

L'évolution de la santé en Europe depuis le Traité de Rome à nos jours

Ce sujet qui touche toutes les institutions européennes, Etats membres et citoyens, et fait partie intégrante du débat sur les droits fondamentaux, le modèle social européen et les services d'intérêt général à mettre en place, pose la question suivante :

Y a-t-il dans l'Union européenne une véritable libre circulation des patients ?

- Un affilié social peut-il chercher des soins dans l'Etat membre de son choix à charge de l'organisme de sécurité sociale dont il relève ?
- Comment peut-il avoir une telle liberté, dès lors que nous savons que les systèmes nationaux de sécurité sociale sont basés sur la territorialité ?

1) La réglementation communautaire en matière de santé et sécurité sociale

- En 1957, le Traité de Rome ne connaissait ni patients ni citoyens, car son objectif était alors l'établissement d'un marché commun fondé sur les quatre grandes libertés "fondamentales", que sont : la libre circulation des biens, des travailleurs, des services, des capitaux, d'une part et sur le jeu de la concurrence, d'autre part.

- Dès 1958 le **règlement n°3/58 relatif à la sécurité sociale des travailleurs migrants** (remplacé ultérieurement par le règlement de «coordination» n°1408/71 du 14 juin 1971 puis par le règlement n°883/2004 du 29 avril 2004) instaure une coordination des régimes (sachant qu'au sein de l'Union coexiste une grande variété de systèmes de soins) qui a pour but **de garantir une protection entière et continue des travailleurs qui font usage de leur droit à la libre circulation.**

4 principes : = Egalité de traitement entre nationaux et non nationaux ;
= Soumission du travailleur à la législation de l'Etat membre où il travaille ;
= Conservation de ses droits en cours d'acquisition ;
= Exportation des prestations à l'intérieur de la Communauté.

Ainsi, dès le départ, la législation communautaire a laissé subsister les systèmes de sécurité sociale nationaux qui étaient et continuent d'être territoriaux.

- Face à un désir des patients d'accéder à des soins transfrontaliers, le législateur communautaire va mettre en place un mécanisme d'accès aux soins dans un autre Etat membre pour les ressortissants de l'UE, dont le remboursement restera à la charge de leur organisme d'assurance maladie d'origine, c'est à dire de leur Etat d'affiliation, sous certaines conditions :

- Obtention d'une autorisation préalable de la caisse de l'Etat d'affiliation du migrant, sauf en cas d'urgence pendant un séjour provisoire dans un autre Etat membre.
- Remboursement selon les barèmes de l'Etat où les soins ont été dispensés.

Ce qui entraîne pour la caisse d'assurance maladie compétente, le risque d'être soumise à une *charge financière* supérieure à celle qu'elle aurait eu à supporter, pour des soins analogues, en cas de traitement prodigué sur le territoire national, et explique *cette exigence d'autorisation préalable.*

2) La confrontation entre libertés du marché et sécurité sociale et les résultats de cette confrontation.

Depuis les affaires Kohll et Decker (1998), s'est créé un deuxième régime de mobilité des patients. En effet, les assurés peuvent se rendre dans un autre Etat membre pour acheter des produits médicaux et bénéficier des soins non hospitaliers, **en étant remboursés selon les tarifs de l'Etat où ils sont affiliés et non selon les tarifs de l'Etat où ils ont reçu les soins.**

Encouragés par cette jurisprudence, les patients cherchent de plus en plus à se faire soigner dans d'autres Etats membres pour : être soignés plus tôt, bénéficier d'un traitement qui n'est pas (encore) disponible dans leur Etat, ou parce qu'ils font davantage confiance à un prestataire médical d'un autre Etat membre. (Mobilité incitée en outre par le grand nombre d'informations disponibles sur Internet).

Face à cela, a été promulguée **la directive du 9 mars 2011 « santé » sur les droits des patients**, qui apporte au patient le droit de bénéficier d'un remboursement des traitements médicaux dans un autre Etat membre, mais préconise toujours la mise en place d'un système d'autorisation préalable.

Nouveautés apportées par la directive « santé » : 1ère partie

Prise en charge : Le patient européen sera pris en charge de la même manière que s'il avait été soigné dans son état d'affiliation mais il devra avancer les frais, sauf si l'état d'affiliation accepte de payer directement les soins, ce à quoi il n'est pas tenu, car si les frais sont plus élevés dans l'Etat membre dispensateur de soins que dans l'Etat d'affiliation du patient, la charge finale sera plus lourde pour ce dernier. Il en est de même pour les frais annexes connexes (hébergement, repas...).

Soins soumis à autorisation (soins programmés) : il s'agit des soins de qualité élevée qui ne se trouvent pas dans l'Etat d'affiliation avec au moins une nuit d'hospitalisation ; ou qui nécessitent un recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, ainsi que les soins qui impliquent des traitements exposant le patient ou la population à des risques particuliers et les soins dispensés par un prestataire qui suscite des inquiétudes graves quant à leur qualité et leur sécurité.

Motifs possibles de refus d'autorisation préalable : risque pour la santé ou la sécurité du patient, possibilité de recevoir sur le territoire de l'Etat d'affiliation du patient les mêmes soins dans un délai « raisonnable » eu égard à son état pathologique.

Limitation possible pour les Etats d'affiliation du remboursement des soins de santé transfrontaliers.

Enfin, la directive exclut de son champ d'application 3 catégories de soins : les soins de longue durée, l'accès aux organes et leur attribution aux fins de transplantation, les programmes de vaccination publique

2ème partie : les droits du patient

Pour la première fois en droit communautaire, sur le modèle de la loi Kouchner adoptée en France en mars 2002, la directive donne un véritable droit à l'information sur les systèmes de santé et exige une **égalité de traitement entre les patients** qu'ils soient ou non ressortissants de l'Etat membre où ils sont soignés.

Elle met l'accent sur l'importance du **droit de l'information du patient et la garantie de la continuité des soins** (*accès du patient à son dossier*).

Elle crée une **Commission** pour constituer des points de contact nationaux, coopérant entre eux, chargés de communiquer les informations utiles au patient : remboursement des soins, recours possibles, prestataires et disponibilité des soins, qualité et sécurité des soins et importance de la **garantie d'une continuité des soins** (dossier informatique du patient contenant toutes les informations nécessaires à son suivi médical).

Enfin mesure phare : **création de réseaux de référence entre prestataires de soins et centre d'expertise, création d'un réseau de l'évaluation des technologies de la santé** (*pour éviter les évaluations inutiles et répétées*) et, **création d'un réseau « santé en ligne »** qui contribueraient de plus à la formation des personnels de soins, à la recherche, à la diffusion des informations et des connaissances. (*Entreprises audacieuses et sans doute délicates à réaliser car elles sont fondées sur la participation volontaire de leurs membres que sont les organes nationaux !*)

En conclusion

Porter un jugement définitif sur cette directive ferait injure au bon sens, sachant que la date limite de sa transposition dans les législations nationales est le 25 octobre 2013.

Toutefois, en matière de prise en charge de soins transfrontaliers programmés, il existe désormais 2 réglementations officielles. Les patients désirant se faire soigner dans un autre Etat membre que leur Etat d'affiliation dépendront donc largement de la bonne volonté des services d'assurance maladie dont ils dépendront. De plus il reste à ce jour une grande inconnue quant à l'attitude du patient : la recherche du moindre coût en matière de santé, ne risque-t-elle pas d'entraîner des flux encore plus importants de patients hors des frontières de l'Europe, comme c'est déjà le cas en Inde par exemple ?

Espérons cependant que la coopération inter-hospitalière en Europe et ses bienfaits pour le patient mobile, amorcée depuis quelques années, puisse se poursuivre et s'amplifier.

Claudine Adam et Gisèle Thomas