sociale et aux Mutuelles. Les patients peuvent donc aujourd'hui accéder aux soins transfrontaliers de part et d'autre sans obstacle administratif et financier. Cela a été une réelle avancée.

Par ailleurs, cela a déjà été dit dans les précédentes interventions et il est important de le souligner, depuis le début des années 90, le programme Interreg a apporté un soutien financier de la Communauté européenne, encourageant ainsi la coopération tout au long de la frontière franco-belge.

Grâce au FEDER, les problématiques de télémédecine, la complémentarité des systèmes de santé, la toxicomanie, les coopérations hospitalières de proximité et les problèmes de démographie médicale ont été étudiés.

Actuellement, 1600 ardennais de France sont soignés chaque année à l'hôpital de Dinant, 150 le sont aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne et environ 30 patients wallons viennent se faire soigner au Centre Hospitalier de Sedan.

Un des objectifs de cette coopération est de pallier la désertification médicale qui touche nos territoires. Parmi les actions mises en œuvre des maisons médicales pluridisciplinaires s'ouvrent. Ainsi en 2010, à Givet s'ouvrira une maison médicale sur 800 m² avec présence par roulement de spécialistes, médecins, infirmières, dentistes, kinésithérapeutes français et belges.

Nous pensons que ce territoire transfrontalier Champagne-Ardenne et Wallonie est devenu un véritable laboratoire en matière d'accès aux soins de santé et que ces compétences techniques acquises dans les Ardennes franco-belges sont tout à fait transposables aux autres ZOAST.

Des acteurs ont permis la mise en œuvre de ces programmes, de ces échanges : ce sont tous ces professionnels de santé qui sont toujours en première ligne, les pouvoirs publics, dont le rôle de promoteur et d'appui à la coopération sanitaire est indispensable, puis c'est une évidence au travers du FEDER, l'Europe.

Je peux vous dire que tous ces partenaires doivent savoir que le Conseil Régional de Champagne-Ardenne, qui a signé avec le gouvernement wallon de nombreux accords de réciprocité, est fortement impliqué dans la coopération transfrontalière.

Pour nous, notre Région assure l'équité sur l'ensemble de son territoire et à ce titre, elle est directement concernée par l'évolution en matière d'offre et d'organisation des soins de santé dans son espace territorial. Dans ce cadre, nous apportons un soutien sans faille aux coopérations sanitaires.

En conclusion, je vous dirai que les acteurs de la santé s'attachent aujourd'hui au développement qualitatif de notre offre transfrontalière, notamment en matière d'aide médicale urgente, également au développement quantitatif, car tous doivent s'approprier le dispositif qui n'est pas forcément bien connu. Nous devons informer largement le public concerné par ces accords.

Je veux dire ici la volonté de la Région Champagne-Ardenne d'amplifier encore nos partenariats qui garantissent une meilleure égalité d'accès aux soins hospitaliers ou ambulatoires, une continuité des soins en maintenant la personne soignée dans un environnement de proximité, des partenariats qui favorisent l'optimisation de l'offre de soins et qui facilitent l'utilisation de cette offre, des partenariats qui permettent le partage des moyens humains et matériels et la réalisation d'économies d'échelle.

Au constat du chemin parcouru, nous pouvons affirmer que la frontière franco-belge est très certainement celle où la coopération sanitaire et médico-sociale est la plus dense et la plus approfondie.

Je ne doute pas que, par la volonté de tous, nous soyons aujourd'hui en mesure de faire émerger une véritable communauté de santé transfrontalière, renforçant ainsi le sentiment d'appartenance à un espace de vie commun, au bénéfice du plus grand nombre.

Je vous remercie.

Jean HERMESSE

C'est lorsque l'on est confronté aux difficultés que la créativité et l'imagination s'épanouissent. Je suis assez séduit par votre nouvelle définition. Nous avons entendu parler des bassins de soins, des bassins de vie et voilà que nous avons une communauté de santé transfrontalière avec des solutions originales : une maison médicale, la télétransmission et une prise en charge financière.

Je donne la parole à Monsieur Yves Smeets, qui représente Madame Tillieux qui est Ministre de la Santé et de l'Action Sociale en Région Wallonne. Monsieur Smeets connaît très bien le secteur hospitalier et je serai heureux de l'entendre aussi sur ses visions de la planification hospitalière, les investissements, parce que parfois, dans certains cénacles, on envisage un hôpital franco-belge. Est-ce que c'est de la science fiction ou cela pourrait-il devenir réalité ? Yves, à toi la parole.

Monsieur Yves SMEETS
Conseiller et représentant de Mme Eliane Tillieux,
Ministre Régionale de la Santé, de l'Action Sociale et de l'Egalité des
Chances

Je voudrai excuser Madame Eliane Tillieux qui a été malheureusement retenue par des activités gouvernementales mais qui aurait vraiment voulu participer à vos travaux. Elle m'a chargé de la représenter. Je voudrais également remercier les organisateurs pour ce remarquable colloque qui fait vraiment le point de la situation en matière de coopérations sanitaire et médico-sociale transfrontalières. Je pense que c'était vraiment extrêmement intéressant.

C'est donc un plaisir et un honneur que de partager avec vous des réflexions dans le sens de l'ouverture, de la prise en compte des besoins des patients, du décloisonnement, du dépassement de nos frontières. En effet, l'action publique se doit de traverser les obstacles pour offrir toujours de meilleurs services à la population et c'est tout le sens d'un service collectif modernisé, proche des usagers et à l'écoute de leurs besoins. Je voudrais donc marquer tout le soutien de la Région Wallonne à la démarche transfrontalière et à l'accroissement de la mobilité qu'elle permet.

Selon un sondage mené en France en 2007, par « CSA Europe Assistance », on a constaté que 52% des Européens se déclarent prêts à se déplacer à l'étranger pour une intervention médicale spécialisée. Quelque 65 % acceptent même de franchir la frontière hexagonale pour bénéficier d'une technique médicale non disponible dans leur pays d'origine. C'est donc un élément dont les citoyens de l'Europe sont conscients et sont également demandeur. La libre circulation des biens et des personnes, point majeur de la construction européenne, permet déjà à un citoyen européen de se soigner dans toute l'Union européenne, avec son corollaire, le remboursement des frais engagés. Nous en avons débattu longuement ce matin.

C'est un exemple qui montre à quel point les frontières dessinées par l'histoire peuvent être transcendées dès que des priorités humaines et collectives se font jour.

Pionnière dans l'émergence du fait régional, la Région Wallonne, en cette même enceinte du Conseil européen des Régions, fut une des premières à s'inscrire dans la construction d'un réseau européen des régions, encore mieux à même de dépasser les frontières nationales.

En ce qui concerne le domaine de compétences de Madame la Ministre Tillieux, la Wallonie est sans doute l'une des régions de l'Union européenne les plus concernées par la coopération sanitaire et médico-sociale transfrontalière. Trois domaines nous occupent principalement :

- celui des personnes handicapées tout d'abord avec près de 4.000 personnes handicapées françaises séjournant dans des institutions wallonnes et/ou fréquentant l'enseignement spécial de la Communauté française ;
- celui des personnes âgées ensuite avec près de 2.000 personnes séjournant dans des maisons de retraite implantées principalement dans les régions de Mouscron, Tournai et Mons ;
- celui du secteur hospitalier suite aux conventions de coopération mises en œuvre tout le long de la frontière au cours des dernières années.

En ce qui concerne la politique des personnes handicapées, la Wallonie a toujours joué un rôle déterminant dans l'accueil de jeunes enfants handicapés français dans des établissements belges. Dès le début des années 60, en effet, des accords ont été passés avec des structures d'accueil installées en Wallonie pour permettre à des enfants (le plus souvent) autistes de séjourner dans des lieux adaptés à leur situation.

Cet accueil d'enfants handicapés s'est élargi au fil du temps aux adultes handicapés. Des mécanismes de prise en charge structurés ont été mis en œuvre par l'assurance maladie française puisqu'une délégation de pouvoir a été octroyée pour gérer l'ensemble des dossiers des mineurs français à partir de 1996.

Je suis conscient que la problématique des personnes handicapées accueillies en Wallonie pose un ensemble de questions : la gestion et le développement de la capacité d'accueil wallonne, l'articulation entre les besoins wallons et français, le rôle des autorités de tutelle, l'octroi d'agrément (en commun), le ou les niveaux de prise en charge, la définition, la reconnaissance et le suivi des projets pédagogiques, etc. Les problèmes sont assez larges mais la volonté est ferme quant à l'aboutissement du principe de circulation à travers les frontières et c'est pourquoi on peut se poser la question de savoir s'il ne faut pas s'orienter dans ce domaine-là également vers une régulation coordonnée et concertée entre les autorités wallonne et française concernées ? Est-ce qu'un accord cadre de coopération spécifique pourrait répondre à la définition d'une gestion équilibrée de cette problématique à l'instar de l'accord cadre en matière de soins de santé proprement dit ?

Nous pensons en tout cas que fixer le cadre d'une collaboration en la matière permettrait un développement de ces initiatives en toute sécurité juridique et financière.

En ce qui concerne les personnes âgées, celles-ci constituent une population importante également concernées par la coopération transfrontalière entre le Nord de la France et la Wallonie. On peut raisonnablement considérer que près de 2.000 personnes âgées françaises sont prises en charge dans des structures d'accueil et d'hébergement en Belgique et principalement en Région wallonne.

En ce domaine, un ensemble de questions se posent en matière de capacité d'accueil, de coût pour les personnes hébergées, de prise en charge, de projet d'encadrement, de contrôle, même de fiscalité. On déborde très largement des problèmes liés aux soins proprement dit pour traiter des problèmes quotidiens de la vie des personnes qui sont accueillies dans ces structures. Là aussi nous nous posons la question s'il ne faut pas aussi développer un dispositif de régulation entre les deux versants concernés ?

En ce qui concerne le secteur hospitalier, les avancées sont les plus significatives mais aussi les plus récentes. Grâce aux différents programmes Interreg (I,II,III et IV), des initiatives ont été prises pour faciliter la coopération entre des établissements hospitaliers des versants frontaliers français et belge, principalement wallon mais, également, néerlandophone dans la région de Courtrai. Divers projets ont vu le jour dans la perspective d'améliorer l'accès aux soins de qualité des populations résidant dans les espaces frontaliers, de réaliser des économies d'échelles entre l'offre de soins des deux versants, de répondre aux difficultés engendrées par les phénomènes de société comme le vieillissement de la population et l'accueil de ceux-ci dans des structures de soins.

A côté des conventions de coopération inter hospitalière, des territoires de santé ont été développés en Thiérache, dans le Nord-Ouest de l'agglomération lilloise, Mons-Maubeuge, Ardennes-Sud du Namurois et Sud de la Province du Luxembourg-Lorraine française.

Aujourd'hui, des accords ont été conclus entre l'assurance maladie française et belge pour permettre un accès aux soins transfrontaliers sans obstacle administratif et financier pour le patient. Je pense qu'on peut s'en réjouir. Cela facilite grandement la mobilité de ces patients sans le souci de contrainte supplémentaire par rapport aux épisodes de soins qu'ils ont à vivre. Ces réalisations s'inscrivent dans le cadre de la politique de coordination des systèmes de sécurité sociale mise en œuvre au lendemain du traité de Rome ainsi que dans le respect de la jurisprudence de la Cour de Justice européenne en matière de mobilité des patients.

Pour atteindre ces résultats, on l'a rappelé, un accord de coopération sanitaire franco-belge a été négocié entre les deux Etats en 2002. C'était la première initiative du genre dans l'UE. Nous avons une fois de plus, en la matière, fait œuvre de pionnier.

On l'a évoqué plus récemment et je pense que c'est aussi un développement intéressant et important la convention en matière d'aide médicale urgente qui permet aux SMUR français d'intervenir en Belgique et aux SMUR belges en France en vue de réduire l'intervalle médical libre (gagner des vies mais aussi réduire les séquelles d'AVC, etc) principalement dans les espaces ruraux.

En conclusion de ce bref panorama, des interventions au niveau de la Région Wallonne dans ces accords transfrontaliers et dans ces problèmes liés au passage des personnes et des citoyens d'une région à l'autre ou d'un pays à l'autre, nous considérons que les enjeux pour la Wallonie sont de trois ordres.

Tout abord, garantir le maintien d'un niveau de prise en charge et d'accès aux soins de qualité élevée pour les groupes que j'ai cités : personnes handicapées, personnes âgées et patients hospitalisés. Ensuite, développer le partage d'expériences afin d'améliorer encore l'infrastructure sanitaire et médico-sociale. Enfin, veiller au maintien voire au développement de l'emploi concerné.

En tant qu'europeéen convaincu, nous sommes persuadés que la mobilité transfrontalière ne peut être que bénéfique pour la Wallonie, pour ses institutions et pour le niveau de la qualité des services offerts. Bien entendu, la coopération de quelque nature qu'elle soit nécessite d'être régulée afin de garantir les équilibres et la pérennité de cette ouverture. Le progrès de l'humanité s'est souvent construit dans le dépassement des frontières, des obstacles réels ou imaginaires, dans le franchissement des limites établies par les modèles existants. Il nous appartient de relever le défi, d'inventer de nouvelles formes de vivre ensemble, au-delà des frontières apparentes, mais au cœur de ce qui donne du sens : la préoccupation pour l'autre, la défense de la solidarité et la promotion de la santé pour tous !

Je vous remercie de votre attention.

Jean HERMESSE

Merci Yves d'avoir indiqué à quel point la Région Wallonne est effectivement concernée par toutes ces activités transfrontalières et pas simplement dans les soins hospitaliers. Tu nous l'as rappelé clairement avec le nombre de personnes handicapées qui sont hébergées et le nombre de personnes âgées. Il y a là de nouveaux chantiers et une demande assez claire de mettre en place des dispositifs de régulation. Encore des travaux futurs pour l'équipe et maintenant je donne la parole à Henri Lewalle, il est d'abord le coordinateur des différents projets Interreg, l'animateur aussi des groupements européens d'intérêt économique OFBS et Luxlorsan. C'est celui qui a été une des chevilles ouvrières depuis le début du lancement de tous ces programmes Interreg et de la coopération transfrontalière. Il va se lancer brièvement dans un bilan des réalisations mais surtout ce qui est bien plus intéressant, nous dresser les perspectives et là je peux vous dire, je le connais, on va avoir droit encore à de nouvelles idées car il en a toujours. Henri à toi la parole.

Monsieur Henri LEWALLE (ANMC)
**Coordinateur des projets de coopération transfrontalière entre la France,
la Belgique et le Grand Duché du Luxembourg pour l'OFBS et Luxlorsan**

Merci Jean. Je vais essayer de faire une synthèse car on arrive à la fin de la journée mais il est intéressant de reprendre les éléments principaux de la coopération transfrontalière dont nous avons parlé depuis l'ouverture des travaux.

C'est une démarche qui a été initiée voici deux décennies. On est parti d'un constat simple : les travailleurs frontaliers ont accès aux soins de santé de part et d'autre de la frontière, aux deux systèmes de santé parce qu'ils sont reconnus travailleurs frontaliers. On s'est interrogé ensuite sur les résidents des zones frontalières : pourquoi est-ce que les gens qui habitent les régions transfrontalières n'auraient pas les mêmes droits que les travailleurs frontaliers ?

C'est de cette question de départ qu'est née toute la coopération transfrontalière qu'on connaît aujourd'hui le long de l'axe France-Belgique avec le Grand Duché du Luxembourg. On a aussi été motivé à la fois par l'acte unique de 1985 et la création du marché intérieur en 1992. C'est le marché intérieur qui a lancé l'idée de la libre prestation de services au sein du secteur de la santé. Il y a l'amplificateur important qui est la jurisprudence européenne dont Monsieur le Juge Leenaerts a expliqué brillamment le rôle. La jurisprudence avait été le ferment du développement de l'accès aux soins transfrontaliers. Et ces développements ont impacté sur le développement des coopérations dans les régions transfrontalières.

Les coopérations, elles vont progressivement émerger des accords entre hôpitaux frontaliers : Mons-Maubeuge, Bailleul-Ypres, en Thiérache. Les premières conventions de coopération permettent de faciliter l'accès aux soins transfrontaliers et créent une dynamique de complémentarité entre l'offre de soins des différents versants frontaliers.

Le principal élément émergeant est l'accord cadre de coopération sanitaire franco-belge dont on a parlé à plusieurs reprises aujourd'hui. Il crée une base juridique mais donne aussi la possibilité de négocier des accords entre les deux pays au niveau régional et pour palier les obstacles rencontrés lorsqu'on devait demander aux instances nationales d'obtenir une validation de textes négociés.

Cet accord cadre a mis longtemps à être négocié mais une fois qu'il a été négocié, on a pu valider un ensemble de conventions car les pouvoirs régionaux ont acquis la possibilité de valider les faits. A côté des conventions et des ZOAST, il y a la convention d'aide médicale urgente. Elle répond à la demande de besoins de soins prioritaires pour le patient.

Les coopérations transfrontalières sont confrontées à des défis qui sont les mêmes que ceux rencontrés dans les systèmes de santé. Ils sont amplifiés par le fait frontalier. Il s'agit principalement de la démographie médicale, la pénurie de prestataires dans certaines disciplines, l'implantation de nouvelles technologies et des équipements lourds. L'accès à une offre de soins de qualité dans un délai raisonnable constitue sans aucun doute un défi majeur, l'arrêt Watts le souligne. De plus, il y a parfois des problèmes de langue. C'est un aspect qu'il ne faut pas négliger. Puis, il y a surtout la volonté politique des acteurs. Et aujourd'hui, les acteurs ont affirmé très clairement un encouragement, un soutien à la continuité de cette démarche.

Il reste des attentes à rencontrer. L'accord cadre franco-belge n'a pas encore été ratifié sur le versant belge. De ce fait, la Commission mixte, qui est créée par l'Accord Cadre, n'a pas encore été constituée. Certains espaces territoriaux demeurent aujourd'hui sans mode de régulation transfrontalière. Je parle de l'axe Tournai – Valenciennes, du Littoral et du Grand Duché de Luxembourg.

Il faudra veiller à activer un processus d'évaluation que l'on a commencé à initier mais qui est loin d'être achevé. Il y a l'information et la communication qui reste un grand débat à développer tout le long de la frontière, il faut rencontrer les prestataires.

Le secteur médico-social répond aux demandes mais ne fait pas l'objet d'une coopération coordonnée et les structures de soins transfrontalières demandent des outils pour créer des synergies infrastructurelles mais Monsieur le Professeur Mabaka va évoquer ce volet.

Pour les perspectives, on peut citer :

- Intégrer l'impact de la réforme en France. Je crois que Daniel Lenoir en a parlé suffisamment et c'est clair que cela pose la question du devenir des GEIE OFBS et Luxlorsan.
- L'Accord Cadre à valider en Belgique.
- La coopération dans la Grande Région : il est clair que l'on a créé la Zoast Arlwy (Lorraine) mais les travailleurs frontaliers de cette région qui vont vers le Grand Duché en sont exclus. Il y a un problème réel.
- L'harmonisation des textes conventionnels. Il faut tendre vers un dispositif harmonisé le long de la frontière. On ne peut pas avoir différents types de modèles de conventions Zoast.
- Il y a une prise en charge globale à concevoir. Daniel Lenoir l'a également évoqué avec les organismes complémentaires. Il faut se réjouir de ce que l'on a fait dans les Ardennes. Il est clair que l'initiative prise par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Ardennes et les acteurs qui sont associés devrait pouvoir être développée dans les autres zones organisées d'accès aux soins.
- Il y a le développement de la prise en charge dans le cadre de bassins de soins transfrontaliers qui devraient répondre à la définition des besoins de santé des populations, la construction de filières de soins. On en a élaboré certaines, au niveau de la cardiologie, de l'oncologie entre Mons et Maubeuge. Il y a d'autres espaces de développement dans les ZOAST. Probablement, il y a des diagnostics à faire pour créer ces filières.
- Monsieur Smeets a parlé des personnes âgées et des personnes handicapées. Il est nécessaire de développer des outils d'information en ce domaine, dans le cadre des projets Interreg. On doit arriver à développer des outils de communication qui permettent aux personnes âgées et handicapées qui font le choix de la mobilité transfrontalière d'avoir accès à des informations permettant de faire des choix de qualité à la fois sur les structures, l'encadrement et la prise en charge.
- Il y a l'appel lancé aujourd'hui par des prestataires de santé principalement, des structures hospitalières, de leur donner la possibilité du point de vue juridique de disposer d'un instrument qui permettrait de créer en commun sur les deux versants des structures communes gérées financièrement en partenariat pour répondre aux problèmes et aux carences que l'on rencontre en termes de démographie médicale, d'infrastructures et d'équipements.

En annexe du powerpoint, on retrouve toutes les conventions élaborées et développées dans le cadre des coopérations au sein de l'OFBS et de Luxlorsan.

Je voudrais remercier en finale tous les acteurs qui ont contribué à la réalisation de ces dossiers.

Je voudrais évoquer le soutien des trois directeurs d'ARH qui ont permis le développement des ZOAST : Monsieur Deroubaix pour le Nord et surtout Monsieur Gwen Marqué qui l'a beaucoup secondé et qui nous a aidés à dénouer des nœuds importants dans certains dossiers, Monsieur de Lacaussade pour les Ardennes et Monsieur Grall que je tiens beaucoup à remercier pour l'appui qu'il nous a donné au niveau des coopérations qui ont été développées en Lorraine.

Merci encore à tous ceux qui ont aidé à la préparation de ce colloque.

Jean Hermesse

Merci d'avoir fait cette rétrospective rapide et d'avoir indiqué des nouvelles pistes, perspectives. On voit très bien qu'au fur et à mesure de l'avancement des projets de nouvelles dimensions et de nouvelles possibilités apparaissent, tu en as cité : les filières de soins, les prises en charge, l'information, la communication, les échanges entre les prestataires de soins.

Tu as conclu en remerciant quelques personnes pour effectivement tout le travail qui a été mis en place et les réalisations qui ont pu être exécutées dans le cadre de cette complémentarité.

Je voudrais en particulier aussi remercier tous ceux qui ont réalisé cette journée aujourd'hui, il y a des personnes de la CRAM du Nord-Est : Daniel, merci pour ton appui, il y a Katia Haquin, Vanessa Carette, Marie-Laure Joannes, puis il y a le personnel des Mutualités Chrétiennes : Geert Basyn, Stéphanie Anciaux, Agnès Chapelle et de la CRAM Nord-Picardie : Laurent Lourme. Je voudrais aussi ne pas oublier les traducteurs.

Monsieur Mabaka, vous êtes le dernier orateur et il vous revient une tâche difficile qui est de conclure. Vous n'allez pas simplement conclure je pense car en tant que professeur de droit européen à l'Université Catholique de Lille, vous allez nous donner des perspectives de nouveaux véhicules juridiques possibles pour ces nouvelles collaborations entre institutions.

Monsieur MABAKA
Professeur de droit européen à l'Université Catholique de Lille

Il ressort du débat de ce matin et de cet après-midi que les formules juridiques communautaires existantes s'avèrent inadaptées ou peu propices à la coopération sanitaire transfrontalière telle qu'on la souhaiterait.

Il est vrai que le cadre communautaire de la coopération transfrontalière sanitaire semble avoir été orienté quasi exclusivement autour de la problématique de la mobilité au sein de l'Union européenne. En effet, les instruments juridiques visant à améliorer les conditions de mise en œuvre des actions sanitaires transfrontalières concernent essentiellement soit la mobilité des patients dans le cadre d'une offre de soins, soit celle des praticiens, étudiants, formateurs ou professionnels de la santé dans le cadre de la mobilité professionnelle.

En conséquence, la majorité des structures de gestion de la coopération transfrontalière sanitaire existante entre états voisins ont été conçues dans l'optique de développer un simple réseau en matière d'offres de soins, ou encore dans le domaine de la formation et de la recherche.

C'est dire tout simplement que les différents outils juridiques en matière de coopération transfrontalière sanitaire sont aujourd'hui inadaptés au domaine de la santé. Ainsi par exemple, la constitution d'un groupe transfrontalier Euro-franco-belge paraît, dans l'état actuel des droits de l'Union, sinon insurmontable, du moins fastidieux.

Pourquoi me direz-vous ?

Tout simplement parce que les porteurs de ce genre de projets n'ont à leur disposition que deux formules juridiques communautaires, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent recouvrir que soit à un GEIE, soit à un GECT. Au regard des besoins de santé de certaines populations de certaines régions transfrontalières, au regard de la nécessité de rationaliser notamment des plateaux techniques face au risque d'aggravation de pénuries médicales et paramédicales que connaissent par exemple les régions du Nord-Pas de Calais et du Hainaut, le recours au GEIE ou au GECT ne permet pas et ne peut permettre une quelconque utilisation judicieuse et efficace de ressources existantes de part et d'autre de la frontière.

En effet, le GEIE, qui est le premier instrument juridique communautaire de coopération transfrontière avait été initialement conçu aux fins de structurer des intérêts communs économiques d'institutions publiques et/ou privées chargées de développement économique appartenant à deux ou plusieurs états membres.

C'est donc par défaut, ou faute de mieux, que le GEIE est choisi par le porteur de projet comme structure de coopération sanitaire transfrontalière. En tous les cas, selon les termes de l'article 3 du règlement du 25 juillet 1985, le GEIE est un véhicule qui doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci.

La création récente du GECT n'apporte pas plus de réponse aux difficultés rencontrées dans la réalisation de projets de développement de coopération transfrontalière sanitaire. D'aucuns pourraient plutôt nous objecter l'expérience unique à ce jour de l'hôpital transfrontalier de Cerdagne. Seulement, ce nouvel outil ne lève pas tous les obstacles pratiques et juridiques auxquels sont encore souvent confrontés les porteurs de projets sanitaires transfrontaliers.

Aussi novateur que soit ce groupement coopératif doté de la personnalité juridique, le règlement 1082/2006 réserve l'exclusivité de la participation à un GECT aux seules entités de droit public ou assimilées.

Quoiqu'il en soit, le GECT est loin d'être l'outil idéal de la coopération transfrontalière sanitaire dès lors que les états conservent une trop grande liberté dans l'appréciation des personnes morales compétentes capables de participer à la constitution d'un GECT.

Dans ces conditions, quel pourrait alors être l'instrument idéal pour développer la coopération sanitaire transfrontalière ?

Deux pistes possibles à explorer : première piste c'est le toilettage du règlement GECT et deuxièmement l'instauration d'un nouvel outil exclusivement axé sur la coopération transfrontalière sanitaire.

En ce qui concerne le règlement GECT, l'article 17 de ce texte est ainsi rédigé : « Au plus tard le 1^{er} août 2011, la Commission transmet au Parlement européen et au Conseil un rapport sur l'application du règlement et des propositions de modifications le cas échéant ».

La Commission pourrait donc saisir cette occasion pour proposer la levée du principal écueil que comporte ce règlement, à savoir l'exclusion à priori des personnes morales de droit privé même lorsque celles-ci contribuent à l'exercice des missions de services publics ou plus largement d'intérêt général. En conséquence, dans l'objectif d'une application nationale uniforme et harmonieuse du règlement, il est nécessaire de débarrasser de toutes leurs aspérités les articles 3 et 4 du règlement respectivement consacrés à la qualité des composantes et aux conditions de constitution d'un GECT.

Qu'on se le dise, seule une telle modification permettrait d'étendre aux organismes de droit privé, lesquels exercent des missions d'intérêt général, la possibilité de recourir à un tel instrument et par voie de conséquence de favoriser la constitution des GECT sanitaires, structures juridiques qui devront dépasser les cadres nationaux.

Au cas où d'aucuns jugeraient inopportunes les améliorations substantielles du règlement GECT, il reste à prendre le second chemin de notre exploration, lequel nous amène à l'expérience menée en France dans ce domaine.

En clair, le groupement de coopération sanitaire, GCS, connu en France et visant à faciliter, développer ou améliorer les activités des différents professionnels et organismes de santé pourrait à notre avis être le modèle plus adéquat à la coopération transfrontalière sanitaire. Il suffirait donc d'eupéaniser ce modèle. L'intérêt d'instaurer un groupement européen de coopération sanitaire (GECS) réside dans le fait qu'une telle structure juridique pourrait être constituée par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des professionnels médicaux libéraux professant à titre individuel ou en société.

Ainsi, en fonction de sa composition, le GECS jouira de la personnalité juridique morale soit de droit privé, soit de droit public. En tout état de cause, l'idée d'un GECS est la voie ou reste la voie la plus appropriée pour faciliter le partenariat sanitaire public – privé et, pour paraphraser le président de l'institution qui nous a accueilli ce jour, favoriser une meilleure exploitation des moyens entre acteurs sanitaires frontaliers. Voilà les quelques idées que j'avais à soumettre à votre appréciation et je vous remercie pour votre attention.

Jean HERMESSE

Merci Monsieur Mabaka pour ces conclusions qui nous lancent sur une nouvelle voie. Je crois qu'effectivement en voyant les proportions que prennent les différents projets, on est en attente de ce nouvel outil, de ce nouvel instrument juridique qui permettra de donner une nouvelle dimension aux projets qui sont de plus en plus proches du terrain. Merci à vous tous pour votre participation, votre écoute et je vous souhaite à toutes et à tous un bon retour.

EN GUISE DE CONCLUSION

La coopération transfrontalière franco-belgo-luxembourgeoise s'est dotée d'instruments structurants au cours des dernières années.

L'accord cadre de coopération sanitaire franco-belge constitue le référentiel de base. Il permet la négociation de conventions spécifiques.

Depuis 2008, diverses coopérations territoriales ont été mises en œuvre. Elles autorisent la prise en charge des soins hospitaliers des patients résidents frontaliers qui décident de se soigner dans une structure de soins implantée sur l'autre versant frontalier.

Les conventions de coopération sanitaire améliorent l'accès aux soins des patients des zones frontalières. Elles stimulent la mutualisation de l'offre de soins dans la mesure où les hôpitaux concernés développent des projets médicaux transfrontaliers qui renforcent les capacités des plateaux techniques existants et l'éventail de l'offre.

La convention d'aide médicale urgente illustre l'impact positif de la coopération transfrontalière franco-belge puisqu'elle permet une réduction du temps d'intervalle médical libre et améliore, de la sorte, la qualité de la prise en charge du patient par les services SMUR frontaliers.

La phase de structuration de la coopération sanitaire qui s'est réalisée au cours de la dernière décennie a été largement commentée au cours du Colloque du 26 novembre 2009. Mais, celui-ci a aussi permis de dresser un panorama des mécanismes d'accès et de financement des soins dispensés à l'étranger. Parmi les interventions, en ce domaine, celle du Professeur Koen Lenaerts, Juge à la Cour de Justice européenne restera marquée dans les esprits des participants comme un moment fort et particulièrement intéressant. En effet, le Professeur Lenaerts a retracé l'évolution de la jurisprudence, ses tendances et a rappelé le rôle de chaque institution.

Ce colloque fut aussi l'opportunité de tracer des perspectives d'action pour les acteurs de la coopération transfrontalière en santé à savoir :

- l'intégration de la réforme du système de santé français,
- la construction d'un outil de diagnostic et d'évaluation,
- l'articulation entre les différentes conventions de zones organisées d'accès aux soins transfrontalier (ZOAST),
- l'extension de la coopération au secteur ambulatoire,
- l'association des complémentaires à la dynamique de la coopération,
- la prise en compte du secteur médico-social.

On jugera, au cours des prochains semestres et lors d'une nouvelle rencontre transfrontalière, l'évolution de ces objectifs.

