

RENCONTRE DU 05 DECEMBRE 2007

IMPACTS de l'UNION EUROPEENNE sur les POLITIQUES DE SANTE et les SYSTEMES COMPLEMENTAIRES

Jean-Michel OLIVIER, Président de l'AFERP

M. Jean-Michel OLIVIER ouvre la séance, il souhaite la bienvenue à M. LEWALLE.

Il demande à l'assemblée d'observer un moment de recueillement en souvenir de Patrick FORMOSA, décédé le 24 Octobre 2007. Il précise que Patrick manageait le site Internet de l'AFERP, puis il donne la parole à M. Jean-Pierre CHAFFIN qui précise que la famille nous a indiqué qu'elle ne souhaitait ni fleurs ni couronnes pour les obsèques de Patrick, mais nous suggérait qu'un don à « médecins du monde » serait apprécié. Le Conseil d'administration de l'AFERP a donc décidé de faire ce don.

En ce qui concerne le site, on voit bien que celui-ci s'est arrêté de vivre en mars dernier, Bien sûr pendant sa maladie nous ne souhaitons pas lui demander d'actualiser le site. Maintenant, malheureusement il est décédé et nous sommes à la recherche d'une solution pour ranimer et faire vivre notre site. Une solution, certes provisoire est envisagée avec le concours d'une personne de bonne volonté qui va reprendre ce site. On va donc pouvoir réinscrire les activités de l'AFERP à partir du point où elles en étaient restées et y annexer les rencontres à venir de notre programme. Ainsi on verra que l'AFERP fait revivre son site, ce qui me paraît tout à fait indispensable pour la vie de notre association.

Jean-Michel OLIVIER donne une brève présentation de M. LEWALLE, tout en faisant remarquer que la Commission Européenne a tendance à abuser de ses prérogatives en intervenant dans le domaine de la protection sociale collective, il invite M. LEWALLE à nous faire part de son sentiment à cet égard... puis il lui donne la parole.

Henri LEWALLE, Chargé de mission aux affaires européennes des Mutuelles de santé en Belgique

Celui-ci remercie l'AFERP de l'avoir invité, ainsi que pour l'accueil particulièrement chaleureux qu'il a reçu hier soir à son arrivée à Paris.

Je voudrais, suivant la demande qui m'a été faite, intervenir sur la santé dans l'Union Européenne et plus spécifiquement sur le processus d'intégration. J'ai bien entendu l'aimable et gentille taquinerie de la part de votre Président. J'aimerais traiter cette question en lui indiquant qu'il n'est pas le seul à souhaiter que Bruxelles laisse tranquilles tous ceux qui sont aux alentours, en tout cas dans le domaine de la sécurité sociale d'une manière générale, entendue au sens large, je veux dire par-là la protection sociale.

Puisque je sais que chacun aujourd'hui reçoit des petites lettres de la Commission européenne, qui ne vous font pas souvent sourire et qui plutôt irisent les mines, de ce fait là en quelque sorte, on avance progressivement vers une forme d'harmonisation au niveau Européen, qu'on le veuille ou non, alors qu'il s'agit là d'un concept banni a priori dans le domaine de la sécurité sociale, c'est un secteur qui ne devrait pas être touché par le principe

d'harmonisation, mais cela se fait de manière lancinante, lente et rampante. On peut utiliser tous les qualificatifs que l'on veut mais il est tout à fait évident que cela se dessine progressivement.

Alors, je peux parler sans diapos, mais j'ai repris un ancien diaporama qui fait un peu l'état de la question et qui est le cœur de mon intervention. Mais cela restera quand même une projection de fond d'un ensemble d'éléments que vous pourrez ainsi intégrer plus facilement. Je voudrais faire en sorte qu'on aborde la problématique en faisant état d'un constat préalable : il est clair qu'aujourd'hui on est dans un système qui a tendance à s'internationaliser avec l'Union Européenne.

Mais antérieurement, il faut se rappeler que les systèmes de protection sociale n'ont émergé qu'avec la société industrielle naissante, voilà plus ou moins 150ans, dont les premières formes étaient souvent à caractère mutualiste, avec des formes de solidarité tout à fait spontanées. Ils se sont institutionnalisés avec le régime Bismarck pour la première fois dans les années 1880 et ils se sont généralisés à l'ensemble de la population à partir de la fin de la seconde guerre mondiale, en 1945.

Le principe de sécurité sociale a été développé dans l'Union Européenne, surtout suite aux travaux élaborés à Londres, au cours de la seconde guerre mondiale, où il y avait autour de Beveridge un ensemble d'acteurs qui s'y étaient repliés et qui ont pu converser, c'est le cas des Belges avec le couple patronat/ouvriers. C'est comme cela qu'on l'a appelé et qui a donné naissance après à la sécurité sociale en Belgique. C'est vrai aussi pour la France, lorsqu'on a connu cette période après la libération, où tout le monde était gagné à des principes de généralisation, d'universalisation, etc. ...C'est de là que naît en 1945 la sécurité sociale, reposant sur un principe de solidarité. Mais la Société croissant de plus en plus d'un point de vue économique, la richesse augmentant de manière considérable, on a observé généralement que la protection sociale était un moyen de réguler aussi les relations dans les entreprises, ainsi se sont développées progressivement des activités à caractère complémentaire.

Elles n'ont fait qu'accroître les dépenses de santé, de manière générale, dans la société, on a regardé la croissance comme étant une croissance qu'on ne savait pas maîtriser et ce malgré tous les efforts qui avaient été entrepris. Finalement on a pris des mesures de transfert vers le secteur de la solidarité organisée collectivement ou bien sous la forme de types de prévention et de prévoyance individuelle, les coûts restant aujourd'hui de plus en plus à la charge des patients. Aujourd'hui ce phénomène est observé dans l'ensemble de l'Union Européenne. Alors, il faut bien avoir à l'esprit cette trame historique et cette évolution, pour voir comment s'imprime dans cette évolution l'ensemble du dispositif européen.

L'Union Européenne, je vous le rappelle est d'une création récente, elle remonte à 1957. Je sais qu'il y a eu le Traité de la CECA (créée le 18 Avril 1951 entre six Pays, Allemagne, Benelux, France et Italie), mais dans l'histoire des sociétés c'est une période très courte. Elle repose finalement sur quelques principes généraux de « libéralisation », par ce que c'est le concept exact du Traité instituant l'Union Européenne signé en 1957, qui progressivement va donner naissance à une nouvelle conception de la vie des états membres dans l'Union Européenne au lendemain de la mise en œuvre du marché intérieur en 1992, consécutive à la signature du Traité de Maastricht.

C'est à partir de ce moment que se déclenche indiscutablement toute l'évolution que l'on connaît aujourd'hui, il y a une accélération considérable du phénomène depuis cette période très récente de l'histoire, puisque c'était seulement il y a quinze ans.

Donc c'est au cours de ces quinze dernières années que l'on voit naître toute une série de réflexions, que l'on voit s'interroger les états membres, comme vient de le faire votre Président sur les intentions de la Commission Européenne, de l'intégration et de sa manière de s'immiscer dans les affaires nationales ou dans les affaires de tout à chacun ou dans les relations entre patronats et syndicats et je dirais dans le paritarisme.

Donc au départ, la Commission de Bruxelles n'a pas de pouvoirs bien déterminés, au contraire elle n'a aucun pouvoir dans le secteur. Ce sont des initiatives qui ont été prises, à des moments donnés, sur base de textes et souvent d'arrêts de la Cour de Justice Européenne qui crée, à un moment donné, une jurisprudence. Toute l'évolution du processus au cours de ces quinze dernières années remonte finalement sur cette dynamique qui s'est implémentée progressivement.

Alors, aujourd'hui je crois que les défis majeurs dans les systèmes de santé, concernent bien sûr la croissance des dépenses de santé qui n'est pas nécessairement maîtrisée. Ce qui a été maîtrisé, c'est la dépense publique, mais ça évidemment tout le monde en conviendra, ce n'est pas très difficile de limiter le budget de la sécurité sociale.

Moderniser les infrastructures médicales est une terrible nécessité, en tout cas dans certains pays, je pense notamment dans certains secteurs, par exemple en France dans les hôpitaux. Je crois également que le vieillissement démographique est un des défis majeurs auxquels on est dès maintenant confrontés et pour lesquels on doit s'attendre à des surprises si on ne prend pas des mesures très importantes dans l'immédiat, puisqu'en 2050 il n'y aura que deux actifs pour un inactif. C'est considérable. Il y a une mobilité accrue incontestablement et il y a en plus une pénurie des personnels de santé. Je dirais que c'est de la responsabilité des Etats.

Ce sont les Etats qui finalement ont décidé de mettre en place des *numerus clausus*, qui ne sont pas adaptés aux réalités de l'offre de soins, à sa nécessité de répondre à des demandes de santé et en tout cas, même si elle est suffisante à certains endroits, elle est inégalement répartie, donc il y a encore des problèmes de régulation à l'intérieur de ce domaine, on le voit très bien. Il y a eu récemment des exemples en France de l'incapacité du pouvoir politique à intervenir dans ce champ. Il y a des expériences qui ont été faites au Canada etc., dont on pourrait parler, mais ça ne marche pas vraiment beaucoup mieux malgré de gros incidents financiers.

J'ai déjà parlé du marché intérieur comme une des sphères de problématiques importantes dans le champ des politiques sanitaires et sociales et une pression permanente, de la jurisprudence qui lorsque les choses n'avancent pas, continue à pousser le chemin vers l'intégration européenne qui est l'application des principes de libéralisation des services, la libre circulation des biens, des services.

Vous savez tous que les dépenses de santé sont en croissance constante mais qu'elles représentent une part du PIB de plus en plus élevée, notamment depuis la fin des années 80 ; Aujourd'hui on dépasse les 10 % du PIB.

La santé est le deuxième secteur de l'activité économique, c'est un des secteurs les plus importants en termes d'intelligence, si je peux m'exprimer ainsi, quand on voit le niveau de formation des personnes qui sont dans ce champ, quand on voit la diversité du champ professionnel qui le compose et la difficulté de réguler des aspects dans ce domaine.

Alors, il faut dire que par rapport aux années 1960, on a doublé, parfois triplé, dans certains Etats membres, la part du PIB consacrée à la santé. Je ne crois pas qu'il y ait d'autres secteurs qui aient réalisé autant. La dépense de santé par habitant est assez élevée puisqu'on voit qu'en Allemagne, en Belgique, en France, elle dépasse les 3 000 euros par an et par habitant en 2004.

Je pense que le marché intérieur répond à ces quadruples principes de libre circulation des marchandises, des services, des personnes, des capitaux et pour ce qui concerne la santé, on met en application, à travers le marché intérieur, les articles 43 – 48 du Traité sur le libre établissement et de 49 à 55 sur la libre prestation de services. Par ailleurs, pour la sécurité sociale, un seul article est visé, il s'agit de l'article 42 qui concerne la mobilité des travailleurs, qui à l'origine a été finalement institué dans la poursuite des accords de la CECA et qui a été mis en œuvre à travers le règlement européen 3 et 4 d'abord, de 58-59 et ensuite 1408 –71 et 574-72 (de très grands spécialistes, en ce domaine, pourront répondre à ces questions) et puis il y a des règles de concurrence qui sont de plus en plus importantes à prendre en considération par rapport à ce qu'est une activité de gestion de l'assurance maladie, qu'elle soit obligatoire ou complémentaire, c'est à travers la notion d'entreprise. Est-on oui ou non une entreprise quand on gère un système obligatoire ?

Il y a le fameux concept de « service d'intérêt économique général », qu'il faut retrouver à l'article 86-2 et qui fait couler beaucoup d'encre aujourd'hui à travers le concept de « service social d'intérêt général » qui n'a d'autre conception que celle que leur on donné un certain nombre de personnes, d'abord en 2001, à savoir le Comité économique et social européen, plus une série de notes et notamment une communication en 2006.

Il s'agit des aides d'Etat, c'est un sujet que je ne vais pas développer, mais tout le monde a conscience, qu'il pose aujourd'hui pas mal de difficultés, puisqu'il faut que si on a obtenu une exonération fiscale, il faut savoir si elle est proportionnée à la mission d'intérêt général que l'on exerce. Si elle ne l'est pas, ce n'est pas une aide d'Etat qui est légale selon le Traité. Puis, il y a le fameux article 152 qui auparavant était l'article 129, qui concerne la santé publique, celui-ci dit ceci : au 2^{ème} point, c'est que l'action de la Communauté, dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des Etats membres en matière d'organisation, de fourniture de services et de santé, notamment pour les soins médicaux.

Ce qui veut dire, que théoriquement selon le Traité, les Etats membres sont libres d'organiser et de gérer eux-mêmes leur système de santé et de sécurité sociale relatif à la santé. Tout cela est beau quand on regarde le cadre général, mais en fait la vie n'est pas un long fleuve tranquille, mais il est clair que dans ce domaine, c'est peut-être un des domaines où il y a le plus d'activités aujourd'hui.

Il faut finalement planter le décor en rappelant qu'il y a eu la stratégie de Lisbonne, vous savez ce que c'est une stratégie, qui n'en n'ait pas, puisqu'on sait bien qu'elle est déjà mort-née et que jamais ces objectifs ne seront atteints, mais elle vise quand même à moderniser la

protection sociale et c'est dans ce cadre là qu'on a mis en place une modernisation des règlements 1408 -71 et 574-72, qui fait en sorte qu'aujourd'hui on a un nouveau règlement, le 833 et un autre le 6-2006, mais ces règlements ne seront applicables qu'en 2009.

La modernisation est impulsée à partir de 1996, elle ne sera applicable qu'en 2009. Si elle est applicable en 2009, il faut bien reconnaître que ce règlement - on en reparlera tout à l'heure - ne prend pas toujours en compte la jurisprudence de la Cour dont les premiers arrêts en la matière remontent, pour ceux qui ont eu vraiment un impact à 1998.

Vous voyez qu'il faut du temps en Europe pour faire une législation et donc on peut la critiquer, c'est vrai, mais ce n'est pas très rapide, donc d'ici là on peut toujours se débrouiller, mais en attendant, il est clair que l'on doit faire attention à ce qu'on reçoit de Bruxelles comme courrier, tous les matins.

Pour ce qui concerne, un des acteurs principaux aujourd'hui, en l'absence de réglementation spécifique, puisqu'il appartient aux Etats de gérer et d'organiser leur système de santé sur la base de l'article 152 du Traité. L'acteur principal, c'est en fait la jurisprudence.

On pourrait alors citer toute une série d'arrêts. Je commencerai simplement par les arrêts « PIRRITS » de 1978, qui sont très intéressants à analyser puisque la première affaire remonte à cette époque là, mais je vais remonter à l'arrêt « LUISI CARBONET » de 1984, dont on ne parle jamais ou très peu, mais il n'avait rien à voir avec la santé. Ce sont des personnes qui prennent de l'argent, qui quittent l'Italie avec une masse financière très importante. Le décret italien leur interdit de quitter le pays avec cette masse financière parce qu'il y a un décret de limitation de la masse financière au sortir du territoire. Ils expliquent en fait qu'ils ont pris cette masse financière pour se rendre en Allemagne où ils ont reçu des soins qui ont été payés cash.

L'histoire ne nous dira jamais si c'est vrai ou faux, mais ce n'est pas intéressant. Ce qui est intéressant par contre, c'est de savoir que la Cour Européenne de Justice dit pour la première fois, que la santé est un service et lorsqu'elle le dit, personne ne la regarde, on regarde plutôt l'arrêt « LUISI CARBONET » avec l'affaire de l'argent et le décret italien, etc.

L'affaire paraît anecdotique et tout le monde continue à dormir tranquille, jusqu'à ce qu'en 1998, la Cour prenne un nouvel arrêt, qui tombe 14 ans plus tard. A ce moment là, elle rappelle et cela suscite au grand étonnement, que la santé est un « service » et dit en plus que les règles du Traité, puisque c'est un service, s'appliquent au champ de la santé.

Dans la presse certains ont appelé cela une « bombe atomique » qui tombe sur la tête des politiques et des gestionnaires de systèmes de santé, par ce que jusqu'alors ils pensaient que, comme le disaient les articles 129 et 152 du Traité, ils étaient responsables intégralement du système et que ce système ils le géraient comme ils le voulaient. La Cour déclare que pour recevoir des soins à l'étranger, il faut une autorisation préalable ; c'est ce qui est prescrit dans le règlement européen de la coordination des systèmes de sécurité sociale (article 22-1-c).

La Cour dit que cette autorisation médicale préalable, pour obtenir le remboursement de soins à l'étranger programmés, est une entrave à la libre prestation de service, qui est un des principes qui doit s'appliquer dans le secteur de la santé, puisque la santé est un service et que du fait qu'il est un service, la libre prestation de service s'applique. Les gestionnaires des systèmes de santé et la Cour disent que pour les soins obligatoires, il faut qu'elle s'applique.

Il faut rappeler pour la petite histoire, le cas de M. DECKER qui est un avocat d'affaires luxembourgeois ; il achète une paire de lunettes, lors d'une visite à Londres et il retourne au Luxembourg pour se faire rembourser cette paire de lunettes. Mais pas pour le remboursement de la paire de lunettes en soi, mais pour le fait d'avoir un arrêt à son nom. Là je crois qu'il a bien réussi son coup. Il n'y a rien de mieux quand vous êtes avocat d'affaires luxembourgeois et que vous exercez à Amsterdam. Je suppose que vous avez compris et donc il est clair que M. DECKER dit ce que la Cour a finalement dit dans sa plaidoirie, après avoir épuisé toutes les cours de juridictions au Luxembourg et après avoir fait en sorte que le plus haut niveau de juridiction luxembourgeois pose la question préjudicielle à la Cour, de savoir si la santé est un service, si l'autorisation médicale préalable est une entrave à une prestation de service. La Cour a finalement donné raison à M. DECKER.

Il est clair que la Cour déclare que M. DECKER a droit au remboursement de sa paire de lunettes. La Cour elle fait beaucoup preuve d'imagination à ce moment là. Elle crée même le droit. D'une part dans cet arrêt, elle met à mal le règlement 1408 et on a pu voir que dans cet arrêt, on a l'impression finalement que la Cour casse la légalité du 1408, parce que la Cour s'appuie sur le principe de libre prestation de services et le 1408 s'applique sur la libre circulation des travailleurs. Alors comme il y a deux bases juridiques, la Cour fait preuve d'innovation en proposant une nouvelle procédure de remboursement ; il faut dire que pour ce qui concerne les soins remboursés à l'étranger, on applique le tarif du pays où les soins sont dispensés. Or, ici la Cour crée du droit en disant : « pour les soins dispensés à l'étranger, sans autorisation médicale préalable, le tarif de remboursement sera le tarif du pays où les droits sont ouverts ». Cela change radicalement les règles du jeu, et depuis lors tout va s'enchaîner à partir de cette création de droit. Je vais essayer d'expliquer pourquoi.

L'arrêt « SMITS PERBOONS » concerne une personne qui est hollandaise et se trouve dans le coma. Elle est transportée à Innsbruck par sa famille, ce sont des soins hospitaliers, elle ne réagit pas au traitement par neurostimulation qu'elle reçoit, elle sort du coma. 60 jours plus tard il rentre aux Pays-Bas, Tous frais payés. Elle demande le remboursement de sa facture d'hospitalisation, 60 jours dans un hôpital universitaire à l'étranger ça va monter haut, surtout qu'il n'a pas d'autorisation médicale préalable et les Pays-Bas disent le traitement de neurostimulation est un traitement qui est donné aux Pays Bas, à des parkinsoniens dans des centres expérimentaux pour des jeunes parkinsoniens de moins de 25 ans,, donc M. Perboons qui a 60 ans, qui n'est pas parkinsonien, qui est tombé dans le coma, suite à un accident, ne peut pas obtenir le remboursement, évidemment lui se bat contre l'arrêt Decker. Il interpelle la Cour de Justice.

A ce moment là il obtient finalement une décision qui est un peu complexe. D'une part, la Cour répète ce qu'elle a dit dans le cas Decker, elle dit ceci : l'autorisation médicale préalable est justifiée lorsqu'il s'agit de soins hospitaliers, notamment pour des raisons d'intérêt général et de santé publique, l'article 56 du Traité permet de travailler sur cette base et donne une possibilité aux Etats membres de jouer la carte du joker en faisant en sorte que le droit communautaire ne s'applique pas intégralement, je veux dire, la libre circulation des biens et des services, ne s'applique pas intégralement dans les systèmes de santé au départ de ces arguments.

Je ne vais pas suivre le reste, M. et Mme VAN BRAECKEL aussi est un arrêt intéressant, dans la mesure où là, la Cour dit que pour des soins hospitaliers d'une dame belge qui va à Paris pour se faire soigner et qui revient en Belgique, elle remarque que le remboursement en

Belgique - c'était son beau-fils qui était conseiller au ministère en Belgique - qui compare les tarifs entre les tarifs belges et les tarifs français et il constate que les tarifs belges de remboursements sont supérieurs aux tarifs français. Il va devant la Cour pour demander le complément, le remboursement sur base du tarif du pays où les droits sont ouverts.

Donc on voit que la création de la Cour de Justice fait des petits et il gagne devant la Cour de Justice. Aucun Etat membre n'applique cette jurisprudence aujourd'hui, mais il gagne, c'est-à-dire que dorénavant, la personne qui va recevoir des soins à l'étranger, en soins hospitaliers, a au moins droit au complément différentiel du tarif du pays où les soins auraient pu être dispensés s'il n'était pas allé à l'étranger, où les droits sont ouverts, par rapport aux tarifs du pays où les soins ont été dispensés, ce qui est l'application du règlement européen habituellement.

Alors pour ce qui concerne les arrêts qui vont suivre, on est dans la même configuration et la Cour répète la même chose, elle va jusqu'à l'arrêt Watts en 2006, pour dire que toute cette jurisprudence s'applique finalement à tous les systèmes de santé en Europe. Pourquoi, par ce que les Britanniques, les Espagnols, les Italiens, etc., déclaraient, nous nous avons des services nationaux de santé, nous ne sommes donc pas concernés.

En fait, la Cour dit que la jurisprudence dans cet arrêt s'applique à l'ensemble des Etats dans l'Union européenne. C'est lourd de conséquences pour les services nationaux de santé qui considéraient qu'ils étaient des services publics et que dès lors ils n'étaient pas du tout concernés en tant que service public par des dispositions communautaires qui pour eux ne concernent que les systèmes d'assurance maladie.

Puis il y a l'arrêt Altmark, en ce qui concerne les missions d'intérêt général, c'est à-dire, les aides d'Etat et la proportionnalité entre la mission d'intérêt général et l'aide d'Etat que l'on reçoit.

A partir de 2004, on peut observer une emprise de plus en plus importante de l'Union Européenne à travers le marché intérieur notamment d'une part, la proposition de directives « services » et d'autre part, les mises en demeure qui sont arrivées sur la tête de pas mal d'Etats membres.

Pour ce qui concerne la proposition « directive services », vous savez qu'à l'article 23, toute la jurisprudence, que j'ai expliquée, avait été reprise dans cette proposition « directive services » qui avait pour objet de faire en sorte que la santé entre dans toute la législation européenne sur les services et d'autre part, pour faire en sorte que ces dispositions soient atténuées.

La Commission avait dit on va sortir une communication sur les « services sociaux d'intérêt général » dans laquelle la santé sera reprise et on va atténuer, à travers cette communication, l'effet du droit européen et de la jurisprudence pour certains domaines dans le champ de la santé, en fait le scénario qui avait été imaginé par « Pool-Keinstein » ne s'est pas du tout réalisé. Il s'est passé ceci, c'est que les Etats membres se sont rebellés et 20 Etats membres sur 25 ont refusé que la santé soit intégrée dans le champ de la proposition de directive « Pool-Keinstein » et donc la santé a été retirée.

La Commission n'a pas du tout apprécié cela, donc le Parlement en Février 2006 – retrait avril 2006 - lorsqu'elle avait mis la main à la fin de la rédaction du texte de la communication sur les services sociaux d'intérêt général, elle a, à la deuxième ligne du texte, inclus une petite formule « à l'exception des services de santé ». Alors que si vous lisez ce texte, c'est une horreur totale ! Dans ce texte on ne parle que de la santé, on ne la cite pas nommément, mais à la ligne 2, on dit à l'exception des services de santé. Ce qui veut dire qu'il n'y a pas aujourd'hui d'intégration de la santé dans le concept de service social d'intérêt général, alors la question qui se pose est bien entendu de savoir dans quelle situation vivons-nous.

On vit dans l'insécurité juridique absolue ; d'une part on a les arrêts de la Cour de Justice qui sont appuyés par la Commission Européenne, parce que c'est son travail que de faire la police et donc d'appliquer la jurisprudence qui dit que la santé est un service et que la libre prestation de services s'applique dans ce champ-là et à partir de ce moment là, la Commission est libre de mettre en demeure les Etats membres. Il y a une série de mises en demeure qui est tombée sur les Etats membres entre 2004 et aujourd'hui, je ne vais pas toutes les analyser, mais j'en citerai quelques unes.

Il est clair que les premières à citer sont les mises en demeure relatives à l'application de la jurisprudence sur la mobilité des patients et notamment des mises en demeure de la France. A deux reprises, la France a été mise en demeure. Parce qu'en 2003, quand elle a senti passer le boulet passait avec les arrêts « Smits Perboons » et « Van Braeckel, » elle a édicté une circulaire de l'assurance maladie très subtile en imaginant qu'on appliquerait la jurisprudence au départ du tarif d'autorité. La création était celle-ci : les médecins étrangers qui vont recevoir des patients français, sans autorisation médicale préalable, ne sont pas conventionnés – il n'y en a aucun qui peut l'être et il n'y en a aucun qui le demande, donc ils sont non conventionnés et comme ils sont non conventionnés, on applique le tarif d'autorité. Or, vous savez comme moi que pour être non conventionné en France, il faut en faire la déclaration, mais aucun n'avait fait de déclaration.

Pour d'autres raisons, mais notamment celle-là les fonctionnaires de la Commission ont constaté qu'effectivement il y avait un petit abus de non-application de la jurisprudence. Toujours est-il que la Commission a renvoyé une mise en demeure. Le Ministre des Affaires Sociales a pris le 19 avril 2005 un décret qui applique la jurisprudence comme elle doit l'être, c'est-à-dire, que les médecins étrangers sont remboursés sur base du tarif des prestations, comme s'ils étaient dans la nomenclature habituelle française d'un médecin conventionné.

Il y a une rectification, mais il convient de savoir qu'un deuxième décret a été pris en France concernant ce sujet et l'application de cette circulaire, un mois plus tard par la sécurité sociale française consiste à mettre une annexe, pour dire que certaines prestations ambulatoires, par exemple, je prends le petscan, (IRM) sont des prestations soumises à entente préalable en France, donc elles doivent continuer à être soumises à entente préalable à l'étranger.

Cela veut dire autorisation médicale préalable selon les termes de la Cour de Justice, mais la Commission dit, ce sont des soins ambulatoires, ce ne sont pas des soins hospitaliers même s'ils sont fait à l'hôpital, mais l'hôpital dans ce cas est le lieu où se pratique l'intervention, donc, une nouvelle mise en demeure est arrivée au mois d'avril. La France a décidé de ne pas répondre, elle a donc reçu un avis motivé définitif.

Je ne crois pas que la France va continuer à répondre, soit elle va devant la Cour de Justice, soit elle change de législation. Cela veut dire qu'elle supprime son annexe et donc tout ce qui est ambulatoire, avec une hospitalisation d'un jour, n'est plus soumis à autorisation médicale préalable et peut être reçu en termes de soins à être remboursés lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger, à des assurés sociaux français et cela sur la base du tarif français puisque, sans autorisation médicale préalable, c'est le tarif où les droits sont ouverts qui s'applique.

Mais la Commission n'a pas tellement de scrupules. Elle a envoyé une mise en demeure à tous les Etats membres concernés, mais pas à tous, elle les choisit suivant les cas, l'Italie, l'Autriche, l'Espagne, la France aussi sur la limitation de l'implantation des pharmacies. Vous savez que les économistes avaient l'habitude de raisonner la dépense de santé en termes de croissance en disant que plus il y a d'offres plus il y a de dépenses et donc plus il y a croissance.

La Commission dit que ce n'est pas parce que l'on aura plus de pharmacies que l'on va vendre plus de médicaments, sachant que l'on vend déjà des médicaments dans les grandes surfaces et que l'on en achète beaucoup par internet. Aujourd'hui la notion consistant à limiter l'implantation des pharmacies sur base de l'argument d'intérêt général et économique, comme on l'a exposé dans les arrêts préalablement pour se défendre, ne tient plus la route. Toutes ces affaires vont aller devant la Cour, d'ailleurs c'est déjà en train et toutes ces limitations vont sans doute exploser.

Il y a une autre histoire. C'est l'histoire des petscans (IRM) en Belgique, c'est le pays où existe une densité de petscans la plus élevée de l'Union européenne. Il y a 20 petscans pour 10 250 000 habitants, c'est-à-dire, donc 1 pour 500 000. Ce n'est pas mal, car la planification française fait beaucoup moins bien, 1 pour 1 million et l'on va bientôt descendre à 1 pour 800 000. On peut se demander pourquoi ce n'est pas la France qui a reçu la mise en demeure.

Vous allez comprendre pourquoi les fournisseurs de petscans n'étaient pas très heureux de voir que dans la loi sur la sécurité sociale en Belgique, on avait limité l'implantation du nombre de petscans. Le législateur, en l'occurrence le Ministre de la santé de l'époque trouvait qu'il y en avait déjà pas mal, il ne voulait plus en financer surtout qu'en Belgique, - vous savez qu'on n'est pas un pays très facile à gérer - on a 13 petscans agréés et 7 pirates.

Les gens n'attendent pas qu'il y ait un Gouvernement pour installer leur matériel ni que le législateur soit intervenu, donc 7 hôpitaux avaient acheté des petscans, les avaient fait installer et fonctionner, puis le législateur est arrivé pour dire on va faire un agrément, une limitation des petscans et il décide de fixer les critères CHU avec un équipement approprié de tant !... Enfin, vous imaginez bien les critères que l'on utilise en matière de santé et évidemment, seuls 13 établissements correspondent aux critères, donc, 13 sont agréés et entrent dans la planification, mais les 7 autres continuent à fonctionner et sont remboursés pour les prestations qu'ils dispensent, dans la mesure où l'assurance maladie n'a rien à voir avec la planification. A partir de ce moment là il y a des contre-nomenclatures qui font en sorte que ce sont des actes qui sont remboursés.

En Belgique, on ne fonctionne pas avec des forfaits, mais avec une prestation à l'acte, selon une nomenclature des plus sophistiquée qu'il soit.

Si vous voulez un bon registre de nomenclatures, il ne faut pas prendre le système belge... cela veut dire que l'on peut toujours obtenir un remboursement d'une certaine façon. Toujours

est-il que ce système fait que la Cour de Justice profite de l'aubaine, la Commission également. Le fournisseur de petscans dit, pourquoi je ne pourrais plus en vendre en Belgique. Toujours est-il que la Commission commence à élaborer une argumentation en disant que la Belgique devrait revoir sa législation et faire en sorte que l'on ne limite pas le nombre de petscans sur le territoire.

La Belgique se défend, elle utilise des arguments qu'on utilise jusqu'à présent devant la Cour de Justice européenne ; l'intérêt général maîtrise des dépenses de santé, protection de l'assuré social, protection du consommateur, meilleure régulation.

Vous imaginez tous les arguments que l'on peut avancer face à une mise en demeure, tout le monde fait pareil aujourd'hui. On ne fait pas preuve de beaucoup d'imagination dans les arguments. Mais, toujours est-il que c'est cela que l'on sort habituellement à la Commission. Mais la Commission prend les arguments à l'envers et dit :

- 1) Pour ce qui concerne la limitation des coûts, maîtrise des dépenses de santé, intérêt général. Elle dit, mais c'est faux plus vous aurez de petscans, moins vous aurez de dépenses de santé. Pourquoi, parce qu'avec plus de petscans on fait de meilleurs diagnostics, donc cela veut dire qu'il y a des actes de chirurgie que l'on ne devrait plus faire, vous allez gagner de l'argent. D'autre part, si vous faites plus d'actes de petscans, vous aurez une meilleure chimio à pratiquer, ainsi vous doserez mieux les médicaments.
- 2) Le deuxième axe, c'est la protection du consommateur ou de l'assuré social. Comme on avait mal géré le système en Belgique, il y avait des failles dans le système avec deux niveaux de remboursement, il y avait ceux qui étaient agréés, avec dans le prix de journée une partie du remboursement et pour l'autre partie la sécurité sociale. Pour ceux qui n'étaient pas agréés, uniquement le remboursement par la sécurité sociale. Le différentiel de remboursement sur des prestations tourne en Belgique autour de 300 à 900 euros. La Commission met en exergue ce différentiel de remboursement et dit : vous ne traitez pas de manière égalitaire le remboursement des assurés sociaux dans le cadre précis de la prestation petscans. .

Toujours est-il qu'aujourd'hui ils ont sorti une défense très réglementaire. C'est-à-dire, qu'ils prescrivent un ensemble de critères, c'est la réponse de l'Etat belge, où l'on agréé seulement les 13 petscans, l'on retire les 7 autres. Je ne sais pas comment ils vont faire, mais c'est ce qui est dit dans le texte par le législateur.

D'autre part, il déclare qu'on fera une évaluation après un certain laps de temps, il y a sur ce sujet des critères bien spécifiques et réguliers. Je crois qu'à moins d'arrangements politiques mais c'est un autre problème, on verra comment la Commission le gère, parce que dans toutes ces affaires, Commission peut faire ce qu'elle veut. Elle peut aussi classer un dossier.

Quand une mise en demeure vous arrive, c'est par ce que le Commissaire le veut bien. Il ne faut jamais oublier que c'est à l'unanimité des Commissaires que les mises en demeure sont envoyées aux Etats Membres.

Donc ce n'est pas la même mise en demeure pour l'implantation des pharmacies en France que dans les autres Etats membres. Ce qui est clair, on le voit très bien qu'aujourd'hui il s'agit d'une stratégie d'intégration, dans des champs qui étaient réservés jusque là aux Etats

membres avec leur consentement. Il ne faut pas oublier que chaque Gouvernement décide d'envoyer à Bruxelles le Commissaire qu'il a choisi et qu'à Bruxelles, les commissaires négocient tous ensemble au nom de leurs gouvernements respectifs.

Il faut avoir cela à l'esprit pour se défendre et être conscient des procédures.

En fait, il y a une logique, cette logique supplante la manière dont les politiques aujourd'hui, dans les Etats membres pensent la gestion de leur Etat et l'on voit qu'il y a quelques principes de droit qui sont peu nombreux dans le Traité. On est entrain aujourd'hui de procéder progressivement à des formes d'harmonisation des systèmes, parce que si la mise en demeure « petscan », en Belgique arrive à échéance, qu'elle va devant la Cour de Justice et que la Belgique est condamnée, il n'y a plus de raison d'avoir demain dans l'Union Européenne une planification en matière de santé. Il nous faut bien en être conscients et je ne sais pas si on va, au niveau communautaire, avoir l'audace d'aller jusque là.

Quand il s'agit de remboursements de paire de lunettes, de quelques frais médicaux, voire même de factures d'hospitalisation, ça ne touche pas au cœur de l'Etat, à son mode de régulation, mais à partir du moment où on va toucher à des législations qui planifient et organisent un Etat, à travers la santé, on change vraiment les règles du jeu et on crée un événement du droit au niveau européen, par rapport au compromis existant entre la conception d'un Etat supra-national et la manière dont les Etats membres transfèrent des compétences partielles à ce niveau de pouvoir alors qu'il s'agit d'une union des Etats.

C'est cela qu'il faut clairement avoir vraiment à l'esprit et l'on voit bien que dans tous les gouvernements aujourd'hui en Europe, des mesures assez similaires sont prises et on ne voit plus très bien de tendances politiques particulières. Le projet politique il est à un autre niveau sur des principes de droit qui sont gérés ou transférés à un autre niveau de pouvoir. Je pense que c'est cela la conclusion importante.

Je sais que beaucoup de gens parmi vous seraient intéressés par une affaire belge qui concerne les complémentaires mutualistes. La Belgique est l'un des pays les plus mutualistes au monde, puisque 99% de la population, pour son assurance obligatoire, est affiliée à une mutualité choisie librement.

Elle a le choix entre les 5 grandes mutualités existantes et une caisse publique. Une caisse publique, c'est-à-dire, une caisse primaire à statut public, ce sont des fonctionnaires de la Caisse d'Assurance Maladie Invalidité, qui n'a jamais eu de succès puisque seulement 80 000 assurés sociaux belges y sont inscrits.

Les Belges ont vraiment une adhésion à une mutualité. Ces mutualités ont deux fonctions. Elles gèrent l'assurance obligatoire pour l'ensemble des belges et elles gèrent des complémentaires, mais les complémentaires belges ne sont pas des complémentaires françaises, ce ne sont pas des remboursements de tickets modérateurs, lorsque l'on va en consultation ou des remboursements de médicaments ou de lunettes ou de soins. Ce sont davantage des complémentaires de services. C'est-à-dire, transport des malades, qui n'est pas chez nous dans la sécurité sociale, organisation de convalescence, maisons de retraites, services de soins à domicile pour les personnes dépendantes, mouvements d'éducation permanente pour les jeunes et handicapés, les personnes âgées.

Vous voyez cette logique de mouvement social traditionnel, historique, qui est intégrée dans le mouvement mutualiste à travers ces services, tout comme les syndicats d'ailleurs.

En Belgique, les syndicats aussi dispensent des services d'une manière très importante, c'est sans doute ce qui explique en grande partie le taux de syndicalisation très élevé en Belgique, puisque l'on atteint, après la Suède, le taux le plus haut de syndiqués au niveau européen, si ce n'est pas mondial, avec 63% de salariés belges syndiqués.

S'il n'y a pas d'Etat central en Belgique, il y a plus de puissants acteurs sociaux, qui sont finalement les seuls grands piliers qui continuent à exprimer ce qu'est la Belgique, parce qu'ils sont toujours nationaux eux, tout le reste est déjà régionalisé, décentralisé.

En fait tout se passe comme si le politique était sur un nuage et que la société continue à fonctionner dans des relations basées sur des acteurs puissants que sont les organismes sociaux habituels, j'intègre bien sûr dedans le patronat, ce qui énerve aujourd'hui certains hommes politiques.

C'est intéressant de voir à quel point, deux Etats qui sont assez proches, qui ont une histoire commune évidente, sont structurés de manière assez différente, avec un Etat très centralisateur en France où les acteurs sociaux n'ont pas vraiment d'implication dans la gestion de l'Etat, alors que de l'autre côté, c'est un Etat où l'Etat central est vraiment très faible et dans lequel les acteurs sociaux jouent un rôle considérable dans la gestion de l'Etat.

Je voulais dire que cela est intéressant, à quelques kilomètres près, avec un même type de langage et une culture commune. On se fait aujourd'hui mettre en demeure par la Commission européenne, parce que nous avons des services qui s'occupent des prestations complémentaires pour les indépendants, un régime particulier pour les indépendants, ce sont donc vos indépendants traditionnels que vous trouviez dans la MSA et le régime RCI aujourd'hui et qui pour les soins ambulatoires, n'ont pas été décrits dans l'assurance obligatoire. Ils le seront au 1^{er} janvier prochain.

On leur proposait un service de remboursements des prestations au même titre que le remboursement des prestations des salariés, mais ils devaient payer une cotisation individuelle. On nous attaque en disant que là on fait de l'assurance, d'accord. Pour ce qui concerne l'autre aspect, c'est que l'on a des services pour l'hospitalisation. Les services « hospitalisation » consistent à ce que l'on a mis en place des systèmes appropriés, parce qu'on s'est rendu compte que le patient, en Belgique, doit payer des forfaits, des suppléments etc., une espèce de solidarité à l'intérieur de la mutualité pour faire en sorte qu'on amortisse le choc du reste à charge du patient dans le cadre de l'hospitalisation, mais ce n'est jamais pour couvrir des suppléments d'honoraires, parfois de 200/300% comme certains prestataires le demandent.

Ce n'est jamais dans ce cas là, c'est pour une meilleure régulation en regard du reste à charge du patient. Donc ce n'est pas un transfert automatique vers la complémentaire.

Nous disons que nos complémentaires sont articulées sur un système obligatoire, c'est la même logique, sauf que le législateur a donné une autonomie partielle pour ce qui concerne ces complémentaires aux organismes sociaux pour l'organiser. On dit l'article 152, mais vous savez ce qu'on en fait à la Commission qui aime le droit d'ingérence.

Toujours est-il que tous les arguments que l'on peut invoquer, subsidiarité, cohésion sociale, pour eux c'est de l'idéologie, alors que c'est dans le Traité, ce sont les objectifs réels que l'on

applique et que l'on met en évidence, on a une logique tout à fait différente de celle de l'assureur, mais la Commission souhaite aujourd'hui pour demain, que tous ceux qui sont en dehors d'un secteur puissent être gérés par un dispositif commun à tout un chacun. C'est une logique communautaire, c'est une vraie stratégie, comme on veut avoir la mise en œuvre de la stratégie de libéralisation, ... dans tous les secteurs.

Ce qui est important de noter également c'est qu'il faut partir avec à l'esprit, que les Hollandais ont fait une réforme de leur assurance maladie obligatoire en 2006, après 11 ans, donc, c'est en 1987 que cela a commencé, cela fait presque 20 ans.

En 20 ans, ils ont quand même réussi à faire une réforme. Il ne faut jamais désespérer des réformes, parce que j'entends toujours dire, ça arrive. Toujours est-il que pour ce qui concerne la réforme hollandaise, en 2006, on a décrété que tout le monde est intégré dans le système obligatoire. C'est déjà bien, parce que les Hollandais, avec 62% de la population qui est intégrée, il y a plus de solidarité dans le système. Donc on commence à mettre en place ce que l'on avait déjà initié précédemment, c'est une concurrence entre les différents organismes assureurs.

Maintenant ils sont tous soumis aux directives assurances, c'est le seul pays dans l'Union européenne où les gestionnaires de l'assurance obligatoire sont soumis à l'application des directives assurances, donc c'est une première initiative et d'où vient cette initiative? Elle vient de Blankenstein bien entendu. La Ministre de la Santé qui était une grande Amie de ce cher Monsieur.

Elle a écrit un jour, pendant qu'elle était entrain de faire sa réforme du système de santé néerlandais, à M. Blankenstein, en lui demandant est-ce que vous verriez un inconvénient, à ce que tous les assureurs santé hollandais pour la gestion de leur système obligatoire soient soumis à l'application des directives « assurance » M. Blankenstein a dit mais quelle bonne idée, mais il l'a remerciée de son initiative et il a dit qu'il n'y voyait aucun inconvénient, que cela était tout à fait conforme au droit communautaire.

Or l'article 2 de la directive 73-239 – 1^{ère} directive assurance non vie, explique très clairement l'exclusion de tous les systèmes d'assurance maladie obligatoires, sécurité sociale etc. du champ d'application de la directive assurances.

Vous voyez, quand vous allez dans un certain sens aujourd'hui, vous n'êtes jamais en infraction avec le dispositif communautaire. Mais si par ailleurs, on trouve que vous êtes assez original, en particulier, alors vous êtes de plus en plus susceptible d'être en infraction avec le droit et la jurisprudence communautaire.

Voilà je vous remercie de votre attention.

Jean-Michel OLIVIER, Président de l'AFERP

Jean-Michel OLIVIER, Président, remercie chaleureusement M. Lewalle pour cet exposé. Tout à la fois savant, très savant et en même temps souvent plein d'humour, drôle. Vous avez su capter l'attention du public et je suis sûr qu'il vous en remercie. Bravo.