

Rita Baeten

Soins de santé : après la Cour, les décideurs politiques entrent dans le jeu

Début 2004, un signal général semble avoir été donné dans les milieux européens pour prendre des initiatives visant les systèmes nationaux de soins de santé. Le coup d'envoi est venu de la Direction générale (DG) Marché intérieur de la Commission européenne, avec la proposition de directive sur les services dans le marché intérieur (CCE, 2004a). Cette directive générale horizontale, dans sa version 2004 ⁽¹⁾, vise à éliminer les obstacles aux échanges pour les services entre les États membres. Elle devrait donc s'appliquer explicitement aux services de soins de santé. La DG Concurrence a suivi le mouvement en lançant ses idées sur l'abolition des restrictions à la concurrence pour les professions libérales et en s'attaquant aux règles en vigueur sur la fixation des prix, les prix recommandés, la publicité, les exigences à l'entrée et les droits réservés (CCE, 2004b). Dans le même temps, des propositions sur les aides d'État ont concerné notamment les règles sur les subventions dans le secteur des soins de santé. Enfin, les ministres Écofin ont discuté pour la première fois, lors d'un déjeuner de travail, des problèmes posés par les dépenses de santé et leur impact sur l'avenir des finances publiques.

¹ Nous nous référons, dans l'ensemble de cette contribution, à la directive sur les services dans le marché intérieur telle que présentée par M. Bolkestein le 13 janvier 2004 (CCE, 2004a). Rappelons que le sommet de printemps de mars 2005 a estimé que « *la rédaction actuelle de la proposition de directive ne répond pas pleinement aux exigences, le Conseil européen demande que tous les efforts soient entrepris dans le cadre du processus législatif pour dégager un large consensus répondant à l'ensemble de ces objectifs* » (Conseil européen, 2005 : point 22).

Ces évolutions marquent le début d'une phase nouvelle. Pendant de nombreuses années, les États membres ont veillé jalousement à ce que les politiques communautaires n'interfèrent pas avec leurs systèmes nationaux de soins de santé. Progressivement, ils ont pris conscience du fait que même si l'UE n'exerce officiellement aucune responsabilité dans le domaine des soins de santé, la législation communautaire adoptée dans d'autres domaines, en particulier le marché intérieur, a un impact sur les systèmes nationaux de soins de santé. La Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) ayant défini la prestation de soins de santé comme une activité économique, en 1998, les ministres de la Santé de l'UE ont tenté de parvenir à un accord sur la réponse politique à donner aux problèmes que cette jurisprudence pouvait créer. Entre-temps, les acteurs du marché unique européen et les responsables du droit de la concurrence ont repris l'initiative et lancé des propositions politiques juridiquement contraignantes visant à appliquer les principes du marché dans le secteur des soins de santé. Les acteurs sociaux et de la santé se trouvent donc sur la défensive. Les pouvoirs publics responsables des soins de santé sont plus conscients que jamais des risques inhérents à ces évolutions. Ils craignent de perdre leur capacité de piloter leur propre système de soins de santé sans que, pour autant, l'Union n'ait repris la responsabilité de garantir à tous les citoyens un accès égal à des soins de qualité. En réponse, les ministres de la Santé ont convenu pour la première fois d'établir au niveau de l'UE un mécanisme permanent pour discuter des questions de soins de santé et pour renforcer la coopération dans ce domaine, en appliquant la méthode ouverte de coordination (MOC). En outre, ces développements ont mis à l'avant-plan le débat sur la définition d'un rôle spécifique pour les services sociaux et de santé d'intérêt général. Dans cette contribution, nous examinerons les évolutions qui ont eu lieu en 2004, en commençant par les initiatives prises par les acteurs économiques, puis celles des acteurs sociaux et de la santé, avant de tirer certaines conclusions.

1. Les acteurs économiques font monter la pression

Dès le début de 2004, le ton pour les discussions sur les soins de santé est donné. Au premier trimestre, les Commissaires responsables du marché intérieur, de la concurrence et des affaires économiques et

monétaires rivalisent d'initiatives pour lancer des propositions et des débats visant les services de soins de santé et les systèmes nationaux de soins de santé. Mais les hypothèses de base sur lesquelles se fondent les différentes initiatives politiques ne semblent pas toujours très cohérentes, comme nous le verrons. Certaines lignes politiques paraissent même plutôt contradictoires, y compris entre acteurs économiques.

1.1 L'inclusion de la santé dans la proposition de directive sur les services

Le premier mouvement est indubitablement l'œuvre de la DG Marché intérieur de la Commission. Celle-ci lance le 13 janvier 2004 sa proposition sur les services dans le marché intérieur (cf. article d'Éric Van den Abeele dans ce volume). Cette directive horizontale, dans sa mouture 2004, devrait s'appliquer dans son intégralité aux services de soins de santé comme à n'importe quel autre type de services commerciaux. En outre, elle contient un article spécifique envisageant la question du remboursement des coûts des soins de santé reçus dans un autre État membre. L'inclusion des services de santé et des services sociaux dans le champ d'application de la directive et les conséquences potentielles d'une telle inclusion provoqueront des réactions sans précédent de la part des pouvoirs publics responsables de la politique de la santé et des organisations concernées. Dans cette section, nous décrirons tout d'abord le contexte politique dans lequel les soins de santé ont été intégrés dans cette proposition. Nous expliquerons ensuite les spécificités du secteur des soins de santé qui justifient une approche distincte. Nous parcourrons les dispositions de la proposition de directive qui sont, potentiellement, les plus problématiques pour le secteur des soins de santé en termes d'insécurité juridique et de dérégulation pour, enfin, tirer quelques conclusions.

1.1.1 Le contexte politique

Telle que proposée par la Commission, la directive est applicable à toute activité économique. Or, la Cour de justice a décidé, dans une série de jugements, que la prestation de soins de santé est une activité économique et que les dispositions du traité sur la libre circulation sont

donc d'application ⁽²⁾. Depuis ces jugements, les États membres examinent la manière de faire face à la situation créée par cette jurisprudence et de respecter les principes de la libre circulation tout en préservant les caractéristiques de leurs systèmes nationaux et leur capacité de les piloter. Ils éprouvent manifestement du mal à intégrer les principes de libre circulation dans les régimes nationaux de soins de santé. À la recherche de réponses politiques au niveau de l'Union, ils avaient créé un processus de haut niveau sur la mobilité des patients, sur lequel nous reviendrons plus tard. Dans le rapport de ce processus de haut niveau, les ministres de la Santé avaient présenté leurs recommandations en décembre 2003 et attendaient la réponse de la Commission, promise pour le printemps 2004 sous la forme d'une communication. Cette communication devait inclure des propositions pour améliorer la sécurité juridique après la jurisprudence de la Cour de justice concernant les droits des patients de bénéficier de soins médicaux dans un autre État membre. La DG Marché intérieur a participé à ce processus de haut niveau, mais elle n'a, à aucun moment, fait part de son intention de lancer la directive sur les services en y incluant les services de soins de santé. Cette directive aborde pourtant de front des questions essentielles discutées au sein du processus de haut niveau, comme le remboursement des coûts des soins reçus dans un autre État membre. En outre, le débat visant à définir la spécificité des services d'intérêt (économique) général, y compris les services de soins de santé, battait alors son plein (voir ci-dessous). La proposition de directive sur les services a donc court-circuité tout ce processus. Aucune tentative n'a été faite pour appliquer une approche spécifique aux services de soins de santé. Les mesures envisagées concernant le secteur de la santé sont même plus radicales que celles qui s'appliquent

² Affaire C-158/96, *Raymond Kohll v. Union des caisses de maladie*, jugement du 28 avril 1998; Affaire C-120/95, *Nicolas Decker v. Caisse de maladie des employés privés*, jugement du 28 avril 1998; Affaire C-157/99, *B.S.M. Geraets-Smits v. Stichting Ziekenfonds VGZ and H.T.M. Peerbooms v. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, jugement du 12 juillet 2001; Affaire C-385/99, *V.G. Müller-Fauré c/ Onderlinge Waarborgmaatschappij O.Z. Zorgverzekeringen UA and E.E.M. Van Riet c/ Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen*, jugement du 13 mai 2003.

à certains services collectifs publics en réseaux tels que la distribution d'électricité et de gaz, les services postaux et les services de distribution d'eau, qui sont partiellement exemptés du champ de la proposition.

Il semble que la DG Marché intérieur n'ait pas apprécié le fait que la plupart des États membres n'ont pas adapté leur législation de manière adéquate aux décisions de la Cour sur le remboursement des soins reçus dans un autre État membre (CCE, 2003a). Par ailleurs, le lobbying d'intérêts commerciaux, tels que les groupes hospitaliers commerciaux et les laboratoires, qui espèrent développer leurs activités au-delà des frontières dans les autres États membres, a incontestablement joué aussi un rôle.

1.1.2 Pourquoi l'inclusion des soins de santé est-elle problématique ?

Le concept sous-jacent de la proposition est qu'un service se produit sur la base d'une simple relation entre un consommateur et un fournisseur. Or, les services de soins de santé font partie de systèmes complexes impliquant des interactions et des liens structurels entre de nombreux acteurs concernés. En outre, dans le secteur des soins de santé, à côté des consommateurs et des fournisseurs, intervient un troisième acteur, essentiellement public, qui paie la plus grosse partie de la facture. Par conséquent, les mécanismes de fixation des prix basés sur la relation entre l'offre et la demande ne fonctionnent pas dans ce secteur. C'est pourquoi les organismes de financement des dépenses de santé concluent des accords avec les prestataires de soins de santé sur le prix, le contenu et le volume des soins de santé fournis à leurs patients. Ces conventions sont destinées à empêcher les fournisseurs de soins d'orienter la demande dans leurs seuls intérêts et d'éviter le recours à des services médicaux inutiles ou plus coûteux que nécessaire en raison du fait que ce n'est pas le patient mais l'organisme de financement qui supporte la plus grande partie des coûts.

L'asymétrie dans l'information entre les patients et les fournisseurs de soins de santé constitue une autre caractéristique spécifique du secteur des soins de santé. Les soins de santé sont, en effet, de plus en plus complexes et les patients manquent en général des connaissances nécessaires pour prendre une décision informée sur les soins dont ils

ont besoin et sur la qualité et l'efficacité des services qu'ils reçoivent. Comme les fournisseurs de soins de santé peuvent avoir d'autres intérêts que ceux des patients, l'asymétrie dans l'information peut rendre la relation très précaire. Du fait qu'il est difficile pour les patients d'évaluer leurs propres besoins de manière correcte et en temps voulu, les pouvoirs publics doivent apporter ces garanties.

En outre, l'accès à des soins de santé de haute qualité est considéré en Europe comme un droit fondamental. Les systèmes européens des soins de santé sont donc basés sur des principes de solidarité sociale et de couverture universelle et sont intégrés dans des systèmes de protection sociale. La prestation de soins de haute qualité également accessibles à tous est considérée comme une tâche essentielle des pouvoirs publics. Pour pouvoir garantir cet accès, des montants considérables d'argent public sont investis dans le secteur. Ces systèmes bénéficient d'un large soutien dans l'opinion.

Pour toutes ces raisons, les pouvoirs publics doivent disposer d'instruments juridiques qui leur permettent de garantir l'utilisation la plus efficace des budgets limités disponibles, de maintenir les prix à un niveau peu élevé, de guider les choix entre des traitements comparables et de garantir à tous l'accès à des soins de qualité. Nous allons à présent illustrer de quelle manière la proposition de directive « services » pourrait mettre sous pression le nécessaire pouvoir de régulation de l'autorité publique.

1.1.3 L'impact potentiel sur les systèmes de soins de santé

Telles que rédigées par la Commission, les dispositions de la directive consacrées à la liberté d'établissement obligent les États membres à simplifier ou à supprimer un grand nombre d'autorisations et de procédures de licence, et à limiter le nombre de documents requis pour accéder à l'activité de prestation de services de soins de santé ainsi que pour l'exercice d'une profession médicale. Les États membres devraient se livrer à un exercice de filtrage pour identifier et évaluer les procédures et les conditions imposées aux fournisseurs de soins de santé. Ils devraient en effet vérifier si ces exigences n'introduisent pas de discriminations et si elles sont nécessaires et proportionnelles. Si tel n'est pas le cas, les conditions litigieuses devraient être modifiées ou abolies. Les conditions qui doivent faire l'objet de cet examen sont

notamment les instruments de base utilisés par les autorités des soins de santé. Mentionnons à cet égard les règles de planification de l'offre de soins, nécessaires pour en garantir une répartition géographique équilibrée, le mécanisme de fixation des prix, garantissant des prix abordables, la forme juridique du fournisseur de soins de santé comme l'obligation d'être une organisation sans but lucratif, les normes de personnel dans les institutions de soins de santé et les systèmes de prescriptions. Après l'entrée en vigueur de la directive, les États membres ne seraient plus en mesure d'introduire la moindre exigence nouvelle de ce type, sauf si la nécessité s'en faisait sentir en raison de circonstances nouvelles. La Commission examinerait la compatibilité de toute nouvelle exigence avec le droit communautaire et pourrait demander aux États membres de s'abstenir d'adopter une exigence ou de l'abolir. Il n'est pas précisé comment les critères de non-discrimination, de proportionnalité et, surtout, de nécessité s'appliqueraient au secteur des soins de santé. Quelles seraient les règles acceptées parce que justifiées par une raison impérieuse d'intérêt général? En l'absence de réponse à ce type de questions, les dispositions de la directive sont susceptibles de créer une insécurité juridique considérable pour les autorités des soins de santé.

La Commission serait compétente pour obliger les autorités nationales des soins de santé à abolir ou à modifier des réglementations. Or, si elle peut contrôler la conformité avec le marché intérieur des règles en matière de soins de santé, elle ne peut, en revanche, vérifier si ces règles sont nécessaires et efficaces pour la réalisation de leurs objectifs de base, à savoir garantir à leurs citoyens des services de haute qualité accessibles à tous. En d'autres termes, la Commission ne pourrait donc reprendre à son compte les responsabilités et les obligations des États membres, mais le niveau national perdrait quant à lui sa capacité à piloter le système.

Les dispositions de la directive sur la libre prestation des services introduisent des règles pour les fournisseurs de services qui souhaitent proposer temporairement des services dans un autre État membre. Parmi ces règles : le principe du pays d'origine. Selon ce principe, les fournisseurs devraient être autorisés à fournir des soins dans un autre État membre sans être soumis aux dispositions nationales de cet État,

mais seulement aux règles de l'État membre où ils sont établis. Ce principe s'appliquerait, par exemple, aux dispositions relatives à l'accès et à l'exercice de la prestation de soins, en particulier aux exigences régissant le comportement du prestataire de soins, la qualité ou la nature des soins, la publicité, les contrats et la responsabilité du fournisseur de soins. Ainsi, les États membres ne pourraient pas imposer aux fournisseurs de soins établis dans un autre État membre l'obligation de faire une déclaration ou une notification aux autorités compétentes, ou d'appliquer des clauses contractuelles spécifiques entre le fournisseur de soins et le bénéficiaire, ou de posséder une pièce d'identité délivrée par son autorité compétente en termes d'exercice de l'activité de service. Les États membres ne pourraient pas interdire aux fournisseurs de soins d'établir une infrastructure telle que des bureaux avec des cabinets de consultation. La proposition ne précise pas clairement dans quelle mesure l'exercice des professions médicales réglementées (médecin, infirmier, pharmacien, sage-femme) serait exempté de ce principe. Cela dépend aussi des résultats des négociations sur la révision de la législation sur la reconnaissance des qualifications professionnelles ⁽³⁾.

De nombreuses questions essentielles restent sans réponse. Si un prestataire fournit des soins de santé sur une base temporaire dans un autre État membre, le système de protection sociale du pays d'accueil doit-il financer ces soins ? Et, si oui, selon quel tarif et à quelles conditions ? Si un prestataire fournit par exemple des produits pharmaceutiques ou des tests de laboratoire, quels prix faut-il pratiquer ? Quelles sont les règles à appliquer en matière de publicité, de prescriptions, de qualité et d'information des patients ? Si la mouture 2004 de cette proposition était adoptée, les fournisseurs de soins de

³ La proposition de la Commission de directive cadre relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, lancée en 2002 (CCE, 2002) instaurait également le « principe du pays d'origine », permettant la fourniture temporaire de services par des professionnels (réglementés) de la santé sur la base de la législation du pays d'établissement. Ce concept a fait l'objet d'intenses discussions au sein du Parlement européen et du Conseil, qui ont conduit à l'introduction de restrictions à ce principe, en particulier pour les professions ayant un impact sur la santé publique ou la sécurité publique (Conseil de l'Union européenne, 2004a et Parlement européen, 2004).

santé établis dans un État membre qui impose des conditions moins strictes à la prestation de soins de santé pourraient, sur la base de la législation de cet État membre, fournir des soins dans d'autres États membres et y concurrencer les fournisseurs de soins établis dans ces États d'accueil qui doivent, pour leur part, satisfaire à des exigences légales plus sévères. Cela provoquerait une discrimination et créerait une pression sur les réglementations en vigueur dans les États membres d'accueil pouvant entraîner une spirale de déréglementations. Les États membre qui ont opté pour une fourniture davantage privée et marchande des soins de santé pourraient aisément exporter ces éléments de privatisation vers d'autres pays.

Selon la proposition initiale de directive, l'État membre d'origine est également responsable de la supervision du fournisseur et des soins fournis à l'étranger. En dehors de la question de la faisabilité de la supervision par l'État membre d'origine, nous pouvons mettre en doute la légitimité et la motivation d'un pouvoir public de contrôler des services de soins de santé fournis à l'étranger à des citoyens d'un autre État membre. Les autorités de l'État membre d'origine n'ont pas à rendre compte de leur conduite aux citoyens de l'État membre d'accueil qui reçoivent les soins.

Les États membres doivent également veiller à ce que les patients puissent obtenir dans leur État de résidence une information sur la législation applicable dans d'autres États membres en matière d'accès et d'exercice des activités des services (de soins de santé). Or, les systèmes de soins de santé sont extrêmement complexes et il n'est déjà pas facile de faire comprendre aux citoyens le système de leur propre pays. Demander à un citoyen de comprendre les systèmes de vingt-cinq pays, tous potentiellement opérationnels sur le territoire de son pays, et attendre de lui qu'il fasse un choix informé entre fournisseurs est totalement inconcevable. Sans compter le fait que les patients ont besoin de cette information à un moment où, ayant besoin de soins, ils sont dans une position de vulnérabilité et de dépendance.

L'article 23 de la proposition de directive définit les conditions dans lesquelles les systèmes nationaux de sécurité sociale doivent rembourser les coûts de soins médicaux reçus dans d'autres États membres. Les dispositions proposées sont basées sur la jurisprudence de la Cour de

justice. Toutefois, alors que les États membres se plaignent de l'absence de sécurité juridique qui découle des décisions de la Cour, la proposition de directive n'apporte pas de clarté en la matière. Les conditions et les formalités que les organismes de financement des soins de santé peuvent imposer pour le remboursement des soins ambulatoires reçus à l'étranger ne sont pas clarifiées. La distinction entre soins ambulatoires et soins hospitaliers n'est pas clairement définie. La relation entre la proposition de directive et le règlement 1408/71 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, y compris les règles sur la prise en charge des coûts des soins de santé reçus à l'étranger, n'est pas claire. Il n'est pas précisé si les organismes de financement peuvent appliquer des taux de remboursement différents pour les soins conventionnés et les soins non conventionnés (AIM, 2004).

La proposition de directive lève également les interdictions de la publicité pour les professions (des soins de santé) réglementées. Toutefois, la publicité vise à renforcer la concurrence et pas nécessairement à promouvoir des soins de meilleure qualité au meilleur prix.

Il apparaît donc que la proposition initiale de la Commission ne tient pas compte de la spécificité du secteur des soins de santé, où des réglementations sont nécessaires pour corriger les imperfections du marché et pour garantir la possibilité pour tous les citoyens d'accéder à des soins de haute qualité. Cette proposition ne tient pas davantage compte de l'implication d'une tierce partie dans le secteur des soins de santé, à savoir l'organisme de financement (public) des services de santé. Cet organisme doit être en mesure d'imposer aux fournisseurs un comportement efficace en matière de coûts pour assurer la viabilité financière du système. Le texte de la Commission créerait une incertitude juridique pour les pouvoirs publics, les fournisseurs de soins et les patients et pourrait conduire à une déréglementation dans ce secteur où la réglementation constitue un élément crucial pour le contrôle de la qualité et des coûts. Une telle déréglementation pourrait à son tour conduire à des comportements de surexploitation commerciale de la part des fournisseurs de soins et donc à des prix plus élevés, à la fourniture de davantage de soins inutiles ou inutilement spécialisés. Les organismes de financement (publics) perdraient le contrôle relatif à leurs

dépenses, ce qui serait préjudiciable à la viabilité financière des systèmes nationaux de soins de santé et aux objectifs de politique macroéconomique de l'UE.

1.2 Règles sur les aides d'État pour les services (de santé) d'intérêt général

À peu près au même moment où la directive services était proposée, la DG Concurrence de la Commission lançait des propositions régissant les aides d'État ⁽⁴⁾ (le « paquet Monti »). Ce « paquet » comprenait notamment une proposition de décision de la Commission et un projet de cadre communautaire pour les aides d'État sous la forme d'une compensation de service public (CCE, 2004c et 2004d). L'aide d'État qui fausse la concurrence dans le marché commun est interdite par le traité CE. Toutefois, le traité permet des exemptions à cette interdiction lorsque les formules d'aide proposées peuvent avoir un effet bénéfique pour l'Union dans son ensemble. Les dispositions proposées visent à renforcer la sécurité juridique pour les États membres et pour les entreprises chargées du fonctionnement de services d'intérêt général en précisant les conditions dans lesquelles une compensation pour service public constitue une aide d'État compatible avec le marché commun, conformément au traité CE, parce que nécessaire au fonctionnement d'un service d'intérêt économique général (SIEG).

La proposition de décision s'appliquerait aux services qui constituent des services d'intérêt économique général dans tous les secteurs régis par le traité CE. Les règles proposées s'appliqueraient, d'une part, à des compensations d'un montant limité octroyées à de plus petites entreprises fournissant des SIEG et, d'autre part, aux hôpitaux et aux sociétés de logement social chargés de tâches impliquant des SIEG. Le projet de décision établit les conditions pour l'octroi, la compensation et la transparence de l'aide d'État accordée. Si l'aide est octroyée conformément à ces critères, elle est considérée comme compatible avec le traité, et l'intention d'octroyer cette aide est exonérée de l'exigence de notification préalable à la Commission. Par ailleurs, la proposition de cadre communautaire fixe les conditions dans lesquelles

⁴ http://europa.eu.int/comm/competition/state_aid/others/.

une aide d'État à d'autres entreprises chargées de SIEG est conforme au traité. Elle s'applique donc aux SIEG de plus grandes dimensions qui ne sont ni des hôpitaux ni des sociétés de logement social. Ces aides d'État restent soumises à l'obligation de notification préalable à Commission.

Ces propositions ont été soumises pour consultations informelles aux États membres, au Parlement européen et aux autres acteurs impliqués. La Commission comptait adopter ces propositions pour le mois de juillet 2005. Le but est donc de fixer des critères d'exemption aux règles sur la notification des aides d'État, applicables en principe aux SIEG concernés. Néanmoins, en pratique, les exigences de notification n'étaient jusque-là pas appliquées aux SIEG et certainement pas aux services de soins de santé. Pour la première fois, ces règles sur les aides d'État étaient explicitement appliquées aux services de soins de santé. Et donc pour la première fois, une législation européenne concernant le secteur des soins de santé était basée sur les articles du traité relatifs à la concurrence (article 86), c'est-à-dire aux dispositions du traité qui servent de base à la libéralisation du marché. Ce fait a renforcé la prise de conscience et les craintes des États membres de voir les soins de santé définis comme une activité économique au sens du traité et, par conséquent, non exemptés des règles du marché commun et de la concurrence.

1.3 Davantage de concurrence dans les professions libérales

Durant la même période, le Commissaire Monti a également lancé le débat sur l'abolition des restrictions injustifiées à la concurrence pour les professions libérales (CCE, 2004b). Les réglementations potentiellement restrictives visées ici portent sur la fixation des prix, les prix recommandés, la publicité, les exigences à l'entrée et les droits réservés, les règles régissant les structures professionnelles et les pratiques multidisciplinaires dans les professions libérales. Dans son rapport, la Commission invite les États membres, les professions concernées et leurs instances de régulation à modifier ou à supprimer les restrictions à la concurrence dans ces professions libérales, sauf si des considérations d'intérêt public ne les justifient clairement. Elle suggère également d'explorer avec tous les acteurs concernés la nécessité de mettre en place des mécanismes d'accompagnement favorables à la concurrence et qui accroissent la transparence. À partir

de mai 2004, la mise en œuvre administrative des règles communautaires de concurrence dans les professions libérales est devenue essentiellement la tâche des autorités nationales de la concurrence. La Commission entendait faire rapport en 2005 sur les progrès accomplis en matière d'élimination des règles restrictives et injustifiées.

Le même discours que celui utilisé pour la proposition de directive sur les services a été utilisé pour mettre en évidence l'importance du secteur des services comme moteur de la croissance dans l'UE et souligner la place importante dans ce contexte des professions libérales. Toutefois, le champ d'application du rapport n'est pas très clair. Il se concentre sur les professions qui ont été analysées jusqu'à présent de manière plus détaillée par la Commission, à savoir les avocats, les notaires, les comptables, les architectes, les ingénieurs et les pharmaciens. Il mentionne que des conclusions similaires pourraient être atteintes au sujet des professions proches éventuelles. Il précise expressément que les professions médicales ne sont pas couvertes par ces dispositions. L'exclusion des professions médicales constitue une différence fondamentale par rapport à la proposition de directive sur les services. Il est intéressant de noter que l'attention accordée à l'exclusion des professions médicales du champ d'action du rapport est limitée à dix mots (CCE, 2004b : 7, point 6) et à une note de bas de page indiquant que l'OCDE est en train d'entreprendre des travaux complémentaires. Aucune justification n'est donnée à cette exclusion des services médicaux. Les arguments en faveur de cette exclusion pourraient très probablement être utilisés de la même manière pour une exclusion des services médicaux de la directive sur les services. Le fait de ne donner aucune justification permet de camoufler les contradictions dans la position de la Commission et les différences d'approche éventuelles entre les DG de la Commission. Par ailleurs, les pharmaciens sont repris dans le champ couvert par le rapport, ce qui suggère que la définition des services médicaux est interprétée de manière plutôt étroite. Aucune justification n'est donnée non plus sur cette distinction entre les pharmaciens et les autres professions médicales.

1.4 Politiques macroéconomiques et soins de santé

Au printemps 2004, les systèmes de soins de santé n'ont pas dû faire seulement face aux initiatives politiques prises dans le contexte du marché intérieur et du droit de la concurrence. Ils ont également dû affronter les responsables des politiques macroéconomiques européennes. Lors d'un petit-déjeuner de travail en marge du Conseil Écofin du 11 mai 2004, les ministres des Finances ont en effet discuté pour la première fois de l'impact des dépenses de santé sur les finances publiques. Cette discussion avait été préparée par le Comité de politique économique (CPE) à partir de janvier 2004, et avait été suivie par un document de la Commission au CPE en mars 2004 (CCE, 2004e). Cette note présente un aperçu des évolutions dans le secteur des soins de santé dans les États membres de l'UE, examine les principaux facteurs de dépenses en soins de santé et étudie les expériences de réformes. Elle indique qu'il existe des arguments très solides en faveur d'une certaine implication du secteur public dans le financement et la prestation de soins de santé à la fois en termes d'efficience et d'équité. Elle montre que les mesures agrégées de maîtrise des coûts visant à contrôler les volumes, les prix et les salaires ont contribué à freiner les dépenses et constituent des éléments clés des stratégies globales de soins de santé pour les États membres. Cette analyse contraste avec les hypothèses de la directive sur les services, hypothèses selon lesquelles moins d'intervention publique et davantage de libre circulation devraient entraîner une amélioration de la qualité et une baisse des prix, y compris pour les services de santé. Les ministres ont convenu qu'une pression considérable à la hausse des dépenses publiques en matière de santé est probable, principalement en raison du vieillissement démographique et des attentes des populations, et que cela poserait un défi en termes de gestion budgétaire. Toutefois, aucune déclaration d'intention claire relative à une action future dans ce domaine n'a été faite.

2. Les acteurs sociaux et de la santé en quête d'une coopération plus étroite

Les initiatives précitées des acteurs économiques ont interagi avec les processus en cours lancés par les acteurs sociaux au niveau européen. Nous examinerons trois processus politiques qui ont ainsi fait débat : la mobilité des patients, l'intégration des soins de santé dans le processus de modernisation de la protection sociale, et la définition des services

sociaux et de santé en tant que services d'intérêt général (voir aussi Baeten, 2003). Les initiatives des acteurs économiques ont influencé dans une large mesure les évolutions dans ces domaines.

2.1 Le processus de réflexion sur la mobilité des patients et les évolutions en matière de soins santé

La question de la mobilité des patients a été mise à l'agenda politique du Conseil Santé essentiellement en raison du fait que les États membres étaient préoccupés par les conséquences d'une série de jugements de la Cour de justice appliquant les règles de la libre prestation des services à la prestation et au remboursement des soins de santé. Le Conseil Santé du 26 juin 2002 avait reconnu que des évolutions comme celles relatives au marché unique avaient un impact sur les systèmes de santé. Ce Conseil avait exprimé le souci que ces évolutions restent compatibles avec les objectifs de la politique de santé des États membres et avec les principes de solidarité, d'équité et d'universalité sur lesquels ces systèmes sont basés. Les conclusions du Conseil avaient invité la Commission à lancer un processus de réflexion de haut niveau sur ces questions. C'était la première fois que les États membres, traditionnellement très réticents à l'idée d'autoriser l'UE à débattre des soins de santé, acceptaient qu'une instance communautaire discute de cette problématique. La prise de conscience que l'Europe avait fait intrusion dans les systèmes de soins de santé par le biais du marché intérieur a sans aucun doute expliqué cette évolution.

Le processus de haut niveau a impliqué les ministres de la santé de 14 États membres ainsi que des groupes de la société civile au niveau européen. Les pays candidats à l'Union ont également participé à la seconde moitié de ce processus. Le 9 décembre 2003 a été présenté le rapport final du processus de réflexion (CCE, 2003b). Il contenait 19 recommandations pour une action au niveau de l'Union, basées autour de cinq thèmes :

- la coopération européenne pour une meilleure utilisation des ressources ;
- les besoins en matière d'information des patients, des professionnels et des autorités publiques ;
- l'accès aux soins et leur qualité ;

- la conciliation des politiques de santé nationales avec les obligations européennes ;
- les questions touchant à la santé, ainsi que le fonds de cohésion et les fonds structurels de l'Union.

Les recommandations comprenaient le développement de systèmes d'information permettant aux États membres de partager les capacités disponibles entre les systèmes nationaux des soins de santé et de faciliter l'achat transfrontalier de services médicaux ou d'autres services de santé ; le développement de propositions pour un cadre pour l'achat transfrontalier de soins de santé ; la coopération pour l'évaluation des technologies de la santé ; l'identification de centres européens de référence pour les traitements de haute technologie ou le traitement de maladies rares ; le développement d'une interprétation commune des droits des patients ; l'approche des problèmes de la protection des données et de la confidentialité dans l'échange de l'information sur les patients entre États membres, ainsi que les questions entourant la fourniture de *e-health services* sur Internet ; l'étude des flux des patients et des professionnels de la santé au sein de l'UE et au plan international, et une analyse de la manière dont l'UE peut contribuer à promouvoir à la fois la qualité et l'accessibilité des soins de santé.

Le rapport invitait la Commission à examiner comment améliorer la sécurité juridique après la jurisprudence de la Cour de justice concernant le droit des patients à bénéficier de traitements médicaux dans un autre État membre. Il soulignait également que les possibilités offertes par le droit dérivé pourraient comprendre une nouvelle actualisation des dispositions en matière de coordination des systèmes de sécurité sociale, des dispositions générales sur la libre circulation des patients ou des éclaircissements spécifiques sur l'application du droit communautaire aux services de santé.

Ce processus de haut niveau avait suscité des attentes considérables. On espérait qu'il définirait des initiatives politiques assurant aux États membres le maintien de leur capacité de piloter l'organisation et le financement de leurs systèmes. Mais le rapport n'a pas véritablement répondu à ces attentes. Il est parvenu à identifier les problèmes en jeu et à susciter la collecte et l'analyse d'informations supplémentaires, mais il

n'a pas avancé de propositions d'action concrète. Il a plutôt invité la Commission à avancer des propositions sur certains des sujets abordés. Plusieurs causes peuvent expliquer cette absence de conclusions politiques claires. Tout d'abord, s'il semblait y avoir un large consensus entre les États membres sur l'analyse des problèmes causés par l'impact du marché intérieur sur les systèmes de soins de santé, ce consensus était bien moindre quant à la manière de résoudre ces problèmes. Certains États membres étaient paralysés à l'idée que leurs systèmes nationaux de soins de santé devraient se conformer à des normes européennes. Ils préféraient des positions plutôt générales sur la nécessité de conserver leurs responsabilités nationales. Ensuite, le résultat des négociations sur la Constitution européenne est apparu de plus en plus manifeste durant le processus de haut niveau. Certains partenaires espéraient que le projet de Constitution offrirait davantage de garanties pour équilibrer les objectifs sociaux et ceux du marché intérieur. *Last but not least*, lors de la phase de rédaction des conclusions finales du processus, la Commission européenne était aux commandes. Même si le processus était coordonné au sein de la DG Santé et Protection des consommateurs, il était clair que la DG Marché intérieur veillerait jalousement à ce que le rapport final ne contienne aucune proposition allant à l'encontre de ses intentions d'inclure la prestation des soins de santé dans sa proposition de directive sur les services dans le marché intérieur. Les États membres participant au processus s'étaient accordés par exemple sur une déclaration énumérant les plus importants instruments politiques qui leur sont nécessaires pour piloter leurs systèmes de soins de santé. La Commission a ajouté à cette liste la formule « *tout en respectant le droit communautaire* ». Les États membres n'ont pas été en mesure de s'opposer à cette formulation, ce qui aurait signifié qu'ils auraient dû présenter des propositions alternatives visant à modifier le droit communautaire alors qu'ils n'étaient pas en mesure de parvenir à un accord sur ce point. Il est clair que la proposition de directive sur les services attendait dans les cartons de la DG Marché intérieur le résultat final du processus de haut niveau. La proposition a été lancée immédiatement après l'approbation du rapport final du processus.

Le 20 avril 2004, la Commission a présenté sa réponse aux recommandations du processus de haut niveau sous la forme d'une

communication sur la mobilité des patients (CCE, 2004f). Cette dernière a été adoptée en même temps qu'une communication sur l'application de la méthode ouverte de coordination (MOC) aux soins de santé et aux soins de longue durée (CCE, 2004g) (voir ci-dessous). Ces deux communications visent à encourager la coopération entre États membres dans le domaine des soins de santé. La Commission propose ainsi une coopération européenne dans les domaines suivants :

- droits et obligations des patients ;
- partage des capacités entre les systèmes de soins de santé et soins transfrontaliers ;
- mobilité des professionnels de la santé ;
- centres européens de référence ;
- évaluation des technologies de la santé.

Ce document propose principalement des actions qui portent sur la collecte des informations, le développement d'une meilleure interprétation et l'établissement d'un état de lieux de la situation. Dans une étape suivante, il propose de définir des objectifs communs pour l'application de la méthode ouverte de coordination à certains thèmes cités. En réponse à la demande de sécurité juridique accrue présentée par les États membres dans les recommandations issues du processus de haut niveau, la Commission renvoie à la proposition de directive sur les services. Elle invite également les États membres à prendre des initiatives pour améliorer la sécurité juridique. En outre, la communication plaide pour une meilleure information et une meilleure connaissance des systèmes de santé et l'identification et l'échange des meilleures pratiques.

Pour conduire ce processus de coopération, la Commission a créé un groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux (CCE, 2004h). Ce groupe était composé de représentants de premier plan des États membres et de la Commission, et pouvait recourir à des experts extérieurs si nécessaire. La DG Sanco (santé et protection des consommateurs) s'est montrée très active pour établir ce groupe de haut niveau dans les plus brefs délais. La vitesse à laquelle cette initiative a été prise reflète la rivalité entre les acteurs « santé » et « sociaux »

européens pour prendre la direction du processus de coopération sur les soins de santé.

Le Conseil Santé des 1^{er} et 2 juin 2004 a salué la mise sur pied de ce groupe de haut niveau, et a invité la Commission à veiller à ce qu'il travaille, lorsque cela s'avère approprié, en coopération avec d'autres instances concernées, en particulier le Comité pour la protection sociale et le Comité de politique économique. Le Conseil Santé a également souligné la nécessité d'examiner comment améliorer la sécurité juridique après la jurisprudence de la CJCE concernant le droit des patients à percevoir un remboursement pour un traitement médical reçu dans un autre État membre. Le Conseil a clairement indiqué que la réponse de la Commission – qui renvoyait la question de la sécurité juridique à la proposition de directive sur les services dans le marché intérieur – ne répondait pas à ces besoins. De nombreux États ont exprimé leurs préoccupations au Conseil s'agissant de l'inclusion des soins de santé dans cette directive sur les services.

Une première note sur les activités du groupe de haut niveau a été envoyée par la Commission au Conseil en décembre 2004 ; elle dressait les priorités de travail pour 2005 (Conseil de l'Union européenne, 2004b). Le groupe de haut niveau peut devenir un instrument important pour la coopération dans le domaine des soins de santé et des soins transfrontaliers. Il pourrait devenir un forum où pourrait se dégager un consensus sur les initiatives à prendre pour apporter une sécurité juridique accrue aux États membres et aux patients. Les progrès sont cependant très lents. Deux ans et demi après la mise sur pied du processus de haut niveau, aucun résultat politique concret n'avait encore été atteint.

Le groupe a aussi des limites structurelles. Il a été établi par la DG Sanco de la Commission sur la base de l'article 152 CE sur les pouvoirs de l'Union en matière de santé publique. Contrairement au Comité de protection sociale, il est comptable devant la Commission et pas devant le Conseil ; il a été créé par une décision et n'est pas intégré dans le traité. Ceci a deux conséquences. Tout d'abord, il ne peut servir de lieu pour un débat politique sur l'impact que des politiques européennes autres que celles de santé publique ont sur les systèmes nationaux de soins de santé. Cet élément a été fortement ressenti par les États

membres dans le débat sur la directive sur les services. Deuxièmement, le rôle central joué par la Commission dans ce groupe rend les États quelque peu méfiants envers lui. Une instance dirigée par la Commission ne constitue pas le lieu adéquat pour discuter des propositions présentées par la Commission. Dès lors, il n'existait pas de forum adéquat où ils pouvaient discuter des craintes des autorités nationales des soins de santé au sujet, par exemple, de la proposition de directive services.

Cela explique pourquoi le Conseil a une fois encore décidé, en juin 2004, de créer un nouvel organe qui fait rapport au Conseil et qui évalue l'impact de l'Union sur les systèmes de santé. Pour éviter une prolifération des groupes de travail, ce nouvel organe serait le groupe de travail du Conseil sur la santé publique (composé d'attachés des représentations permanentes des États membres auprès de l'UE et qui prépare les négociations au sein du Conseil Santé), mais avec, pour ces réunions spécifiques, une composition modifiée par la présence des fonctionnaires de haut niveau. On attend de ce nouveau groupe de travail des avis et une orientation politique sur des questions horizontales liées aux soins de santé, en particulier sur :

- l'évaluation de l'impact de l'Union sur les systèmes de santé, la mobilité des patients et les évolutions dans le secteur des soins de santé ;
- la promotion des échanges d'informations, d'expériences et des bonnes pratiques ;
- l'examen des perspectives à long terme pour les soins de santé.

Fin 2004, ce groupe ne s'était rencontré qu'une seule fois et avait discuté d'un apport possible dans le débat sur les services sociaux et de santé d'intérêt général préparé par le Comité de protection sociale et sur la proposition d'une stratégie européenne de la santé présentée par le Commissaire Byrne. Contrairement à ce que les fortes pressions pour créer ce groupe auraient pu laisser présager, celui-ci ne semble pas vraiment en mesure de fournir un apport spécifique aux débats en cours et de susciter des manœuvres de riposte aux initiatives des acteurs économiques. Au contraire, il semble voué à n'être qu'un organe de plus, qui donne des avis sur les initiatives des acteurs sociaux.

2.2 La MOC dans le domaine des soins de santé

Comme mentionné plus haut, la Commission européenne a lancé une seconde communication en avril 2004 qui propose d'appliquer la méthode ouverte de coordination ⁽⁵⁾ dans le domaine des soins de santé (CCE, 2004g). Cette communication se base sur des décisions antérieures visant à impliquer les soins de santé dans le processus de modernisation de la protection sociale. Le Conseil européen de Lisbonne, en 2000, a souligné la nécessité de réformer et d'adapter les systèmes de protection sociale, y compris les soins de santé, pour répondre au défi du vieillissement démographique et assurer la cohésion sociale. Depuis lors, plusieurs rapports et communications sur les soins de santé et les soins aux personnes âgées ont été présentés au Conseil européen. Au cours de ce processus, trois objectifs communs pour les systèmes européens des soins de santé ont été identifiés : garantir à tous l'accès à des soins de qualité, améliorer la transparence et la qualité des systèmes de soins de santé, et assurer la viabilité financière de ces systèmes. Les rapports ont proposé une coopération plus étroite et des échanges de vues entre États membres, mais ils n'ont pas proposé qu'on y applique la MOC. Il est vrai que les États membres ont toujours été très réticents à l'idée d'offrir à l'Union la possibilité d'agir dans le domaine des soins de santé. Pour des raisons culturelles et historiques, les autorités sanitaires ont toujours fait montre d'un souci jaloux de conserver la responsabilité de la fourniture des soins de santé à l'intérieur des frontières nationales.

La communication actuelle de la Commission constitue donc la première proposition claire d'utilisation de la MOC dans ce domaine. Elle entend définir un cadre commun pour soutenir les États membres dans la réforme et le développement des soins de santé et des soins de longue durée qui leur permette de définir leurs propres stratégies

⁵ Cette méthode comprend la fixation d'objectifs communs au niveau européen dans un domaine politique donné et de *benchmarks* quantitatifs qui servent d'indicateurs pour pouvoir comparer les meilleures pratiques, la traduction des lignes d'orientation en plans nationaux et régionaux d'action par la détermination d'objectifs spécifiques et une évaluation périodique conçue comme un processus d'apprentissage mutuel.

nationales et de tirer les leçons des expériences et des bonnes pratiques dans les autres États. La communication propose une série d'objectifs conjoints pour le développement des systèmes de soins, sur la base des principes communs aux systèmes européens des soins de santé, et qui avaient été formulés antérieurement :

- assurer l'accès à des soins de haute qualité, sur la base des principes de l'accès universel, de l'équité et de la solidarité et offrir un filet de protection contre la pauvreté ou l'exclusion sociale en raison de problèmes de santé, d'un accident, d'un handicap ou de la vieillesse ;
- promouvoir des soins de qualité pour améliorer l'état de santé de la population et la qualité de la vie ;
- assurer la viabilité financière à long terme de soins de santé de qualité accessibles à tous.

Deux questions transversales peuvent découler des objectifs proposés : la gestion des ressources humaines, y compris la formation, et une gestion des ressources disponibles efficiente en termes de coûts. La communication affirme que la MOC contribuera à impliquer les nombreux acteurs du secteur, en particulier les partenaires sociaux, les professions de la santé et les représentants des patients. Elle n'indique cependant pas clairement comment ces acteurs seront effectivement impliqués dans le processus. Le Conseil du 4 octobre 2004 a soutenu l'inspiration générale de la communication de la Commission mais sans prendre position sur les objectifs proposés. Il a considéré que la communication entrait trop dans le détail et s'est rangé à l'avis du Comité de protection sociale qui estimait que la MOC devrait être introduite de manière souple et progressive, ne devrait pas imposer une surcharge administrative excessive, devrait éviter les chevauchements avec l'action du groupe de haut niveau sur les services de santé, et continuer à travailler conjointement avec le Comité de politique économique. Le calendrier proposé devrait être adapté pour permettre de lancer le processus d'une manière prudente et de formuler les objectifs sur une base *bottom up*, à partir des rapports nationaux. Les États membres ont donc demandé une MOC « allégée », un processus intergouvernemental poursuivant des objectifs plus qualitatifs que quantitatifs. Ils ont souligné la nécessité d'équilibres subtils entre tous

les acteurs impliqués dans les systèmes nationaux de soins de santé et ont exprimé leur crainte que des lignes directrices européennes trop précises puissent remettre en cause ces équilibres. Ils ont surtout insisté sur la nécessité de l'échange d'expériences nationales.

2.3 Pourquoi une coopération plus étroite ?

Le processus de mobilité des patients, d'une part, et le processus d'application de la MOC aux soins de santé, de l'autre, ont été lancés en tant que processus distincts, chacun étant basé sur des problèmes différents impliquant des acteurs spécifiques (Baeten, 2003). En résumé, le processus relatif à la *mobilité des patients* reflète les préoccupations des ministres réunis au sein du Conseil Santé au sujet de l'impact grandissant du marché intérieur sur les systèmes nationaux de soins de santé et leurs craintes que cela puisse susciter une pression sur la nature sociale de ces systèmes. Ce processus est, en outre, promu par la DG Sanco qui tente de profiter de la question de la mobilité des patients pour légitimer un rôle accru de l'Union dans le domaine des soins de santé. Quant à l'application de la *méthode ouverte de coordination* au secteur des soins de santé, elle est intégrée dans le processus de modernisation de la protection sociale. Ce processus constituait la réaction des acteurs « sociaux » aux acteurs « économiques » (Conseil Écofin et DG Ecfm). Ces derniers, qui supervisent les finances publiques, ont exercé une pression sur les systèmes nationaux de protection sociale pour qu'ils soient en mesure de faire face au vieillissement de la population. Les acteurs « sociaux » ont voulu ajouter à ce débat les questions relatives à la qualité et à l'accessibilité des systèmes de protection sociale, pour éviter des coupes sombres dans les dépenses. La réticence des États membres à appliquer la MOC dans le secteur des soins de santé a toujours été forte. Si ces États se montrent davantage disposés à accepter une coopération européenne dans ce domaine, voire le recours à la MOC, ce développement est aussi nourri par les préoccupations d'États membres concernant l'impact potentiel du marché intérieur et de ses acteurs sur leurs systèmes nationaux.

Le fait que les États membres se montrent prêts à accepter une coopération structurée et institutionnalisée au niveau de l'Union est donc tout à fait nouveau. La proposition de directive sur les services a été mentionnée par bon nombre d'États comme un argument pour

accepter une coopération plus étroite. Ceux-ci espèrent que cette coopération plus étroite leur permettra de faire face à ces interventions, d'avoir leur mot à dire dans les débats et d'assurer une plus grande cohérence dans les politiques de l'Union à l'égard des systèmes de santé. Il reste à voir si les organes et les processus mis en place sont adéquats pour atteindre un tel objectif. La multiplication des instances impliquées dans cette coopération plus étroite ne renforce pas véritablement la position des acteurs sociaux. Même si tous les acteurs impliqués soulignent la nécessité d'une étroite coordination entre les différents comités et processus, une bonne partie de leur énergie s'investit dans l'élaboration d'opinions sur les avis donnés par d'autres instances. On risque de perdre de vue les principaux objectifs des processus lorsqu'on consacre trop de temps et d'efforts à la coordination de la coopération et à la coopération entre les processus de coordination, et cela à l'infini. Les fonctionnaires nationaux et représentants des acteurs concernés se plaignent déjà de n'avoir pratiquement plus le temps d'étudier en profondeur tous les documents mis en circulation sur lesquels ils doivent donner un avis. Il reste aussi à voir si l'acceptation de principe de l'application de la MOC dans ce secteur ne se démentira pas une fois qu'il faudra formuler des objectifs concrets aux niveaux « macro » et « micro » du secteur des soins de santé. La diversité des systèmes est telle que l'obtention d'un consensus sur ces objectifs représentera un défi politique majeur.

2.4 Les soins de santé dans le débat sur les services d'intérêt général (SIG)

Le débat sur les services d'intérêt général a fait l'objet d'une analyse détaillée dans les éditions de 2002 et de 2003 (voir Bilan social de l'Union européenne 2002 et 2003). En 2003, la Commission européenne a lancé une consultation sur les options politiques à prendre, sous la forme d'un Livre vert (CCE, 2003c). À propos des services de soins de santé, le Livre vert ne les classe pas comme services potentiellement économiques. Au contraire, il précise explicitement : « *En outre, l'avenir des services non économiques d'intérêt général, qu'ils relèvent des prérogatives de l'État ou qu'ils soient liés à des secteurs sensibles comme la culture, l'éducation, les services de santé ou les services sociaux, soulève des questions à l'échelle européenne, notamment quant au contenu du modèle européen de société* » (CCE, 2003c : 16, point 47). La distinction entre la nature économique

et non économique d'un service est fondamentale : les services non économiques ne sont pas soumis aux règles du traité relatives au marché commun, à la concurrence et aux aides d'État. Les seuls secteurs étudiés dans le Livre vert en tant que services économiques d'intérêt général sont ceux qui sont offerts par de grands réseaux d'industries et de services relatifs, par exemple, à la gestion des déchets, la distribution d'eau et la radiodiffusion publique. Le classement des services de santé parmi les services non économiques est d'autant plus remarquable que la Cour de justice a indiqué de manière persistante, depuis plusieurs années, dans une série de jugements que la prestation de soins de santé est une activité économique. Il est difficile d'imaginer que les services de la Commission ne connaissent pas l'existence de ces arrêts. Peut-être espéraient-ils ne pas provoquer de débat politique sur une approche spécifique de l'application aux services de santé et aux services sociaux des règles du marché intérieur et de concurrence. L'approche du Livre vert contraste fortement avec celle de la directive sur les services où, non seulement, les services de santé et certains services sociaux sont étiquetés comme des services économiques, mais où aucune approche spécifique n'est prévue. Le Livre vert souligne néanmoins que la distinction entre les activités économiques et non économiques est dynamique et évolutive et que, pour un nombre croissant de services, cette distinction s'est estompée. Il souligne également la nécessité d'une plus grande sécurité juridique.

Le Livre vert a suscité d'importantes réactions. Il a attiré l'attention de catégories d'acteurs qui, jusque-là, ne se mobilisaient qu'à propos de l'impact potentiel du marché intérieur et des règles de concurrence dans leur secteur. C'est certainement le cas des services de santé et des services sociaux non marchands. Ceux-ci ont essentiellement réclamé un renforcement de la subsidiarité dans le secteur de la santé et des services sociaux. Aucune demande d'un cadre communautaire pour les services sociaux n'a été exprimée. Divers commentateurs – essentiellement venus du secteur social, des syndicats et des régions – ont considéré qu'une distinction entre services économiques et non économiques basée seulement sur le marché serait trop étroite. Ils ont plaidé en faveur de critères plus larges, comme l'existence d'objectifs sociaux et environnementaux, afin de déterminer si un service est de nature économique ou non (Van den Abeele, 2003). Des

préoccupations ont été exprimées quant à l'absence de sécurité juridique pour les services sociaux et de santé d'intérêt général. En mai 2004, la Commission européenne a publié son Livre blanc sur les services d'intérêt général en tirant les conclusions du débat suscité par le Livre vert. Il présente les principaux éléments d'une stratégie pour les services d'intérêt général (CCE, 2004i). Cette communication attache beaucoup d'attention aux services sociaux et de santé d'intérêt général. La Commission y soutient les opinions exprimées lors de la consultation selon lesquelles la nature personnelle de nombreux services sociaux et de santé suppose l'adoption d'exigences qui sont fort différentes de celles des secteurs industriels. Elle souligne que toute politique communautaire dans le domaine des services d'intérêt général (SIG) doit dûment tenir compte de la diversité qui les caractérise et des situations où ils sont fournis. Encore une fois, cette position contraste avec l'approche de la Commission dans la directive sur les services, où aucune différence n'est faite entre les services d'intérêt général et les services commerciaux, et encore moins entre les services d'intérêt général eux-mêmes. La Commission plaide pour une approche systématique permettant d'identifier et de reconnaître les caractéristiques spécifiques des services sociaux et de santé d'intérêt général et de clarifier le cadre dans lequel ils fonctionnent et peuvent être modernisés. Elle annonce son intention d'utiliser cette approche dans une communication à adopter dans le courant de 2005. Ce document devrait porter sur les politiques communautaires liées à la fourniture de services sociaux et de santé d'intérêt général et décrire la manière dont ces services sont organisés dans les États membres. Il devrait également introduire un mécanisme permettant d'évaluer régulièrement les cadres nationaux de la fourniture de services sociaux et de santé d'intérêt général.

La Commission déclare aussi qu'elle soumettra toutes les propositions législatives telles qu'une éventuelle directive cadre sur les services d'intérêt général à une évaluation préalable de l'impact de ses implications économiques, sociales et politiques. Une fois de plus, aucune étude de l'impact social ou environnemental de la directive sur les services n'a été effectuée. Il est remarquable que, contrairement au Livre vert, le Livre blanc n'accorde aucune attention à la différence entre les services économiques et non économiques d'intérêt général,

peut-être parce qu'il est difficile de tracer une ligne de démarcation claire entre les deux et que cette distinction est dynamique et évolutive. Pour rédiger la communication sur les services sociaux et de santé d'intérêt général, une étroite coopération a été instituée avec les États membres, via le Comité pour la protection sociale et le groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux.

Conclusions

En 2004, les évolutions relatives aux politiques de l'Union traitant de la problématique des soins de santé ont été extrêmement rapides. Ce sont indiscutablement les acteurs économiques qui ont donné le ton, en lançant des propositions de législation très dure. La proposition de directive sur les services fut la caricature de cette approche : on agit sans consultation, sans débat, sans coordination ; aucune évaluation de l'impact sur les services et les systèmes des soins de santé n'est effectuée ; pas un seul mot n'est écrit sur l'impact potentiel de la proposition dans le secteur des soins de santé.

D'autres propositions communautaires concernant le marché intérieur ont adopté une approche plus équilibrée vis-à-vis du secteur des soins de santé. Mais, même dans ces cas, l'étude d'impact reste limitée, tout comme les justifications pour une approche spécifique du secteur des soins de santé. Les différentes initiatives des acteurs économiques ne font pas toujours preuve d'une vision cohérente. L'exemple le plus frappant concerne, d'une part, la directive sur les services et, d'autre part, l'analyse de la DG Ecfm de la Commission sur l'impact des dépenses de santé sur les finances publiques. La DG Ecfm estime qu'il existe des arguments économiques forts en faveur d'une certaine implication du secteur public dans le financement et la prestation de soins de santé, à la fois pour des raisons d'efficacité et des raisons d'équité. Cette analyse contraste avec les hypothèses de la directive sur les services selon lesquelles moins d'intervention publique et davantage de libre circulation devraient entraîner une amélioration de la qualité et une baisse des prix, y compris pour les services de santé. Cette divergence de vues est, dans une certaine mesure, prévisible, puisque les différents acteurs poursuivent des objectifs distincts. Le Comité de politique économique doit contrôler les dépenses publiques, alors que les acteurs du marché intérieur doivent stimuler l'activité économique.

Aussi longtemps que les soins de santé seront principalement financés par des ressources publiques, ces acteurs auront des vues divergentes.

Les acteurs sociaux et de la santé ont été décontenancés par ces initiatives. Ils se sont sentis obligés de réagir. Cette incitation à agir au niveau de l'UE est devenue plus forte que la crainte d'une interférence trop importante de l'UE dans les politiques nationales de santé. Le discours est donc en train de changer et l'argument de la subsidiarité pour éviter un débat européen sur les systèmes de soins de santé est moins souvent invoqué qu'avant. Toutefois, la lenteur des processus en faveur d'une coopération plus étroite dans le domaine des soins de santé contraste avec l'urgence que l'on voudrait imposer pour l'adoption d'initiatives juridiques visant à libéraliser le marché des services de santé, à l'exemple de la proposition de directive sur les services dans le marché intérieur. Les responsables de la politique des soins de santé se retrouvent ainsi sur la défensive et ne sont pas en mesure de donner une réponse politique claire et adéquate à ces évolutions. Les processus de coopération risquent de sombrer dans une prolifération d'organes, d'avis entrecroisés, d'initiatives de *streamlining* etc. Il s'agit principalement de collectes de données et d'évaluations d'expériences existantes : jusqu'à présent, ces processus n'ont pas été capables de définir des lignes politiques claires ou des propositions concrètes, et encore moins de rédiger des propositions de législation. Entre les États membres, un consensus semble exister quant à l'analyse des problèmes. Mais ce consensus est beaucoup moins présent quant aux manières de résoudre ces problèmes.

Références

AIM (2004), « La proposition de directive relative aux services dans le marché intérieur (COM (2004) 002) », *Prise de position*, Association internationale de la Mutualité, Nice, 11 octobre 2004 (<http://www.aim-mutual.org/fr/index.htm>).

Baeten, R. (2003), « Les soins de santé à l'agenda politique européen », in Degryse, C. et Pochet, P. (eds.), *Bilan social de l'Union européenne 2002*, Institut syndical européen, Observatoire social européen et Saltsa, Bruxelles, pp.149-183.

CCE (2002), Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, COM (2002) 119 final du 7 mars 2002 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/pdf/2002/fr_502PC0119.pdf).

CCE (2003a), Document de travail des services de la Commission « Application des règles du marché intérieur aux services de santé – Mise en œuvre par les États membres de la Jurisprudence de la Cour », Rapport de synthèse, SEC (2003) 900 du 28 juillet 2003 (http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/services/services/docs/2003-report-health-care_fr.pdf).

CCE (2003b), « Processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne », Résultats du processus de réflexion, HLPR/2003/16, 9 décembre 2003 (http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_fr.pdf).

CCE (2003c), Livre vert sur les services d'intérêt général, COM (2003) 270 final du 21 mai 2003 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/gpr/2003/com2003_0270fr01.pdf).

CCE (2004a), Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, COM (2004) 2 final du 13 janvier 2004 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/pdf/2004/com2004_0002fr01.pdf).

CCE (2004b), Communication de la Commission « Rapport sur la concurrence dans le secteur des professions libérales », COM (2004) 83 final du 9 février 2004 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/cnc/2004/com2004_0083fr02.pdf).

CCE (2004c), Encadrement communautaire des aides d'État sous forme de compensation de service public, DG Concurrence, Bruxelles (http://europa.eu.int/comm/competition/state_aid/others/public_service_comp/fr.pdf).

CCE (2004d), Décision de la Commission concernant l'application de l'Article 86 du Traité aux aides d'état sous forme de compensation de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général (http://europa.eu.int/comm/competition/state_aid/others/interest/fr.pdf).

CCE (2004e), Controlling health care expenditures : some recent experiences with reform, Note for the attention of the Economic Policy committee, ECFIN/157/04-EN, Bruxelles, 16 mars 2004.

CCE (2004f), Communication de la Commission « Suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne », COM (2004) 301 du 20 avril 2004 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/cnc/2004/com2004_0301fr01.pdf).

CCE (2004g), Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, Comité économique et social européen et au Comité des régions - Moderniser la protection sociale pour le développement de soins de santé et de soins de longue durée de qualité, accessibles et durables : un appui aux stratégies nationales par la « méthode ouverte de coordination », COM (2004) 304 final du 20 avril 2004 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/cnc/2004/com2004_0304fr01.pdf).

CCE (2004h), Commission Decision of 20 April 2004, setting up a High Level Group on Health Services and Medical Care, C (2004) 1501.

CCE (2004i), Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, Comité économique et social européen et au Comité des régions « Livre blanc sur les services d'intérêt général », COM (2004) 374 du 12 mai 2004 (http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/wpr/2004/com2004_0374fr01.pdf).

Conseil européen (2005), Conseil européen de Bruxelles, *Conclusions de la Présidence*, Bruxelles, 22-23 mars 2005.

Conseil de l'Union européenne (2004a), Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles - Accord politique sur la position commune du Conseil, Document 9716/04, Bruxelles, 27 mai 2004 (<http://register.consilium.eu.int/pdf/fr/04/st09/st09716.fr04.pdf>).

Conseil de l'Union européenne (2004b), High Level Group on Health Services and Medical Care – Information from the Commission, Document 15190/04, Bruxelles, 1^{er} décembre 2004 (<http://register.consilium.eu.int/pdf/en/04/st15/st15190.en04.pdf>).

Parlement européen (2004), Résolution législative du Parlement européen sur la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles (COM (2002) 119 – C5-0113/2002 – 2002/0061 (COD)) P5_TA (2004) 0086 du 11 février 2004.

Van den Abeele, É. (2003), « Les services d'intérêt général communautaires en 2002 : un bilan ambigu », in Degryse, C. et Pochet, P. (eds.), *Bilan social de l'Union européenne 2002*, Institut syndical européen, Observatoire social européen et Saltsa, Bruxelles, pp.99-147.

