

Rita Baeten

La santé et les services sociaux dans le marché intérieur européen

Introduction

En 2006, la santé et les services sociaux ont été exclus du champ d'application de la directive sur les services. Toutefois, en dépit de ce retrait, et probablement aussi en raison de leur inclusion initiale dans la directive, les acteurs concernés ont, plus que jamais, pris conscience du fait que la santé et les services sociaux ne sont pas à l'abri de l'application des règles de concurrence du marché intérieur européen. L'appel des États membres, du Parlement européen et des organisations concernées en faveur d'une plus grande sécurité juridique et d'une initiative de la Commission en ce sens s'est fait de plus en plus pressant. Ces différents acteurs réclament des règles spécifiques sur l'application des dispositions relatives à la libre circulation dans leur secteur. La Commission européenne reste toutefois réticente à lancer des propositions législatives claires, et ne semble pas en mesure de parvenir à un consensus entre ses différentes Directions générales (DG) quant à la portée et au contenu de telles initiatives. Les services de la Commission responsables du marché intérieur continuent de privilégier une approche caractérisée par le moins de règles ou de critères spécifiques possible concernant l'application des règles du marché intérieur. Leur principal souci est d'obliger les États membres à se conformer à la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE). Ils sont appuyés par les élus de droite du Parlement européen et par certains nouveaux États membres qui

espèrent créer ainsi un champ d'action plus large pour les acteurs commerciaux dans les secteurs de la santé et des services sociaux.

1. L'exclusion des services de santé et des services sociaux du champ d'application de la directive « services »

Comme le souligne la contribution d'Eric Van den Abeele dans le présent volume, l'un des aspects les plus controversés de la proposition initiale de directive sur les services dans le marché intérieur était son champ d'application : le projet entendait en effet appliquer les règles générales sur la libre circulation des services et la liberté d'établissement aux services d'intérêt (économique) général et, plus précisément, aux services sociaux et aux services de santé sans les distinguer des services commerciaux. Il est rapidement apparu que le maintien des services de santé dans le champ de la directive ne bénéficiait pas de soutien public et politique. Au printemps 2005, le Conseil européen et la Commission ont dès lors annoncé que la proposition serait modifiée pour préserver le modèle social européen. Après deux ans de débats publics intenses, le Parlement européen, lors de sa première lecture, en février 2006, a exclu les services de santé du champ d'application de la directive (Parlement européen, 2006a). La Commission a repris cet amendement parlementaire dans sa proposition modifiée d'avril 2006 (CCE, 2006a). Dans le même temps, elle annonçait qu'elle présenterait une initiative légale distincte pour le secteur des soins de santé.

Concernant les services sociaux, la Commission n'a pas complètement suivi la position du Parlement dans sa première lecture. Alors que ce dernier excluait les services sociaux du champ d'application de la directive et, pour des raisons de clarté, présentait une liste indicative des services sociaux, la Commission a adopté cette liste au titre de liste définitive. Dans sa proposition modifiée, elle n'excluait donc que les services sociaux relatifs au logement social, à la prise en charge des enfants, et au soutien aux familles et aux personnes en difficulté (CCE, 2006a).

Lors des étapes suivantes du processus décisionnel, aucun autre changement ne fut apporté concernant l'exclusion de ces deux secteurs

du champ d'application de la directive. Le Conseil adopta sa position commune en juillet 2006 (Conseil de l'Union européenne, 2006a). Les amendements proposés par le rapporteur Evelyne Gebhardt (PSE, Allemagne) lors de la seconde lecture en commission « marché intérieur et protection du consommateur » (IMCO) du Parlement européen, qui entendaient élargir une fois encore la définition des services sociaux exclus, furent rejetés ainsi que tous les autres amendements proposés. Ces amendements visaient principalement à exclure les régimes légaux et complémentaires de protection sociale (Parlement européen, 2006b). Les parlementaires conservateurs ont jugé inacceptable une exclusion plus large des services sociaux. En outre, la présidence finlandaise et le Commissaire McCreevy ont insisté sur le risque de voir remis en cause le compromis au sein du Conseil. Evelyne Gebhardt s'est abstenue de présenter à nouveau ses amendements en session plénière suite à l'engagement de M. McCreevy de faire une déclaration clarifiant les principales questions sur lesquelles Mme Gebhardt estimait que des amendements s'imposaient – notamment les conséquences pour les services sociaux. Cette déclaration fut présentée lors d'une allocution du Commissaire avant le vote final du 15 novembre. À propos de l'impact de la directive sur les services sociaux, il déclara : « les services sociaux relatifs au logement social, à l'aide à l'enfance et au soutien aux familles et aux personnes en difficulté sont une manifestation du principe de cohésion sociale et de solidarité dans la société et sont fournis par l'État, par des prestataires de services qui agissent pour le compte de l'État ou par des associations charitables reconnues. Ces services ont donc été exclus du champ d'application de la directive sur les services. Il est clair que cette exclusion couvre également les services fournis par les églises et les organisations religieuses qui interviennent à des fins charitables et bienveillantes » (CCE, 2006b : 5).

L'exclusion de ces deux secteurs se lit finalement en ces termes :

Article 2 – Champ d'application

2. « La présente directive ne s'applique pas aux activités suivantes :

(...)

- (f) les services de soins de santé, qu'ils soient ou non assurés dans le cadre d'établissements de soins et indépendamment de la

manière dont ils sont organisés et financés au niveau national ou de leur nature publique ou privée ;

(...)

- (j) les services sociaux relatifs au logement social, à l'aide à l'enfance et à l'aide aux familles et aux personnes se trouvant de manière permanente ou temporaire dans une situation de besoin qui sont assurés par l'État, par des prestataires mandatés par l'État ou par des associations caritatives reconnues comme telles par l'État » (Parlement européen, 2006c : 52).

Dans les considérants, il est clairement précisé que les soins de santé couvrent « les services de soins de santé et pharmaceutiques fournis par des professionnels de la santé aux patients pour évaluer, maintenir ou rétablir leur état de santé lorsque ces activités sont réservées à une profession de santé réglementée dans l'État membre dans lequel les services sont fournis » (considérant 22).

S'agissant des services sociaux, un considérant indique que cela concerne les services ayant « pour objectif d'assister les personnes qui se trouvent de manière permanente ou temporaire dans une situation de besoin particulière en raison de l'insuffisance de leurs revenus familiaux, ou d'un manque total ou partiel d'indépendance et qui risquent d'être marginalisées » (considérant 27). Ce considérant fait également référence au droit fondamental à la dignité et à l'intégrité humaines et aux principes de cohésion sociale et de solidarité.

Nous pouvons donc conclure que l'exclusion des services de soins de santé est définie de manière très large et couvre tous les services dans ce domaine. Pour les services sociaux, la situation est moins claire. Donner une définition précise des services sociaux s'est avéré problématique. Alors que le Parlement avait proposé une définition large et ouverte, la Commission a imposé une définition restrictive. On peut craindre que la notion de « personnes en état de besoin » puisse ne pas inclure les services fournis à l'ensemble de la population. En outre, l'inclusion des régimes complémentaires de protection sociale semble constituer un sujet de grandes préoccupations. On ne voit pas clairement comment la déclaration du Commissaire McCreevy au Parlement pourrait dissiper ces préoccupations.

2. Les initiatives politiques qui ont suivi l'exclusion des services de santé et des services sociaux

Depuis le lancement de la proposition de directive sur les services en janvier 2004, plusieurs processus, initiatives et débats concernant la relation entre les services de santé et les services sociaux et le marché intérieur ont été bloqués. La Commission attendait en effet le résultat du vote du Parlement européen en première lecture et l'avis du Conseil sur la portée de la directive avant de prendre toute nouvelle initiative. Une fois cette étape franchie, au printemps 2006, on a assisté à un nouveau développement des activités dans ce domaine.

2.1 Les services sociaux d'intérêt général

En avril 2006, la Commission a publié sa communication, attendue depuis longtemps, sur les services sociaux d'intérêt général. Cette communication avait été annoncée dans le Livre blanc de 2004 sur les services d'intérêt général, dans lequel la Commission soulignait que la nature personnelle de nombreux services sociaux et services de santé comporte des exigences qui sont considérablement différentes de celles que l'on retrouve dans les secteurs des grands réseaux (tels que la distribution de gaz, d'électricité, les services postaux, les télécommunications). La Commission plaidait pour une approche systématique permettant d'identifier et de reconnaître les caractéristiques spécifiques des services de santé et des services sociaux d'intérêt général et de clarifier le cadre dans lequel ils opèrent et peuvent être modernisés. Elle proposait de définir cette approche dans une communication sur les services de santé et les services sociaux d'intérêt général qui aurait dû être publiée dans le courant de 2005.

En guise de contribution à l'élaboration de cette communication, les États membres avaient fait rapport, fin 2004, sur la situation des services de santé et des services sociaux dans leur pays au travers d'un questionnaire préparé au sein du Comité de protection sociale (CPS) ⁽¹⁾.

¹ “Services sociaux d'intérêt général”, Questionnaire (http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/questionnaire_fr.pdf) et États membres ayant répondu au questionnaire SSIG (http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/answers_fr.htm).

Ce questionnaire portait sur les secteurs suivants : régimes légaux et complémentaires de protection sociale ; services sociaux et de santé ; aide aux familles ; accueil des enfants ; services en faveur de l'insertion sociale et d'aide aux personnes en difficulté (par exemple, personnes sans-abri, toxicomanie, handicap, maladie mentale ou physique) ; logement social ; autres services comme les services de l'emploi, l'accès aux services de placement ou à l'éducation et la formation. Le questionnaire portait sur les caractéristiques de ces services, leur définition et leur spécificité ; l'impact des règles de l'Union concernant le marché intérieur ou des règles de concurrence sur ces services, et les prochaines étapes qui devraient être prises au niveau européen.

La publication de la communication a été retardée à plusieurs reprises. Il semble avoir été extrêmement difficile de parvenir à un accord entre les différentes DG de la Commission sur le contenu de ce document. Finalement, celle-ci a attendu le résultat de la première lecture de la directive « services » au Parlement et, en particulier, la décision relative à son champ d'application. Si les services de santé et les services sociaux n'en avaient pas été exclus, cela aurait ruiné certains arguments importants en faveur d'une approche spécifique pour ce secteur.

Selon la communication, les services sociaux peuvent inclure les régimes légaux et complémentaires de protection sociale, et les services essentiels aux personnes consistant en une assistance personnalisée destinée à faciliter l'inclusion sociale et à sauvegarder des droits fondamentaux. La communication précise les secteurs en y incluant les services aux personnes confrontées à des crises ou des défis personnels, les activités visant à faciliter l'intégration dans la société et sur le marché du travail, le soutien aux familles dans les soins apportés aux plus jeunes et aux plus âgés ; les activités visant à assurer l'inclusion des personnes ayant des besoins à long terme liés à un handicap ou un problème de santé ; le logement social.

La communication ne traite pas des services de santé. C'est plutôt surprenant puisque, depuis deux ans, il était annoncé qu'elle porterait sur les services de santé et les services sociaux. Apparemment, la décision d'exclure les services de soins de santé a été le résultat de négociations de dernière minute au sein de la Commission et elle est liée au fait que celle-ci entendait présenter une proposition spécifique sur les

services de santé. Le fait que les annexes de la communication incluent encore des commentaires sur les services de santé est révélateur à cet égard.

La communication entend examiner comment les caractéristiques des services sociaux d'intérêt général peuvent être prises en compte au niveau européen, et clarifier les règles communautaires qui leur sont applicables. Elle présente une liste non exhaustive des spécificités des services sociaux d'intérêt général (SSGI). Outre les critères traditionnels de l'intérêt général (universalité, transparence, continuité, accessibilité, etc.) reconnus pour les activités de service social, ces caractéristiques renvoient aux conditions organisationnelles et aux modalités qui leur sont appliquées. Elles comportent notamment le fait que ces services sont personnalisés et que leurs objectifs sont directement liés à l'accès aux droits sociaux fondamentaux et à la réalisation de la cohésion sociale. Pour atteindre ces objectifs, les services sociaux d'intérêt général sont fondés sur la solidarité et requièrent fréquemment la participation bénévole de citoyens et d'organisations sans but lucratif. Ils doivent aussi se développer le plus près possible de leurs utilisateurs, ce qui explique pourquoi les pouvoirs locaux jouent un si grand rôle pour assurer ce développement. Enfin, ils sont caractérisés par une relation asymétrique (relation de dépendance et de besoin) entre les prestataires et les bénéficiaires, qui ne peut se ramener à une relation « normale » entre un fournisseur et un consommateur et qui requiert ainsi la participation d'un tiers payant.

La communication décrit ensuite comment les SSGI peuvent se moderniser, s'ouvrir et se diversifier dans l'ensemble de l'UE, en opérant dans un environnement plus compétitif. Une deuxième partie analyse l'application des règles communautaires à ces services. La communication indique que « la quasi-totalité des services prestés dans le domaine social peuvent être considérés comme des “activités économiques” au sens [...] du traité CE » (CCE, 2006c : 7). Dans cette section, la communication est plutôt didactique, expliquant comment la jurisprudence de la Cour et le droit communautaire s'appliquent dans ce secteur, qu'il s'agisse des aides publiques, des principes de liberté de prestation des services et de liberté d'établissement, ou des règles en matière de marchés publics. Elle présente des suggestions quant à une application spécifique dans certains domaines.

Pour disposer d'une vision plus claire de l'approche suivie dans chaque pays de l'Union quant aux services sociaux d'intérêt général, la Commission a lancé une étude destinée à examiner la situation dans chaque État membre ⁽²⁾. Selon l'appel d'offres initial, cette étude devait porter sur « la situation des services sociaux et des services de santé d'intérêt général dans l'Union européenne ». Mais, après la publication de la communication de la Commission, son champ a été limité aux seuls services sociaux (même en englobant les soins de longue durée). Elle entend analyser le fonctionnement du secteur et son importance socio-économique, ainsi que les implications de l'application du droit communautaire.

En outre, la Commission a annoncé dans la communication une consultation de tous les acteurs concernés : les États membres, les prestataires de services, et les utilisateurs. Sur la base des résultats de l'étude ainsi que de la consultation, la Commission entend lancer une procédure de surveillance et de dialogue sous la forme de rapports bisannuels, décrivant les dernières tendances de la modernisation, de la jurisprudence et des développements. Le premier rapport devait être publié fin 2007.

La communication conclut que, « à la lumière de cette expérience, la Commission décidera de la suite à donner à ce processus et envisagera la meilleure approche à suivre, y compris, en considérant la nécessité et la possibilité juridique d'une proposition législative » (CCE, 2006c : 11). La question de savoir si une proposition au niveau législatif sera présentée ultérieurement reste donc ouverte. Il semble que la DG Emploi et Affaires sociales, à qui revient l'initiative à propos des services sociaux d'intérêt général, n'ait pas reçu l'aval du collège des Commissaires pour lancer le processus d'élaboration d'un cadre juridique. Lors d'une conférence organisée par la présidence autrichienne, qui accompagnait la publication de la communication ⁽³⁾,

² <http://www.euro.centre.org/shsgi>.

³ Conférence sur les « Services sociaux », co-financée par la Commission européenne, Vienne, 20 avril 2006 (<http://eu2006.bmsg.gv.at/cms/eu2006EN/liste.html?channel=CH0608>).

le Commissaire chargé de l'Emploi, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances, M. Špidla, avait proposé un cadre juridique, quelques jours seulement avant que le projet de communication soit discuté et approuvé par le collège des Commissaires. Ceci donne à penser que le Commissaire cherchait à rallier des soutiens dans la perspective des discussions au sein du Collège, mais qu'il n'a sans doute pas été relayé par le Commissaire responsable du marché intérieur.

S'agissant du processus de consultation, un nouveau questionnaire a été envoyé aux États membres. Ce questionnaire porte sur :

- « les régimes de sécurité sociale de base obligatoires basés sur le principe de la solidarité nationale qui n'effectuent pas d'activités économiques ;
- les autres régimes, en particulier les régimes complémentaires de sécurité sociale, sous leurs diverses formes d'organisation (mutualistes ou professionnelles), couvrant les risques fondamentaux de la vie, tels que ceux liés à la santé, la vieillesse, les accidents du travail, le chômage, la retraite, le handicap ;
- d'autres services essentiels fournis directement à la personne à titre d'assistance dans les défis immédiats de la vie ou les crises, dans l'intégration sociale, dans les besoins à long terme liés à des problèmes de santé ou un handicap, ou dans l'accès au logement ».

Le questionnaire indique en outre que « bien que les problèmes de santé ne relèvent pas directement du champ d'application du présent exercice, il n'est pas toujours aisé de distinguer les services sociaux des services de santé ».

Le questionnaire porte en grande partie sur les mêmes points que le questionnaire de 2004 du Comité de protection sociale. Mais il prend comme point de départ la communication de la Commission du printemps 2006 et demande des clarifications, des évaluations et des compléments sur les points évoqués dans la communication. Les réponses étaient attendues pour le début de 2007.

En réaction, la Plate-forme des ONG européennes du secteur social a salué la communication tout en déclarant que la Commission aurait dû prendre des mesures plus énergiques en proposant des instruments

juridiques sur les SSGI permettant de clarifier le traitement que les règles de l'Union réservent à de tels services dans un contexte de modernisation urgente des services sociaux dans les États membres (Plate-forme sociale, 2006). La Confédération européenne des syndicats (CES) a également considéré que la Commission devait aller plus loin dans ses propositions en cette matière, afin de créer une plus grande sécurité juridique grâce à une directive-cadre sur les services d'intérêt général, qui devrait aussi permettre de tenir compte du caractère spécifique des services sociaux. Selon la CES, les services sociaux ne sont pas seulement fournis aux pauvres et aux exclus, mais ils doivent souvent répondre aussi aux besoins et aux attentes de tous les individus, et il faut par conséquent élargir la définition donnée par la Commission (CES, 2006). Le Centre européen des entreprises à participation publique (CEEP) et la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP) ont exprimé la même déception. La plupart de ces protagonistes ont également regretté le fait que les services de santé aient été exclus. Le Comité des Régions, dans son avis sur la communication, remet aussi en question la décision de ne pas y inclure les services de santé ; il a demandé à la Commission de clarifier aussi rapidement que possible la nature des propositions législatives sur les SSGI, la pressant de respecter son engagement de prendre en considération la nécessité et la possibilité juridique d'une proposition législative sur les SSGI à la fin du processus ouvert de consultation (Comité des Régions, 2006).

Fin 2006, le Parlement européen n'avait pas encore rendu son avis sur cette communication mais, dans sa résolution sur le Livre blanc de la Commission sur les services d'intérêt général, il « invite la Commission à créer plus de sécurité juridique dans le domaine des SIG sociaux et de santé et à soumettre une proposition concernant une directive sectorielle du Parlement et du Conseil dans ces domaines dans la mesure où c'est approprié » (Parlement européen, 2006c : point 17). À la veille du vote sur le rapport, le président de la Commission européenne, M. José Manuel Barroso, a annoncé qu'après l'approbation

du rapport Rapkay, la Commission adopterait une communication d'ici à la fin de 2006 et proposerait des initiatives sectorielles ⁽⁴⁾.

Pourquoi les soins de santé ont-ils été exclus du champ de cette communication ? La Commission semble vouloir adopter une approche différente pour les deux secteurs : une initiative légalement contraignante pour le secteur des soins de santé (voir ci-dessous), d'une part, et des communications classificatoires énonçant de vagues principes pour les services sociaux, d'autre part. Et cela, bien que le Commissaire Špidla se soit montré favorable à une initiative juridique pour les services sociaux.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette volonté d'une approche différenciée. Tout d'abord, une différence importante entre les deux secteurs réside dans le fait que la Cour de justice a prononcé une série de décisions relatives aux services de santé, démontrant que ces services devaient être considérés comme une activité économique et fixant des règles quant au remboursement des soins reçus dans un autre État membre. Au sein de la Commission, les services responsables du marché intérieur veulent forcer les États membres à se conformer à cette jurisprudence par le biais d'un instrument juridiquement contraignant, comparable à l'article 23 initial de la directive sur les services. Pour les services sociaux, par contre, il n'y a pas (encore) de jurisprudence de la Cour de justice. Il se peut donc que les services de la Commission préfèrent attendre des décisions de la Cour avant de présenter une proposition législative sur les services sociaux.

Un autre facteur qui a probablement joué un rôle est la concurrence entre les services de la Commission responsables des affaires sociales, d'une part, et de la santé publique, de l'autre, qui prétendent chacun mener les débats. Une communication sur les services de santé et les services sociaux impliquerait une étroite coopération entre les deux DG et une approche commune pour résoudre les problèmes. La DG Sanco – Santé et protection des consommateurs – a annoncé il y a longtemps une initiative spécifique sur le secteur de la santé après une large consultation de tous les acteurs concernés. Une communication

⁴ Bulletin quotidien Europe, n° 9274, 28 septembre 2006.

conjointe pourrait ralentir ce processus et rendre plus difficile la mise en œuvre d'une approche spécifique, notamment une proposition juridique ultérieure sur les soins de santé. En excluant les services de santé du champ de la communication, on évite de créer une situation où le Commissaire aux Affaires sociales aurait son mot à dire sur l'initiative des services chargés de la santé, qui resterait ainsi du ressort exclusif du Commissaire à la Santé publique. Le débat sur les services sociaux d'intérêt général deviendrait, d'autre part, le domaine exclusif des acteurs des affaires sociales et a entre-temps été intégré dans le Comité de protection sociale.

S'agissant de la définition des services inclus dans la communication et de la consultation subséquente, il est frappant de constater que les régimes complémentaires de sécurité sociale sont inclus même s'ils ne sont pas exclus du champ d'application de la directive « services ». S'agissant du contenu de la communication, celle-ci reste essentiellement un document descriptif et analytique, qui n'offre que peu de possibilités d'apporter plus de clarté aux acteurs concernés quant à la manière dont les règles du marché intérieur devraient être appliquées dans leur secteur. Concernant l'avancement des initiatives de la Commission sur les services sociaux d'intérêt général, nous constatons une prolifération de questionnaires et de consultations. Il est fort possible que les services de la Commission responsables de la politique sociale espèrent susciter une plus grande prise de conscience des questions en jeu au travers de ces consultations, en augmentant la pression sur les services de la Commission responsables du marché intérieur pour qu'ils acceptent l'idée d'une proposition législative.

2.2 Une initiative législative sur les services de santé ?

La Commission européenne a annoncé en avril 2006, dans sa proposition modifiée de directive sur les services (lorsqu'elle a accepté l'exclusion des services de santé du champ d'application de la directive), qu'elle présenterait une initiative législative distincte sur les services des soins de santé (CCE, 2006a). Depuis la formulation de cet engagement, les spéculations sur la portée de cette initiative se sont multipliées. La question essentielle est de savoir si une telle initiative se limiterait aux règles applicables au financement des soins reçus dans un autre État membre (ancien article 23 de la directive sur les services) ou si cette

initiative doit aussi inclure d'autres questions liées à l'interaction entre les règles du marché intérieur et les services de santé, en matière de liberté d'établissement et de libre prestation des services. Plusieurs initiatives ont été prises dans le but d'orienter le débat.

2.2.1 Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs

Les ministres de la Santé des 25 États membres ont adopté, lors du Conseil des 1^{er} et 2 juin 2006, des conclusions sur les valeurs et principes communs qui guident les systèmes de santé dans l'UE (Conseil de l'Union européenne, 2006b). Dans leur déclaration, les ministres ont convenu que les services de santé se fondaient sur un ensemble de valeurs communes à travers l'Europe : universalité, accès à des soins de qualité, équité et solidarité. Ils ont indiqué que les différents États membres adoptent des approches différentes pour traduire ces valeurs dans la réalité, mais que tous les systèmes entendent être financièrement viables de façon à préserver ces valeurs à l'avenir.

Outre les valeurs, ils ont souligné l'existence d'une série de principes de fonctionnement communs à l'Union européenne tout entière, que les citoyens de l'Union s'attendent à retrouver dans tout système de santé, accompagnés des structures pour les mettre en œuvre. Parmi ces principes, on trouve la qualité, la sécurité, le fait que les soins se fondent sur des données probantes et sur l'éthique, la participation du patient, l'accès à la justice et le respect de la vie privée et de la confidentialité.

Les ministres ont conclu que les systèmes de santé représentent une part essentielle de l'infrastructure sociale de l'Europe. En examinant les futures stratégies, la préoccupation commune devrait être de protéger ces valeurs et ces principes. Les ministres invitent les institutions européennes à s'assurer que leurs politiques protègent ces valeurs tandis que se poursuivent les travaux visant à étudier les implications de l'Union sur les systèmes de santé et l'intégration des questions liées à la santé dans toutes les politiques. Le Conseil invite la Commission à assurer que les valeurs et les principes communs figurant dans la Déclaration sont respectés lors de l'élaboration de propositions spécifiques en matière de services de santé.

2.2.2 Proposition lancée par le ministre belge de la Santé

Entre-temps, et après consultation auprès de certains collègues d'autres États membres animés du même état d'esprit, le ministre belge des Affaires sociales et de la Santé publique, M. Rudy Demotte, a lancé une note (*non-paper*) soulignant la nécessité d'une approche spécifique pour le secteur des soins de santé et proposant une directive spécifique sur les services de santé ⁽⁵⁾. L'hypothèse de base de cette note est que, pour organiser leurs systèmes de soins de santé, les États membres doivent disposer d'une capacité de pilotage et de certaines responsabilités régulatrices propres. La note propose une directive qui :

- décrit les valeurs et principes communs sur lesquels se fondent les systèmes européens de soins de santé ;
- précise leurs objectifs ;
- définit les différents types d'instruments que les pouvoirs publics utilisent pour gérer de manière adéquate leurs systèmes (comme la planification, les mécanismes de fixation des tarifs, les régimes d'autorisation pour les prestataires, etc.) ;
- identifie les conditions dans lesquelles l'utilisation de ces instruments est conforme aux dispositions du traité.

Le document suggère que si de tels instruments sont utilisés par les États membres pour protéger les valeurs et les principes communs et pour atteindre les objectifs et corriger les imperfections du marché dans ce secteur, cette utilisation doit être considérée comme justifiée parce qu'elle constitue une raison impérieuse d'intérêt général. En outre, la directive devrait clarifier la manière dont doivent être appliqués les principes de non-discrimination et de proportionnalité dans ce secteur. La note propose l'inclusion de règles relatives au remboursement des soins prodigués dans un autre pays. Enfin, elle plaide pour davantage de coopération et d'échanges entre États membres sur des questions comme les droits des patients, la qualité des soins, la sécurité et la responsabilité des patients.

⁵ Note présentée lors de la réunion informelle des ministres de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Santé, Helsinki, 6-8 juillet 2006.

Cette note a recueilli le soutien de huit États membres comptant des ministres de la Santé sociaux-démocrates qui se réunissent régulièrement pour discuter des problèmes de droit communautaire interférant avec les systèmes de santé de leur pays. Ces pays – Allemagne, Espagne, Belgique, Luxembourg, Portugal, Suède, Italie et Royaume-Uni qui forment ce qu'on appelle le « groupe d'Aix-la-Chapelle » d'après le lieu de leur première réunion en Allemagne l'année dernière – ont présenté leur point de vue lors d'une réunion informelle des ministres de la Santé en juillet. Ils ont plaidé de manière convaincante en faveur d'une proposition législative qui aille au-delà de la question de la mobilité des patients, et pour l'établissement d'un cadre juridique qui offre une base permettant de justifier l'utilisation des outils de *management* requis par les autorités sanitaires pour piloter leurs systèmes de santé et pour garantir la qualité, l'accessibilité et la pérennité financière de ces systèmes.

2.2.3 Consultation de la Commission

À la fin septembre 2006, la Commission a lancé un document de consultation publique sur l'action de l'Union dans les services de santé (CCE, 2006d). Cette consultation porte sur deux questions :

- comment, dans le cadre du droit communautaire, garantir une sécurité juridique dans le cas de soins transfrontaliers ?
- quelle est l'opportunité et quelles seraient les modalités de soutien à la coopération entre les systèmes de santé des États membres ?

Selon ce document, les soins transfrontaliers recouvrent la mobilité temporaire ou permanente d'un prestataire de soins dans un autre État membre ; la mobilité des patients et la mobilité de services de santé comme dans le cas de la médecine à distance. La communication indique que les soins transfrontaliers ont des conséquences pour tous les services de santé, qu'ils soient fournis ou non par-delà les frontières. Elle souligne qu'une action communautaire dans ce domaine ne signifie pas une harmonisation des systèmes nationaux de soins de santé ou de protection sociale. La consultation aborde aussi des thèmes tels que :

- l'impact actuel des soins transfrontaliers sur l'accessibilité, la qualité et la pérennité financière des systèmes de santé tant des pays « expéditeurs » que des pays « destinataires » ;

- la nécessité d'une sécurité juridique accrue pour faciliter concrètement les soins transfrontaliers (avec notamment des questions portant sur les conditions dans lesquelles les soins frontaliers doivent être autorisés et rétribués, les règles – de quel pays – à appliquer, et ce qui se passe quand des difficultés surviennent) ;
- les domaines dans lesquels l'action européenne peut soutenir les États membres, comme les réseaux de centres de référence, la promotion de l'innovation en matière de santé et les évaluations de l'impact des politiques communautaires sur les systèmes de santé. Dans ce contexte, la communication suggère aussi des initiatives visant à améliorer « la disponibilité et la comparabilité des données et des indicateurs sur la santé » dans le but de comparer des revenus et d'assurer le suivi et la coopération à l'échelle européenne ;
- les outils appropriés pour traiter ces différents problèmes au niveau de l'Union – qu'il s'agisse d'instruments légalement contraignants, de *soft law* ou d'autres moyens.

La communication indique certaines options pour ces outils :

- un instrument juridique contraignant, règlement ou directive, qui pourrait être fondé sur l'article 95 du traité CE, est présenté comme la meilleure option pour assurer la sécurité juridique ;
- une proposition de règlement sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (CCE, 2006e) ;
- une communication interprétative sur la jurisprudence pourrait apporter une clarification supplémentaire ;
- une coopération concrète par l'intermédiaire du groupe de haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux (sur des questions comme la mise en réseau des centres de référence) et la méthode ouverte de coordination (MOC) dans le domaine des soins de santé et des soins à long terme.

Même si la communication prétend traiter de toutes les formes de soins transfrontaliers, les questions abordées traitent en particulier de la mobilité des patients qui cherchent à se faire soigner dans un autre État membre. Sur la base des réponses à cette consultation, qui sont

demandées pour le début de 2007, la Commission prévoit de présenter des propositions dans le courant de cette année.

Lors d'une réunion ministérielle informelle organisée par la Commission le 29 novembre 2006 dans le cadre de cette consultation, tous les États membres, à l'exception des Pays-Bas, se sont déclarés favorables à un instrument juridique. De nombreux ministres de la Santé ont exprimé le souhait d'englober des questions allant au-delà de la mobilité des patients. Ils ont exprimé l'espoir qu'un tel instrument apporterait davantage de sécurité juridique et assurerait la stabilité juridique des systèmes de soins de santé. S'agissant du remboursement des soins prodigués à l'étranger, des pays comme le Royaume-Uni ou la Suède ont défendu la thèse d'un remboursement sur la base des prix pratiqués dans le pays où les soins sont prodigués. Les pays d'Europe centrale et orientale considéraient plutôt la mobilité des patients comme une opportunité pour attirer ces patients et pour développer ainsi une économie des services de santé. S'agissant d'autres points à débattre, comme la qualité des soins, les États membres ont tendance à privilégier la coopération intergouvernementale ⁽⁶⁾.

Cette communication, même si elle est centrée essentiellement sur la problématique de la mobilité des patients, laisse toutes les portes ouvertes en termes d'initiative (législative) ultérieure de la Commission. Cette dernière préfère probablement attendre les réponses et voir avec quelle vigueur les acteurs concernés entendront faire valoir leur point de vue quant au champ d'action d'une proposition législative. Une consultation représente aussi un outil pour légitimer des initiatives ultérieures et pour générer chez les acteurs concernés le sentiment que la proposition finale est la leur.

2.3 Les procédures d'infraction

Lorsqu'il est apparu clairement que les soins de santé seraient exclus de la directive sur les services, la DG Marché intérieur de la Commission européenne a commencé à se montrer particulièrement active pour

⁶ Bulletin quotidien Europe, n°9320, 5 décembre 2006.

lancer des procédures d'infraction à l'encontre d'États membres. Ainsi, quelques jours après l'accord politique du Conseil sur l'exclusion des services de santé de la directive « services », la Commission a lancé des procédures d'infraction contre trois États membres à propos de la législation limitant l'ouverture et l'exploitation de pharmacies (pour plus de détails à ce sujet, voir l'encadré 1).

Il est frappant de constater que la législation en cause comprend plusieurs des procédures d'autorisation et des conditions énumérées à l'article 15 de la directive sur les services. Sur la base de cet article, les États membres auraient dû vérifier leur conformité avec les exigences de non-discrimination, de nécessité et de proportionnalité et les abroger en cas de non-conformité. Rappelons que les restrictions pertinentes énumérées à l'article 15 de la directive sur les services sont libellées comme suit :

- « - les limites quantitatives ou territoriales sous forme, notamment, de limites fixées en fonction de la population ou d'une distance géographique minimum entre prestataires ;
- les exigences qui imposent au prestataire d'être constitué sous une forme juridique particulière, notamment d'être une personne morale, une société personnelle, une entité sans but lucratif ou une société appartenant exclusivement à des personnes physiques ;
- les exigences, autres que celles relatives aux qualifications professionnelles ou que celles prévues dans d'autres instruments communautaires, qui réservent l'accès à l'activité de service concernée à des prestataires particuliers en raison de la nature spécifique de l'activité » (CCE, 2004 : 56).

Alors que la Commission avait affirmé pendant les débats sur la directive « services » que les régulateurs de la santé ne devaient pas nourrir de préoccupations à propos de l'article 15, puisqu'ils seraient en principe en mesure de justifier les restrictions dans le secteur des soins de santé au nom de l'intérêt général, les procédures d'infraction montrent qu'il en va tout autrement. Ces procédures illustrent bien l'incertitude juridique à laquelle sont confrontés les autorités et les régulateurs de la santé, même après l'exclusion des soins de santé du champ d'application de la directive « services ».

On a l'impression qu'après avoir échoué à obliger les États membres à se conformer aux règles de la liberté d'établissement en englobant les soins de santé dans la directive « services », la Commission cherche à réaliser cet objectif au travers de la jurisprudence de la Cour de justice, et à faire comprendre que le retrait de ces services de la directive ne change pas grand-chose. De telles initiatives illustrent, une fois de plus, les paradoxes de l'action de la Commission : alors que ses services « Marché intérieur » lancent des procédures judiciaires contre les États membres considérés comme ne respectant pas les règles communautaires, son service « Santé » tente de lancer un débat sur le renforcement de la sécurité juridique pour les autorités régulatrices. Certains États membres ont par conséquent appelé les services de la Commission à bloquer les procédures d'infraction en attendant de parvenir à davantage de clarté quant à une initiative politique dans ce domaine. Le refus des services de la Commission de tenir compte du processus politique en cours donne à penser qu'ils n'entendent pas approuver une initiative législative qui fournirait des interprétations spécifiques pour l'application des dispositions sur le marché intérieur sur ce type de législation nationale.

Encadré 1

Les procédures d'infraction lancées par la Commission

La législation italienne empêche les entreprises actives dans la distribution de médicaments (ou ayant des liens avec des entreprises actives dans ce secteur) d'acquiescer des participations dans des sociétés pharmaceutiques, qu'elles soient privées ou coopératives. La loi italienne empêche également les personnes qui ne possèdent pas un diplôme de pharmacien de détenir des participations dans des pharmacies, réservant donc la propriété des pharmacies aux pharmaciens ou à des personnes juridiques constituées de pharmaciens. La Commission considère que ces restrictions vont au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif de protection de la santé. Selon elle, les règles italiennes sont incompatibles avec la liberté d'établissement (art. 43 du traité CE) et avec la libre circulation des capitaux (art. 56 du traité CE). Par conséquent, elle a porté l'affaire devant la Cour de justice.

L'Autriche a reçu un avis motivé parce que sa législation nationale limite la liberté d'établissement comme pharmacien. La Commission conteste notamment les restrictions suivantes : la discrimination sur la base de la nationalité qui empêche les non-Autrichiens de gérer une pharmacie ouverte depuis moins de trois ans ; l'interdiction d'ouvrir une pharmacie dans des zones dépourvues de cabinet médical ; la limitation du choix de la forme juridique pour une pharmacie (aucune société n'est autorisée) ; l'interdiction de gérer plus d'une pharmacie et les limitations sur le nombre de pharmacies selon des critères de nombre

minimum d'habitants et de distance minimale entre les pharmacies.

Un autre avis motivé a été envoyé à l'Espagne en raison des restrictions nationales sur l'établissement des pharmacies : règles de planification territoriale basées sur un nombre minimum d'habitants (module minimal entre 2 800 et 4 000 habitants) et une distance minimale (250 mètres) entre les pharmacies ; priorité accordée dans la procédure administrative d'attribution de la licence, dans certaines Communautés autonomes comme Valence, aux pharmaciens ayant acquis une expérience professionnelle dans la communauté en question ; règles de propriété selon lesquelles seuls des pharmaciens peuvent posséder une pharmacie. La Commission considère que ces restrictions sont soit disproportionnées soit discriminatoires (CCE, 2006f).

Une procédure d'infraction a été ouverte contre la Belgique pour sa législation sur les *PET Scans* (un système d'imagerie médicale particulièrement utilisé pour la détection des cancers). La législation belge définit des critères d'agrément limitant le nombre de services où un *PET Scan* peut être installé sur le territoire belge à 13 pour une population de 10,5 millions d'habitants. Les hôpitaux non agréés et les fabricants de ces scanners ont introduit une plainte auprès de la Commission contre cette mesure, accusée de créer un obstacle à la libre circulation des marchandises.

Par ailleurs, la Belgique a été officiellement priée de présenter ses observations concernant les « mutuelles » proposant une assurance maladie complémentaire (qui s'ajoute à la couverture de base de la sécurité sociale) et qui sont en concurrence avec les compagnies d'assurances. En Belgique, les mutuelles sont soumises à des règles nationales spécifiques, et non aux règles communautaires qui s'appliquent aux compagnies d'assurances en ce qui concerne la solvabilité, le contrôle et les capitaux des prestataires d'assurances. D'après la Commission, il pourrait en résulter différents niveaux de protection selon les assurés, ainsi que des distorsions sur le marché. Après analyse de la réponse belge, la Commission devait décider d'émettre ou non un « avis motivé » demandant officiellement au gouvernement belge de modifier la loi concernée (CCE, 2006g).

Conclusions

Alors que, dans le passé, nous avons pu constater l'existence d'un scénario d'actions et de réactions entre les acteurs économiques et les acteurs sociaux dans le domaine des soins de santé au niveau européen – les acteurs économiques ayant l'initiative de la manœuvre et les acteurs sociaux ne parvenant pas à réaliser un consensus sur une réponse sociale appropriée (Baeten, 2003 et 2005) –, en 2006 la ligne de partage semble plutôt parcourir les différentes institutions de l'Union.

Le Parlement européen et le Conseil sont largement favorables à une initiative légalement contraignante pour une clarification des relations entre le marché intérieur et les services de santé et les services sociaux (d'intérêt général) visant à apporter une sécurité juridique accrue aux

acteurs concernés. La plupart des acteurs du secteur des services concernés plaident également pour une initiative législative. La Commission reste cependant très prudente à ce sujet et adopte des approches différentes pour les services de soins de santé et pour les services sociaux. Seule la Commission a le droit d'initiative pour les propositions législatives ; le Parlement européen et le Conseil sont dès lors dépendants de sa volonté d'agir.

La Commission est en fait favorable à une initiative légalement contraignante pour le secteur des soins de santé, très probablement pour inclure des dispositions sur le remboursement des soins de santé prodigués dans un autre État membre. On peut se demander dans quelle mesure cette proposition de législation ira plus loin et traitera aussi d'autres problèmes liés à la liberté d'établissement et à l'effet dérégulateur sur le secteur des soins de santé des dispositions concernant la libre circulation. En ce qui concerne le secteur social, la Commission se limite aux communications classificatoires.

Les différentes DG de la Commission ont adopté des approches différentes. Alors que les DG chargées de la politique de santé et des politiques sociales – qui entretiennent des contacts étroits avec les secteurs concernés – plaident pour un renforcement de la sécurité juridique, la DG « Marché intérieur » est principalement soucieuse de faire en sorte que les États membres se conforment à la jurisprudence de la Cour de justice et aux dispositions relatives au marché intérieur. Même si elle est disposée à accepter une directive spécifique pour le secteur des soins de santé, son but est d'exiger le respect de la mobilité du patient par les États membres. Les procédures d'infraction lancées contre certains États membres poursuivent le même objectif. La DG « Marché intérieur » n'est pas favorable à une législation établissant une approche spécifique pour l'application des dispositions relatives au marché intérieur dans le secteur des soins de santé et le secteur social qui aille au-delà de la jurisprudence de la Cour de justice. Comme il n'existe pas de jurisprudence de la Cour dans le secteur social, elle s'oppose donc à des initiatives législatives dans ce secteur. Cette DG semble être en position de force pour imposer son point de vue et faire obstacle à de nouvelles initiatives.

Même si les DG responsables des politiques des soins de santé et des politiques sociales semblent partager les mêmes préoccupations, elles se sont avérées incapables de joindre leurs forces dans une stratégie commune. La concurrence pour revendiquer le *leadership* en matière d'initiatives politiques les empêche de coopérer efficacement. Leur stratégie consiste principalement à accroître la pression des groupes d'acteurs concernés par le biais de consultations et de questionnaires.

Les États membres et le Parlement européen sont largement favorables à une initiative plus ample, qui fasse la clarté sur la capacité de pilotage des pouvoirs publics et qui fournisse davantage d'indications sur la manière dont les règles nationales peuvent être mises en conformité avec les règles du marché intérieur. La coalition des États membres en faveur d'une telle initiative pour les soins de santé pourrait surprendre. En effet, des pays comme le Royaume-Uni et la Suède, traditionnellement très réticents à toute intervention européenne dans leurs politiques nationales de santé et de protection sociale figurent au premier rang du groupe d'États réclamant une initiative législative allant au-delà de la question de la mobilité des patients. Un long chemin a été parcouru depuis les premiers arrêts de la Cour définissant les services de soins de santé comme une activité économique et les débuts prudents des débats européens sur une réponse politique à cette évolution. En 2006, le jugement dans l'affaire Watts (voir la contribution de Dalila Ghailani dans le présent volume) ⁽⁷⁾ a établi clairement que lorsqu'un patient d'un système national de soins de santé (NHS, système en vigueur au Royaume-Uni et en Suède) a le droit de se rendre à l'étranger pour y suivre un traitement, les règles relatives à la libre circulation des services s'appliquent aussi à ces systèmes, les soins prodigués à l'étranger l'étant contre rémunération. Il était donc devenu manifeste que les systèmes NHS n'étaient plus protégés des règles du marché intérieur, ce qui a accru dans ces pays la pression pour que ces problèmes soient traités au niveau de l'Union.

Lorsque nous comparons les débats politiques dans le secteur des services sociaux, d'une part, et des services des soins de santé, de l'autre,

⁷ CJCE, Affaire C-372/04, *The Queen à la demande de Yvonne Watts contre Bedford Primary Care Trust and Secretary of State for Health*, Arrêt de la Cour, 16 mai 2006.

nous percevons des accents différents dans les questions débattues. Alors que, pour le secteur des soins de santé, le débat s'est en grande partie centré sur la mobilité du patient et sur les effets dérégulateurs des règles du marché intérieur, le débat dans le secteur des services sociaux s'est bien davantage focalisé sur l'application des règles en matière d'aide publique, de concessions, de marchés publics et de partenariat public privé. Il est également frappant de constater que dans le secteur des services sociaux, la nécessité de confier officiellement à ces services une mission d'intérêt général est une préoccupation plus répandue que dans le secteur des soins de santé. Cela peut sans doute s'expliquer par le fait que dans ces secteurs, l'impact du droit communautaire s'est fait sentir sous des angles différents : pour le secteur des soins de santé, il s'est agi de la jurisprudence de la Cour de justice, d'une part, et de la directive sur les services – plus particulièrement l'article 15 de la directive, sur la liberté d'établissement – de l'autre. Les services sociaux, souvent plus étroitement liés avec les pouvoirs locaux, sont davantage conscients et préoccupés par la jurisprudence de la Cour sur les aides publiques, comme la décision dans l'affaire *Altmark* sur le financement public en compensation d'une mission d'intérêt général⁽⁸⁾, et la décision de la Commission sur les aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général (CCE, 2005 ; voir aussi Baeten, 2005). Dans le secteur social, le lien avec les services d'intérêt général est indiqué de manière plus explicite, ce qui est probablement lié au fait que dans le secteur des soins de santé, dans la plupart des États membres, il existe un circuit parallèle commercial, à but lucratif, qui ne fonctionne pas nécessairement avec des fonds publics. Ces prestataires sont tenus de se conformer à des normes de qualité minimales, mais non à des règles en matière de fixation des tarifs et ils n'ont pas à garantir d'égalité d'accès. Même si, en règle générale, ces services peuvent donc difficilement être considérés comme des services d'intérêt général, les États membres sont également favorables à la préservation de leur capacité de pilotage de ces services, la moindre de leur motivation n'étant pas qu'ils sont en train d'expérimenter une

⁸ CJCE, Affaire C-280/00, *Altmark Trans GmbH, Regierungspräsidium Magdeburg*, Arrêt de la Cour, 24 juillet 2003.

ouverture à ces prestataires commerciaux de leurs systèmes à financement public. Cette tendance à ouvrir les systèmes financés par des fonds publics aux prestataires commerciaux explique aussi que l'initiative du Conseil se concentre sur les valeurs et les principes communs. Alors que les « valeurs » se réfèrent aux fondements « classiques » des systèmes de soins de santé sur fonds publics, les « principes » renvoient essentiellement aux caractéristiques « que tous les citoyens de l'UE s'attendent à retrouver dans tout système de santé de l'UE, accompagnés des structures pour les mettre en œuvre ». Parmi ces principes, on trouve la qualité, la sécurité, le fait que les soins se fondent sur des données probantes et sur l'éthique, la participation du patient, l'accès à la justice et le respect de la vie privée et de la confidentialité. Ce n'est pas un hasard si les États membres qui sont en train d'ouvrir leurs systèmes à ces prestataires commerciaux, comme les Pays-Bas et le Royaume-Uni, jouent un rôle moteur dans cette initiative. La nécessité de créer des garanties minimales au niveau de l'UE s'agissant des exigences précitées pourrait bénéficier non seulement aux patients à l'étranger, mais aussi aux patients qui s'adressent au système privé de leur propre pays. Ces développements incitent à l'adoption d'initiatives au niveau de l'UE visant à garantir des normes de base pour les patients qui font leur *shopping* comme des consommateurs : une telle approche coïncide très fortement avec celle des services chargés du « marché intérieur » au sein de la Commission européenne.

Références

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, Bruxelles, pp.149-183.

Baeten, R. (2005), « Soins de santé : après la Cour, les décideurs politiques entrent dans le jeu », in Degryse, C. et Pochet, P. (eds.), *Bilan social de l'Union européenne 2004*, ETUI-REHS, Observatoire social européen et Saltsa, Bruxelles, pp.81-110.

CCE (2004), 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://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2004/com2004_0002fr01.pdf).

CCE (2005), Décision de la Commission 2005/842/CE du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, JO L 312 du 29 novembre 2005, pp.0067-0073 (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2005/l_312/l_31220051129fr00670073.pdf).

CCE (2006a), Proposition modifiée de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, COM (2006) 160 final du 4 avril 2006 (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2006/com2006_0160fr01.pdf).

CCE (2006b), "Commissioner Charlie McCreevy's Statement on the vote in the European Parliament on the Services Directive", Speech by Charlie McCreevy, Commissaire européen en charge du Marché intérieur et Services, Session plénière du Parlement européen, Strasbourg, 15 novembre 2006 (http://www.europarl.europa.eu/comparl/imco/services_directive/061115_mccreevy_services_en.pdf).

CCE (2006c), 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 du 26 avril 2006 (http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/docs/com_2006_177_fr.pdf).

CCE (2006d), Communication de la Commission « Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé », 26 septembre 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/comm_health_services_comm2006_fr.pdf).

CCE (2006e), Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, COM (2006) 16 final du 31 janvier 2006 (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/com/2006/com2006_0016fr01.pdf).

CCE (2006f), « La Commission examine la loi belge à propos de l'assurance maladie complémentaire proposée par les caisses de maladie privées », *Communiqué de presse*, IP/06/1781, Bruxelles, 13 décembre 2006

(<http://www.europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/06/1781&format=HTML&aged=0&language=FR&guiLanguage=en>).

CCE (2006g), « Marché intérieur : procédures d'infraction concernant l'Italie, l'Autriche et l'Espagne dans le domaine des pharmacies », *Communiqué de presse*, IP/06/858, Bruxelles, 28 juin 2006 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/06/858&format=HTML&aged=1&language=FR&guiLanguage=en>).

CES (2006), Communication sur les services sociaux d'intérêt général : « un premier pas nécessaire, mais insuffisant », Confédération européenne des syndicats, Bruxelles, 26 avril 2006 (<http://www.etuc.org/a/2316>).

Comité des Régions (2006), Avis du Comité des régions du 6 décembre 2006 sur 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], *Avis* n° 181, Bruxelles, 14 décembre 2006 (http://coropinion.cor.europa.eu/CORopinionDocument.aspx?identifiant=cdre\ecos-iv\dossiers\ecos-iv-006\cdr181-2006_fin_ac.doc&language=FR).

Conseil de l'Union européenne (2006a), Position commune arrêtée par le Conseil en vue de l'adoption de la directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, Document 10003/06, Bruxelles, 17 juillet 2006 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/fr/06/st10/st10003.fr06.pdf>).

Conseil de l'Union européenne (2006b), Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'UE, 2733^{ème} session du Conseil Emploi, Politique sociale, Santé et Consommateurs, Luxembourg, 1 et 2 juin 2006 (http://www.eu2006.at/fr/News/Council_Conclusions/0106HealthSystems.pdf).

Parlement européen (2006a), Résolution législative du Parlement européen sur la proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, P6_TA (2006)

0061, Strasbourg, 16 février 2006
(<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2006-0061+0+DOC+XML+V0//FR>).

Parlement européen (2006b), Amendments 12-43, Projet de recommandation pour la deuxième lecture, Evelyne Gebhardt, Position commune du Conseil en vue de l'adoption de la directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, 21 septembre 2006 (http://www.europarl.europa.eu/comparl/imco/services_directive/060921_servicesam_fr.pdf).

Parlement européen (2006c), Résolution législative du Parlement européen relative à la position commune du Conseil en vue de l'adoption de la directive du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, P6_TA (2006) 0490, Strasbourg, 15 novembre 2006 (http://www.europarl.europa.eu/comparl/imco/services_directive/061115_consolidated_fr.pdf).

Parlement européen (2006d), Résolution du Parlement européen sur le Livre blanc de la Commission sur les services d'intérêt général, P6_TA (2006) 0380, Strasbourg, 27 septembre 2006 ([http://www.europarl.europa.eu/registre/seance_pleniere/textes_adoptes/definitif/2006/09-27/0380/P6_TA\(2006\)0380_FR.pdf](http://www.europarl.europa.eu/registre/seance_pleniere/textes_adoptes/definitif/2006/09-27/0380/P6_TA(2006)0380_FR.pdf)).

Plate-forme sociale (2006), "Commission takes step on social services, but fails to acknowledge the urgency of a legal instrument", *Communiqué de presse*, Plate-forme des ONG européennes du secteur social, Bruxelles, 26 avril 2006 (http://www.socialplatform.org/code/en/pres_rele.asp?id_presse=118).

