

**Avis du Comité économique et social européen sur la «Communication de la Commission intitulée: «Suivi du processus de réflexion à haut niveau sur la mobilité des patients et l'évolution des soins de santé dans l'Union européenne»**

(COM(2004) 301 final)

(2005/C 120/11)

### Procédure

Le 20 avril 2004, la Commission a décidé, conformément à l'article 262 du Traité instituant la Communauté européenne, de consulter le Comité économique et social européen sur la communication susmentionnée.

La section spécialisée «Emploi, affaires sociales, citoyenneté», chargée de préparer les travaux du Comité en la matière, a élaboré son avis le 22 septembre 2004 (rapporteur: M. BEDOSSA).

Lors de sa 412<sup>e</sup> session plénière des 27 et 28 octobre 2004 (séance du 27 octobre), le Comité économique et social européen a adopté l'avis suivant par 170 voix pour, 3 voix contre et 6 abstentions.

## 1. Introduction

Les systèmes et les politiques de santé en vigueur dans les États membres de l'Union européenne sont de plus en plus reliés entre eux d'une part, d'autre part les responsables nationaux, avant de prendre des décisions pratiquent insuffisamment et, quand ils le font, malheureusement sans le dire, un benchmarking des systèmes en cours qu'ils soient européens ou pas.

1.1 Les raisons de ces évolutions sont multiples et s'entrecroisent entre elles.

- La première d'entre elles est l'attente de plus en plus exigeante du grand public dans toute l'Europe, et même au-delà.
- L'élargissement récent de l'Union européenne va entraîner de la part des pays entrants, l'obligation de servir à leurs citoyens un système de plus en plus moderne.
- Les importantes innovations technologiques mettent en jeu des pratiques nouvelles et des conduites thérapeutiques permettant d'apporter aux citoyens des soins de qualité de plus en plus élevée.
- Les nouvelles techniques de l'information à la disposition des citoyens de l'Union européenne leur permettent d'établir, quasi instantanément, une comparabilité immédiate des diagnostics et des soins pratiqués dans les différents États de l'Union européenne, pouvant entraîner, pour des raisons honorables et compréhensibles, des exigences en matière de moyens pour atteindre les meilleurs résultats.

1.2 Cela va provoquer nécessairement des problèmes de politique sanitaire, qu'il s'agisse de la qualité ou de l'accessibilité des soins transfrontaliers, des exigences de l'information des patients, des professionnels de santé et des décideurs politiques.

1.3 Ces faits énoncés posent dès maintenant l'obligation d'évaluer les politiques nationales qui doivent prendre en

compte toutes ces exigences, au regard des obligations européennes qui, petit à petit, s'additionnent et donnent au citoyen européen de nouveaux droits.

1.4 Cette situation nouvelle éclaire désormais le débat entre les tenants de la thèse qui disent que cette nouvelle liberté va entraîner une déstabilisation pernicieuse des systèmes de soins en place, parce qu'ils considèrent que la limitation de la mobilité des patients permet un plus facile contrôle de ces systèmes, en matière de coût, ou de priorités, alors que les autres tenants sont partisans de la mobilité des patients, qui permet l'interopérabilité des systèmes, l'utilisation des mêmes indicateurs, l'échange des meilleures pratiques et la mise en commun de façon plus intelligente des ressources. L'objectif nécessaire serait sans doute de déployer la deuxième logique en en tirant toutes les conséquences en matière d'harmonisation des systèmes nationaux.

## 2. Le contexte

2.1 Dans son avis d'initiative du 16 juillet 2003<sup>(1)</sup>, le Comité économique et social européen définissait la santé comme «un bien supérieur dans nos sociétés. Ce constat vaut tant au niveau de chaque citoyen, de sa famille, qu'au niveau de chaque État ...» et concluait «qu'il entend faire des enjeux de la santé un domaine d'intervention, tout en respectant le cadre politique et juridique communautaire existant».

2.2 Tout au long de cet avis, le Comité économique et social européen développait les arguments et proposait des pistes de travail et des méthodes d'analyse qu'il a retrouvé dans les deux communications récentes proposées par la Commission européenne le 20 avril 2004 au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions.

<sup>(1)</sup> Avis d'initiative sur «Les soins de santé» – Rapporteur : M. BEDOSSA – JO C 234 du 30.09.2003.

2.3 Cette communication est rendue nécessaire aussi avec la parution récente du 9 février dernier du projet de directive sur les services. Malheureusement, les volets consacrés aux services sociaux et de santé ont été rédigés de telle manière qu'ils prêtent à interprétation, d'où les réactions négatives suscitées par la directive. Par conséquent, ces parties de la directive requièrent des définitions plus précises, qui tiennent suffisamment compte de la nature spécifique de ces services, qui a trait à la sécurité et à l'égalité de traitement des citoyens.

2.4 La Commission produit également ces deux communications en même temps, parce que depuis l'arrêt Kroll du 28 avril 1998, jusqu'à l'arrêt Leichte du 18 mars 2004, la Cour de justice des Communautés européennes a mis en place toute une série de jurisprudences qui permet désormais aux citoyens de l'Union européenne de se faire soigner dans les autres pays de l'Union européenne, et elle a clarifié les conditions dans lesquelles le remboursement des dépenses de santé pouvait intervenir.

2.5 Au 1<sup>er</sup> juin 2004, les citoyens européens peuvent attester de leurs droits au moyen de la future Carte européenne d'assurance maladie (<sup>1</sup>), qui remplace les formulaires papiers E111.

2.6 L'asymétrie des situations et l'environnement de santé des différents pays de l'Union européenne peuvent entraîner de leur part la recherche des systèmes les plus performants pour leur santé, provoquant du coup engorgement ou paralysie des centres de santé de références européens, et le risque d'un dumping des instruments de protections sociales incapables de répondre à des mouvements erratiques de clientèles venues d'ailleurs. Dans cet ordre d'idée, le nouveau règlement 1408/71 peut contribuer à la création de situations nouvelles et difficiles.

2.7 L'enjeu consiste donc à développer une politique européenne qui permette de tendre vers des objectifs les plus positifs, même en modifiant, lorsque cela devient absolument nécessaire, les prérogatives des systèmes de santé nationaux.

2.8 L'analyse attentive de l'avis d'initiative du Comité économique et social européen du 16 juillet 2003 recouvre très largement le processus de réflexion à haut niveau mis en place par la Commission européenne, puisque les contenus des thèmes de ces recommandations sont contenus et analysés dans ce projet d'avis: coopération européenne, information des patients des professionnels et des décideurs politiques, accès aux soins de qualité, conciliation des politiques de santé nationales avec les obligations européennes, etc.

### 3. Observations générales

3.1 La Communication sur «la mobilité des patients» présente un ensemble de propositions concrètes, couvrant de

nombreux domaines, et permettant d'intégrer l'objectif d'un niveau élevé de protection de la santé humaine, qui est proclamé dans le Traité, dans les politiques communautaires.

3.2 La législation communautaire accorde aux citoyens des droits leur permettant de se faire soigner dans d'autres États membres et d'être remboursés. La jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, ainsi que la proposition de directive sur les services dans le marché intérieur clarifient en effet les conditions dans lesquelles des soins fournis dans un État membre autre que l'État d'assurance du patient peuvent être remboursés. En pratique toutefois, il n'est pas toujours simple d'exercer ces droits.

3.3 Aussi, apparaît-il nécessaire d'établir une stratégie européenne pour:

3.3.1 Favoriser une coopération européenne permettant une meilleure utilisation des ressources.

— Droits et devoirs des patients: la Commission européenne prendra des mesures pour explorer plus avant la possibilité de parvenir à une interprétation commune au niveau européen, des droits et devoirs des patients, tant sur le plan personnel que social.

— Partage des capacités disponibles et soins transnationaux: la Commission européenne apportera une assistance pour l'évaluation des projets de santé transfrontaliers existants, et en particulier les projets *Euregio*, et examinera comment favoriser la constitution de réseaux entre ces projets en vue d'un partage des meilleures pratiques.

3.3.2 Afin d'établir, pour l'achat de soins de santé, un cadre clair et transparent que les organes compétents des États membres pourraient utiliser lors de la conclusion d'accords mutuels, la Commission européenne demandera aux États membres de lui fournir des informations sur les modalités existantes en la matière et présentera des propositions appropriées.

— Professionnels de santé: la Commission européenne demandera aux États membres de lui fournir des statistiques à jour et complètes sur les mouvements de professionnels de santé, au travers des structures régissant la reconnaissance des qualifications professionnelles. Elle poursuivra également son travail visant les procédures de reconnaissance simples et transparentes avec le Conseil et le Parlement.

— La Commission européenne poursuivra également son travail de préparation avec les États membres afin d'assurer, avec la confidentialité voulue, un échange d'informations sur la libre circulation des professionnels de la santé.

(<sup>1</sup>) Voir avis du CESE «Carte européenne de l'assurance maladie» – Rapporteur : M. Gérard DANTIN – JO C 220 du 16.09.2003.

— La Commission européenne invitera les États membres à examiner les questions touchant à la pénurie actuelle et future de professionnels de santé dans l'Union.

— Centres européens de référence: La Commission européenne lancera un appel d'offres au titre du programme de santé publique pour établir un état des lieux des centres de référence, avant d'établir des propositions.

— Évaluation des technologies de la santé: La Commission établira un mécanisme de coordination pour l'évaluation des technologies de la santé. Elle présentera des propositions spécifiques distinctes à cette fin.

### 3.3.3 Répondre aux besoins en matière d'informations des patients, des professionnels et des responsables de l'élaboration des politiques.

— Stratégie d'information sur les systèmes de santé: la Commission européenne mettra au point un cadre d'information en matière de santé à l'échelon de l'Union s'appuyant sur les résultats du programme de santé publique, notamment en identifiant les besoins d'information différents des responsables de l'élaboration des politiques, des patients et des professionnels, ainsi que les moyens permettant de fournir ces informations, cela, en tenant compte des travaux réalisés dans le même domaine par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation de Coopération et de Développement Économique.

— Soins transfrontaliers: motivation des patients et portée: dans l'objectif de déterminer les motifs qui poussent les patients à traverser les frontières, ainsi que les spécialités concernées, la nature des accords bilatéraux etc., la Commission européenne propose de réaliser une étude spécifique dans le cadre du programme de santé publique. Cet aspect sera également examiné par le biais du projet de recherche intitulé «L'Europe des patients».

— Protection des données: la Commission européenne collaborera avec les États membres ainsi qu'avec les autorités nationales chargées de la protection des données afin de mieux faire connaître les règles de protection des données concernant les soins de santé.

— Télé-santé: invitée à envisager la mise en place de principes européens relatifs à la compétence et aux responsabilités de toutes les parties prenantes à la fourniture de services de télé-santé, la Commission européenne examinera cette question dans le cadre de son plan d'action général pour la télé-santé, comme indiqué dans la communication intitulée «Télé-santé - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens: plan d'action pour un espace européen de la télé-santé».

### 3.3.4 Renforcer le rôle de l'Union dans la réalisation des objectifs en matière de santé

— Améliorer l'intégration des objectifs en matière de santé dans toutes les politiques et activités européennes: la Commission européenne collaborera avec les États membres pour recueillir des informations sur leur point de vue sur le fonctionnement, dans les pays, des différentes voies d'accès aux soins de santé des autres États membres et sur leur incidence, particulièrement en ce qui concerne les voies d'accès découlant des règles européennes.

— En outre, la Commission européenne s'appuiera sur les projets en cours dans le domaine de l'évaluation d'impact sur la santé afin de veiller à ce que ces projets tiennent compte, dans leur évaluation d'impact globale, des effets des futures propositions de la Commission sur la santé et les soins de santé.

— Mise en place d'un mécanisme pour soutenir la coopération dans le domaine des services de santé et des soins médicaux: invitée à envisager la mise au point, à l'échelon de l'Union, d'un mécanisme permanent visant à soutenir la coopération européenne dans le domaine des soins de santé et à suivre les effets de l'action de l'Union sur les systèmes de santé, la Commission a institué un groupe à haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux.

### 3.3.5 Développer l'investissement dans la santé et les infrastructures sanitaires pour faire face à l'élargissement.

3.3.5.1 Le processus de réflexion a invité la Commission et les États membres et adhérents à étudier les moyens de faciliter la prise en compte de l'investissement dans la santé, dans le développement des infrastructures sanitaires et des compétences en tant que domaines devant bénéficier en priorité d'une aide dans le cadre des instruments financiers communautaires existants, en particulier dans les régions de l'objectif 1. En fait, l'Union soutient déjà l'investissement dans la santé dans les États membres actuels, lorsque cet aspect a été défini comme prioritaire par les pays et régions concernés. La mise en œuvre de cette recommandation dépend donc de la décision, par les régions et pays concernés, de classer la santé et les infrastructures sanitaires parmi les domaines devant bénéficier en priorité d'une aide communautaire. La Commission collaborera avec les États membres, dans le cadre du groupe à haut niveau sur les services de santé et les soins médicaux et des structures compétentes pour les instruments financiers concernés, pour veiller à ce que l'importance nécessaire soit accordée à la santé lors de l'élaboration des plans généraux. La nécessité d'un investissement européen dans les infrastructures sanitaires devrait également être prise en compte au cours de la mise au point des nouvelles perspectives financières de l'Union à partir de 2006.

#### 4. Observations particulières

4.1 La libre circulation des patients dans les États membres induit plusieurs problématiques dont les conséquences sont à calculer, à évaluer, à analyser et à prendre en compte. Si la première d'entre elles est la connaissance approfondie des différents systèmes de protection sociale en place, elle doit établir dans la meilleure des situations et de façon dynamique, notamment en décrivant les évolutions présentes et à venir, la liste des critères qui ont présidé à sa constitution.

4.2 La prévention constitue sans doute un des objectifs prioritaires, car cette politique peut et doit permettre de réaliser des économies sensibles, et constitue la meilleure approche des politiques de santé: il est simple d'évoquer par exemple les résultats d'une bonne politique de prévention des accidents de la route, de la propagation du sida, ou de l'usage du tabac. La corrélation des préventions dans ces domaines donne des résultats spectaculaires.

4.3 À cette liste certes parcellaire, on peut ajouter les politiques de prévention qui, en ce moment, accaparent l'attention de tous les acteurs, professionnels de santé, médias et décideurs politiques: l'abus de substances (drogues, alcools, médicaments), la promotion de modes de vie sains (exercice physique, alimentation, repos), les accidents du travail, les maladies professionnelles.

4.4 Évaluer ces facteurs de risques individuels, sociaux et familiaux permet de connaître le niveau de mortalité prématurée évitable, et les coûts qui en découlent.

4.5 Le progrès technologique en matière de médicaments ou de techniques d'investigation doit conduire à la substitution effective et réelle des anciennes techniques par les nouvelles.

4.6 Il s'agit surtout d'aboutir à de nouvelles efficacités, en définitive plus économes pour l'ensemble de la société, même si les substitutions nécessaires se heurtent à des freins sociaux, culturels et/ou corporatistes.

4.6.1 Il s'agit là d'appuyer la recherche d'actions plus précises et plus efficaces qui doivent conduire à encourager les initiatives des milieux sociaux-professionnels, pour améliorer les politiques communes de santé.

4.7 Si l'on envisage correctement ces mouvements de patients, l'Union européenne doit pouvoir garantir à ces populations qui se déplacent l'usage de pôles d'excellence sanitaires et hospitaliers, qui ne soient pas concentrés uniquement dans les pays les plus riches qui ont investi énormément dans leur système de soins. L'Union européenne doit aider pour cela à la mise en place d'outils de l'évaluation, de la certification, de l'agrément permettant d'assumer la valorisation de nouvelles

technologies et des nouvelles thérapeutiques: l'efficacité des systèmes hospitaliers ou établissements de soins de toute nature doit s'appuyer sur ces procédures d'agrément ou de certification.

4.8 Cette démarche qualité peut permettre à l'Union européenne de repérer à travers son continent ce réseau d'établissements, où résident également les scientifiques et les professionnels de haut niveau si importants pour l'existence de ces centres de référence; et il n'est pas anormal d'espérer que ces centres apparaissent rapidement dans certains pays de l'Union européenne à 25, surtout si l'Union européenne s'engage à imaginer l'outil d'observation d'analyse et d'échanges sur les politiques nationales, respectant les principes fondamentaux de nos traités, notamment celui de la subsidiarité et de la compétence nationale.

4.9 Dans la logique de cette réflexion, il ne faut pas oublier sans doute l'harmonisation des indicateurs de santé publique. Cette harmonisation est utile pour une meilleure connaissance des objectifs de santé que l'Union européenne veut atteindre: les indices pertinents de mortalité, de mortalité évitable, de morbidité, de morbidité évitable, qui n'ont pas forcément la même acception dans tous les États de l'Union européenne.

4.10 Des divergences font apparaître que les résultats obtenus peuvent être améliorés en amenant les soins de santé au même niveau que celui qui existe dans l'état le plus performant. L'un des taux de survie du cancer du poumon à cinq ans n'est pas le même en France ou en Pologne actuellement. Les traitements des maladies sanguines (leucémies) ne donnent pas les mêmes résultats en Angleterre ou en France selon les protocoles utilisés.

4.11 L'information des patients, des professionnels et des décideurs politiques est un objectif fondamental de ces orientations de la Commission européenne.

4.12 Pour les patients, l'éducation à la santé permet d'éclairer les conceptions de la santé que le citoyen européen se fait, notamment en matière d'attente et de comportements. Désormais la santé est perçue comme un bien absolu, un droit et elle constitue en tous les cas un état qui doit être protégé par toutes les autorités compétentes. La satisfaction de cette attente implique une augmentation des ressources affectées aux objectifs de santé, en matière de soins, mais souvent de prévention et d'environnement, afin de ne pas déséquilibrer les systèmes de protection sociale.

4.13 La sécurité sanitaire est devenue un droit et un nouveau pouvoir que s'approprie le citoyen de l'Union européenne (!).

(!) Avis d'initiative en cours d'élaboration sur «La sécurité sanitaire: une obligation collective, un droit nouveau». – Rapporteur : M. BEDOSSA (SOC/171).



4.14 Les solutions technologiques, le respect de la vie privée, la gestion du dossier médical partagé, la liberté de l'information et la protection des données sont autant d'items à débattre, de manière la plus transparente possible pour permettre la conscientisation de tous les acteurs, et ce débat doit être permanent, car les évolutions sont rapides et les décisions à prendre sont urgentes et/ou difficiles. Chacun de ces éléments constitue autant de points chauds pour les trois acteurs du triangle de la santé.

4.15 La conciliation des objectifs nationaux avec les obligations européennes: l'analyse comparée des systèmes de soins entraîne des considérations stratégiques difficiles, qu'il faut pouvoir utiliser pour soutenir la coopération européenne dans le domaine des soins de santé, et pour suivre l'incidence de l'Union européenne sur les régimes de santé. Il faut par exemple regarder de plus près des thèmes transversaux qui peuvent avoir de lourdes conséquences: bonne pratique et efficacité dans le secteur de la santé, le vieillissement et la santé, la santé dans les nouveaux états membres de l'Union européenne, l'évaluation de l'impact des différents déterminants sur la santé.

4.16 Il est par ailleurs urgent d'explorer les moyens de la sécurité juridique qui permet au droit des patients de bénéficier d'un traitement de haute qualité dans un Etat de l'Union européenne, qui sur ce point devra faire des propositions adéquates (clarification de l'application des jurisprudences, simplification des règles de coordination des systèmes de sécurité sociale, facilitation de la coopération intra-européenne).

4.17 La nouvelle la plus inattendue mais la plus utile que la Commission émet dans sa communication, est la mobilisation du fonds de cohésion et des fonds structurels de l'Union européenne, cherchant à faciliter les investissements dans le domaine de la santé, le développement d'infrastructures sanitaires et de compétences médicales, destinations, devenues prioritaires, d'intervention pour les instruments financiers communautaires.

4.18 Le Comité économique et social européen est profondément d'accord avec cette décision: un champ nouveau s'ouvre pour le développement et la réussite de l'Union européenne, notamment dans le cadre de la stratégie de Lisbonne.

4.19 Enfin le Comité économique et social européen approuve en principe l'approche de la Commission en matière de professions de santé. L'évolution des systèmes de santé passe par une dynamique des métiers et des compétences. Les soins nécessitent des personnels formés, de haute qualification et la mise en place de formation continue tout au long de la vie.

4.20 Il est de la vocation du Comité économique et social européen de favoriser une prise de conscience de ces enjeux cruciaux que constituent les problèmes de santé pour l'Union

européenne, sa cohésion, sa capacité à devenir l'économie de la Connaissance.

4.21 Il faut analyser et anticiper les problèmes pour favoriser une mobilité professionnelle des acteurs, sans déstabiliser les systèmes nationaux. Le Comité économique et social européen sur ce point espère que le projet de directive en cours de vote sur la qualification et la compétence est un document essentiel, utile, et nécessaire pour l'achèvement de ce marché intérieur.

4.22 Les dispositifs prévus sont utiles et bien imaginés. Par ailleurs, le Comité économique et social européen pense qu'il sera également très utile d'harmoniser les codes de conduite de tous les professionnels de la santé et qu'il sera bien accueilli.

4.23 Tout cela est prévu pour anticiper sur les pénuries de professionnels de santé annoncées dans les prochaines années. L'investissement dans les professions de santé est payant, rentable et utile, si l'on veut offrir aux citoyens de l'Union européenne une offre de soins de qualité.

4.23.1 Améliorer la santé et les soins de santé grâce aux technologies d'information et de la communication.

4.24 Le Comité économique et social européen considère que c'est de ce côté que viendront les meilleurs arguments pour mettre en place une réforme des systèmes de santé, et l'amélioration de la qualité au sein de l'Union européenne. Déjà plusieurs éléments sont sur la table.

- Le dossier médical informatisé et partagé qui permet de donner à chaque citoyen un droit social, un droit à la santé et une meilleure connaissance de sa santé. De plus ce système peut enfin éviter les abus, les dérives de dépenses redondantes, les incompatibilités médicamenteuses, le nomadisme médical, sans oublier la facilitation de toutes les procédures d'accueil, d'enregistrement et d'information du patient.
- La télé-médecine appelée à un très vif succès, pour la consultation des experts et de tous les acteurs de santé, à distance et l'information due au patient, à bon escient.
- L'utilisation de cartes de santé, qui permet en temps réel de vérifier l'ouverture des droits et la situation du patient au regard de sa couverture sociale.
- Et toutes les autres applications d'aujourd'hui et de demain, utiles pour une meilleure gestion des systèmes, pour élaborer des stratégies de santé et de santé publique, pour obtenir des banques de données performantes, pour évaluer la productivité des établissements et connaître les consommations dans toutes ses finesses.

4.25 D'ores et déjà, des réseaux d'information sont en place, et les associations de patients peuvent constater leur demande récompensée. Cependant, il est nécessaire d'être attentif à la protection du secret professionnel lorsqu'il met en jeu le rapport patient/médecin.

## 5. Propositions du Comité économique et social européen

5.1 Dans son avis du 16 juillet 2003, le Comité économique et social européen, après avoir pris conscience de l'importance considérable de ces politiques, faisait des propositions, déjà apparemment relevées par la Commission européenne, puisque les arguments développés par elle sont sous-tendus par un fil conducteur.

5.2 La coopération entre les États membres doit permettre de dégager des objectifs communs permettant de déboucher sur des plans nationaux, et le choix des indicateurs pertinents permettra de suivre attentivement l'évolution des politiques de santé, suivies dans chacun des pays de l'Union européenne.

5.3 Le Comité rappelle qu'un outil devient indispensable: un Observatoire ou une Agence devrait recueillir les observations, les analyses et les échanges sur les politiques de santé nationale, ceci étant tout à fait respectueux des traités en vigueur, ceux de la subsidiarité et de la compétence nationale: processus d'amélioration de la qualité des soins, soucis des autorités publiques et des gestionnaires pour améliorer l'efficacité de tous les établissements de soins, publics ou privés, création de pôles d'excellence et leur mise en réseau à travers l'Union européenne riche ou pauvre.

5.4 Une politique de l'emploi forte et soutenue pour répondre au risque de pénuries prévisibles, sans attendre la demande.

5.5 Le soutien d'une politique d'information en matière de santé en s'appuyant sur les résultats de programmes de santé, en identifiant les besoins d'information des acteurs du système - patients, professionnels, pouvoirs publics -, en tenant compte aussi des sources telles que l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation de Coopération et de Développement Économique.

5.6 Le Comité économique et social européen ne peut qu'approuver la volonté de la Commission d'avoir recours à la mise en place d'une Méthode Ouverte de Coordination (avis du

Comité économique et social européen juillet 2003), en définissant au préalable très finement son mode opératoire et son cahier des charges, contenant par exemple les items très importants comme:

- les échanges de bonne pratique (accréditations), standards de qualité, équivalence des compétences, reconnaissance mutuelle des pratiques dont on devrait connaître la réduction des coûts, compte tenu de la grande disparité des systèmes nationaux;
- les indicateurs pertinents des structures et des pratiques;
- l'amélioration des mises à disposition des produits de santé, et qui prendraient en compte les impératifs de l'innovation, de lutte contre les fléaux de santé publique comme le sida, la tuberculose ou le paludisme dans les pays les plus pauvres, et la lutte contre les gaspillages;
- la coordination des systèmes nationaux, pour éviter tout effet de dumping, de fuite de compétences au niveau transfrontalier;
- la nécessaire réalisation du marché unique du médicament.

## 6. Conclusion

6.1 Le Comité économique et social européen est très sensible au fait que les trois dernières communications soient le fruit de la réflexion de cinq Directions générales de la Commission européenne concernées.

6.2 C'est la preuve que la Communauté européenne a compris les enjeux de ces politiques de santé, à l'occasion de l'achèvement du marché intérieur et de l'élargissement.

6.3 C'est une des premières fois où cinq Directions Générales de la Commission européenne mettent en commun leur volonté politique, leurs compétences, leurs moyens face à cet objectif: donner aux différents pays de l'Europe, les moyens de mettre en cohérence leur politique de santé et de protection sociale, au bénéfice de tous les citoyens de l'Union européenne.

6.4 Le Comité économique et social européen souhaite de ce fait, la création en son sein d'une Task force, structure légère mais permanente, pour suivre ces politiques et permettre au Comité économique et social européen d'apporter son éclairage, son expertise, son expérience sur ce sujet, sensible et important au cœur de tous les citoyens de l'Union européenne.

Bruxelles, le 27 octobre 2004.

*La Présidente*

*du Comité économique et social européen*

Anne-Marie SIGMUND