



Le + syndical

29.1.07

COMMUNICATION DE LA COMMISSION

Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé

CONTRIBUTION DE LA CFE-CGC

Remarques préliminaires

La CFE-CGC se félicite de l'initiative de la commission pour édifier un cadre communautaire pour des services de santé sûrs, efficaces et de qualité, en renforçant la coopération entre les états membres et en apportant des assurances sur l'application du droit communautaire aux services et aux soins de santé.

Certains pourraient s'étonner que les services de santé soient traités « à part » des autres services offerts. Les débats sur la réglementation de la prestation de service (livre blanc, directive) ont montré qu'il est délicat de considérer les services qui concernent la sécurité des personnes et dont les financements sont multiples, comme des services classiques. Pour ces deux raisons, la CFE-CGC souscrit à une initiative spécifique sur les services de santé.

Enfin, il faut être réaliste et modeste dans cette initiative européenne : des pistes pourront, certes, être ouvertes au niveau européen mais souvent les questions posées par la commission dans cette communication, se posent déjà au niveau de l'état membre lui-même et n'y sont pas encore résolues.

Question 1 : Quelles sont les retombées actuelles (à l'échelon local, régional et national) de la prestation transfrontalière de soins sur l'accessibilité aux systèmes de soins ainsi que sur la qualité et la viabilité financière de ces systèmes et comment ces répercussions sont-elles susceptibles d'évoluer ?

Quant, sur un territoire, un service de santé est implanté, équipé et réputé efficace, il peut « attirer » de nombreuses populations nationales et extra-nationales pour y être soignées. En découlent plusieurs phénomènes :

- on assiste ainsi à un risque réel d'engorgement avec toutes les difficultés de traitement qui en découle,

- le service de santé a pu mettre des années à être mis en place, dans telle ou telle région, et une fois implanté, l'afflux excessif de transfrontaliers peut générer un sentiment de « captation » vis-à-vis de la population locale,
- plus les populations soignées sont de diverses origines, plus le personnel des services de santé doit gérer, en plus des soins, les pratiques culturelles « importées » et leurs impacts sur l'organisation du service.

La CFE-CGC formulera plusieurs suggestions pour essayer de mieux coordonner l'accessibilité aux soins des citoyens des états membres.

Question 2 : Quelles sont les clarifications juridiques spécifiques et les informations pratiques requises –et par qui (autorités, acquéreurs, prestataires, patients)- pour que des prestations transfrontalières de soins sûres, efficaces et de qualité puissent être fournies ?

Il serait utile d'émettre des règles communes, au niveau communautaire, pour sécuriser les soins rendus aux patients. Un standard de normes sur un certain nombre de domaines pourrait être mis en place et contrôlé régulièrement (sur le modèle des certifications pour les bateaux ou les avions). L'idée est de vérifier la compétence des personnels et les procédures mises en place pour assurer au mieux les soins.

Le domaine du « parcours du patient » lorsqu'il arrive dans un hôpital pourrait être un premier sujet à aborder : comment il est accueilli, comment il est accompagné, les personnes qui l'encadrent ou qui manipulent les appareils, sont-elles suffisamment qualifiées pour les soins qu'elles prodiguent

A noter que cette pratique existe au niveau français, à travers le système d'accréditation. Un groupe d'experts indépendants vient inspecter un service de santé, sur des actions prises au hasard et vérifie comment elles sont réalisées (au regard de standards prédéfinis). Il fait un rapport, formule des recommandations, rend public ses conclusions. Si lors d'un contrôle ultérieur, le groupe d'experts constate que des recommandations n'ont pas été prises en compte, le service de santé peut perdre son accréditation et être fermé.

Question 3 : Quels sont les domaines (surveillance clinique, responsabilité financière, etc...) devant relever de la responsabilité des autorités de chacun des Etats concernés ? Ces domaines varient-ils en fonction des différents types de prestation transfrontalière de soins décrits au point 2.2 ci-dessus ?

La CFE-CGC souhaiterait que soit mise en place une obligation, pour chaque état membre, de transmettre le dossier clinique dans son intégralité, à la demande du patient. Si la structure nationale est dans l'impossibilité de lire le dossier en raison de la langue d'origine, il reviendrait au patient de faire traduire son dossier médical. Dans ce cas, les tarifs de traduction seraient régulés, sur un mode de forfait, pour que les patients ne soient pas exposés à des prix exorbitants.

La question du secret médical est importante. La CFE-CGC est consciente que l'exigence d'une reconnaissance du secret médical dans tous les pays membres peut être trop ambitieuse. A minimum alors, il faudrait exiger que le dossier médical du patient soit transmis selon les modes de confidentialité en vigueur dans le pays d'accueil.

Enfin, pour finir sur la transmission des données médicales, ces dernières devraient passer entre les mains de médecins (pays d'origine et pays d'accueil), et pas uniquement dans celles de l'administration, afin de décrypter le contenu des informations et de donner un aval médical avant d'effectuer les soins prescrits ou de les payer lorsqu'ils ont été réalisés dans le pays tiers.

Question 4 : Qui devrait-êtré chargé de garantir la sécurité des patients en cas de prestation transfrontalière de soins ? Comment garantir des voies de recours aux patients ayant subi des préjudices ?

Concernant la sécurité des patients, voir la proposition à la question 2 (système d'accréditation).

Quant aux voies de recours, plusieurs pistes peuvent être envisagées pour que le patient réussisse au mieux son action en réparation du préjudice :

- il pourrait saisir le conseil de l'ordre des médecins de son pays afin que celui-ci instruisse le dossier en jouant un rôle d'intermédiaire, voire de médiateur (idée de contacts entre des pairs de pays différents),
- il pourrait saisir le médecin « référent » de son pays qui prendrait alors contact avec son homologue « référent » du pays où les soins litigieux ont été réalisés,
- s'il s'agit d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, il reviendrait à l'administration du pays d'origine de conduire les actions contre les services de santé du pays où les soins ont été réalisés, en lieu et place du patient (logique de protection du travailleur).

Question 5 : Que faut-il faire pour que le traitement des patients originaires d'autres Etats membres soit compatible avec la fourniture d'un service médical et hospitalier équilibré accessible à tous (dédommagement financier pour leur traitement dans le pays "destinataire" par exemple) ?

Il faut noter que cette question se pose déjà au niveau français !

La CFE-CGC est favorable au principe d'un dédommagement financier, à hauteur d'un tarif de responsabilité (prendre en compte la réalité financière du service de santé ou du ministère du pays tiers), sauf en cas de soins d'urgence.

La question de l'égalité dans l'accès aux soins est cruciale mais délicate, notamment dans les délais de prise de rendez-vous. Le seul critère qui doit être pris en compte est le critère d'ordre médical d'urgence.

Question 6 : D'autres questions sur la circulation des professionnels de la santé ou l'établissement de prestataires de soins qui n'auraient pas encore été traitées dans la législation communautaire devraient-elles être évoquées dans le contexte précis des services de santé ?

De nombreux médecins quittent leur pays après avoir terminé leurs études de médecine pour aller dans d'autres états où ils seront mieux rémunérés. Ceci constitue un préjudice pour l'Etat et pour les populations du pays où le médecin a obtenu son diplôme.

Pour y remédier, la CFE-CGC propose que le médecin ait une obligation de service d'un temps minimum dans son pays d'origine, à l'issue de ces études. Le médecin ne pourrait s'installer dans un autre Etat membre qu'une fois ce temps de service minimum rempli. Cette obligation s'imposerait aux états membre où le médecin aimerait exercer.

Un système équivalent, mais au niveau régional, existe en Grèce afin de mieux répartir l'offre de compétences médicales au niveau territorial. La France conduit actuellement une réflexion similaire sur le sujet.

La question de l'éthique (déontologie, réglementation...) devrait être également évoquée dans le contexte des services de santé. Il importe de veiller à ce que les règles sur le sujet dans le pays d'accueil où sont prodigués les soins, soient respectées.

Question 7 : Dans le contexte des différents systèmes spécifiques de santé ou de protection sociale concernés, existe-t-il d'autres domaines où la sécurité juridique devrait être renforcée ? En particulier, quelles améliorations les parties prenantes directement concernées par l'accueil des patients venant d'autres Etats membres –prestataires de soins et institutions de sécurité sociale par exemple- suggèrent-elles pour faciliter la prestation de soins à l'échelon transfrontalier ?

Pour la CFE-CGC, deux points mériteraient d'être abordés pour faciliter la prestation de soins au niveau transfrontalier :

- La langue peut être un obstacle majeur pour suivre la prestation des soins. On pourrait envisager un mode de fonctionnement généralisé de la façon suivante : le patient qui a été soigné dans un pays tiers, peut demander la transmission de son dossier lorsqu'il retourne dans son pays de résidence. Si le service de santé ne peut comprendre le dossier médical, il revient au patient de veiller à sa traduction. Et pour ne pas exposer le patient à des frais non maîtrisables, un tarif de traduction spécifique (« tarif conventionnel ») pourrait être arrêté.
- Les procédures entre services de santé de pays différents gagneraient à être optimisées. On pourrait envisager que l'hôpital d'accueil fasse une déclaration de soins à l'administration concernée du pays d'origine avec, joint, une fiche de présentation du système médical local. Cela permettrait aux différents pays de mieux connaître leur système de santé et de développer les contacts entre institutions.

Question 8 :

"De quelle manière l'action de l'UE devrait-elle soutenir les systèmes de santé et les différents intervenants concernés dans les Etats membres ? Envisagez-vous des domaines d'action qui n'auraient pas été évoqués ci-dessus ?"

L'action communautaire pourrait soutenir les initiatives qui favorisent les échanges de bonnes pratiques, les groupes de travail européens de réflexion et d'échanges sur des thématiques spécifiques et validées (cancer, maladies rares, diabète...). L'action communautaire pourrait aussi participer à la réalisation de registres, pour mieux travailler sur les résultats des actions menées.

Question 9 :

"Quels seraient les instruments appropriés pour faire face aux différents enjeux liés aux services de santé au niveau européen ? Quels seraient les points à aborder dans la législation communautaire et ceux à traiter par des voies non législatives ?"

Pour la CFE-CGC, la mise en place d'un système d'accréditation (cf. point 2) peut constituer un instrument fédérateur et structurant des prestations de santé.

Une autre initiative communautaire pourrait aider à faire face aux enjeux liés aux services de santé : on pourrait travailler à identifier parmi les états membres un hôpital « référent » sur telle ou telle spécialité. Ces hôpitaux pourraient recevoir des patients concernés venant de toute l'union. La structure d'accueil et de soins serait organisée de telle sorte que le patient ne subirait pas la différence de coût, que la gestion de l'accueil serait régulée et que les finances locales seraient aidées par un financement mutualisé au niveau européen.

On pourrait également envisager un partenariat transfrontalier (financier ou autres) dans la construction, l'extension ou l'optimisation d'une structure de soins de santé afin que les populations locales et avoisinantes d'un autre pays membre puissent être soignées sur un pied d'égalité.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.