

Revue québécoise de droit international
Quebec Journal of International Law
Revista quebequense de derecho internacional



L'accessibilité des soins : de la coordination des États membres de l'Union européenne à la coopération transfrontalière

Françoise Paccaud

Volume 33, Number 1, 2020

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1079906ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1079906ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Société québécoise de droit international

ISSN

0828-9999 (print)
2561-6994 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Paccaud, F. (2020). L'accessibilité des soins : de la coordination des États membres de l'Union européenne à la coopération transfrontalière. *Revue québécoise de droit international / Quebec Journal of International Law / Revista quebequense de derecho internacional*, 33(1), 85–98.
<https://doi.org/10.7202/1079906ar>

Article abstract

The European Union (EU) constitutes an atypical cooperation model between States that is especially extensive. Under this model, the EU has rights which are shared with Member States, of which health is an included field. Indeed, it seems logical that health is one of the fields in which the EU intervenes in order to guarantee the implementation of a global and equitable policy among all EU nationals. Could a European citizen benefit from the infrastructure and treatments offered within a State of which he or she is not a national? The development of individuals' freedom of movement constitutes the first step to allow access to healthcare. The EU put in place a cooperation system between States, which also contributed to the development of transboundary cooperation in order to implement substantive healthcare zones. These zones are thus freed from borders, to guarantee a better access to healthcare for all European citizens.

L'ACCESSIBILITÉ DES SOINS : DE LA COORDINATION DES ÉTATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE À LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE

*Françoise Paccaud **

L'Union européenne (UE) constitue un modèle atypique de coopération entre États particulièrement poussé. À ce titre, l'UE dispose de droits partagés avec les États membres, et le domaine de la santé en fait partie. Il apparaît en effet logique que la santé fasse partie des domaines où l'Union européenne intervient afin de garantir la mise en place d'une politique globale et équitable entre tous ressortissants des États membres. Un citoyen européen pourrait-il bénéficier des infrastructures et traitements proposés dans un État dont il n'est pas ressortissant ? Le développement de la libre circulation des individus constitue la première étape pour permettre l'accès aux soins. Par la suite, l'Union a mis en place un système de coopération entre les États qui a également contribué au développement d'une coopération transfrontalière afin de mettre en place de véritables zones de soins. Ces zones s'affranchissent donc des frontières pour garantir une meilleure accessibilité aux soins pour tous les citoyens européens.

The European Union (EU) constitutes an atypical cooperation model between States that is especially extensive. Under this model, the EU has rights which are shared with Member States, of which health is an included field. Indeed, it seems logical that health is one of the fields in which the EU intervenes in order to guarantee the implementation of a global and equitable policy among all EU nationals. Could a European citizen benefit from the infrastructure and treatments offered within a State of which he or she is not a national? The development of individuals' freedom of movement constitutes the first step to allow access to healthcare. The EU put in place a cooperation system between States, which also contributed to the development of transboundary cooperation in order to implement substantive healthcare zones. These zones are thus freed from borders, to guarantee a better access to healthcare for all European citizens.

La Unión Europea (UE) constituye un modelo atípico de cooperación entre Estados particularmente riguroso. Como tal, la UE tiene derechos compartidos con los Estados miembros, y la salud es uno de ellos. Parece lógico que la salud sea uno de los ámbitos en los que la Unión Europea interviene para garantizar políticas integrales y equitativas a los nacionales de los Estados miembros. ¿Podría un ciudadano europeo acudir a las infraestructuras y tratamientos que ofrece en un Estado del cual no es nacional? El desarrollo de la libre circulación de personas es el primer paso para brindar acceso a la atención médica. Posteriormente, la Unión estableció un sistema de cooperación entre Estados que también contribuyó al desarrollo de la cooperación transfronteriza para crear auténticas zonas de atención médica. Estas áreas desconocen las fronteras para garantizar una mejor accesibilidad a la atención médica para todos los ciudadanos europeos.

* Docteure, Université Jean Moulin Lyon III, Équipe de droit international européen et comparé (EDIEC).

À bien des égards, l'accès aux soins peut sembler être un objectif difficilement atteignable, au regard des différences que l'on peut trouver au sein d'un même territoire. Les déplacements croissants des populations conduisent à s'interroger sur l'effectivité de l'accès aux soins principalement sur le territoire de l'Union européenne (UE).

La santé est définie comme « un état complet de bien-être physique, mental et social »¹. Elle ne se réduit pas simplement à lutter contre la maladie, c'est avant tout un état général. L'accès aux soins permet aux individus d'accéder aux outils, pratiques et traitements sanitaires nécessaires pour préserver leur santé. Toutefois, les enjeux sanitaires peuvent trouver une certaine résonnance entre les États dans un monde globalisé. Le développement de maladies, mais aussi le déplacement des populations, oblige à instaurer une forme de solidarité étatique tournée vers une approche collective et solidaire². Une action coordonnée est donc nécessaire pour arriver à une réponse adaptée³. Néanmoins, la question de l'accès aux soins suscite encore de nombreuses inquiétudes au regard des nombreuses disparités existantes entre et au sein des différents blocs régionaux, notamment pour les individus, plus ou moins exposés aux risques sanitaires⁴.

L'UE, dont l'établissement d'un espace d'échange économique constitue la réalisation première, a progressivement amorcé un changement de paradigme en consacrant l'effet direct du droit de l'UE, mettant l'individu au cœur du processus d'intégration⁵. *A fortiori*, l'intégration des questions sanitaires ne pouvait qu'occuper une place prédominante dans un système tel que celui-ci, où les individus peuvent revendiquer une prise en charge de leurs soins⁶. Bien que le recours à des soins transfrontaliers dans l'UE reste, en pratique, encore limité⁷, il constitue un enjeu capital, notamment pour les zones territoriales susceptibles de connaître d'importants flux

¹ *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, 15 février 1946, 14 RTNU 221 à la p 185 (entrée en vigueur : 7 avril 1948).

² Comme le souligne Michel Bélanger, la plupart des organisations internationales, mais aussi les organisations non gouvernementales, exercent des compétences en matière sanitaire. Michel Bélanger, « Réflexions sur la réalité du droit international de la santé » (1985) 2 RQDI 19.

³ Claude Emanuelli, « Le droit international de la santé : évolution historique et perspectives contemporaines » (1985) 2 RQDI 11.

⁴ L'OMS a régionalisé son organisation au titre de l'article 54 de sa *Constitution*. Dans son dernier rapport elle indique que le taux d'accès aux soins reste encore très faible sur certains continents. « La moitié de la population de la planète n'a pas accès aux services de santé essentiels » (13 décembre 2017), en ligne : *Organisation mondiale de la santé* <www.who.int/fr/news/item/13-12-2017-world-bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses>.

⁵ *NV Algemene Transport-en Expeditie Onderneming van Gend & Loos c Administration fiscale néerlandaise*, C-26/62, [1963] ECR 3.

⁶ Marianne Berthod-Wurmser, *La santé en Europe*, Paris, La documentation française, 1994 et Miloudia Faouzi, *La protection de la santé et mutation du processus d'intégration communautaire*, thèse, Université Jean Moulin Lyon III, 2011.

⁷ Selon la Commission, en 2017, les États membres ont délivré environ 55 000 autorisations préalables pour des traitements programmés à l'étranger, et le nombre total des demandes de remboursements s'élève à 194 292. CE, *Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur l'application de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers*, COM 651 (2018) à la p 7.

d'individus, à l'instar des zones touristiques ou frontalières. L'accès aux soins sur le territoire européen permet ainsi à chaque ressortissant d'être assuré qu'il bénéficiera de soins de qualité, quel que soit l'État membre dans lequel il se situe⁸.

Au regard de l'avancement du processus d'intégration européenne, la perception du malade par le droit de l'UE, a connu une évolution notable. D'abord appréhendé de manière indirecte par la voie du marché intérieur, le malade apparaissait comme le bénéficiaire potentiel de la libre prestation de services (LPS) dont jouissent les professionnels de santé en tant qu'agent économique⁹. Puis, l'individu devient un citoyen de l'UE¹⁰, s'émancipant du prisme économique à l'aune duquel les soins de santé sont traditionnellement perçus par le droit de l'Union. La montée en puissance des préoccupations liées à l'accès aux soins contribue à faire émerger un statut de « patient ». Dans le contexte européen, le patient relève d'une réalité particulièrement large. Au-delà des cas de figure où le travailleur européen bénéficie de soins sur le territoire duquel il exerce son emploi, le patient peut aussi bien être l'individu en déplacement ponctuel et qui a besoin d'une prise en charge, l'habitant d'une zone frontalière nécessitant des soins situés dans un État voisin, ou encore le patient envoyé à l'étranger pour bénéficier de soins spécifiques¹¹. La diversité des situations permettant de qualifier un individu de patient démontre l'étendue des cas pouvant conduire à la prise en charge d'un ressortissant européen par un autre État membre que celui auquel il est affilié¹². Ainsi, l'UE doit garantir à tous ses citoyens l'accès potentiel aux soins et cela malgré les différences existantes entre les systèmes de santé¹³, les États restant encore attachés à l'organisation de leur système de santé¹⁴. L'article 129 du *Traité instituant la Communauté européenne* introduit le principe d'intégration selon lequel un niveau élevé de protection doit être garanti dans toutes les politiques de l'Union. En

⁸ Nathalie De Grove Valdeyron, « Santé publique », août 2008, actualisation mars 2018, *Répertoire civil*.

⁹ Paul Nihoul et Anne-Claire Simon, *L'Europe et les soins de santé*, Bruxelles, Bruylant, 2005.

¹⁰ La citoyenneté européenne résulte d'une longue construction jurisprudentielle avant d'être consacrée par le droit primaire. Ainsi, la Cour de justice avait posé les fondements de cette citoyenneté dans les arrêts *Flaminio Costa c E.N.E.L.*, C-6/64, [1964] ECR I-1141 et *Administration des finances de l'État c Société anonyme Simmenthal*, C-106/77, [1978] ECR 239. Cette jurisprudence conduit à reconnaître l'application du droit de l'UE aux ressortissants communautaires. L'article 20 du *Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne* consacre cette citoyenneté. CE, *Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (Version consolidée)*, [2012] JO, C-326/01 [TFUE].

¹¹ Magdalene Rosenmöller, Martin McKee et Rita Baeten, *Patient Mobility in the European Union Learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, aux pp 6-7.

¹² Cette prise en charge est par ailleurs consacrée à l'article 35 de la *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*. CE, *Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne*, [2012] JO, C-326/02. Voir également CE, *Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne*, [2005] C-146/01 à la p 1 qui garantit l'accès aux soins de bonne qualité.

¹³ Différents types de systèmes de santé coexistent au sein de l'UE. Il est possible de distinguer trois systèmes. Le système « bismarckien » correspond à un système reposant sur l'obligation pour les ressortissants de l'État de se doter d'une assurance obligatoire. Le système « beveridgien » repose sur trois principes : l'universalité du système, l'uniformité des prestations et l'unité du régime de protection. Enfin, il existe le système d'assurance maladie obligatoire géré par des assureurs privés. Chacun de ces systèmes repose sur des modes de financement variés passant soit par l'imposition, les cotisations ou les primes d'assurances.

¹⁴ Nathalie De Grove Valdeyron, « La directive sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers : véritable statut juridique européen du patient ou simple clarification d'un régime de mobilité » (2011) 2 R Dr européen 300.

tant que clause d'intégration¹⁵, la protection de la santé constitue donc un objectif transversal et commun à toutes les politiques de l'Union¹⁶. Certains aspects sanitaires relèvent donc de la compétence partagée de l'UE et de ses États membres. C'est notamment le cas pour les enjeux communs de la sécurité en matière de santé publique¹⁷. D'autres domaines relèvent de la compétence d'appui de l'Union¹⁸. En ce sens, l'article 168 du *Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE)* prévoit que la santé est une compétence d'appui sauf pour une liste limitative prévue à l'article 168§4 du *TFUE* tels que les produits du corps humain, les mesures phytosanitaires et les médicaments. De plus l'article 168§7 du même traité quadrille cette compétence en précisant que l'UE respecte pleinement la responsabilité des États dans la définition de leur politique de santé ainsi que l'organisation et la fourniture des services de santé et des soins médicaux¹⁹. En parallèle, l'article 114 du *TFUE* relatif aux mesures d'harmonisation dans le domaine du marché intérieur ne s'applique que lorsqu'une des libertés de circulation est remise en cause. Incidemment, il permet donc le développement des compétences de l'UE, en mettant en place des règles concernant les marchandises, afin d'éviter que les États adoptent des règles restreignant cette libre circulation des marchandises et harmonise le domaine des services.

La répartition des compétences en matière de santé couplée à la problématique de la pertinence des soins prodigués conduit à s'interroger sur la toile tissée par l'UE pour garantir l'accessibilité des soins sur l'ensemble de son territoire. En d'autres termes, comment l'UE parvient-elle à garantir cet accès aux soins?

La gestion des patients sur le territoire de l'UE suppose une coordination des États à défaut d'une harmonisation totale des systèmes sanitaires. Néanmoins, cette coordination ne constitue qu'une première étape appelant à la mise en place de règles plus abouties. C'est en ce sens que les entités infraétatiques, et plus particulièrement les régions peuvent avoir un rôle à jouer pour garantir la mise en œuvre des politiques sanitaires européennes. Les traités européens ne comportent pas de disposition imposant aux régions une obligation de respecter ou d'exécuter le droit de l'UE. Néanmoins, par le truchement de différentes dispositions, les entités infraétatiques ne sont pas exclues du champ d'application du droit de l'UE²⁰. De surcroît, le principe de l'effet direct et le principe de primauté du droit de l'Union, déploient leurs effets sur l'ensemble des sujets de droit, dont les collectivités territoriales, qui sont par conséquent, destinataires des droits et obligations garantis par l'ordre juridique de l'Union²¹. L'action transfrontalière

¹⁵ Valérie Michel, « Les objectifs à caractère transversal » dans Eleftheria Neframi, dir, *Objectifs et compétences dans l'Union européenne*, Bruxelles, Bruylant, 2013 aux pp 177-209.

¹⁶ *TFUE*, *supra* note 10, art 9.

¹⁷ *Ibid*, art 4-2 k.

¹⁸ *Ibid*, art 6.

¹⁹ Estelle Brosset, « Droit(s) européen(s) et protection de la santé : mettre en ordre? » dans Estelle Brosset, *Droit européen et protection de la santé*, Bruylant, Bruxelles, 2015 à la p 23.

²⁰ *TFUE*, *supra* note 10, art 4.

²¹ Éric Carpano, « La mise en œuvre du droit international par les régions : perspectives de droit européen et comparé » dans Stéphane Doumbé-Billé et Alberto Oddenino, dirs, *Le rôle des régions dans la coopération internationale transfrontalière L'expérience franco-italienne*, Naples, Editoriale Scientifica, 2016 à la p 179. Voir également, en ce sens, l'affaire *Fratelli Costanzo SpA c Commune de Milan*, C-103/88, [1989] ECR 1839 au para 31 : la Cour considère qu'il serait en effet contradictoire de

constitue ainsi un outil pertinent pour permettre le développement d'une coopération sur un territoire donné²².

Dans cette optique, l'accessibilité aux soins nécessite une action à deux niveaux : d'une part, il s'agit d'assurer pour l'UE une coordination nécessaire des États afin de garantir une certaine cohérence des règles en la matière (I). D'autre part, l'objectif d'accès aux soins suppose une prise en compte des réalités locales nécessitant la mise en œuvre d'une coopération transfrontalière ambitieuse pour répondre à cet objectif (II).

I. Une coordination nécessaire des États pour garantir l'accès aux soins

L'UE s'est construite avant tout sur le modèle d'un marché intérieur. L'accès aux soins de santé ne constituait pas, *prima facie*, une des priorités dans la construction de l'Union. La dynamique expansionniste du marché intérieur lui a permis d'appréhender de manière diverse les activités économiques ayant trait à la santé. Plus précisément, c'est par la voie des règles relatives à la LPS que l'accès aux soins a intégré le champ du marché intérieur. La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) veille ainsi à ce que les politiques nationales en la matière ne s'affranchissent pas des exigences propres au marché intérieur européen. Le contrôle des entraves à la LPS permet au juge de censurer des mesures nationales qui apporteraient des restrictions disproportionnées à l'accès aux soins dans le marché intérieur, réalisant, de façon détournée, une certaine coordination entre les politiques des États membres en la matière (A). Toutefois, cette première forme d'appréhension de l'accès aux soins par les règles du marché – caractéristique de l'intégration négative – n'est pas exclusive d'une intégration positive, qui passerait par l'harmonisation des droits nationaux. À cet égard, le législateur de l'UE a entrepris un rapprochement des législations des États membres relatives à l'accès aux soins, montrant que l'intégration positive se heurte à d'importantes complexités. La coordination des actions nationales reste, néanmoins, relativement limitée (B).

A. Une coordination détournée par la voie de la libre prestation de services

Bien que la question de l'accès aux soins constitue une question relativement récente au sein de l'UE, les prémisses d'un tel droit ont émergé très rapidement. Les traités fondateurs ne font pas mention d'une politique sanitaire commune²³. Du *traité de Rome*

considérer que « les particuliers sont fondés à invoquer des dispositions d'une directive remplissant les conditions [...] et d'estimer néanmoins que celle-ci n'a pas l'obligation d'appliquer les dispositions de la directive [...] ».

²² La coopération transfrontalière s'entend comme une coopération entre différentes régions séparées par une frontière, mettant en place une politique d'action commune. Voir Nicolas Levrat, *Le droit applicable aux accords de coopération transfrontière entre collectivités publiques infra-étatiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995.

²³ Voir Marco Inglesse, *L'Union Européenne et la santé*, thèse de doctorat en sciences juridiques, Université de Strasbourg, 2014.

jusqu'à l'*Acte unique européen*, la santé se manifeste principalement par la liberté de circulation pour les travailleurs²⁴. En effet, à l'origine le *Traité de la Communauté économique de charbon et de l'acier (CECA)* facilite la mobilité des travailleurs, sans pour autant envisager le développement d'une politique de sécurité sociale²⁵. C'est néanmoins l'instauration d'une réglementation des régimes de sécurité sociale qui permettra de garantir la libre circulation des travailleurs²⁶. Dans le cadre d'une simplification des textes, les règlements de coordination seront étendus aux travailleurs salariés, mais aussi à leurs familles en déplacement au sein de l'UE²⁷. Le droit de l'UE s'est donc progressivement étoffé pour arriver aujourd'hui à une reconnaissance de l'action de l'UE²⁸. C'est néanmoins la notion « patient européen²⁹ » qui tend à se développer au travers de l'action de la CJUE qui a notamment qualifié l'accès aux soins de prestation de services³⁰.

Le patient se voit délivrer des soins, au titre d'une prestation de service, et cela dans n'importe quel État membre. La Cour avait qualifié dans les affaires *Kohll et Decker* que « la nature particulière de certaines prestations de services [en l'espèce la santé] ne saurait faire échapper ces activités au principe fondamental de libre circulation³¹ ». Le patient a droit au remboursement des soins de santé selon la tarification en vigueur dans son État d'affiliation. La qualification de prestation de service renvoie vers la qualification de prestation passive, tel qu'elle fut consacrée par la CJUE dans son arrêt *Luisi et Carbone*³². La Cour a procédé par analogie en comparant le patient au touriste dans le sens où il est possible qu'un patient en qualité de destinataire d'une prestation de soins invoque la LPS, afin de bénéficier de soins

²⁴ L'article 30 du *Traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique (CEEa)* prévoit à son tour la prise de normes relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultants des radiations ionisantes. Le législateur communautaire a pris conscience qu'il était nécessaire d'intégrer la protection de la santé comme condition de mise sur le marché d'un produit pour interdire aux États de développer des politiques restrictives. CE, *Traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique (Version consolidée)*, [2010] JO, C 84/01. Par exemple, la directive 65/65 du 26 janvier 1965 prévoit un rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives aux spécialités pharmaceutiques.

²⁵ Direction générale de la politique régionale et urbaine de la Commission européenne, « La coopération transfrontalière dans le domaine de la santé : principes et pratiques » (2017) en ligne : <https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/cooperate/crossborder/cbc_health/cbc_health_fr.pdf> à la p 28.

²⁶ CE, *Règlement n°3/58 du Conseil concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants*, [1958] JO, 561.

²⁷ CE, *Règlement (CEE) n°1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la communauté*, [1971] JO, L 149 et le règlement d'application CE, *Règlement (CEE) n° 574/72*, [1972] JO, L 74.

²⁸ Estelle Brosset, « L'Union européenne de la santé – l'Union détermine-t-elle le niveau de protection de la santé? » (2017) 4 Rev aff Eur 595.

²⁹ Direction générale de la politique régionale et urbaine de la Commission européenne, *supra* note 25 aux pp 31-33 et CE, *Directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers*, [2011] JO, L 88 para 21.

³⁰ De Grove Valdeyron, *supra* note 8.

³¹ *Nicolas Decker c Caisse de maladie des employés privés*, C-120/95, [1998] ECR I-1831 et *Raymond Kohll c Union des Caisses de maladie*, C-158/96, [1998] ECR I-1931, art 20.

³² *Graziana Luisi et Giuseppe Carbone c Ministero del Tesoro*, C-286/82 et C-26/83, [1984] ECR 377.

au sein des différents États de l'Union³³. Les prestations de santé font leur entrée dans le marché intérieur, au même titre que certains éléments du corps³⁴ ou les médicaments³⁵ qui sont perçus comme des marchandises, susceptibles de bénéficier des règles de libre-échange. Ainsi, l'État est contraint de respecter les règles du marché intérieur pour les prestations sanitaires. La jurisprudence de la Cour met clairement en évidence la nécessité d'une coordination des actions nationales. L'ouverture de l'accès aux soins transfrontaliers constitue le corolaire des libertés économiques qui sont garanties par l'ordre juridique de l'UE. L'objectif est donc de prévenir et d'empêcher toute politique discriminatoire, et d'éviter l'apparition d'obstacles limitants en droit, ou en fait, le traitement du patient européen.

Cependant, en ouvrant la LPS au bénéficiaire de soins de santé, le droit de l'UE n'assure qu'indirectement la coordination des politiques étatiques de santé. En effet, la variation des soins opérés, la diversité des régimes d'assurance santé sont autant d'éléments qui maintiennent des inégalités entre les États³⁶.

Il semble néanmoins que cette coordination puisse se réaliser au travers de mécanismes d'intégration positifs dont dispose l'UE. Ainsi, le recours à l'harmonisation des droits pourrait être un instrument garantissant une articulation harmonieuse entre les actions nationales au profit du patient européen.

B. Une coordination limitée par la voie de l'harmonisation des législations

La garantie de l'accès aux soins de santé passe par la possibilité pour le patient de se déplacer au sein de l'Union, ce qui suppose une coordination entre les différents systèmes de santé. La *directive 2011/24/UE* du 9 mars 2011³⁷, a permis de consacrer des droits généraux du patient en cristallisant les différentes évolutions jurisprudentielles et textuelles³⁸. La directive telle qu'elle fut proposée résulte avant tout d'un consensus à la suite du rejet de la proposition de la directive dite « services³⁹ », qui intégrait dans son champ d'application le secteur sanitaire, au détriment de la jurisprudence de la Cour qui prône à l'inverse leur encadrement⁴⁰. La directive de 2011 permet donc d'offrir un outil de coordination européenne pour les soins sanitaires tout en respectant la compétence des États. Elle consacre, entre autres,

³³ Voir *The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd c Stephen Grogan et autres*, C-159/90, [1984] ECR 4685.

³⁴ *Humanplasma GmbH c Republik Österr.*, C-421/09, [2010] ECR 12869.

³⁵ *Merck et Co. Inc. c Stephan BV et Petrus Stephanus Exler*, C-187/80, [1981] ECR 2063.

³⁶ L'arrêt *Smits et Peerbooms* illustre cette réalité. *Smits et Peerbooms*, C-157/99, [2001] ECR 5473. Voir Willy Palm, « La Cour de justice européenne et la mobilité des patients : un nouveau pas franchi » (2003) 34:3 R Médicale Assurance Maladie 175.

³⁷ *Directive 2011/24/UE*, *supra* note 29.

³⁸ Louis Dubouis, « La directive n° 2011/24 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers » (2011) 6 RDSS 1059.

³⁹ CE, *Directive 2006/123/CE relative aux services dans le marché intérieur*, [2006] JO, L 376. Elle fut particulièrement critiquée en raison de la libéralisation qu'elle opère en matière de prestation de service. Voir en ce sens Sébastien Adalid, « La transposition de la directive "services" : Sisyphe au service du marché » (2017) 611 R Union Européenne 496.

⁴⁰ De Grove Valdeyron, *supra* note 14 à la p 305.

le droit à l'accès aux soins de manière égalitaire entre ressortissants ou non de l'État de traitement⁴¹, ce qui constitue une déclinaison du principe de non-discrimination⁴².

Néanmoins, l'accessibilité des soins rencontre également certaines limites, notamment parce que les prestataires de soins peuvent refuser certains patients pour un traitement programmé ou si cela entraîne un risque d'allongement des délais d'attente dans la prise en charge de traitement. De plus, cette égalité d'accès peut être limitée pour des raisons impérieuses d'intérêt général notamment pour garantir à l'État prestataire un accès suffisant et permanent aux soins qu'il propose. Dès lors, l'État a la possibilité de mettre en place une autorisation préalable pour garantir, mais aussi limiter le remboursement des soins prodigués en dehors de son territoire. Sur ce point, la directive clarifie la règle de l'autorisation préalable⁴³.

Plusieurs règlements ont pu être adoptés et ont contribué à mettre en place une coordination des systèmes de sécurité sociale étendue à tous les ressortissants européens des États membres couverts par un régime de protection sociale⁴⁴. Ces règlements ont pu être qualifiés de « fiction juridique », dans le sens où le patient est considéré comme étant un assuré de l'État de séjour⁴⁵. Le patient ne perd donc pas son droit acquis au remboursement lorsqu'il bénéficie de soins dans un autre État. Il est donc possible, selon si les soins prodigués sont inopinés ou programmés, que l'État d'affiliation soumette le remboursement à une demande d'autorisation préalable, afin de conserver une maîtrise sur les dépenses réalisées. Perçue comme une atteinte à la liberté de prestation de services, la Cour opère une clarification des règles d'autorisation préalable en favorisant la liberté de circulation. Dans l'arrêt *Smits et Peerbooms*, elle précise que pour des raisons impérieuses liées à l'équilibre des systèmes de sécurité sociale et au maintien de l'accessibilité des services hospitaliers, l'État d'affiliation peut soumettre l'accès aux soins à une autorisation médicale préalable pour obtenir les remboursements de soins réalisés à l'étranger⁴⁶. La liberté de circulation prime ainsi sur l'autorisation préalable. Dans cette optique, la directive confirme le droit au remboursement et prévoit la possibilité de bénéficier de soins en étant pris en charge à hauteur du remboursement prévu pour un traitement similaire au sein de l'État d'affiliation⁴⁷. Les tarifs appliqués seront ceux de l'État de séjour, sans pour autant que le patient ne fasse d'avance si la législation de l'État de séjour le permet. À défaut, il sera possible de demander le remboursement auprès de l'État d'affiliation à son retour. En d'autres termes, il n'est pas nécessaire de disposer d'une autorisation préalable pour bénéficier de soins en

⁴¹ Directive 2011/24/UE, *supra* note 29 para 21.

⁴² TFUE, *supra* note 10, art 18.

⁴³ Directive 2011/24/UE, *supra* note 29, art 7.

⁴⁴ CE, *Règlement (CE) n° 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale*, [2004] JO, L 166. Le Règlement est complété par le CE, *Règlement n° 987/2009 fixant les modalités d'application du Règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale*, [2009] JO, L 284.

⁴⁵ Stéphane de la Rosa, « Quels droits pour les patients en mobilité? À propos de la directive sur les droits des patients en matière de soins transfrontaliers » (2012) 1 R française affaires soc para 6.

⁴⁶ *Smits et Peerbooms*, *supra* note 36. Voir également *Abdon Vanbraekel EA c Alliance nationale des mutualités chrétiennes*, C-1408/71, [2001].

⁴⁷ Directive 2011/24/UE, *supra* note 29 para 7.

liberté de circulation des patients. Ainsi, lorsque les soins de santé nécessitent le recours à des infrastructures ou à des équipements spécialisés ou coûteux, l'État d'accueil peut remettre en place une demande d'autorisation préalable⁵⁵. Se dessine encore une fois, une balance entre la volonté de l'UE de garantir un accès aux soins pour les patients sans pour autant remettre en question la compétence des États. L'Union incite les États à mettre en place des mécanismes de coopération des systèmes de santé, sans pour autant instaurer un régime uniforme⁵⁶.

En parallèle, l'UE cherche également à renforcer la coopération à un stade infraétatique, par la mise en place de programmes contribuant à rendre plus facile cet accès aux soins. En effet, l'encouragement à une coopération régionale transfrontalière est une des pistes envisagées pour faire face au décalage qui existe entre l'ambition élevée de l'UE et ses compétences encore limitées.

II. L'ambition d'une coopération transfrontalière en matière d'accès aux soins

Au-delà de la mise en place d'une politique de coordination des systèmes de santé, l'UE s'appuie également sur l'échelon régional pour tenter d'instaurer des zones dynamiques, capables de fournir des prestations de soins communes aux habitants des régions visées⁵⁷. Le niveau infraétatique apparaît comme l'échelon le plus approprié pour apporter des solutions harmonieuses et rationnelles quant à l'accès aux soins. En effet, du fait d'une certaine proximité géographique et parfois culturelle, les besoins sanitaires peuvent se regrouper. Toutefois, l'utilisation des structures sanitaires transfrontalières reste encore marginale. En impulsant une dynamique coopérative, l'UE accorde ainsi une place de choix à la mise en œuvre de zones sanitaires régionales⁵⁸. Cette coopération transfrontalière permet donc une approche plus pragmatique de l'accès aux soins sur le territoire de l'UE (A). Toutefois, une telle approche fait apparaître de nouvelles problématiques communes. Ainsi, ce sont de nouveaux défis qui apparaissent pour les États, mais aussi pour l'UE (B). Il convient également de signaler que la crise de la Covid-19 a permis la mise en place d'une coopération transfrontalière (C).

⁵⁵ À titre d'exemple, la législation française énumère une liste de soins pour lesquels il sera nécessaire de faire une demande d'autorisation préalable. Elle prévoit une demande d'autorisation préalable pour les actes de masso-kinésithérapie dans le cadre d'une rééducation, les traitements d'orthopédie dento-faciale, certaines pathologies, l'utilisation de certains appareils médicaux, la réalisation de certains examens et analyses de laboratoire, certains transports sanitaires notamment pour les transports prescrits en série ou de plus de 150 km.

⁵⁶ Michel Bélanger, « L'Europe communautaire des patients » (2003-2004) 2 Rev aff Eur 213.

⁵⁷ L'article 168 du *TFUE* appelle à cet égard à une coopération entre les États membres pour améliorer les services de santé dans les régions frontalières.

⁵⁸ Olivier Renaudie, « Qualité et coopération sanitaire transfrontalière » (2014) 6 R Dr sanitaire & soc 1039.

A. Les zones transfrontalières, une approche pragmatique de l'accès aux soins

Dans la pratique, l'UE favorise les initiatives de coopération transfrontalière entre les États, principalement parce que la protection de la santé passe avant tout par une prise en considération des enjeux et besoins locaux. La mise en place de programme de partage d'informations et de données constitue, dans un premier temps, le socle nécessaire à toute coopération. Le programme européen de coopération régional (INTERREG)⁵⁹ met en place différents types de programmes de coopération territoriale européenne⁶⁰.

En complément, les États ont la possibilité de conclure des accords-cadres ou conventions de coopération sanitaire soutenus par les programmes INTERREG. Dans ce cas de figure, les conventions vont permettre de définir les établissements concernés par ces partenariats, la prise en charge des frais de santé, ou encore les modalités de remboursement. Dans le premier cas de figure, les accords-cadres permettent aux États de s'entendre sur le champ d'application de la convention, les populations visées, les conditions d'intervention, l'accueil et l'information des patients, la simplification des modalités de prise en charge, les frais de transport, etc. Les patients qui entrent dans le champ d'application de la convention sont dispensés d'autorisation préalable pour leurs soins hospitaliers⁶¹.

En parallèle, l'UE appuie le développement de structures d'accueil des patients reposant sur une gestion commune des établissements. L'objectif principal est de permettre un accès aux soins plus adapté et d'apporter une réponse à la problématique de l'hospitalisation de proximité⁶². L'hôpital transfrontalier de Cerdagne, mis en place en septembre 2014, reste l'un des exemples les plus probants en matière de coopération transfrontalière insufflée par l'UE. Cet hôpital résulte d'une coopération entre la France et la Catalogne, dont l'objectif est d'accueillir et de prendre en charge, au sein d'une même

⁵⁹ Le programme INTERREG est mis en place par l'UE pour renforcer la cohésion territoriale dans l'Europe, en limitant les disparités économiques et sociales entre les différentes régions européennes. Le programme se construit autour de trois grands axes : la coopération transfrontalière, la coopération transnationale et la coopération interrégionale. Cinq programmes ont été instaurés depuis 1990.

⁶⁰ Plusieurs types de programmes ont pu être développés afin d'instaurer des partenariats notamment avec l'outremer. La Commission européenne a approuvé la mise en place d'un programme de coopération transfrontalière pour la période 2014-2020 entre la région ultrapériphérique française de Guyane avec le Suriname et les États de l'Amapa et de l'Amazonas au Brésil. Le budget total de ce programme s'élève à 28 millions d'euros, dont 19 millions sont issus du Fonds Européen de Développement Régional (FEDER).

⁶¹ La France et la Belgique ont conclu plusieurs accords-cadres, comme celui portant sur la coopération sanitaire transfrontalière entré en vigueur le 1er mars 2011. Toute personne relevant du régime d'assurance maladie et résidant ou séjournant dans une de ces régions peut bénéficier de la convention.

⁶² À titre d'exemple, le bassin houiller lorrain a enregistré un taux de mortalité par maladies cardiovasculaires particulièrement élevé. Pour faire face à la pénurie de médecins et un phénomène de périphérisation autour de Metz, a été lancé un projet de coopération médicale en matière de cardiologie en 2002 regroupant les unités de soins en cardiologie des hôpitaux de Forbach en France et Völklingen en Allemagne. Le projet est cofinancé par INTERREG IV A 2007-2013 pour un budget total de 525 851 euros, dont 236 633 euros venant du FEDERL. « Projet interreg SANTRANSFOR Coopération transfrontalière sanitaire », en ligne : *Citoyens & Territoires* <[http://citoyenterritoires.fr/experience/projet-interreg-santransfor-coopération-transfrontalière-sanitaire](http://citoyenterritoires.fr/experience/projet-interreg-santransfor-cooperation-transfrontaliere-sanitaire)>.

structure, les patients sur la Cerdagne française et espagnole⁶³. La structure est portée par un Groupement européen de coopération territoriale (GECT-HC). Les statuts du GECT-HC fournissent le circuit de remboursement et la tarification des soins et garanti la présence de personnels des deux pays, ainsi que l'accueil dans les mêmes conditions pour les patients espagnols et français⁶⁴. La structure organise donc un service de santé en coordonnant l'action des services de santé et qui se veut le plus adaptée possible aux réalités du terrain, afin d'améliorer l'accès aux soins pour les populations limitrophes. La mise en place d'une telle structure prévoit toutefois une coordination entre les différents services mis à disposition, même si certains restent sous la responsabilité d'hôpitaux nationaux⁶⁵. L'exemple le plus poussé de cette coopération reste néanmoins les Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST). Elles permettent aux patients frontaliers de recevoir des soins sans autorisation préalable et sans avance de frais, par l'intermédiaire du tiers payant dans les hôpitaux compris dans une zone déterminée. Elles vont bien au-delà de la logique coopérative, puisqu'elles s'affranchissent des frontières étatiques afin de faciliter le déplacement des patients. Ce type de coopération territoriale donne un certain dynamisme et attractivité pour des territoires frontaliers urbains ou ruraux en mettant en place une certaine complémentarité entre les systèmes de soins des pays limitrophes, mais surtout en permettant d'optimiser des services hospitaliers.

L'UE donne une impulsion, qu'elle soit financière ou structurelle, en encourageant l'instauration de mécanismes de coopération plus ou moins avancés selon les besoins des zones frontalières. Toutefois, la volonté de s'engager dans une logique coopérative résulte avant tout des facteurs principalement culturels et sociétaux, mais aussi économiques et stratégiques. Les pays coopérants ont pour la plupart une tradition en matière de protection de la santé relativement similaire, permettant de limiter les difficultés. Les zones frontalières constituent donc une nouvelle forme de gouvernance au sein de l'UE, au profit d'une coopération pertinente.

Cependant, le passage d'une gestion unilatérale des questions sanitaires à une gestion coopérative conduit au développement de nouveaux enjeux.

B. La coopération transfrontalière, comme vecteur de nouveaux défis

Malgré les avantages indéniables, la coopération transfrontalière emporte avec elle des interrogations qui mettent en lumière de nouveaux défis auxquels les États doivent répondre.

⁶³ Raymonde Séchet et Régis Keerle, « Le projet d'hôpital commun transfrontalier de Cerdagne : des difficultés de la coopération transfrontalière en matière de santé dans un contexte pourtant favorable » (2010) 675:5 *Annales géographie* 539.

⁶⁴ Le GECT prévoit notamment la gestion de fonds provenant des deux États et des deux systèmes de sécurité sociale. Les statuts du GECT permettent aussi de fournir le circuit de remboursement et la tarification des soins. Ce projet était subventionné à hauteur de 65 % par le FEDER et le programme INTERREG France-Espagne.

⁶⁵ Le service de radiologie est sous la responsabilité du Centre Hospitalier de Perpignan, conformément à la *Convention internationale de coopération* approuvée par le Conseil d'Administration du GECT-HC le 18 juin 2014.

D'un point de vue matériel, la coopération transfrontière soulève en effet des problématiques dans sa mise en œuvre. La première est celle de la langue parlée. Il peut arriver que les patients ne parlent pas la langue de l'État d'accueil. Il est alors nécessaire de faire intervenir des personnels de santé parlant la même langue que les patients. Dans ce cas de figure, les personnels mis à disposition engendrent un coût supplémentaire pour l'hôpital d'accueil. De même qu'en matière de moyens et d'infrastructures, la situation des hôpitaux peut varier d'un versant à l'autre de la frontière. Enfin, l'un des risques au demeurant est la création de « déserts médicaux » dans le sens où les zones frontalières vont générer des pôles santé dans des endroits stratégiques et laisser certaines zones moins attractives, dépourvues d'hôpitaux de proximité⁶⁶. Le patient se trouve obligé de parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour avoir accès à des soins sur son propre territoire. Indirectement, se pose donc la question du financement et de l'accessibilité des soins. En outre, cela peut contribuer au développement d'un tourisme médical⁶⁷. À titre d'exemple, les soins dentaires en Roumanie font l'objet d'un véritable commerce, avec la création d'agences spécialisées dans la prise en charge de ressortissants étrangers qui souhaiteraient effectuer des soins dentaires à bas prix⁶⁸. Se pose également la question de la réglementation des professions de santé qui varie d'un État à un autre. La reconnaissance des diplômes en la matière peut être une procédure particulièrement longue, limitant de ce fait les installations en la matière. Plus généralement, les spécificités étatiques dans la réglementation des professions sanitaires peuvent conduire à une limitation du développement de la coopération transfrontière.

Enfin, c'est avant tout l'accès à l'information qui encouragera la mobilité des patients et donc contribuera au développement de l'accessibilité des soins. La *directive 2011/24/UE*, exige que les États informent les patients des soins proposés sur leur territoire⁶⁹. Les États doivent mettre en place des Points de Contacts Nationaux (PCN), au sein de l'État d'affiliation et de traitement. Toutefois, ces PCN apparaissent encore très limités, puisque les patients semblent se renseigner auprès de ces agences tardivement, complexifiant les modalités de remboursement des soins. De plus, certains prestataires de soins n'ont pas toujours connaissance des procédures à suivre pour bénéficier de traitement à l'étranger⁷⁰. Le renforcement des PNC constitue le point d'orgue dans la mise en œuvre d'une politique de coopération efficace.

C. L'accès aux soins face à l'épreuve de la Covid-19

Lorsque l'Europe a été touchée par l'épidémie de la Covid-19, très vite, la question de l'accessibilité des soins est devenue centrale. Le système installé par l'UE pouvait-il résister à la Covid-19?

⁶⁶ Jean-François Nys, « Les nouveaux flux de migrations médicales » (2010) 1:77 R Intl & Stratégique 24.

⁶⁷ Sur la diversité de la définition du tourisme médical, voir Loïck Menvielle et William Menvielle, « Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager » (2010) 29:1 Téoros 109. Voir également Catherine Le Borgne, « Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner » (2007) 2:15 Tribunes santé 47.

⁶⁸ Voir entre autres Pamela Pianezza, « La santé à crédit : les stratégies des patients face à la crise » (2012) 3:36 Tribunes santé 67.

⁶⁹ *Directive 2011/24/UE*, *supra* note 29, art 6.

⁷⁰ Secrétariat général de l'Union Benelux, *Soins de santé au-delà de la frontière : Les barrières et opportunités dans le Benelux*, 2018 aux pp 32-41.

Lorsque l'Italie a été frappée en janvier 2020, le silence de l'UE, encore très sceptique quant au caractère pandémique de ce virus, n'a pas apporté de soutien direct à la situation italienne qui devenait chaque jour un peu plus catastrophique. La mise en quarantaine des Italiens et la progression de l'épidémie sur le territoire français ont commencé à susciter l'inquiétude des autorités européennes.

L'UE a mis en place une aide d'urgence dotée d'un budget de 2,7 milliards d'euros, activée le 16 avril 2020. L'objectif de cette aide étant d'apporter une certaine flexibilité aux États pour répondre à leurs besoins médicaux.

Face à l'expansion de la pandémie sur leurs territoires nationaux, les États ont progressivement décidé de restreindre la liberté de circulation sur le territoire et de fermer leurs frontières extérieures pendant 30 jours, conformément aux lignes directrices de la Commission européenne du 16 mars 2020⁷¹. Les États ont néanmoins pu organiser par l'intermédiaire d'accords bilatéraux le transfert de patients atteints par la Covid-19.

Ainsi, les États ont pu s'organiser entre eux, de manière bilatérale, en mettant en place le transfert de patients pour soulager les hôpitaux surchargés par l'arrivée de patients. La France et l'Allemagne ont organisé le transfert de patients français dans les hôpitaux frontaliers allemands.

Il faut néanmoins souligner que la crise de la Covid-19 a aussi été révélatrice de comportements nationalistes profonds, notamment pour la confiscation de cargaison de masques transitant sur des territoires. Le cas reste anecdotique, mais met en lumière des comportements égoïstes, notamment pour les masques transférés en Espagne.

Nombreux sont les adages faisant référence à la santé et s'accordant pour reconnaître sa valeur inestimable. La nécessité de prodiguer des soins de qualité aux ressortissants européens oblige les États à mettre en place des politiques sanitaires communes. L'UE a instauré un système de protection de la santé sur deux niveaux, dont l'objectif final est d'arriver à garantir une accessibilité aux soins la plus complète possible. Alors que l'Union joue un rôle de coordination en matière sanitaire, la coopération transfrontalière apparaît comme le pendant déterminant d'un accès aux soins équilibré et pertinent sur le territoire européen. La crise de la Covid-19 atteste la nécessité de renforcer cette coopération transfrontalière.

⁷¹ Commission Européenne, *Covid-19 Guidelines for Border Management Measures to Protect Health and Ensure the Availability of Goods and Essential Services*, 2020, C (2020) 1753.