



SYNTHESE DU PROJET DE RECHERCHE

Politique scientifique fédérale

Projet: Programme de cohésion sociale

Contrat de recherche SO/02/064

Vers une rationalisation des règlements de coordination en matière de sécurité sociale?

Directeur de projet: le professeur Yves Jorens
partenaire subventionné

Collaborateurs scientifiques: Mme. Cindy Salamon
Mme. Barbara De Schuyter

1. Introduction

La libre circulation des personnes et, en particulier, des travailleurs salariés est un des piliers sur lesquels la CE est fondée. L'article 39 prévoit le droit de se déplacer librement sur le territoire des Etats membres et d'y résider pour exercer un emploi effectif. L'exercice de ce droit, qui existe pourtant depuis longtemps, est entravé par un grand nombre d'obstacles. La réalisation effective de la libre circulation est difficile. Pour garantir la libre circulation transfrontalière des travailleurs, des mesures du législateur communautaire s'imposent. Ces mesures se situent pour une bonne part dans le domaine de la sécurité sociale. Le droit fondamental de circuler librement est dès lors complété et garanti par un système de coordination des régimes de sécurité sociale. Sur la base de l'article 42 CE, des mesures importantes, nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs ont été adoptées dans le domaine de la sécurité sociale. Le règlement 1408/71 et le règlement 574/72 fixant les modalités d'application du règlement 1408/71 ont été adoptés en vue de la coordination des différentes législations de sécurité sociale des Etats membres. Ces règlements sont les instruments les plus importants en matière de travail frontalier.

Le règlement a été modifié et adapté plusieurs fois pour permettre de suivre les évolutions qui se produisaient, tant au niveau communautaire, comme la jurisprudence de la Cour de justice, qu'au niveau national dans les Etats membres dans le domaine de la sécurité sociale. A cela s'ajoute le fait que l'image de la migration s'est modifiée fondamentalement depuis l'adoption du règlement. Alors que dans le passé, les travailleurs migrants s'établissaient dans un autre Etat membre avec toute leur famille pour y commencer une nouvelle vie, actuellement, le travailleur migrant est une personne hautement qualifiée qui se rend temporairement dans un autre Etat membre avec le plus souvent, l'intention de revenir dans son pays d'origine. Ces modifications et adaptations du règlement en ont fait un ensemble complexe et difficile à lire. Les règles de coordination sont souvent devenues trop complexes et difficiles à interpréter pour les services publics nationaux, les institutions de sécurité sociale, les tribunaux et même les institutions européennes.

C'est pour toutes ces raisons qu'un bon nombre d'initiatives ont été développées au niveau européen en vue de la simplification du règlement. Le débat a, en fin de compte, été ouvert par la commission qui a introduit une première proposition de simplification et de modernisation du règlement en 1998. Une avancée importante a eu lieu en décembre 2001 sous la présidence UE belge, lorsque le Conseil a adopté un certain nombre de paramètres qui doivent comporter des priorités et des principes clairs pour permettre de fixer le cadre politique dans lequel des réformes concrètes concernant le règlement peuvent être décidées. Tout le processus de simplification a enfin abouti dans l'adoption du règlement 883/2004 du 29 avril 2004. Ce règlement ne sera toutefois applicable qu'à partir de la date d'entrée en vigueur du règlement d'application. Comme ce règlement

doit encore être modifié et qu'on prévoit que le nouveau règlement n'entrera en vigueur que peut être, au plus tôt, en 2008, le cadre actuel des règlements 1408/71 et 574/72 reste toujours applicable avec toutes les modifications.

2. Objectif

De l'étude préalable (JORENS, Y. (ed.), "Le travail transfrontalier et la Sécurité Sociale: la relation entre la Belgique et ses pays voisins: l'Allemagne, la France et les Pays-Bas", Rapport sur la Cohésion Sociale, une étude préparatoire, Phase I, auteurs: BUYASSE, S., JORENS, Y., KESSLER, F., KLOSSE, S. en SCHULTE, B., Gent, Academia Press, 2003, 215 p.), il ressort qu'il y a un certain nombre de problèmes relatifs au règlement 1408/71. Cette étude met en évidence l'existence d'incohérences et de problèmes d'application (bilatéraux). Le règlement peut être décrit comme un patch-work où des règles particulières existent pour différentes catégories et des principes différents sont appliqués à différents risques. Si on pouvait éliminer ces incohérences, on contribuerait considérablement à la simplification du règlement. La rationalisation est le moyen par excellence pour arriver à une simplification du règlement. Comme le nouveau règlement ne sera applicable qu'à partir de l'entrée en vigueur du règlement d'application, il est important d'examiner si les problèmes existants seront résolus et s'il y a encore des incohérences qui n'ont pas trouvé de solution. C'est maintenant, pendant que la révision du règlement est en cours, qu'on fera bien de rechercher où se trouvent les problèmes pratiques.

Le point de départ de l'étude consiste en douze paramètres qui servent de fil conducteur dans des réformes éventuelles de la réglementation européenne de coordination. Ces paramètres mettent clairement en évidence que certains principes présentent une ouverture pour une discussion et un peaufinage plus poussés. La présente étude veut donc continuer sur la lancée de l'accord politique qui a été adopté à Laeken. Nous voulons dans cette étude donner une base scientifique pour les points encore à discuter en les confrontant prospectivement à des modèles de "best practice" et en éliminant les incohérences dans les règles, selon les risques.

La présente étude s'oriente vers deux secteurs de la sécurité sociale, notamment la santé et l'emploi. Ce n'est pas un choix arbitraire. Il ressort d'une étude préalable que c'est dans ces deux secteurs que les incohérences et les solutions bilatérales adoptées par les Etats membres apparaissent le plus clairement. Le fait de focaliser ces deux secteurs permet de comparer les arguments pour ou contre une certaine méthode.

Les dispositions du règlement ne forment pas un ensemble cohérent. Les règlements portent sur différentes catégories de personnes auxquelles des droits différents ont chaque fois été attribués. Ici, c'est surtout la réglementation spécifique pour les travailleurs frontaliers qui soulève de nombreuses questions.

Pour l'application du règlement, il existe apparemment une grande incohérence entre les différents risques et les règles applicables à ces risques. Alors que pour les soins de santé, la préférence est donnée à l'intégration dans le pays de résidence ou du domicile, pour la réglementation de chômage on applique le système du pays où l'emploi était exercé. Pour les soins de santé, on a opté pour une intégration poussée dans le pays de résidence et le contrôle est également effectué dans ce pays, tandis que pour le chômage, il est à peine question d'intégration. De plus, et en tout cas dans le cadre des réglementations de soins de santé, différentes initiatives bilatérales ont été adoptées à l'occasion de problèmes pratiques de transposition des règlements. Ces initiatives ont pour but de permettre une application plus efficace et plus simple des règlements. Il n'est pas toujours évident pourquoi la préférence est donnée à une solution pour un tel risque et à une autre solution pour un autre risque. L'exportation des allocations de chômage est limitée à trois mois et les travailleurs frontaliers sont en outre complètement à la charge de leur pays de résidence bien qu'ils n'aient jamais payé de cotisations dans ce pays. Y a-t-il une justification à cette réglementation spéciale qui s'écarte du principe général du pays du travail? Pourquoi ces différences? Le principe du pays du travail doit-il avoir la préférence comme base générale pour la coordination du droit du travail, du droit de la sécurité sociale et des impôts? Le système qui régit les réglementations en matière de soins de santé peut-il également s'appliquer aux réglementations en matière de chômage? Existe-t-il de bonnes raisons pour garder des différences entre les systèmes selon les risques sociaux en question.

3. Méthode de travail

Les risques sélectionnés sont étudiés sous deux angles. Nous procédons d'abord à l'identification et à l'analyse des incohérences dans les règles du/des règlement(s) selon le risque. Ensuite, les initiatives bilatérales prises à l'occasion de problèmes d'application surgis dans la pratique lors de la transposition des règlements sont évalués et analysés.

Le but de l'étude est de pouvoir visualiser clairement cette différence entre ces deux secteurs afin de donner une vue d'ensemble de toutes les difficultés et incohérences ainsi que des initiatives bilatérales. Enfin, des interviews furent prises auprès de personnes qui s'occupent de cette problématique dans la pratique et une enquête fut organisée pour donner une image statistique aussi précise que possible de la migration dans le cadre des soins de santé et de l'emploi.

Comme nous voulons aborder les différentes dimensions du volet relatif aux soins de santé, il a été décidé de procéder à une enquête concernant les soins de santé transfrontaliers. Cette enquête axée sur le patient focalise la relation entre la Belgique et les Pays-Bas, parce que la plupart des initiatives ont lieu dans le cadre des soins de santé transfrontaliers entre ces deux Etats membres. Ces deux pays sont en effet un exemple important parmi les expériences faites

dans toute l'Europe. L'enquête porte uniquement sur des patients belges qui ont eu des soins aux Pays-Bas.

Pour l'enquête de cette étude, nous avons retenu 7 groupes de personnes interrogées dans une post-enquête:

1. Les personnes ayant reçu des soins urgents au cours d'un séjour temporaire
2. Les personnes ayant reçu des soins après une autorisation préalable
3. E112 + (IZOM)
4. Les soins planifiés sans autorisation préalable
5. Les travailleurs frontaliers
6. Les travailleurs frontaliers en chômage indemnisé
7. Les habitants des zones frontalières

Nous avons organisé une enquête adaptée pour chaque groupe. Au total, nous avons envoyé 5000 questionnaires et reçu 28% de réponses (1383 questionnaires renvoyés).

En dehors de l'enquête, un bon nombre d'interviews ont été prises auprès de personnes qui s'occupent dans la pratique des soins de santé en Flandre et, plus particulièrement, des soins de santé transfrontaliers.

Dans le domaine du chômage, seules des interviews ont été prises, parce que les personnes à interroger pouvaient difficilement être identifiées. Les problèmes auxquels ces personnes sont confrontées ne se présentent qu'au moment où elles sont effectivement au chômage. Les problèmes sont plutôt d'ordre administratif. C'est pour ce motif que les administrations en question ont été interrogées. Le nombre de personnes qui font valoir leurs droits en matière de soins de santé est sensiblement supérieur à celui des personnes qui font usage de leur droit d'exporter leurs allocations de chômage.

4. Structure du rapport final de recherche

Dans une première partie du rapport, les principes de base du règlement sont abordés brièvement. Ensuite, l'accent est mis sur les différents articles applicables dans le cadre des soins de santé et du chômage.

Dans une seconde partie, nous donnons une image des problèmes qui se présentent lors de l'application et de l'interprétation du règlement 1408/71. Nous faisons ici une sélection des problèmes les plus pertinents qui se posent dans la pratique.

Dans la troisième partie, nous faisons une proposition de rationalisation du règlement en tenant compte de ce qui existe aujourd'hui et des problèmes éventuels qui se présentent dans la pratique.

5. Propositions de solutions aux problèmes de transposition

5.1 Soins de santé

Le règlement 1408/71 fait une distinction entre les différentes sortes d'assurés et les différents soins dont on peut bénéficier dans un autre Etat membre.

A. *Travailleur frontalier*

Le travailleur frontalier se distingue du simple travailleur migrant salarié ou indépendant et bénéficie d'une protection spéciale en raison de sa situation spécifique. On a accordé au travailleur frontalier un droit d'option qui lui donne la possibilité de bénéficier des soins de santé dans l'Etat membre où il exerce son activité et dans l'Etat membre de sa résidence, alors que le simple travailleur migrant salarié ou indépendant n'y a droit que dans l'Etat de sa résidence.

A l'origine, cette protection spéciale avait pour but d'éviter des interruptions de travail inutilement longues lorsqu'un travailleur frontalier avait besoin de soins médicaux au moment où il était au travail. Il ne serait pas raisonnable qu'un travailleur frontalier dont l'état de santé nécessite des soins, doive d'abord retourner dans son pays pour recevoir ces soins. Le travailleur frontalier a ainsi obtenu une position privilégiée par rapport au simple travailleur migrant. Il a en effet un droit d'option inconditionnel, alors que le travailleur migrant salarié ou indépendant n'a droit aux prestations sur le territoire de l'Etat membre où il exerce son activité que s'il réside sur ce territoire ou lorsqu'il y transporte sa résidence. Le travailleur frontalier a ainsi acquis un droit qui dépasse l'intention originelle du législateur.

Il y a lieu de se demander si cette inégalité dans le droit aux soins de santé est toujours justifiée. Cette règle peut être mise en question en faisant référence à la pertinence de celle-ci pour le travailleur frontalier dans sa vie quotidienne. La conclusion de l'enquête est que ce droit d'option est de peu d'incidence pour le travailleur frontalier, qui n'y a recours qu'exceptionnellement. Lorsque le travailleur frontalier opte pour des soins de santé dans l'Etat membre où il exerce son activité, il s'agit le plus souvent de soins spécialisés et de soins hospitaliers. Le travailleur frontalier retraité –un travailleur frontalier perd son droit d'option au moment de sa mise à la retraite- est cependant partisan du maintien de ce droit d'option après sa mise à la retraite, malgré l'usage limité qui est fait de ce droit. Ces résultats font apparaître une contradiction: on veut garder le droit d'option, mais dans la pratique, on n'y a guère recours.

Nous avons ici la preuve qu'en principe, le droit d'option ne répond pas à un besoin et que la distinction entre les différentes catégories d'assurés pourrait très bien être supprimée. Il n'y a donc pas de raison fondamentale pour accorder une différence de traitement. Ceci est d'autant plus vrai que le droit d'option est

souvent utilisé pour des soins qui, en principe, devraient être soumis à une procédure d'autorisation. Le droit d'option pourrait donc être supprimé.

B. Accès aux soins dans un autre Etat membre

a) E111

Le règlement 631/2004 introduit un nouveau critère donnant l'accès aux soins lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre. Ce critère pour recevoir des soins n'est plus l'urgence des soins, mais la nécessité médicale. Par ce nouveau critère, des soins qui ne sont pas immédiatement nécessaires sont aussi remboursés. Il suffit que les soins soient nécessaires du point de vue médical pendant un séjour temporaire sur le territoire d'un autre Etat membre. Le nouvel article a donc un autre point de départ. Actuellement, on peut même se rendre à l'étranger lorsqu'on est malade ou lorsqu'on a besoin de certains soins médicaux.

Le nouveau critère a comme premier objectif de permettre la création d'une carte européenne d'assurance maladie ((CEAM). Un alignement des droits était nécessaire parce que sinon il y aurait des cartes d'assurance maladie différentes. La question est cependant de savoir si la création de cette carte est importante pour l'application pratique de l'article 22, al. 1 a) du règlement 1408/71 qui règle le droit aux soins de santé lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre. Ce critère a en effet pour objectif de supprimer les inégalités de droits entre les différentes catégories d'assurés. C'est pourtant le médecin qui décidera de la nécessité des soins. Si l'on se base sur l'interprétation que les organismes d'assurance santé belges ont donnée à l'ancien critère et si l'on compare le mode d'interprétation, il est clair qu'en pratique, il n'y a guère de changement. On peut dès lors dire que l'alignement des droits contient en pratique surtout une simplification administrative.

Le second objectif, ou plutôt la conséquence de cet objectif, est que la différence entre des soins planifiés et des soins non planifiés, telle qu'elle est définie dans l'ancien règlement, est supprimée. De cette manière, on peut aussi intégrer la procédure Kohl&Decker dans le règlement: la distinction entre des soins urgents et des soins planifiés disparaît. L'autorisation préalable n'a dans le nouveau règlement plus la fonction d'autorisation effective (pour la protection du système propre). Elle n'a plus qu'une fonction pour la tarification. Si l'on a obtenu l'autorisation, le remboursement se fera sur la base des tarifs appliqués dans l'Etat membre où les soins sont dispensés. Si ce n'est pas le cas, les tarifs de l'Etat membre de l'assurance seront appliqués. Les termes du nouveau règlement prêtent à confusion. En reprenant l'autorisation préalable dans l'article 22 du règlement 1408/71 et pas dans les dispositions relatives au remboursement, on donne l'illusion que l'autorisation est toujours requise pour pouvoir bénéficier de soins dans un autre Etat membre. Si l'introduction du nouveau critère est à considérer comme la transposition de Kohl&Decker, il

convient d'observer que la distinction entre soins immédiatement nécessaires et soins planifiés est sans intérêt. Depuis Kohll&Decker, il ne faut plus faire cette distinction. Indépendamment du fait que les soins soient urgents ou non et qu'ils soient planifiés ou non, le remboursement se fera sur la base des tarifs en vigueur dans l'Etat membre compétent. Maintenir cette distinction revient à une interprétation restrictive de la jurisprudence de la Cour. L'intégration de la procédure Kohll&Decker dans le règlement ne va pas assez loin. En maintenant l'autorisation dans le règlement, on a créé une confusion concernant sa fonction.

Le règlement 883/2004, qui n'est pas encore entré en vigueur, ne suit pas la jurisprudence de la Cour, ou la suit seulement en partie. Le nouveau règlement ne prend pas toutes les situations transfrontalières en considération, en particulier lorsque des personnes qui souffrent d'une affection et veulent bénéficier de soins ambulatoires à l'étranger ont toujours besoin d'une autorisation, ce qui est clairement contraire à la jurisprudence de la Cour. Si l'on veut transposer correctement Kohll&Decker, il faut supprimer la distinction entre soins urgents et soins planifiés.

Il faut évidemment s'interroger quant à l'impact de cette suppression sur les systèmes de soins de santé des Etats membres. Va-t-elle occasionner une augmentation de la mobilité des patients lorsque leur propre système de santé sera en difficulté? Compte tenu des chiffres disponibles concernant les accords de coopération transfrontalières et nous référant aux chiffres de notre propre étude, nous pouvons répondre par la négative. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on a recours à des soins dans un autre Etat membre. Tout cela prouve que la crainte du tourisme social est sans fondement et que la procédure Kohll&Decker devrait en principe être étendue à tous les soins. Si cette option paraît aller trop loin, on peut toujours opter pour le maintien de la distinction entre la procédure pour les soins urgents et la réglementation Kohll&Decker. On garderait ainsi deux procédures parallèles avec deux modes de remboursement distincts: d'une part, la procédure de soins urgents et d'autre part, la procédure Kohll&Decker qui comprend les soins planifiés et les soins non planifiés. Si l'on donne la préférence à cette option, le problème est toujours de savoir ce qu'il y a lieu d'entendre par soins urgents.

b) E112

Lorsqu'une personne désire recevoir des soins pour une maladie préexistante dans un autre Etat membre que son Etat de résidence, elle ne peut en bénéficier qu'exceptionnellement en vertu de l'article 22, al. 1 c du règlement 1408/71. Cet article limite cette possibilité aux soins appropriés à l'état de santé du patient et la soumet à une autorisation de l'institution compétente. L'institution compétente a un pouvoir discrétionnaire étendu pour accorder ou refuser cette autorisation. Il revient à l'institution d'assurance de l'Etat membre compétent de juger si les conditions requises sont remplies. L'étude a fait apparaître que chaque Etat membre décide comment cet article sera appliqué, ce qui donne lieu à différentes

interprétations. Un grand problème est que l'article 22 dit uniquement quand l'autorisation ne peut en aucun cas être refusée. Il ne dit rien des autres cas. La conséquence est évidemment que le sort de l'assuré dépend entièrement de l'interprétation que l'institution donnera de l'article 22.

Etant donné que de nombreuses imprécisions demeurent et que la jurisprudence de la Cour n'est pas toujours appliquée de manière aussi conséquente, il serait utile d'introduire des critères internationaux pour décider si l'autorisation doit être donnée ou refusée. On pourrait ainsi créer une approche plus uniforme au sein des différents Etats membres.

B. Evaluation administrative des différentes règles administratives et accords de coopération

Différentes sortes d'accords de coopération ont été conclues en vue de régler les soins de santé transfrontaliers. La portée est différente et également les parties concernées peuvent différer les unes des autres. L'objectif à atteindre est pourtant commun, notamment l'optimalisation de la mobilité du patient par l'introduction de la simplification administrative et l'assouplissement des procédures d'autorisation.

Compte tenu du contenu de ces accords, il est clair que les procédures d'autorisation sont simplifiées et même parfois négligées. La délivrance du formulaire E112 n'est pas soumise à une autorisation médicale préalable. L'autorisation ne dépend donc pas d'une attestation du médecin conseil. Le formulaire E112 a une fonction purement administrative qui doit permettre de porter en compte les frais occasionnés par le traitement.

La conclusion de ces accords de coopération concorde avec l'application de la jurisprudence Kohll&Decker de la Cour de justice. Ces procédures d'accès simplifiées font appliquer Kohll&Decker sans reprendre le mode de remboursement de l'arrêt. Dans le cadre de ces accords de coopération, le remboursement ne se fait pas sur la base des tarifs de l'Etat compétent, mais bien sur la base des tarifs de l'Etat sur le territoire duquel les soins sont dispensés. La conséquence est que dans certaines régions où il existe des accords de ce genre, il n'y a en principe plus de différence entre des soins urgents et des soins planifiés. Pour les assurés qui peuvent avoir recours à ces accords, il n'y a pas de différence. La seule différence visible est le formulaire-E utilisé.

C. *Proposition de rationalisation du règlement*

Partant des situations décrites ci-dessus, on peut se demander comment la jurisprudence de la Cour peut être le mieux appliquée et comment l'accès aux soins dans un autre Etat membre peut être simplifié.

Le scénario idéal serait de combiner les deux systèmes: l'application de la procédure Kohll&Decker, comme prévu par la Cour de justice, mais où le remboursement se ferait sur la base des tarifs appliqués dans l'Etat membre où les soins sont dispensés, plutôt que sur la base des tarifs de l'Etat compétent. Les soins dispensés dans un autre Etat membre ne dépendraient plus d'une autorisation préalable et le remboursement sur la base des tarifs appliqués serait ainsi assuré. Le système existe déjà actuellement dans les régions où des accords bilatéraux ont été conclus. La question est donc de savoir si ce système peut être généralisé et ne devrait donc plus être réservé aux seules régions frontalières. Lorsque nous examinons les différentes possibilités pour simplifier l'accès aux soins, nous pouvons conclure que dans la pratique, il faudrait une application assouplie et définitive du E112 établie par loi. Pour lutter contre les inégalités, l'application élargie de la procédure E112 doit être applicable à tous, quelle que soit la situation géographique de l'assuré. Ce serait une énorme simplification. Ce système serait en premier lieu une solution à l'approche fragmentaire actuelle. Entre les Etats membres et à l'intérieur des Etats membres, il y a aussi des différences concernant les soins transfrontaliers pouvant donner lieu à des inégalités de droits entre les citoyens UE. Les assurés qui peuvent faire usage des possibilités qui leur sont offertes en vertu des projets d'accords de coopération, ont une plus grande liberté de recevoir des soins transfrontaliers. Il en est de même pour les travailleurs frontaliers. Le nouveau système veillera à ce que certains groupes d'assurés ne soient pas favorisés par rapport aux autres. Un autre avantage de ce système sera que tous les problèmes auxquels les patients sont confrontés dans la procédure Kohll&Decker seront résolus (comme les charges financières éventuelles à supporter par le patient qui doit avancer ces frais ou n'est pas sûr qu'il sera remboursé de ces frais). La dualité qui existe entre un système basé sur le traité CE n'est pas favorable pour le patient et entraîne aussi tout un nombre de problèmes administratifs. Comme il a déjà été démontré, la distinction entre les soins médicaux immédiatement nécessaires et les soins médicaux planifiés, serait supprimée, ce qui reviendrait à une simplification administrative importante.

La combinaison des deux procédures pour recevoir des soins dans un autre Etat membre apporte une simplification du système actuel et se trouve dans la ligne tant de la jurisprudence de la Cour de justice que des termes de l'article 22 du règlement. Nombreux sont ceux qui feront l'objection que ce système comporte des risques financiers pour les Etats membres et pour l'organisation de l'accès aux soins et leur qualité pour les citoyens nationaux. Il est évidemment difficile d'estimer comment le patient réagirait si une possibilité illimitée de se faire

soigner dans un autre Etat membre lui était offerte. Il semble pourtant bien qu'en général, la mobilité du patient est limitée et, qu'en aucun cas, on ne fait un usage systématique de la possibilité de se faire soigner au delà des frontières. Des enquêtes effectuées, il ressort que les personnes qui font usage de cette possibilité sont principalement des personnes qui ont déjà fait usage de soins transfrontaliers et s'en étaient trouvées bien, ou aussi des personnes qui ont émigré et retournent dans leur pays d'origine pour y recevoir des soins. Il n'est évidemment pas à exclure que le comportement du patient ne change à l'avenir. Quelle sera alors l'influence de ce comportement du patient sur le système de son pays et quelle solution apporter à ce problème? L'organisation financière du système pourrait être influencée, certains systèmes devront être réorganisés en raison d'une surcapacité qui pourrait être créée, etc. Comment répondre à ces questions? Il est évident qu'il est impossible d'harmoniser les tarifs nationaux des Etats membres et le problème des différences de tarifs continuera d'exister. Une solution serait évidemment de créer une sorte de fonds de solidarité européen pour compenser les conséquences financières de la mobilité croissante des patients.

Une alternative doit être prévue pour le cas où le nouveau système aurait une influence négative. La jurisprudence de la Cour de justice a pour but de réaliser une répartition optimale des moyens de production avec la liberté de choisir du consommateur au sein du marché européen. La collaboration transfrontalière doit dès lors être stimulée aussi largement que possible. Pour ce motif, on fera bien de favoriser la conclusion d'accords concernant l'accès aux soins. De tels accords se situeraient dans la ligne de ce qui se passe actuellement dans certaines régions, où une sorte d'autorisation automatique de se faire soigner à l'étranger est accordée. Ceci implique que les Etats membres intègrent les soins d'un autre Etat membre dans leur propre système et reprennent ces prestations dans leur offre de soins. Cette intégration des soins d'un autre Etat membre dans le propre système suppose qu'on considère que les soins sont du même niveau et d'une valeur égale que dans le propre pays. La jurisprudence actuelle de la Cour de justice n'offre pas assez de garanties à cet égard. Celles-ci sont pourtant nécessaires. Si des accords concernant la suppression de l'autorisation sont conclues, cela implique la nécessité lors du planning du système de soins, de tenir compte dans le propre système des soins à l'étranger qui seront donnés. Si l'autorisation est supprimée, les Etats membres devront assurer l'intégration en orientant le planning de leur propre système vers cette intégration, ce qui est intrinsèquement lié à la nécessité de normes de qualité.

A défaut d'un cadre européen en ce sens, il revient aux Etats membres de contrôler mutuellement la qualité de leur système de soins au moyen d'accords de coopération et d'arriver à la reconnaissance mutuelle de leurs mécanismes de contrôle. C'est pour cela qu'il nous semble important que, parallèlement aux accords concernant la suppression de la procédure préalable d'autorisation, comme prévu dans le règlement, des accords soient conclus en second lieu concernant la reconnaissance mutuelle des mécanismes de contrôle dans l'autre

Etat membre, portant autant sur la prestation des soins que sur les soins médicaux (le médecin) en général, et ceci aussi longtemps qu'il n'y aura pas d'harmonisation des normes de qualité. Conjointement, il y a un réel besoin d'une définition claire des droits du patient et aussi d'une sorte de "health care basket" au niveau européen et de ce qu'il faut entendre par soins médicaux. L'établissement d'un tel "health care basket" incite sans nul doute à créer un éventail de prestations "médicales" européen comprenant les prestations médicales nationales ainsi que les soins complémentaires des autres Etats membres. Il est évident que des différences de prix demeurent dans ce système alternatif, ce qui n'est pas un problème en soi. En effet, des différences de prix entre les systèmes de soins peuvent être utiles pour garantir et améliorer la qualité des soins et stimuler la concurrence. Il suffit donc que, aussi longtemps qu'il n'y aura pas d'harmonisation des normes de qualité et des éventails de soins, des accords soient conclus concernant la suppression de l'autorisation et la reconnaissance mutuelle des mécanismes de contrôle. Le remboursement des prestations de soins fournies peut ainsi être assuré sur la base de l'Etat membre dans lequel les soins ont été dispensés, étant donné que l'Etat membre compétent estime que les soins de l'autre Etat membre sont de qualité égale aux soins dispensés dans le cadre du propre système. Ceci revient à dire que nous considérons que notre système est basé sur le principe de l'Etat membre dans lequel les soins sont dispensés. Il y a ici déjà une simplification du système existant.

Le nouveau système consiste à ce que le patient ait droit aux soins qui sont les meilleurs pour lui. Le patient ne devrait plus se préoccuper de savoir si les soins font partie de l'éventail de soins national. Le système proposé rencontre ainsi la volonté du patient qui désire recevoir des soins au delà des frontières pour des motifs sociaux. C'est impossible dans le cadre du système existant. Seules des raisons médicales sont prises en considération. Dans ce système, il ne faut pas de dispositions distinctes pour différentes catégories d'assurés, parce que chacun a droit aux soins qui sont les meilleurs pour lui. Chaque assuré a ainsi le droit d'option sans conditions supplémentaires. Cela implique que le droit d'option pour le travailleur frontalier peut être supprimé.

5.2. Le chômage

A. *Les travailleurs frontaliers*

Bien que le règlement 1408/71 parte du principe du pays du travail, la réglementation en matière de chômage est une exception à cette règle, pour autant qu'il s'agisse d'un travailleur frontalier en chômage complet. Celui-ci a droit aux prestations de chômage conformément à la législation et à charge de l'Etat de résidence. Une fiction est introduite ici, fondée sur une présomption que le travailleur frontalier a plus de chances d'être intégré dans son Etat de résidence. Cette présomption ne correspond pas à la réalité. Il y a plusieurs raisons qui plaident en faveur du principe du pays de l'institution au lieu du

principe de l'Etat de résidence. Le principe du pays du travail ne concorderait dans la pratique pas seulement mieux avec la réalité, mais d'autres raisons plaident en faveur du pays de l'emploi. En matière de répartition des charges sociales, ce principe serait plus juste parce que le principe de l'Etat de résidence a pour résultat que cet Etat doit verser des prestations sans recevoir les cotisations y afférentes. Pour le chômeur aussi, le principe du pays de travail serait plus juste. Actuellement, le montant de la prestation et la durée du chômage sont déterminés par la législation de l'Etat de résidence. Il peut arriver que la prestation soit inférieure à celle que le chômeur aurait reçue dans le pays de son travail. Le montant de la prestation peut donc ne pas être proportionnel aux cotisations versées. Cela représente un réel problème pour les travailleurs frontaliers et la solution serait d'introduire le principe du pays du travail.

L'introduction du principe du pays du travail serait en fin de compte une simplification en ce sens que la législation applicable et l'Etat compétent ne dépendraient plus du fait que le travailleur frontalier soit en chômage complet ou partiel. La distinction entre les deux formes de chômage est difficile à faire parce que celle-ci n'est pas liée au contrat de travail dans tous les Etats membres. Outre les avantages énumérés ici, l'introduction du principe du pays du travail ferait que la distinction entre les travailleurs frontaliers et les simples travailleurs migrants ne serait plus nécessaire. On pourrait ainsi aligner les différentes catégories qui ont été introduites par le règlement et donner l'égalité de traitement aux personnes migrantes.

B. Exportation

Les prestations de chômage ne sont en principe pas exportables. L'article 69 du règlement prévoit une petite exception, notamment que le chômeur qui se rend dans un autre Etat membre pour chercher un emploi conserve le droit aux prestations pendant une période de trois mois à la charge de l'Etat compétent. L'étude fait clairement apparaître que la période pendant laquelle les prestations de chômage peuvent être exportées est beaucoup trop courte pour pouvoir trouver un emploi sur le marché du travail de l'autre Etat membre. Une extension de cette possibilité nous semble dès lors indiquée. De nombreux Etats membres craignent qu'une telle extension mène au tourisme social parce que le montant de la prestation de chômage est fixé par l'Etat compétent. Ceci pourrait avoir pour effet que des chômeurs d'Etats membres qui octroient des prestations de chômage élevées se rendraient dans d'autres Etats membres, où le climat est meilleur et y séjourneraient pendant plusieurs mois en conservant leur droit aux prestations de chômage, tandis que dans l'Etat compétent ils n'ont droit qu'à un nombre limité de jours de congé. C'est déjà le cas aujourd'hui. Tout cela est lié au contrôle des charges effectué sur le chômeur qui se rend dans un autre Etat membre pour y chercher du travail. Si l'on veut donner la possibilité d'exporter les prestations de chômage sans limites, il faut que cette possibilité aille de pair avec une coopération poussée entre les deux Etats membres. Cette coopération n'est pas neuve et cadre entièrement dans l'obligation de coopération qui est

introduite par les Etats membres en vertu du règlement. La réglementation telle qu'elle est prévue dans le nouveau règlement va cependant rendre cette coopération encore moins évidente, étant donné que l'Etat compétent devra se charger du versement des prestations, alors que le chômeur cherche du travail sur le territoire d'un autre Etat membre. Dans le nouveau règlement, il n'y aura pas d'incitant pour procéder effectivement au contrôle. C'est pour cela qu'il faut absolument définir clairement cette obligation de coopération au chapitre sur le chômage, afin de ramener à un minimum les cas d'usage abusif éventuels de la possibilité d'exportation.

Les Etats membres parlent de tourisme social, mais il ne faut pas perdre de vue que la situation peut être inverse. Des chômeurs qui viennent d'un Etat membre où les prestations de chômage sont peu élevées et se rendent dans un Etat membre plus riche pour y chercher du travail, auront des difficultés pour survivre dans cet Etat où le niveau de vie et les prix sont en principe plus élevés. On pourrait dire que le système en vigueur en vertu du règlement par lequel la cotisation est déterminée par la législation de l'Etat membre compétent limite la libre circulation de ce groupe de chômeurs. Les chômeurs des Etats membres plus 'pauvres' auront moins tendance à chercher du travail dans des Etats membres plus 'riches'. Est-ce là un argument pour changer le principe du pays du travail? Ne vaudrait-il pas mieux appliquer au chômage le système en vigueur pour les soins de santé?

Le système des soins de santé est caractérisé par une intégration complète de la personne qui reçoit les soins dans un autre Etat membre, dans le système de l'Etat membre d'accueil, comme s'il était assuré dans cet Etat. Cela signifie que les tarifs de l'Etat membre d'accueil sont applicables. L'Etat membre devra donc rembourser les prestations au tarif en vigueur pour les ressortissants de l'Etat membre dans lequel les soins sont dispensés. Si l'on appliquait ce système au chômage, le montant et la durée de l'octroi des prestations seraient déterminés par la législation de l'Etat membre où le chômeur cherche du travail et pas par l'Etat membre compétent. La prestation serait aussi liée au contrôle exercé aux mêmes conditions que pour les ressortissants nationaux de cet Etat membre. L'Etat membre compétent devrait alors payer des prestations à ce niveau. Si la possibilité d'exportation devenait illimitée, ce système contiendrait un risque financier pour les Etats membres 'pauvres', parce qu'ils devraient, pendant une période prévue par la législation de l'Etat membre d'accueil, rembourser des prestations plus élevées que les cotisations perçues. On pourrait introduire une limitation pour les chômeurs venant d'un Etat membre où les prestations sont moins élevées que dans le pays où ils se rendent. Ce serait une discrimination entre l'Etat membre d'où le chômeur vient et l'Etat membre où il se rend pour chercher du travail. Il n'est donc pas à conseiller d'introduire un système d'intégration complet. Le système d'intégration totale, comme pour les soins de santé, n'est pas indiqué pour le secteur du chômage. Le fait que dans le cadre de soins de santé transfrontaliers, des tarifs plus élevés que ceux de l'Etat compétent doivent être remboursés, ne comporte pas les mêmes risques que si

on appliquait le principe au secteur du chômage. Les soins transfrontaliers sont une donnée marginale et ne consistent en général qu'à un traitement unique. Dans le secteur du chômage, les risques financiers seraient beaucoup plus grands parce que la durée de la recherche d'un emploi dans un autre Etat membre peut être plus longue. Le principe de l'intégration est, en principe, moins indiqué pour des prestations de longue durée.

Une solution serait de garder la distinction entre les prestations en nature et les prestations en espèces pour le chômage, comme c'est le cas actuellement dans le secteur des soins de santé. Pour les prestations en nature, notamment le contrôle et les mesures de réintégration, le chômeur serait complètement intégré dans le pays d'accueil. Par contre, pour les prestations en espèces, le principe de l'Etat membre du travail resterait applicable et le montant des prestations et la durée de leur octroi seraient déterminés par la législation de l'Etat membre compétent. Le problème du chômeur d'un Etat membre plus pauvre demeurerait, mais c'est le résultat de la coordination qui est introduite par le règlement. Il ne faut pas perdre de vue que la possibilité d'exporter des prestations est un droit mais pas une obligation. Celui qui décide d'exercer ce droit doit aussi en accepter les conséquences. Il est nécessaire que le chômeur soit bien informé à ce sujet.

C. Proposition de rationalisation du règlement

Dans le chapitre sur le chômage, une distinction est faite entre l'avantage financier ou prestations en espèces et l'avantage en nature ou services de l'emploi. Le point de départ des prestations en espèces est le principe du pays du travail, que le chômeur soit un travailleur frontalier ou non. Le droit à une prestation de chômage est donc déterminé par la législation de l'Etat membre compétent, ce qui simplifiera considérablement le traitement administratif du dossier. La possibilité d'exportation peut être illimitée, tout au moins l'exportation des prestations en espèces. Le contrôle sera exercé par l'Etat où le chômeur cherche du travail. Pour les services de l'emploi, le chômeur est donc entièrement intégré dans le système de l'Etat membre d'accueil. Dans le cadre de l'obligation de coopération entre les Etats membres, des accords pourraient être conclus au sujet de la reconnaissance des mécanismes de contrôle des Etats membres concernés. Cette reconnaissance permettrait de ramener les abus à un strict minimum.

6. Conclusion générale

Pour l'introduction du nouveau système pour les soins de santé et le chômage, nous partons de la distinction entre les prestations en nature, notamment les soins médicaux et les services de l'emploi et les prestations en espèces dans le cadre des soins de santé et du chômage. Pour les services, l'intégration est totale dans l'Etat membre où le service est fourni. Pour les soins de santé, cela veut dire que le tarif de l'Etat membre où les soins sont dispensés est applicable

suite à la reconnaissance mutuelle des mécanismes de contrôle. Pour le chômage, le contrôle des initiatives prises par le chômeur pour retrouver effectivement du travail est exercé par l'Etat membre dans lequel le chômeur cherche du travail. En l'occurrence, l'Etat membre compétent doit accepter le contrôle effectué par l'autre Etat membre. Pour les services, une reconnaissance mutuelle des mécanismes de contrôle du pays où le service est fourni, est introduite. L'exportation des prestations est illimitée dans les deux cas. Pour les soins de santé, il suffit que des accords soient conclus concernant la reconnaissance mutuelle des normes de qualité et le mécanisme de contrôle concomitant et que des critères internationaux de qualité soient établis ainsi que des critères pour définir ce que l'éventail de soins doit comporter et ce qu'il y a lieu d'entendre par soins de santé. Pour le chômage, il suffit que les services collaborent pour le contrôle du chômeur.