



Bruxelles, le 31 janvier 2007

**Réponse de la CES à la Communication de la Commission du 26 septembre 2006 :**

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

Dans sa réponse à la Communication de la Commission européenne du 26 septembre 2006 : « Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé », la Confédération Européenne des Syndicats (CES) entend insister sur certains points qui lui semblent prioritaires et qui devraient selon elle être pris en compte dans les initiatives futures que la Commission sera amenée à prendre sur ces questions des soins de santé.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'approche générale, la CES se félicite du fait que, suite aux mobilisations qu'elle a entreprises, les services sociaux d'intérêt général (SSIG) et ceux portant sur les soins de santé aient été exclus de la directive sur les services. Il a été ainsi reconnu qu'ils n'obéissaient pas seulement à des impératifs d'ordre économique – même si certaines de leurs activités ont une dimension économique – mais qu'ils répondaient à des missions sociales et qu'ils participaient ainsi « à la construction et au développement du modèle social européen », comme elle le soulignait dans sa réponse à la Communication de la Commission sur les SSIG<sup>1</sup>.

La CES déplore toutefois que cette exclusion ait été faite de manière différente, alors que souvent ils sont étroitement liés, comme c'est le cas dans le domaine médico-légal, par exemple, et que la Commission sépare les deux processus : après avoir lancé le débat sur « les SSIG dans l'Union européenne », elle lance maintenant une consultation portant sur les soins de santé, en mettant particulièrement l'accent sur les prestations transfrontalières de soins.

### **1. Revoir la démarche de la Commission**

Une première remarque générale s'impose et qui porte sur la justification de la démarche entreprise par la Commission.

Dans son document de consultation, la Commission adopte une démarche qui revient à considérer que la législation européenne devrait être influencée par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne.

Mais n'est-ce pas poser le problème à l'envers ? Ce ne sont pas les juges qui doivent orienter la politique communautaire, mais la législation qui doit fournir les garanties juridiques suffisantes aux services sociaux d'intérêt général ou aux

<sup>1</sup> Résolution adoptée par le Comité Exécutif des 18 et 19 octobre 2006

services de santé par exemple, de manière à ce que ceux-ci soient en capacité de répondre à la mission sociale qui est la leur et ne pas être réduit à la seule approche du marché intérieur.

Conformément aux dispositions du Traité, la Commission doit trouver et proposer les voies et les moyens de renforcer la dimension sociale l'Union européenne et ne pas seulement s'attacher à renforcer le marché intérieur.

Ceci signifie donc que loin d'adapter les services de soins de santé ou sociaux d'intérêt général aux exigences du marché intérieur la Commission doit rechercher les moyens de les sécuriser juridiquement de manière à ce qu'ils répondent aux objectifs sociaux qu'ils poursuivent. Tel est donc le sens de la démarche proposée par la CES.

## **2. Ne pas réduire les patients à de simples consommateurs de soins.**

En effet, la CES ne veut pas se laisser enfermer dans une stricte approche « marché intérieur », qui réduirait les patient(e)s à de simples consommateurs(trices). C'est aussi la raison pour laquelle, en son temps, elle avait estimé que la Directive sur les services n'était pas le cadre adapté pour traiter de la question des soins de santé.

C'est aussi la raison pour laquelle elle récuse l'approche réductrice également, mais qui peut aussi s'avérer dangereuse pour la santé de l'ensemble des citoyens et des citoyennes européen(ne)s, consistant à n'aborder la mobilité des patient(e)s que sous l'angle d'une approche qui se réduirait à traiter cette question que comme étant une opération de « marchandisation » de la santé : le patient ou la patiente allant faire son « shopping » sur le grand marché européen, pour reprendre une expression utilisée par le Commissaire en charge de la santé et que la CES réprouve. En effet, une telle approche, loin de réduire les inégalités dans l'accès aux soins de qualité pour tou(te)s, les accentuent, car elle revient à favoriser ceux qui ont accès aux informations et qui ont les moyens culturels et financiers pour y donner suite.

Certes il existe un droit à la libre circulation des personnes et des services. Mais pour la CES ce droit « personnel » ne doit pas remettre en cause l'intérêt général et surtout la mission de service public que réalisent les systèmes de soins de santé au sein de chacun des Etats membres

- parce qu'ils sont fondés sur la solidarité, principe fondamental qui fait que chacun participe au financement selon ses moyens et qu'il reçoit suivant ses besoins ;
- et qu'ils ne développent pas que des approches curatives, mais qui développent aussi des approches préventives.

Aussi, pour la CES, les services de soins de santé doivent-ils obéir à quatre principes, qui, à ses yeux, sont d'égale importance :

- la qualité,
- l'universalité (notamment pour les soins de santé, pas de sélection des risques, pas d'exclusion),
- l'accessibilité tant géographique que financière,
- la pérennité financière, ce qui implique que soient trouvées et pérennisées les ressources permettant à ces services de répondre aux besoins des citoyen(ne)s européen(ne)s et de satisfaire aux objectifs ci-dessus définis.

Toute mesure prise ou mise en œuvre doit l'être à la lumière de ces principes. La volonté de la Commission d'encourager la mobilité des patients doit également en tenir compte.

### **3. Améliorer les outils existants et le cadre juridique, afin de mieux prendre en compte les spécificités de ces services**

En principe, la CES n'est pas favorable à la multiplication d'outils juridiques et souhaite donc que préalablement soient testés les outils existants au regard des missions et des exigences qui sont assignés à ces services.

Et en ce qui concerne les services de soins de santé en lien avec la mobilité des patients, il existe déjà l'ancien Règlement 1408/71 devenu le Règlement 883/2004. La CES estime que ce Règlement devrait être amendé comme elle le réclamait déjà en 2002<sup>2</sup>, en réglant en particulier les incertitudes juridiques, incluant les exigences liées à la libre circulation des patients mais en tenant compte également de la capacité de financement des soins de santé.

La CES est toutefois consciente que dans le cadre de la mobilité des patients ce règlement existant n'est peut être pas suffisant ou adapté. Elle plaide donc en faveur d'un autre instrument juridique qui réglerait, notamment, les questions de « responsabilité » en cas de problème survenant pour le patient dans un Etat autre que celui d'origine.

Comme elle l'a déjà indiqué à la Commission<sup>3</sup>, la CES maintient son exigence d'adopter en priorité une directive cadre sur les Services d'intérêt général au niveau européen qui donnerait plus de sécurité juridique – parmi d'autres - aux services sociaux d'intérêt général et aux services de soins de santé. Cette directive

- donnerait la priorité à l'intérêt général mis en œuvre dans les services publics ;
- assurerait les principes tels que la qualité, l'universalité, l'accessibilité et la viabilité financière des services publics,
- renforcerait les services publics afin de garantir aux citoyens les droits fondamentaux,
- garantirait plus de sécurité juridique de sorte à assurer à ces services publics la viabilité qui leur permettrait de remplir leur missions
- définirait les limites de l'application des règles du marché intérieur.

Cette directive cadre pourrait être complétée par une directive sectorielle pour tenir compte de la spécificité des services sociaux et/ou de santé, qui permettrait à ces services d'avoir un ancrage juridique et de poursuivre et de développer leurs objectifs spécifiques pour le bénéfice des citoyen(ne)s européen(ne)s et de la société.

### **4. Respecter le principe de subsidiarité**

Un autre outil existant doit également être bien exploité, car il semble pour la CES être le mieux adapté au respect du principe de subsidiarité reconnu aux Etats membres dans le domaine de l'organisation et du financement de leurs services de soins de santé : la Méthode ouverte de coordination (MOC).

Celle-ci, depuis cette année s'applique aux soins de santé et de longue durée.

La CES estime que c'est un outil particulièrement adapté, car il permet aux Etats membres d'aller tous dans la même direction, tout en respectant le principe de subsidiarité, puisqu'ils demeurent juges et maîtres des mesures à prendre et à

<sup>2</sup> Résolution adoptée par le Comité Exécutif des 9-10 octobre 2002 intitulée « Une priorité pour l'Union Européenne : L'accès de tou(te)s à des soins de qualité »

<sup>3</sup> Résolution adoptée par le Comité Exécutif des 18 et 19 octobre 2006

mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés notamment dans la Directive cadre que la CES souhaite préalablement.

Mais la CES souhaite que cette MOC s'applique dans son intégralité, c'est-à-dire

- d'une part, que la concertation qu'elle suppose, en particulier avec les syndicats, soit effective à tous les niveaux appropriés (national, régional ou local selon les cas)
- et d'autre part, qu'elle comporte bien une évaluation des progrès réalisés en ce domaine, appréciés à l'aune d'indicateurs définis en commun, en y impliquant pleinement le Comité de la Protection Sociale (CPS).

Autrement dit, la CES ne souhaite pas que cette MOC se réduise, comme cela semble être la tendance actuelle, à un exercice de simple échange de bonnes pratiques entre Etats membres.

### **5. Poursuivre la réforme qualitative des systèmes nationaux**

Il est possible de distinguer semble-t-il deux types de mobilités pour les patients. Le premier consiste par l'envoi d'un patient par un Etat membre dans un autre Etat membre pour y trouver les soins adaptés à la prise en charge de sa (ses) pathologie(s). Cette disposition relève de la coopération entre Etats. Le second relève de la volonté du (de la) patient(e) d'aller se faire soigner dans un autre Etat membre, soit par recherche d'une meilleure qualité, soit parce que les listes d'attente (notamment en chirurgie) sont trop longues, etc. Autrement dit ce deuxième type de mobilité transfrontalière trouve aussi son origine dans certaines défaillances des systèmes de santé nationaux.

C'est pourquoi, la CES estime que l'exercice de la mobilité transfrontalière ne doit pas dédouaner les Etats membres d'améliorer la qualité et l'accessibilité, notamment de leurs propres systèmes de santé nationaux.

Mais en même temps, la CES estime que l'exercice de cette mobilité doit s'accompagner du respect, tant de la part des pays d'origine des patient(e)s que de la part du pays d'accueil, d'un certain nombre d'exigences minimales qui pourraient être incluses dans les modifications législatives déjà suggérées, portant, par exemple sur l'information des services offerts, sur leur qualité, sur la transparence des prix, sur le contrôle de qualité et de la compétence des professionnels de santé concernés par cette mobilité, sur l'établissement d'une véritable charte européenne des droits des malades, leur garantissant entre autres une bonne information, mais aussi, par exemple, le respect de leur dignité et de leur intégrité physique, etc.

De même, la CES estime qu'une attention particulière doit être apportée à la situation des personnels de santé, tant en ce qui concerne leurs qualifications, que leurs conditions de travail et de rémunération.

Et, lorsque ces personnels sont appelés à être mobiles, que leur soient dispensées les formations linguistiques ou culturelles ad hoc leur permettant de remplir leurs missions dans de bonnes conditions, tant pour eux-mêmes que pour les patients auxquels ils ont affaire..

In fine, pour la CES, l'Etat d'accueil est responsable de la qualité des soins dispensés sur l'ensemble de son territoire

Ces exigences doivent être fixées au niveau européen de telle sorte que l'ensemble des Etats membres soient placés sur un pied d'égalité et que ceux qui ont des normes déjà exigeantes ne soient pas pénalisés par rapport à ceux qui dans ce domaine pratiqueraient un certain « dumping » réglementaire. Et tout en étant conscient du fait que plus un Etat est libéral en matière de fournitures de soins de santé, plus il risque d'être soumis aux exigences du marché intérieur.

## **6. Développer les coopérations transfrontalières entre Etats membres**

Dans sa résolution de 2002, la CES plaidait pour une coopération renforcée entre les Etats membres et suggérait déjà à l'époque le développement de « pôles d'excellence » ou de « référence ». Cette coopération permettrait, tout en tenant compte des possibilités financières des Etats membres et de leurs réalités, de répondre mieux aux attentes de leurs citoyens, notamment dans la prise en charge du traitement des maladies rares ou de celles qui nécessitent des moyens techniques particulièrement pointus et onéreux.

La coopération s'opérant dans la transparence, permettrait un traitement équitable de l'ensemble des patient(e)s concerné(e)s, comme nous l'avons indiqué précédemment.

La coopération doit pouvoir s'étendre également aux personnels de santé, en répondant, notamment, à la pénurie de professionnels dans certaines filières. Mais pour la CES elle ne doit pas être pour les Etats d'accueil le moyen de réaliser des économies, en traitant de manière discriminatoire, notamment dans leur rémunération ou leurs conditions de travail, les personnels mobiles par rapport à leurs homologues nationaux de qualifications égales. Elle ne doit pas, non plus, les dispenser, comme déjà indiqué, d'apporter les réponses tant qualitatives que quantitatives à leurs propres systèmes de services de soins de santé.

## **7. Améliorer la participation et la consultation de tous les acteurs concernés.**

Le traitement des questions liées aux services de soins de santé n'est pas seulement l'affaire des professionnels de ces secteurs, ni des seuls services de l'Etat.

Ils doivent impliquer toutes les parties concernées, que ce soit

- bien évidemment, l'ensemble des partenaires sociaux, et notamment les organisations syndicales, et ceci tant au niveau national qu'européen, en développant un dialogue social sectoriel de qualité,
- mais encore les ONGs, notamment celles qui organisent les malades.

Telles sont donc, en réponse à la consultation de la Commission, quelques-unes de priorités que la CES souhaite promouvoir et voir prises en compte dans les initiatives que la Commission pourrait être amenée à prendre dans le futur. Et c'est à la lumière de leur prise en compte qu'elle se positionnera le moment venu.

\*\*\*\*\*

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.