

ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ ET LIBERTÉ DE CIRCULATION DES SERVICES : QUELQUES PERSPECTIVES DE DROIT EUROPÉEN

LAURENCE KLESTA*

RÉSUMÉ

L'article examine la problématique de l'accès aux soins de santé sous l'angle de la liberté de circulation des services, telle que reconnue en droit européen. Alors que la perspective était exclue par le Traité fondateur des Communautés européennes, la tendance actuelle privilégie une interaction sectorielle entre les domaines économique et social. L'évolution sera retracée sur la base de la jurisprudence communautaire et de la proposition de directive relative aux soins de santé transfrontaliers où le modèle social européen implique une compétence partagée entre les États membres et l'Union européenne, conformément au principe de subsidiarité.

ABSTRACT

The paper examines the access to health care issue from the perspective of European freedom of services. Whereas the founding treaty excluded any link between social and economic fields the current trend promotes such interaction in specific areas.

* Ricercatrice, Dipartimento di diritto comparato, Università degli Studi di Padova (Italia).

As evidenced by the European Court of justice case law and the proposal for a directive on the application for patients' rights in cross-border healthcare, the European social model needs actions to be taken both at member states and community levels in conformity with the subsidiarity principle.

MOTS CLEF: Soins de santé – accès – liberté de circulation des services – soins de santé transfrontaliers – principe de subsidiarité.

KEY WORDS: Healthcare – access - freedom of services – cross-border healthcare – subsidiarity principle.

Sommaire: I. Accès aux soins de santé et marché unique : une problématique insurmontable?. II. Accès aux soins de santé et liberté de prestations de services : les deux principales étapes du processus d'intégration. 1. Des principes communs pour tous les systèmes de santé de l'Union. 2. La proposition de directive sur l'assistance médicale transfrontalière. Observations conclusives

En 1957, lors de la signature du Traité de Rome instituant la Communauté Economique Européenne (CEE)¹, la politique de santé était exclue de la compétence des institutions communautaires. Ce n'est qu'en 1993, avec l'entrée en vigueur du Traité de Maastricht qu'une timide évolution voit le jour à travers l'adoption de programmes en matière de promotion et de coopération entre les

1 Le Traité de Rome a été plusieurs fois modifié dans le temps, en particulier par le Traité de Maastricht en 1992 qui a créé l'Union européenne (UE) et remplacé la CEE (Communauté Economique Européenne) par la CE (Communauté Européenne) ; le traité de Maastricht a été, par la suite changé en 1995 par le Traité d'Amsterdam et en 2001 par le Traité de Nice. La version actuelle, à savoir celle du Traité de Lisbonne entrée en vigueur le 1^{er} décembre 2009, a modifié les deux traités fondamentaux, à savoir le traité sur l'Union européenne (TUE) et le traité instituant la Communauté européenne (TCE) – ce dernier étant renommé «traité sur le fonctionnement de l'Union européenne» (TFUE).

Etats membres, dans le domaine de la prévention des maladies (cancer, sida, ...)². Progressivement cette coopération s'est élargie³, couvrant de nouveaux domaines où se réalise une « plus-value » communautaire, jusqu'à toucher des secteurs comme celui de l'accès aux soins de santé, pourtant formellement réglementé au niveau national.

Ce glissement d'attributions, de la sphère domestique à une souveraineté supranationale partagée, ne s'est opéré qu'au prix d'une interprétation audacieuse des liens économiques et sociaux dont est l'enjeu le domaine de la santé⁴. Les décisions de la Cour de justice de Luxembourg, essentielles au développement du droit européen⁵, ont largement tracé la voie de ce processus, sans que l'intégration économique, que suppose la réalisation d'un marché unique à l'échelle européenne, ne fasse échec au principe de solidarité à la base des systèmes nationaux de santé.

2 L'art. 129 du Traité de Maastricht (TCE) a constitué la première base légale permettant à la Communauté européenne de déployer des actions dans le domaine de la santé (« ...L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé. »).

3 En particulier sous l'impulsion de la Commission qui, en 2000, a élaboré une stratégie communautaire axée sur trois priorités : l'amélioration de l'information et des connaissances en matière de santé, la mise en place d'un système pour réagir aux menaces pour la santé et d'une action concernant les déterminants de santé (les facteurs et styles de vie qui influent sur l'état de santé), v. COM (2000) 285 final (<http://eur-lex.europa.eu/lexUriServ/>).

4 Il est clair qu'une personne peut toujours obtenir, à ses propres frais, un traitement médical à l'étranger, mais compte tenu du coût, cette possibilité n'est pas accessible à tous. Toute la problématique concerne dès lors le remboursement des frais occasionnés à l'étranger.

5 La Cour, dont le siège est à Luxembourg, a pour fonction d'assurer une application unitaire et cohérente du droit de l'Union. Cette tâche est, en particulier, exercée sur la base du recours préjudiciel (art. 267 TFUE) qui consiste en une saisine de la Cour, de la part des juridictions nationales, en cas de doute sur l'interprétation des dispositions des traités ou sur la validité de la jurisprudence européenne.

L'analyse des différentes étapes de cette évolution (II) sera précédée d'un rappel historique des raisons *a priori* inconciliables entre la liberté de prestations de services et les soins de santé (I).

I. Accès aux soins de santé et marché unique : une problématique insurmontable ?

En Europe, les soins de santé relèvent du domaine social dans la mesure où ils sont assurés par un financement collectif (impôts sur le revenu ou cotisations sociales) basé sur la solidarité. Tout le monde peut ainsi, indépendamment de ses ressources, bénéficier d'un panier de biens et de services médicaux essentiels en cas de risques d'accident ou de maladie. L'accès aux soins est considéré comme un droit social, c'est-à-dire que le citoyen dispose d'une créance envers l'Etat dont il est le ressortissant, et qui est tenu, à travers un réseau d'hôpitaux publics, à satisfaire la demande de soins de ses concitoyens.

Traditionnellement, les systèmes sociaux, apparus après la deuxième guerre mondiale, sont très complexes, fermés et opèrent sur une base nationale. A l'époque, il était en effet normal que les frontières territoriales coïncident avec celles de la solidarité et que le bénéfice d'un droit individuel à un service de santé ne s'étende ni au choix du fournisseur (hôpital public/clinique privée) ni à celui du contenu de la relation étant entendu qu'un traitement médical était, de toute façon, garanti.

Partant, le domaine de la santé est structurellement incompatible avec les objectifs du marché unique européen, puisqu'il en rejette au moins deux des fondements principaux : le principe de non discrimination fondé sur la nationalité (ne sont en effet assurés que les soins délivrés dans le pays du patient) et la nature économique de l'activité en cause (le social excluant l'économique)⁶.

6 G. DAVIES, *Welfare Services and the European State*, in *L'Europe et les soins de santé*, Larcier éd., 2005, p. 369ss

Ceci explique pourquoi, dans les Traités successifs à celui de Rome, la compétence territoriale en matière d'organisation et de financement des soins reconnue aux États membres⁷, a justifié la mise en œuvre du principe de subsidiarité⁸ : l'intervention des organes de l'Union n'est légitime que si elle s'avère plus efficace qu'une action entreprise au niveau national, régional ou local. Or celle-ci ne pouvait, par hypothèse, être plus efficace puisque, en vertu du principe de solidarité, la prise en charge des soins par le système national de sécurité sociale, est limitée aux prestations délivrées par des médecins/hôpitaux établis sur le territoire de l'État en cause.

Jusqu'en 1998, les règles du marché intérieur n'ont donc eu aucun impact sur la question de l'accès aux soins et les craintes des États de voir s'aggraver l'état de leurs finances publiques pour cause de « tourisme médical » sont restées lettre morte. La seule possibilité pour les citoyens de l'Union de se faire soigner dans un pays autre que celui d'origine, consistait à se prévaloir du règlement (CEE) 1408/71⁹; ce dernier vise à coordonner les régimes de sécurité sociale des différents États, à l'occasion d'un séjour temporaire d'un

7 Art. 168 § 7 TFUE : « ... L'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées... »

8 Art. 5 TCE: « ...3. En vertu du principe de subsidiarité, dans les domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, l'Union intervient seulement si, et dans la mesure où, les objectifs de l'action envisagée ne peuvent pas être atteints de manière suffisante par les États membres, tant au niveau central qu'au niveau régional et local, mais peuvent l'être mieux, en raison des dimensions ou de l'action envisagée, au niveau de l'Union. Les institutions de l'Union appliquent le principe de subsidiarité conformément au protocole sur l'application des principes de subsidiarité et de proportionnalité. Les parlements nationaux veillent au respect du principe de subsidiarité conformément à la procédure prévue dans ce protocole ».

9 Le règlement communautaire, en date du 14 juin 1971, est 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 européenne (JOCE L 149, 5.7.1971, p. 2).

travailleur, dans un pays autre que celui dont il est le ressortissant, et ne s'applique que dans deux hypothèses : les soins d'urgence, c'est-à-dire ceux qui ne peuvent être omis sans mettre en jeu la vie de l'intéressé¹⁰ (notion qui a été remplacée en 2004 par celle, moins restrictive, de « soins imprévus »)¹¹ et les soins programmés, à savoir ceux dont la dispense différée dans le temps est incompatible avec l'évolution probable de la maladie et qui nécessitent d'être approuvés par l'organisme de prévoyance du demandeur¹².

Dans les deux cas, le coût est pris en charge par l'Etat de séjour selon ses propres tarifs, qui, par la suite, obtient le remboursement auprès de l'Etat d'origine du patient¹³. Mais l'accès ainsi concédé à un système extraterritorial de soins ne vise qu'à lever les obstacles résultant d'une disparité entre les régimes nationaux, sans pour autant envisager la question sous l'angle de la liberté de prestation des services ; c'est en effet, la législation du pays d'accueil qui est appliquée à travers l'assimilation du patient demandeur à un assuré social (local).

II. Accès aux soins de santé et liberté de prestations de services : les deux principales étapes du processus d'intégration

La perspective adoptée ici, sous-tend au contraire la création d'un espace économique de libre échange basé sur la circulation des services et des personnes, sans renier le principe de la solidarité nationale à la base de tout système de prévoyance.

10 Règlement (CEE) 1408/71, art. 22, § 1 (formulaire E 111).

11 Il s'agit de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) instituée par le règlement (CE) 631/2004 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/>) qui, dans le but de faciliter la circulation des personnes, permet à un « touriste » de se faire soigner sur place sans devoir rentrer prématurément chez lui (Etat d'origine de l'affiliation au régime de sécurité sociale).

12 Règlement (CEE) 1408/71, art. 22 § 2 (formulaire E112).

13 Lorsque les soins sont intégralement pris en charge, comme dans le cas des Services Sanitaires Nationaux (modèle Beveridge) en Italie ou au Royaume-Uni par exemple, ils le seront aussi pour le patient qui effectue un séjour temporaire.

Deux étapes seront envisagées : la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (1) et la proposition de directive sur les soins de santé transfrontaliers¹⁴ (2).

La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne.

Un des motifs souvent avancé par les États membres, pour justifier l'exclusivité de leurs compétences en matière sanitaire (et donc l'incompétence *ratione materiae* de l'Union européenne), consiste à soutenir que les soins de santé ne sont pas, au sens du Traité¹⁵, des prestations de nature économique car ils ne sont pas rendus contre rémunération. S'agissant d'un service social, il ne serait dès lors pas possible d'appliquer, au domaine de la santé, les règles sur le marché intérieur qui présupposent, au contraire, un échange économique. En réalité, l'argument n'est pas convaincant puisque la demande de remboursement, qu'elle concerne des soins effectués sur place ou à l'étranger, implique une contreprestation pécuniaire : la gratuité¹⁶ de certains soins ne signifie pas qu'ils n'ont pas un coût¹⁷.

Ainsi en décidera la Cour de Luxembourg dans deux arrêts retentissants de 1998¹⁸, où il sera jugé que l'application des

14 La proposition de directive du Parlement européen et du Conseil du 2.7.2008 : COM (2008) 414 final (<http://ec.europa.eu/health/ph-overview/>).

15 Art. 57 TFUE.

16 En réalité la gratuité a un domaine d'application plutôt limité puisqu'elle ne s'applique qu'à certaines catégories de personnes particulièrement défavorisées; la plupart du temps, il faut en effet payer un ticket modérateur, c'est-à-dire un faible pourcentage du coût réel de la prestation.

17 Ce coût est d'ailleurs de plus en plus insoutenable et toutes les réformes sanitaires entreprises au niveau national ont eu pour but de contenir le financement publique à travers la fixation anticipée de plafonds de dépenses et le contrôle des coûts de production en agissant sur la demande de soins et en introduisant des mécanismes de concurrence « administrée » (accréditation des établissements de santé, certification des normes et procédures de soins, ...), v. L. KLESTA DOSI, *Assistenza sanitaria e tutela del cittadino, Modelli privatistici e orizzonte europeo*, Giappichelli ed., 2008, p. 69ss.

18 Les affaires C- 158/96, *Kohll* (Recueil, 1998, p. I-1931) et C- 120/95, *Decker* (Recueil,

règles communautaires (liberté de circulation des services et des marchandises) au secteur des soins de santé s'oppose à ce qu'un système national de sécurité sociale ne prenne en charge que les prestations délivrées sur le territoire d'origine du demandeur.

En reconnaissant la qualification de services au sens du *Traité*¹⁹ et ce, indépendamment de l'intervention d'un tiers payant (le système de sécurité sociale)²⁰, les juges ont admis le droit au remboursement de soins effectués à l'étranger à condition que les prestations en cause soient prises en charge par le pays du demandeur. Ce faisant, ils ont mis en œuvre le principe de libre circulation des services, la prise en considération de la législation sociale du pays du demandeur ayant eu pour but de délimiter le domaine d'application de cette liberté²¹. Toute éventuelle entrave ne peut être légitime que pour des raisons d'intérêt général, comme par exemple, l'équilibre financier des systèmes de sécurité sociale et le maintien de l'accès généralisé au service public hospitalier.

1998, p. I-1831), concernaient deux assurés luxembourgeois qui se sont vu refuser, par leur caisse d'assurance maladie, le remboursement de prestations de santé effectuées à l'étranger (traitement d'orthodontie en Allemagne pour M. Kohll et achat de lunettes en Belgique pour M. Decker) sans autorisation préalable.

- 19 La Cour a également reconnu qu'il n'était pas nécessaire que le service soit payé par celui pour lequel il a été établi (c'est-à-dire le patient/bénéficiaire) pour entrer dans la catégorie des services, v. *Affaire C- 157/99, Smits et Peerbooms (Recueil, 2001, p. I-5473)*.
- 20 L'art. 50 TCE (applicable à l'époque des faits) n'exige pas que le service soit payé par le bénéficiaire et s'il est vrai qu'il n'y a pas de rétribution directe, le médecin/hôpital reçoit quand même une contrepartie économique de la part de l'organisme de sécurité sociale avec lequel il est conventionné; c'est notamment le cas lorsque le système de soins est financé par les cotisations sociales (système dit Bismarck du nom du chancelier allemand qui, le premier, a institué, pour certaines catégories de travailleurs, l'accès gratuit aux prestations sociales dont la protection de la santé), v. *Affaire C- 385/99, Müller-Fauré et Van Riet, (Recueil, 2003, p. I-4503)*. Par la suite, la Cour a confirmé que la qualification de services ne dépend pas de la nature du régime d'assurance maladie (remboursement, prestation en nature ou service national de santé), v. *affaire C- 372/04, Watts (Recueil, 2006, p. I-4325)*.
- 21 Il s'agit donc d'une approche inverse à celle dégagée par les règlements de coordination des régimes de sécurité sociale.

Enfin, la Cour, appelée à se prononcer sur la distinction entre soins ambulatoires et soins hospitaliers²², a jugé que le système d'autorisation préalable prévu par le règlement 1408/71 ne pouvait être justifié que pour des prestations nécessitant une hospitalisation, étant entendu qu'une autorisation doit être accordée si des soins appropriés ne peuvent être délivrés dans un délai raisonnable (en général six mois).

Cette jurisprudence permet aux patients de choisir entre deux modalités de remboursement : le règlement (CEE) 1408/71 aux tarifs de l'Etat de séjour, et l'art. 57 du Traité à ceux de l'Etat d'origine. La perspective ainsi ouverte est toutefois mesurée puisque d'une part, les Etats ne sont contraints à rembourser que les prestations prévues dans leur législation nationale et aux tarifs qu'ils ont fixés et que d'autre part, ils peuvent établir des plafonds, en adoptant des critères objectifs et non discriminatoires sans référence au lieu de délivrance de la prestation.

La proposition de directive sur l'assistance médicale transfrontalière

Il s'agit d'un projet de directive sectorielle qui, tout en étant fondé sur les acquis récents de la jurisprudence, a pour but de définir un cadre juridique clair et transparent afin d'éliminer les complexités qui peuvent résulter : du manque d'uniformité dans l'interprétation de la jurisprudence de la Cour de Luxembourg, du caractère non exclusif des deux modalités de remboursements²³ et

22 Les soins hospitaliers, à la différence des soins ambulatoires, nécessitent un séjour d'au moins une nuit dans un hôpital, et sont donc soumis à une planification préalable.

23 Le patient peut ainsi se faire rembourser sur la base du règlement communautaire par le régime de base et, pour les régimes complémentaires, demander un remboursement sur facture à concurrence du montant remboursé dans le cadre national ; il existe en outre la possibilité d'obtenir un complément différentiel lorsque la prise en charge dans le cadre national est plus élevée que celle prévue au titre du règlement 1408/71, v. affaire C- 368/98, *Vanbraeckel* (Recueil, 2001, p. I-5363).

de l'incertitude pesant sur des notions clef comme celle de délai raisonnable ou de soins ambulatoires et hospitaliers.

L'initiative s'inscrit aussi dans le cadre du processus général de libéralisation des services prévu à la Directive 2006/123/CE²⁴ ; l'exclusion des soins de santé du domaine d'application de la norme communautaire, exclusion justifiée par la présence d'un système de sécurité sociale²⁵, exigeait une réponse forte pour rappeler les fondements solidaires du droit à la protection de la santé. Se posait ainsi un problème de coordination avec le règlement (CEE) 1408/71 et avec le secteur des Services d'intérêt général dont font partie les systèmes de santé publique²⁶.

Du point de vue de la méthode, soulignons que la proposition se fonde tant sur le principe de la compétence reconnue aux États membres (art. 152 § 5 TCE) que sur les critères adoptés pour l'établissement et le fonctionnement du marché intérieur ; parmi ceux-ci, on retiendra en particulier, le « niveau de protection élevé en tenant compte notamment de toute nouvelle évolution basée sur des faits scientifiques », comme base à toute initiative de la Commission (art. 95 § 3 TCE)²⁷. Cela signifie que l'action

24 Aussi connue sous le nom de son promoteur *Bolkestein*, ancien commissaire au marché intérieur (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/>).

25 Dans la Directive sur les services, toute la réglementation part du présupposé qu'il y a une simple relation entre un consommateur et un fournisseur ; comme cela est bien connu, dans la relation de soins, il y a de nombreuses interactions au niveau institutionnel dérivant du caractère social du droit à la protection de la santé (*market failures*); il en découle un système très complexe de régulation des prix, du contenu et du volume des soins à fournir entre les financeurs et les prestataires de services pour éviter le phénomène bien connu de l'induction à la demande.

26 Libre blanc sur les Services d'intérêt général COM/2004/374 final (<http://eur-lex.europa.eu/>) ainsi que la Communication de la Commission Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne – Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne COM (2006) 177 final (http://ec.europa.eu/employment_social/).

27 La proposition date de 2008, c'est-à-dire avant l'entrée en vigueur du Traité modi-

communautaire, dans le domaine de la santé, peut imposer à un Etat d'adapter son régime national afin que ses ressortissants puissent effectivement exercer les libertés fondamentales reconnues par le Traité²⁸, étant entendu qu'une telle action ne peut excéder ce qui est nécessaire à la réalisation de l'objectif (principes de subsidiarité et de proportionnalité).

S'agissant du contenu de la proposition, les rédacteurs se sont attachés à lier les aspects sociaux de la protection aux défis économiques que représentent les nouvelles technologies de santé pour promouvoir un accès universel à des soins de qualité sur la base de l'équité et de la solidarité²⁹.

Trois axes principaux ont été dégagés et concernent :

1. Des principes communs pour tous les systèmes de santé de l'Union afin que le patient puisse choisir en toute confiance son « fournisseur » de soins et bénéficier d'une continuité des soins³⁰ et, en cas de préjudice, de mécanismes d'indemnisation³¹; c'est l'information qui est avant tout privilégiée pour pallier une éventuelle insécurité juridique au niveau des compétences ; les Etats membres doivent donc définir, de commun accord, l'étendue de leur responsabilité ;

ficatif de Lisbonne qui n'a, toutefois, eu aucune incidence sur la base juridique de la proposition, mais la numérotation des articles a changé ; c'est ainsi que l'art. 152 § 5 TCE est devenu l'art. 168 § 7 TFUE et l'art. 95 § 3 TCE est devenu l'art. 114 § 3 TFUE.

28 Dans certaines situations, les soins requis peuvent être mieux dispensés dans un autre Etat membre du fait de sa proximité, de la nature spécialisée des soins ou de l'incapacité du pays concerné à les fournir, v. Document de travail des services de la Commission accompagnant la proposition de Directive – Résumé de l'impact SEC (2008) 2164 (<http://eur-lex.europa.eu/>).

29 COM (2008) 415 final (<http://ec.europa.eu/health/>).

30 La continuité des soins requiert le transfert de données sanitaires, en particulier du dossier médical, et nécessite l'application de mesures en vue d'assurer la protection des données à caractère personnel.

31 Dans environ 10% des cas, les soins dispensés entraînent un préjudice.

2. Un cadre spécifique pour le remboursement des soins transfrontaliers ; il s'agit de préciser les règles applicables étant entendu que : tous les soins ambulatoires peuvent être dispensés dans n'importe quel pays, jusqu'à concurrence du montant remboursé par le système du pays d'origine ; il en est de même pour les soins hospitaliers, à charge pour l'Etat voulant se prévaloir du système de l'autorisation préalable, de rapporter la preuve que le flux sortant de patients porte une atteinte grave à la planification de son secteur hospitalier. Dans tous les cas, l'Etat d'origine du patient peut imposer les mêmes conditions que celles applicables au niveau national (obligation de consulter un médecin généraliste, ...).

Une coopération européenne accrue en matière de soins de santé ; celle-ci concerne, en particulier, les réseaux de référence européens³² et l'évaluation des technologies médicales³³. Ce sont des domaines où des économies d'échelle peuvent être dégagées par une action coordonnée de tous les Etats membres ; cette dernière peut avoir pour objet une planification conjointe ou une reconnaissance mutuelle de procédures ou de normes afin de favoriser la diffusion des bonnes pratiques basées sur les technologies de la santé.

Ces trois priorités s'inscrivent dans un cadre communautaire global où le souci de cohérence avec les autres politiques de l'Union est essentiel. La proposition de directive s'avère ainsi pleinement compatible non seulement avec le règlement (CEE) 1408/71 qu'elle complète, mais également avec le système relatif à la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (médecins, professions paramédicales, ...) ³⁴ et celui en matière de

32 Le but est de fournir, à un coût abordable, des soins qui requièrent une concentration particulière de ressources ou de compétence. De tels réseaux peuvent également constituer des centres de liaison en matière de recherche médicale.

33 L'objectif consiste à fournir en temps utile des informations fiables et transparentes portant sur l'efficacité des technologies de la santé. La création d'une base de données au niveau européen favoriserait la diffusion des bonnes pratiques.

34 La directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications profession-

protection des données personnelles³⁵, de santé en ligne (*e-health*)³⁶ et d'égalité de traitement sans distinction de race³⁷.

Outre le but de « codification » de la jurisprudence de la Cour de justice, la proposition se veut donc innovatrice puisqu'elle prend en compte la spécificité des soins de santé (complexité technique, aspects sociaux, importance du financement public) tout en l'intégrant dans un cadre de valeurs conformes à l'acquis communautaire (interdiction des discriminations, protection de la santé³⁸, ...). S'il est prévisible que, dans un premier temps, les coûts des traitements engendrés par l'assistance transfrontalière augmentent, ceux-ci devraient par la suite diminuer dans la mesure où ils seront associés à une plus grande sécurité juridique (l'insécurité étant source d'inefficience).

nelles (*JOUE L 255*, 30.9.2005, p. 22) se veut promotrice d'un système général de reconnaissance des diplômes fondé sur une définition communautaire de la profession réglementée. Dans le secteur de la santé, l'objectif est d'ouvrir l'accès des professions en élargissant le cercle des bénéficiaires potentiels du monopole afin qu'ils puissent réellement exercer leur droit de libre circulation dans l'espace communautaire (droit d'établissement et/ou libre prestation des services)

35 La directive 95/46/CE relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (*JOCE L 281*, 23.11.1995, p. 31) et la directive 2002/58/CE concernant le traitement des données à caractère personnel et la protection de la vie privée dans le secteur des communications électroniques (*JOUE L 201*, 31.7.2002, p. 37).

36 La directive 2000/31/CE relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information (in *JOCE L 201*, L. 178, 17.7.2000, p. 1).

37 La directive 2000/43/CE relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique (*JOCE L 182*, 19.7.2000, p. 22).

38 La Charte européenne des droits fondamentaux (<http://europarl.europa.eu/charter/>) énonce un certain nombre de principes en matière de dignité, libertés, égalité, solidarité, citoyenneté, justice, parmi lesquels le droit pour « toute personne d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union » (art. 35).

Observations conclusives

L'assistance médicale transfrontalière ne représente actuellement qu'environ 1% des dépenses globales de santé, mais elle est l'objet d'un important défi à court et moyen terme : elle devrait non seulement enregistrer une croissance régulière, mais surtout elle symbolise les enjeux d'une « économie sociale de marché »³⁹ qui fait, idéalement, coexister une réglementation aussi près que possible des marchés et la sauvegarde des principes généraux en matière de services d'intérêt général (universalité, transparence, accessibilité des tarifs, non-discrimination, continuité, ...).

Se fondant sur le caractère dynamique de la distinction entre activités économiques et non économiques, la proposition de directive favorise l'intégration européenne, sur base sectorielle, à travers la coordination de réseaux nationaux, tout en laissant aux Etats membres le soin de définir et de mettre en œuvre leur politique conformément aux besoins qui prévalent à l'échelon national. Le principe (d'intérêt général) de l'accès universel aux soins de santé est donc intégré, au niveau de la délivrance des soins transfrontaliers et conformément au principe de subsidiarité, par des mécanismes souples (échange et diffusion des bonnes pratiques, étalonnage des performances) régulés par l'Union européenne et fondés sur des critères d'efficacité économique.

³⁹ Rapport concernant la consultation sur le livre vert relatif aux services d'intérêt général, SEC (2004) 326 (<http://ec.europa.eu/trasparency/regdoc/rep/>).