

L'Europe de la santé : enjeux et perspectives à la frontière franco-allemande

Le point sur le cadre réglementaire européen

1) Un Cadre restrictif

Les systèmes de protection sociale en Europe sont dominés par le principe de territorialité qui accorde à chaque Etat-membre une compétence exclusive d'organiser et de gérer leur système de santé et d'accès aux soins qui couvre essentiellement les prestations de santé fournies sur le territoire national.

La coordination des systèmes de santé est fondée sur le principe de la libre circulation des travailleurs et a été matérialisée dans les années 70 par deux règlements européens, le « règlement 1408/71 » et le « règlement 457/72, qui prévoient, en matière sociale :

- la totalisation des périodes d'affiliation au régime social, quelque soit le pays d'affiliation pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations,
- le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des Etats-membres.

En matière de santé, ces deux règlements se déclinent de la manière suivante :

Situation du travailleur frontalier qui bénéficie d'un régime dérogatoire avec la prise en charge des soins délivrés à la fois dans le pays où il travaille et le pays de résidence. Ce bénéfice s'étend aux membres de la famille, dans le cas où les conventions entre pays le permettent (grâce au formulaire E 106)

Situation d'urgence ou de séjour temporaire dans un des Etats-membres (il s'agit des soins inopinés) qui sont pris en charge par la caisse d'affiliation de l'assuré, sur la base du tarif en vigueur dans le pays où ils sont dispensés. Depuis juin 2004, le formulaire E111 qui permettait cette prise en charge a été remplacé par la carte européenne d'assurance

Situation des soins dits programmés, selon lesquels un travailleur ou un membre de sa famille souhaite se faire soigner dans un autre Etat-membre. Dans ce cas, ces personnes doivent présenter à leur caisse d'affiliation une demande d'autorisation de prise en charge des soins

Par l'intermédiaire du formulaire E112, le patient obtient de sa caisse, le droit de se faire soigner à l'étranger.

Une limite a été fixée à la discrétion des administrations, concernant la délivrance des autorisations et est formulée dans l'article 22.2.2 du règlement 1408/71, selon lequel une autorisation ne peut être refusée, lorsque deux conditions cumulatives sont réunies :

- le traitement souhaité est couvert par le système de santé du demandeur,
- le traitement ne peut être effectué dans le pays de résidence, dans un délai normalement nécessaire, compte tenu de l'état de santé du patient et de l'évolution probable de sa maladie.

2) La brèche ouverte par la jurisprudence communautaire en 1998 et la mise en marche de l'Europe de la Santé

La construction de l'Europe n'avait, jusqu'en 1998, que peu d'incidences sur les politiques sanitaires et sociales des Etats-membres, régis par le principe de territorialité de leurs systèmes sociaux.

Or, la Cour de Justice des Communautés Européennes a en 1998, provoqué un véritable bouleversement de ce principe, en affirmant que les principes de droit communautaire, de libre circulation des biens et de libre prestation de services s'appliquaient également aux systèmes de santé et d'accès aux soins à l'intérieur de l'Union Européenne.

1) Les affaires Kohll et Decker (120/95 et C158/96 du 28 avril 1998)

La Cour a explicitement considéré que l'autorisation préalable exigée (dans le cas d'espèce par la législation luxembourgeoise), pour le remboursement des soins à l'étranger, constituait une restriction injustifiable à la libre circulation des marchandises et des services.

Cette condition dissuadait les ressortissants luxembourgeois de faire appel à des prestataires de santé étrangers ou à des produits médicaux d'un autre Etat-membre, sans aucun fondement légitime.

2) Ancrage des principes communautaires dans le secteur de la santé.

La Cour est venue par la suite, affirmer et confirmer que les principes communautaires de libre circulation des biens et des services s'appliquaient au secteur de la santé.

Affaire Vanbraekel (Aff C.368/98) / Juillet 2001.

Dans cette affaire, la Cour a précisé les mécanismes de remboursements des soins effectués à l'étranger de la façon suivante : si le remboursement des frais exposés pour des services hospitaliers fournis dans l'Etat-membre de séjour est inférieur à celui qui aurait résulté de l'application des tarifs en vigueur dans l'Etat membre d'affiliation, un remboursement complémentaire correspondant à cette différence doit être accordé à l'assuré social.

Affaire Smits et Peerbooms (Aff C.157/99) / Juillet 2001.

Dans ce cas, la Cour réaffirme le principe selon lequel l'autorisation préalable constitue une entrave à la libre prestation de services, même pour des soins hospitaliers délivrés à l'étranger, mais reconnaît deux limites :

- l'intérêt général (équilibre financier des systèmes de santé publics)
- santé publique,

qui peuvent justifier une obligation d'autorisation préalable à des prestations médicales hospitalières à l'étranger.

La Cour invite cependant les Etats-membres à recourir à des conventions entre les pays, dans les régions transfrontalières et encourage l'utilisation du formulaire E112, autorisant un traitement hospitalier à l'étranger.

Les Affaires Müller-Fauré et Van Riet (Aff C.385/99) / 13 mai 2003

La Cour confirme le principe des soins ambulatoires à l'étranger, obtenus sans autorisation préalable (sur la base du tarif du pays d'affiliation, quelque soit le système de santé (remboursement ou prestations en nature ou service national de santé).

Par ailleurs elle recommande de mettre en place un système de conventionnement avec les prestataires étrangers, notamment dans les régions frontalières.

Depuis 1998, l'Europe de la santé s'est irrévocablement mise en marche. Il existe aujourd'hui un véritable droit pour les patients à se faire soigner à l'étranger sans avoir à solliciter une autorisation préalable auprès de leur organisme d'affiliation, sauf en cas d'hospitalisation à l'étranger.

Impact mitigé de la jurisprudence de la CJCE sur le degré de libéralisation de l'accès aux soins dispensés dans un autre Etat-membre

D'une façon générale, les soins médicaux transfrontaliers demeurent marginaux et ne représentent que 0,5% des dépenses de santé publique dans les états membres. Seul le Luxembourg fait figure d'exception, en totalisant 9% de ses dépenses de santé publique (C. De BACKER et J.HERMESSE, « Les soins de santé transfrontaliers » MC-Information, 188, Juin-Juillet 1999, pp 3-12).

Ceci est dû à la petitesse du pays et de sa population ainsi qu'à son infrastructure médicale réduite. Cependant ces chiffres sont à relativiser en égard à la date des enquêtes réalisées qui remontent à avant 1999, et ne permettent pas de mesurer l'impact de la libéralisation amorcée par la jurisprudence Kohll et Decker en avril 1998, ainsi que les conséquences de la nouvelle mobilité des personnes.

Force est de constater et ce en dépit de l'absence de statistiques récentes, que les soins dispensés à l'étranger restent minoritaires ; ce qui rend les arguments de type « protectionnisme » de certains Etats non fondés. La libéralisation de l'accès aux soins transfrontaliers ne peut pas compromettre l'équilibre financier des systèmes publics de santé, qui est par ailleurs fortement atteint pour d'autres raisons d'ordre purement national.

Ce à quoi s'ajoute le fait que la Cour de justice a pris soin de préciser que les soins ambulatoires transfrontaliers sont à rembourser en application des tarifs en vigueur dans l'Etat d'affiliation.

Certains pays, comme la France, l'Allemagne, le Luxembourg ou la Belgique ont désormais intégré la jurisprudence européenne dans leur législation nationale. Ainsi, si jusqu'en 2003 la France refusait systématiquement le remboursement des soins à l'étranger dispensés sans autorisation préalable, elle s'est depuis le décret du 19 avril 2005 relatif à la prise en charge des soins reçus hors de France, mise en conformité avec le droit communautaire.

Ce décret pose le principe du remboursement par les organismes d'assurance maladie français des dépenses de soins exposées par leurs bénéficiaires dans un autre Etat membre de l'Union européenne. Ce remboursement s'effectue sur la base des tarifs français et dans les conditions prévues par la législation française. La demande d'autorisation préalable est supprimée en règle générale. Elle est toutefois maintenue pour les soins hospitaliers et le recours à des équipements matériels lourds comme par exemple les IRM.

L'impact de la jurisprudence de la CJCE reste toutefois encore mitigé au sein de l'Union européenne. Le libre accès aux soins transfrontaliers n'est pas encore garanti pour tous les patients européens, faute d'une directive ou d'un règlement contraignant pour tous les Etats. Initialement prévue dans l'article 23 du projet de Directive « services », qui fut finalement retiré, la codification de la jurisprudence Kohll et Decker n'est malheureusement toujours pas d'actualité.

Les nouveaux paramètres

Derrière le débat juridique se cache l'enjeu de l'Europe de la santé pour chaque citoyen européen, qui est celui d'un libre accès aux soins pour une meilleure protection sanitaire et médicale. Le défi est désormais clairement posé dans les régions frontalières.

1) De la nécessité de garantir le libre accès aux soins

Constats actuels : défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé.

- croissance inéluctable des dépenses
- vieillissement des populations et augmentation des coûts de prise en charge médicaux
- évolution rapide d'une technologie de pointe en matière médicale dont le coût est de plus en plus élevé
- carences des dispositifs médicaux ou sanitaires
- déficits des soins urgents nécessitant souvent une technologie de pointe
- mobilité accrue des citoyens de l'Union Européenne qui s'installent dans d'autres Etats-membres
- besoin de renforcer le sentiment d'appartenance à l'Europe des citoyens et d'augmenter l'adhésion à l'idée européenne
- nécessité d'optimiser l'utilisation des infrastructures médicales existantes pour réduire les coûts

2) Nécessité d'apporter des réponses aux nouveaux besoins des citoyens européens en matière de santé

Le développement de la mobilité des citoyens exige une prise en compte des nouveaux besoins en matière médicale.

Les zones frontalières sont devenues des espaces économiques et d'emploi à l'intérieur desquels la mobilité de leurs habitants n'est plus un phénomène marginal.

Des pistes de réflexions doivent s'engager principalement dans les régions pour :

- développer une coopération transfrontalière médicale et sanitaire
- simplifier les procédures de prise en charge des soins dispensés à l'étranger et supprimer l'insécurité juridique actuelle
- encourager les conventions bilatérales de coopération transfrontalières inter hospitalière et entre les prestataires de santé
- développer la coopération au niveau des services de pointe et d'équipement lourd pour réduire les coûts et les temps d'accès aux technologies (ex : pronostics médicaux), et les longues distances à parcourir pour les patients et leur entourage

- développement d'outils de communication à l'attention des patients et des professionnels de santé
- études de l'offre de soins et des besoins en matière

Kehl le 1^{er} juin 2005