

Livre vert relatif au personnel de santé en Europe COM (2008) 725/3 Contribution du Conseil National de l'Ordre des médecins

Le Conseil national de l'Ordre des médecins est un organisme de droit privé chargé, par la loi, de missions de service public. Selon le code de la santé public français :

« L'Ordre des Médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de Déontologie prévu à l'Article L. 4127-1 du présent titre.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale. »

C'est donc avec un grand intérêt que nous avons pris connaissance du Livre vert de la Commission européenne qui fait écho aux deux principes fondamentaux qui structurent l'engagement de l'Ordre des médecins dans les affaires européennes et internationales :

- la liberté de circulation des professionnels de santé et des patients ;
- l'égal accès de tous à des soins surs et de qualité.

Les enjeux identifiés dans ce Livre vert correspondent pour la plupart à des préoccupations fondamentales de l'Ordre des médecins dans l'exercice de ses missions au quotidien.

Nous avons donc fait le choix de répondre aux questionnements du Livre vert en articulant notre propos autour de quatre axes :

- dans un but prospectif, nécessité d'avoir la vision la plus claire possible de la démographie des professionnels de santé mais aussi des évolutions de la population concernée ;
- ne pas ignorer les problèmes éthiques et organisationnels soulevés par les flux migratoires, à la fois du fait des déséquilibres de la répartition de l'offre de soins mais aussi de la régulation de la mobilité des professionnels de santé indispensable à la sécurité des patients ;
- la nécessité de travailler à l'échelle de l'Union européenne à une harmonisation des contenus de formation, des référentiels métiers, de la répartition des rôles entre professionnels de santé et des critères d'évaluation de la qualité de l'exercice médical ;
- l'intérêt que représente le développement de la Télémédecine et les nouvelles technologies, notamment informatiques, en termes d'amélioration de l'efficience du système de santé, d'accès à des soins innovants et de désenclavements de certaines populations.

I. Démographie médicale en France

Le système de santé en France a la réputation d'être un des meilleurs au monde. Cependant, la question de l'accessibilité aux soins est d'actualité. Depuis le début des années 1990, la médecine française connaît de nombreuses mutations tant au niveau des effectifs que des modes d'exercice. On n'a de cesse de lire dans la littérature grise et scientifique que « la France n'a jamais eu autant de médecins ». De manière nettement plus marginale, les modes d'exercice sont peu ou pas abordés par les Institutionnels et/ou Politiques. Les médecins sont numériquement très importants (215 028¹) mais mal répartis et ne s'orientent plus vers la médecine de soins.

Le CNOM possède le « tableau de tous les médecins français, européens, extra-européens. Grâce à son système d'enregistrement et de recensement « appelé ordinal 6 » nous pouvons extraire des données représentatives de l'ensemble de la profession (effectifs, modes d'exercice, spécialités, territoires...). Le CNOM est la seule institution à avoir un tel instrument de travail de démographie médicale permettant ainsi la réalisation d'études exhaustives tant au niveau qualitatif que quantitatif.

Le CNOM publie depuis de nombreuses années une brochure sur la démographie médicale et depuis 2007 un Atlas unique en France. Trois brochures ont concerné les spécialités dites « en crise » et en 2008 une brochure détaillant l'exercice et l'origine des médecins de nationalité européenne et extra-européenne. Il est possible d'étudier l'évolution de toutes les formes d'exercice depuis plus de 10 ans et nous avons ainsi pu montrer comment l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales. A titre d'exemple, les nouveaux inscrits en médecine générale choisissent un mode d'exercice salarié au détriment du libéral et par ce fait diminuent l'accès des patients aux soins de premiers recours.

Depuis la mise en place de nombreuses mesures d'aides à l'installation en médecine générale, aucune institution n'a été jusqu'à présent en mesure de réaliser une évaluation, tant quantitative que qualitative, de ces mesures afin de réaliser un bilan de l'existant. Seul l'Ordre national, grâce à son tableau, a été en mesure de dresser un état des lieux sur un ensemble de régions urbaines et rurales (cf. atlas version 2008). Cette analyse nous a permis d'une part de prendre conscience que le « bouquet d'aides » n'intéresse pas les généralistes puisqu'ils continuent de s'installer dans les zones urbaines et périurbaines. Toutefois, cette étude nous a permis de recenser des spécificités régionales comme par exemple la région Centre avec l'arrivée massive de médecins européens (roumains, bulgares, allemands...).

¹ Médecins inscrits au Tableau de l'Ordre en activité totale au 1^{er} janvier 2008

1.1 – Données générales

Au premier janvier 2008, l'effectif total des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre² est de 255 098 dont 215 028 en activité et 40 070 retraités en France entière.

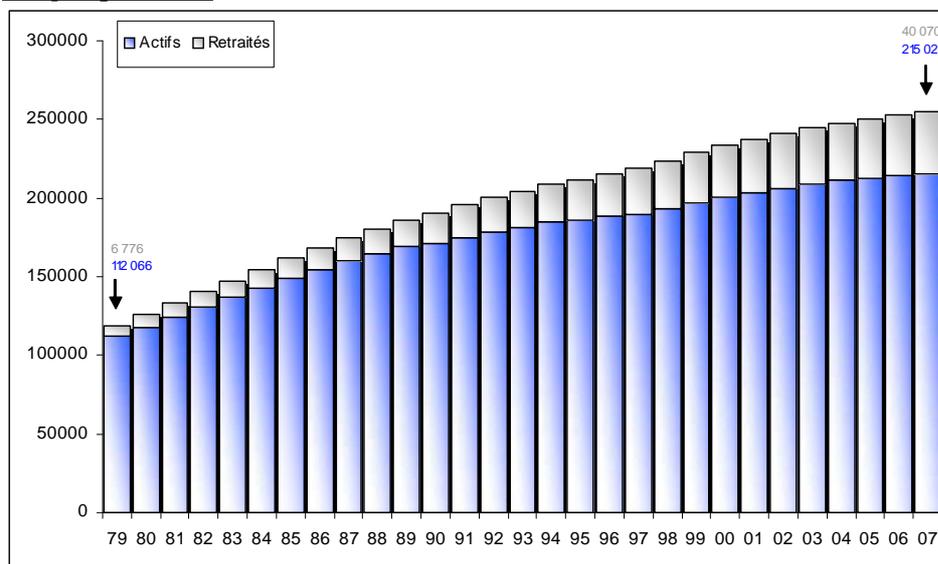
Tableau n°1 : Évolution des effectifs

	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2006	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2007	Effectifs au 1 ^{er} janvier 2008	Variation
Actifs	212 972	213 995	215 028	+0,5%
Retraités	37 433	38 751	40 070	+3,4%
TOTAL	250 405	252 746	255 098	+0,9%

Source : CNOM, 2008

Le nombre de médecins en activité continue d'augmenter (couleur bleue) très légèrement comparativement à la croissance exponentielle des médecins retraités.

Graphique n°1 :



La densité médicale, quant à elle, est passée de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 322 médecins pour 100 000 habitants en 2008.

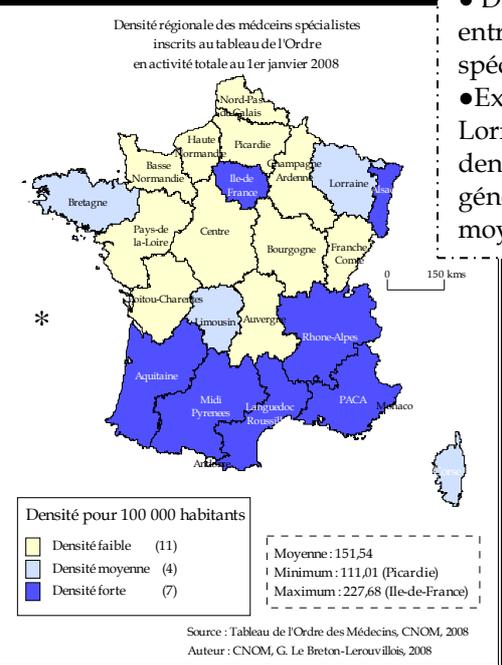
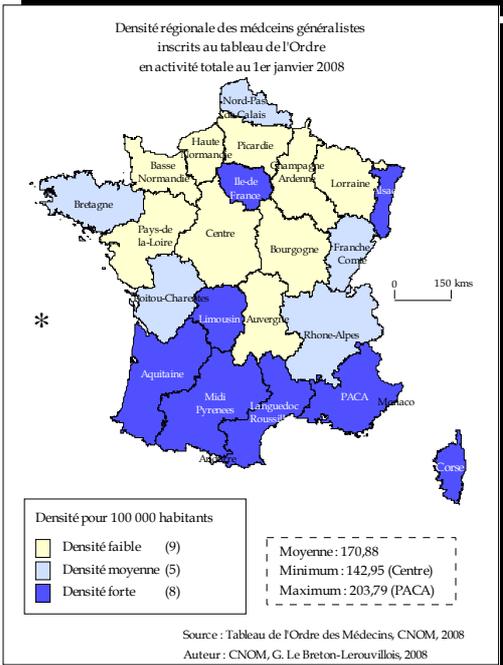
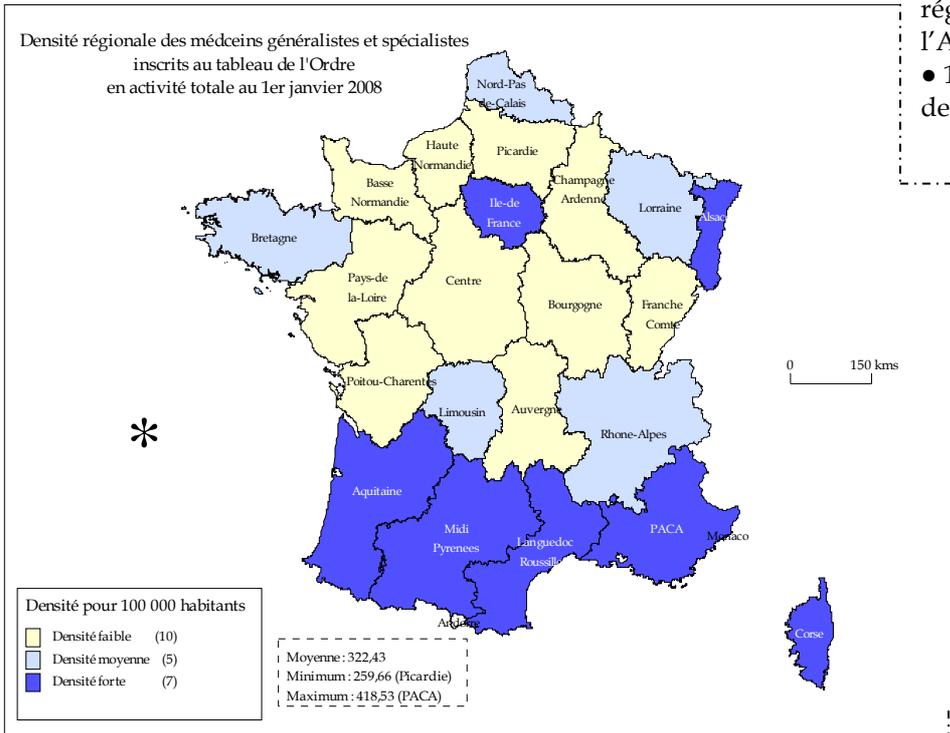
La région Picardie est la région qui enregistre la plus faible densité (260/100000 hab = légèrement supérieure à la moyenne nationale de 1979).

La région PACA compte la plus forte densité médicale de France. Pour la 1^{ère} fois, dans l'histoire de la démographie médicale, la région Ile-de-France ne recense plus la plus forte densité à l'échelle nationale.

² Tout médecin, français, européen ou extra-européen, titulaire d'un doctorat de médecine ou d'un diplôme équivalent pour les européens, doit être inscrit à un Tableau départemental de l'Ordre des Médecins pour pouvoir exercer la médecine en France (articles L.4111-1 et L.4111-2 du code de la santé publique). Toutefois certaines catégories de médecins ne sont pas comptabilisés : les médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées, les médecins qui ayant la qualité de fonctionnaire de l'État et qui n'exercent pas dans les soins ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés, dans l'exercice de leurs fonctions, à exercer la médecine (article L. 4112-6 du code de la santé publique) et plus généralement certains docteurs en médecine exerçant une autre activité professionnelle.

Carte n°1 : Densité médicale

- Disparités territoriales de la répartition de l'offre médicale
- Forte attraction des régions du pourtour Méditerranéen, de la région Île-de-France et de l'Alsace
- 10 régions sur 22 enregistrent des densités faibles



- Disparités territoriales entre les généralistes et les spécialistes
- Exemple : La région Lorraine enregistre une densité faible de médecins généralistes et une densité moyenne de médecins

1.2 – Le profil démographique

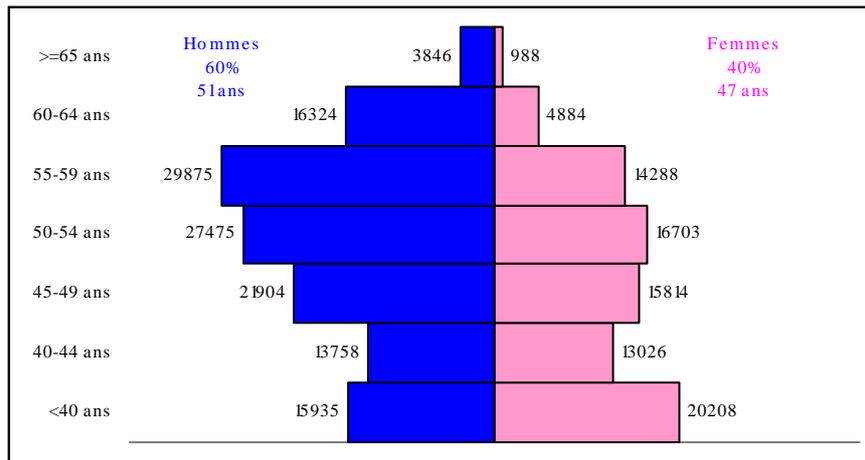
L'âge moyen des médecins en activité est de 49,3 ans (respectivement 47 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes).

Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges des médecins en activité traduit un vieillissement marqué de la population médicale. À la lecture du graphique ci-dessous, on

note que les effectifs des médecins de moins de 40 ans sont inférieurs à celui des 50 ans ; du fait d'un numerus clausus à 3500 institué par les pouvoirs publics pendant de nombreuses années malgré la demande annuelle du CNOM de l'augmenter.

Ce vieillissement accru du corps médical peut poser problèmes dans certaines spécialités dont les caractéristiques de pénibilité et de disponibilité (gardes, urgences...) sont importantes, mais également dans le dynamisme et le renouvellement de la compétence qui sont fortement corrélés à la proximité des études médicales.

Graphique n°2 : Pyramide des âges des 215 028 médecins en activité totale³ (France entière)



Entre le 31 décembre 2006 et le 31 décembre 2007, les effectifs des hommes âgés de 49 ans et moins ont diminué en moyenne de 3,6% tout en sachant que c'est la tranche d'âge 45-49 ans la plus fortement touchée enregistrant une baisse de 5,1% de ses effectifs. À l'opposé la tranche d'âge 60-64 ans comptabilise en un an +27% des effectifs.

Cette pyramide des âges relate d'une part la féminisation de la profession mais également le vieillissement accru du corps médical. 74% des élèves de première année de médecine sont des femmes.

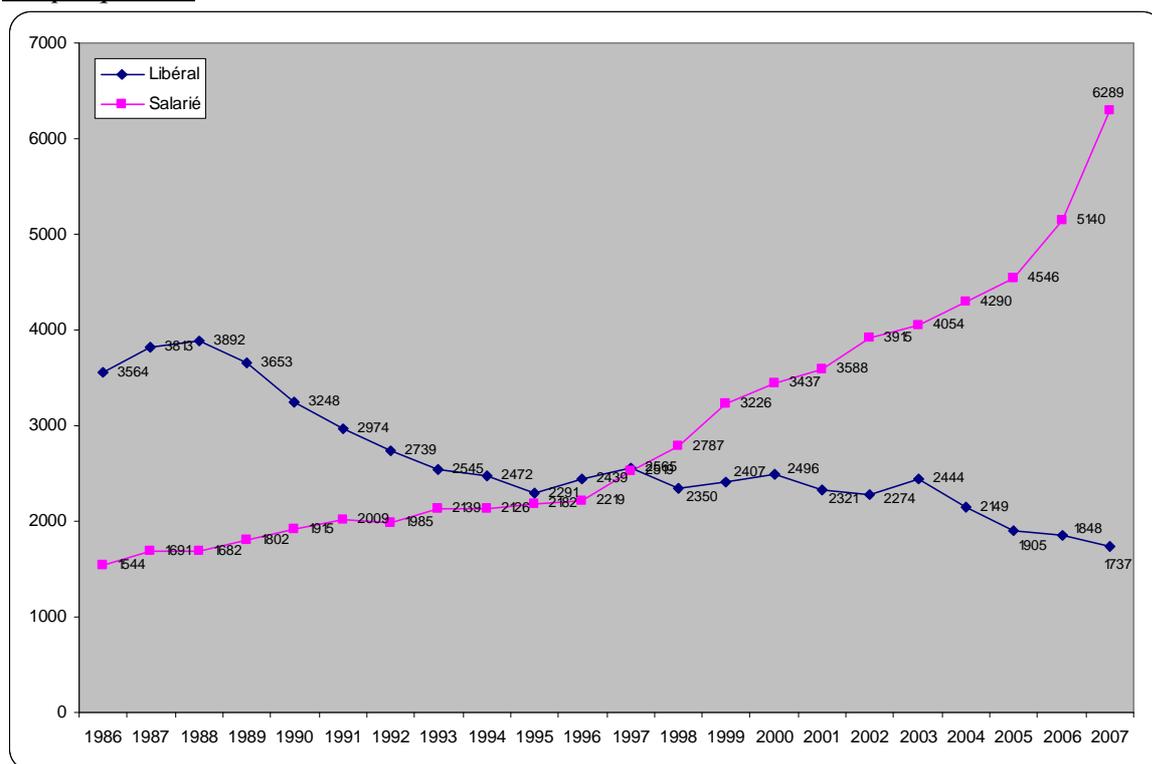
1.3 – Le cadre d'activité et le mode d'exercice

La problématique de la démographie médicale ne doit pas être exclusivement abordée en termes d'effectifs et de répartition territoriale. L'analyse des modes d'exercice permet de démontrer un changement de pratique de la médecine. Depuis 1997, on constate une forte attraction pour le secteur salarié au détriment du libéral.

De 1986 à 1997, la médecine libérale domine ; puis à partir de 1998 les effectifs de médecins salariés ne cessent de croître au détriment de la médecine libérale qui par voie de ricochet constate une nette diminution de ses effectifs (toutes spécialités confondues). En 2007, le Tableau de l'Ordre des médecins enregistre quatre fois plus de médecins salariés que de médecins libéraux. Cette nouvelle tendance d'une propension vers la médecine salariale ne concerne pas uniquement quelques cas isolés mais l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales.

³ Activité totale = temporairement sans activité + remplaçant + activité régulière

Graphique n°3 : Évolution des modes d'exercice entre 1986 et 2007



Parmi les nouveaux inscrits en 2007, 66% d'entre eux ont fait le choix d'exercer leur activité en tant que médecin salarié et 9,4% ont privilégié la médecine libérale exclusive (concernant de façon majoritaire (74%) la médecine générale).

Tableau n°2 : Mode d'exercice des nouveaux inscrits

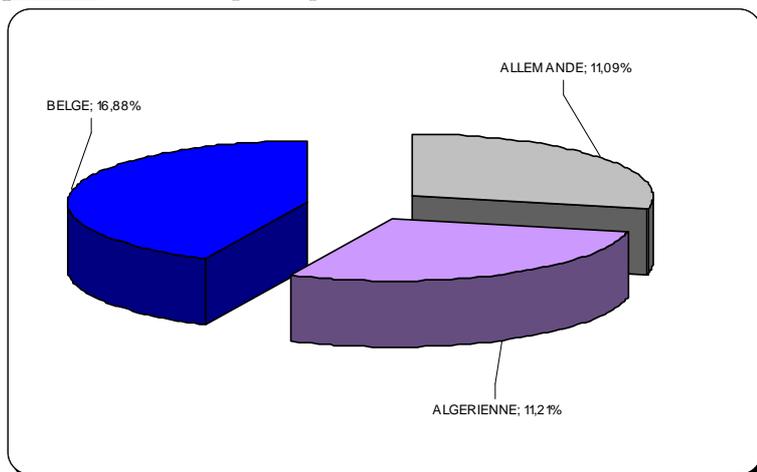
Mode d'exercice	Effectifs
Divers	14
Mixte	29
Libéral	470
Sans (remplaçants)	1206
Salarié	3276
TOTAL	4995

1.4 – Les médecins de nationalité européenne et extra-européenne

Au 1^{er} janvier 2008, le Tableau de l'Ordre recense 9312 médecins de nationalité européenne et extra-européenne ; soit +10,5% qu'au 1^{er} janvier 2007.

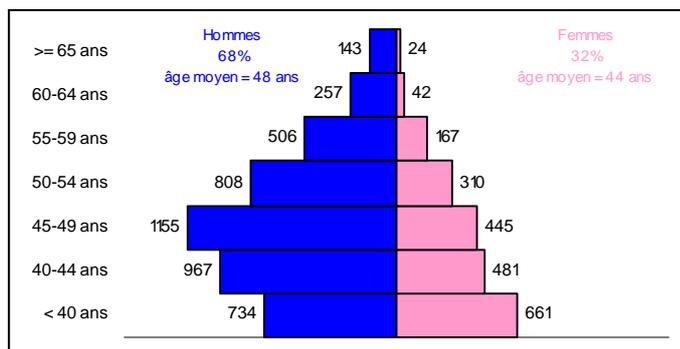
Un médecin sur deux est originaire de l'Union Européenne et un tiers provient du Maghreb. A un niveau d'analyse plus fin, on constate que les Belges sont les plus nombreux puisqu'ils représentent 16,88% des médecins européens et extra-européens, suivent les Algériens (11,21%), les Allemands (11,09%).

Graphique n°4 : les trois principales nationalités



Agés en moyenne de 47 ans, ces médecins sont légèrement plus jeunes que les médecins de nationalité française (49 ans). Le rétrécissement à la base de la pyramide des âges traduit un vieillissement toutefois modéré comparativement aux médecins de nationalité française. À titre d'illustration, 66% des médecins européens et extra-européens sont âgés de moins de 50 ans contre 48% chez leurs confrères de nationalité française.

Graphique n°5 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière



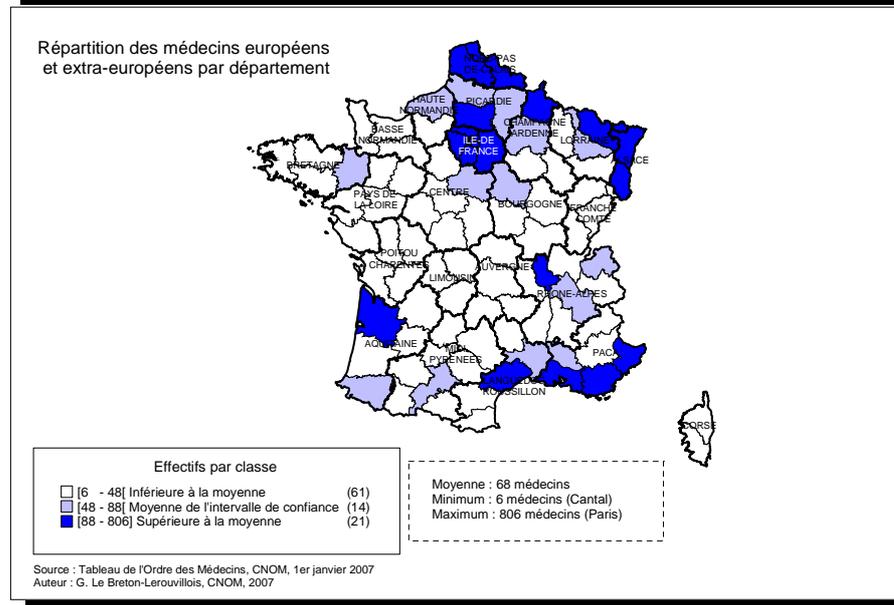
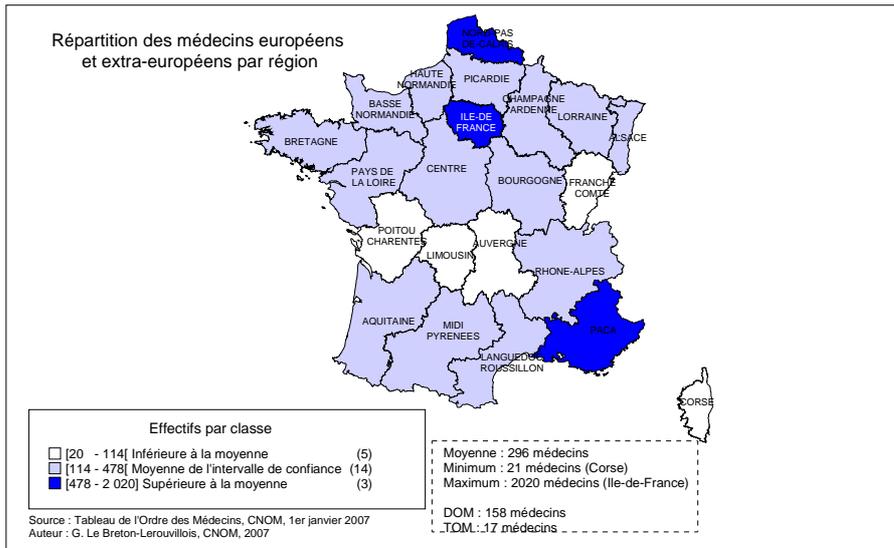
39% des médecins de nationalité européenne et extra-européenne exercent en tant que spécialiste en médecine générale et 61% en qualité de spécialiste d'autre discipline. Ils sont présents dans l'ensemble des spécialités à l'exception de la Réanimation-Médicale, de la Chirurgie de la face et du cou, de la Chirurgie maxillo-faciale, de la Gynécologie-médicale et de la Recherche médicale. La spécialité en médecine générale mise à part, ce sont les spécialités de Chirurgie thoracique et cardio-vasculaires (14%), de gynécologie médicale et obstétrique (9%) et néphrologie (8%) qui enregistrent la plus forte part de médecins européens et extra-européens.

Ces médecins exercent de façon préférentielle dans le secteur salarié (64,6% contre 40,9% pour les médecins de nationalité européenne). La venue des médecins européens et extra-européens ne permet pas de pallier les problèmes de désertification médicale.

Quant à la répartition géographique, elle se calque sur celle des médecins de nationalité française. La France compte par région, en moyenne, 296 médecins de nationalité européenne et extra-européenne contre 8476 médecins de nationalité française.

Un tiers des médecins de nationalité européenne et extra-européenne se regroupe en région Ile-de-France. Ils sont très concentrés dans les régions et départements frontaliers avec l'Allemagne et la Belgique, et dans une moindre mesure avec l'Italie. La migration européenne est en premier lieu une migration frontalière. À noter également une certaine attirance vers le Sud. Les régions PACA et Nord-Pas-de-Calais polarisent 8% des effectifs. À l'opposé, les régions Poitou-Charentes, Limousin, Auvergne, Franche-Comté et Corse recensent les plus faibles effectifs ; inférieurs à la moyenne de l'intervalle de confiance.

Carte n°2 : Répartition des médecins européens et extra européens par région



Enfin, la loi HSPT (en cours d'étude à l'Assemblée nationale) prévoit de maintenir la liberté d'installation dans une durée de trois ans minimum. Toutefois, rien n'est figé ; les modalités peuvent être amenées à évoluer.

II. Flux migratoires en Europe : déséquilibres de la répartition de l'offre de soins médicaux et régulation de la mobilité

1. Déséquilibres dans la répartition de l'offre de soins : préserver la liberté de choix des professionnels de santé

Très attaché à la liberté de choix des médecins et des professionnels de santé quant à leur lieu de formation et d'exercice, le Conseil national de l'Ordre des médecins n'est cependant pas insensible aux problèmes de la fuite des cerveaux dans un certain nombre de pays qui connaissent des situations sanitaires qui nécessiteraient pourtant de pouvoir garder toutes les ressources humaines compétentes en la matière. C'est la raison pour laquelle le Conseil national de l'Ordre des médecins s'inquiète des modes de recrutement que l'on peut voir dans certains pays et salue les décisions prises par l'Assemblée générale de l'OMS en 2004 et par la Commission européenne en 2005⁴ appelant les Etats importateurs de mains d'œuvre dans le secteur de la santé, à élaborer des règles de bonnes conduites en la matière.

i. Répartition géographique de l'offre de médecin

La résolution WHA57.19 intitulée « la migration internationale du personnel de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement », adoptée par l'OMS le 22 mai 2004, a marqué une étape importante dans la réflexion internationale sur la gestion des ressources humaines et des flux migratoires dans le secteur de la santé. Elle témoignait en effet de la prise de conscience de la communauté internationale du fait que la pénurie mondiale des professionnels de santé était l'un des éléments majeurs à prendre en compte pour atteindre les *Objectifs du Millénaire pour le développement*⁵.

Quel que soit le niveau de développement du pays, les principaux éléments identifiés comme ayant un impact sur les migrations des professionnels de santé sont :

- la qualité de l'enseignement initial et continu ;
- la qualité des conditions de travail (travail en équipe pluridisciplinaire, accès aux médicaments et aux équipements permettant une prise en charge adaptée aux besoins de la population) ;
- la qualité de la rémunération ;
- la qualité de vie disponible pour le professionnel et sa famille.

L'enjeu consiste donc à trouver les ressources financières et organisationnelles nécessaires pour encourager les médecins et les professionnels de santé à rester dans leur pays d'origine.

Au-delà de l'invitation aux Etats membres importateurs à développer des règles de conduite éthique en matière de recrutement, la Commission proposait d'ailleurs dans sa stratégie d'action en 2005, d'agir essentiellement par le biais des aides budgétaires générales et

⁴ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0642:FIN:FR:PDF>

Stratégie d'action communautaire concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement.

⁵ Les *Objectifs du Millénaire pour le Développement*, OMD, adoptés par les Nations Unies en 2000, avaient pour ambition de *réduire la pauvreté dans le monde d'ici 2015* : réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, réduire l'extrême pauvreté et la faim, assurer l'éducation primaire pour tous, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, préserver l'environnement et mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

sectorielles aux pays en développement et s'engageait à accroître le volume de l'aide au développement afin de rendre cette aide « moins instable et plus prévisible ».

La publication du Livre vert témoigne, selon nous, d'une prise de conscience nouvelle qu'il ne s'agit pas uniquement, pour caricaturer le propos, d'un problème Nord/Sud, mais que la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union Européenne elle-même, et parfois au sein même de chaque Etat membre, soulève d'importantes difficultés dès lors que sont posés les principes d'un égal accès de tous à des soins sûrs et de qualité et de liberté de circulation des individus.

En l'état actuel des choses, et compte tenu du principe de subsidiarité, pour créer les conditions favorables à la fourniture de soins de santé, il relève donc de la responsabilité des Etats membres d'investir dans l'économie de la connaissance et la formation ainsi que dans les structures de soins.

Il est vrai que dans le contexte de crise actuelle, il risque d'être plus difficile que jamais de combattre le paradigme selon lequel la santé coûte cher. Cependant, alors que l'Union Européenne s'est stratégiquement engagée à devenir l'économie de la connaissance la plus compétitive du monde, il ne paraîtrait pas complètement aberrant de considérer les investissements dans la matière grise des professionnels de santé et dans la préservation du capital humain comme participant de cette stratégie. Il ne s'agit d'ailleurs pas nécessairement uniquement de produire plus de professionnels de santé mais de mettre en place des organisations du travail qui permettent d'optimiser le temps et la compétence de chacun. Cela suppose un engagement de tous, patients, professionnels de santé, pouvoirs publics nationaux et instances communautaires, pour veiller à ce que l'investissement dans la santé reste une priorité.

Au-delà des budgets disponibles dans chaque Etat membre, il **serait opportun de réfléchir à une meilleure utilisation des fonds européens dans le secteur de la santé**. A chaque échéance électorale européenne, la question de la réforme des fonds structurels et de l'usage des fonds européens est posée. Mais là encore, il relève majoritairement des autorités publiques des Etats membres de faire en sorte **que les affectations budgétaires se fassent dans des secteurs de l'économie tels que le secteur de la santé dont la plus value sociétale a été démontrée à plusieurs reprises**. Au-delà des politiques développées par les autorités publiques, pour que la société civile puisse s'engager dans la recherche de fonds communautaires, cela suppose probablement un effort de pédagogie supplémentaire de la part de la Commission européenne sur les fonds disponibles.

Faute d'une politique réaliste et volontariste des pouvoirs publics et des professionnels sur le sujet, nous voyons se développer des agences de recrutement dont les méthodes, les exigences financières et les résultats peuvent parfois paraître discutables.

Concernant les déséquilibres géographiques constatés sur le territoire français, le Conseil national de l'Ordre des médecins a alerté à de nombreuses reprises les pouvoirs publics sur la nécessité de revoir le mode d'organisation de l'offre de soins et d'inciter à de nouvelles coopérations entre professionnels en privilégiant le temps « médecin » - ou le temps « soignant » -, en réfléchissant à de nouvelles répartition des tâches entre professionnels et en développant de nouvelles structures d'offre de soins (type maison médicale).

Le Conseil national a modifié le code de déontologie médicale⁶ de manière à assouplir les règles en matière d'exercice médical sur des lieux multiples et donner ainsi aux professionnels une plus grande latitude pour organiser leur mobilité et permettre une plus grande réactivité dans la répartition de l'offre de soins.

⁶ Voir le code de déontologie joint en annexe, article 85

ii. Répartition par spécialités

Le choix des professionnels d'opter pour telles ou telles spécialités est également le fruit d'un arbitrage entre facteurs très variés qui vont du statut du professionnel à la charge de travail et aux conditions de travail pressenties. Il paraît aujourd'hui plus souhaitable de réfléchir à une **organisation du travail qui permette à tous les spécialistes d'exercer dans des conditions de travail décentes et dans des conditions de pénibilité et de reconnaissance comparables que de maintenir des mesures plus ou moins contraignantes pour orienter les jeunes médecins en formation.**

De même qu'il est regrettable, en termes de santé publique et de développement individuel, que la dégradation des conditions de travail pousse certains professionnels à renoncer à leur exercice, il est regrettable que certaines spécialités médicales soient complètement délaissées, quelles qu'en soient les raisons. Nous sommes tous aujourd'hui, pouvoirs publics, enseignants et professionnels de santé en exercice, collectivement responsables de n'avoir pas su adapter nos systèmes de formation et d'organisations de soins de manière à éviter que certaines spécialisations soient perçues comme trop contraignantes (en termes de coûts ou d'organisation) par les étudiants en médecine.

Dans l'étude publiée par l'OCDE, en octobre 2008, « les personnels de santé dans les pays de l'OCDE, comment répondre à la crise imminente ? », les auteurs soulignent bien que toutes les politiques de rétention ou d'attractivité des professionnels qui ont porté leurs fruits sont justement les politiques qui permettaient aux professionnels de gérer leur temps et leur carrière avec plus de souplesse, que ce soit au quotidien (temps partiel, mode garde des enfants, etc...) ou sur le long terme (adaptation de la charge de travail pour les travailleurs en fin de carrière, possibilités de formations continues, etc...).

Sur ce sujet encore, le Conseil national a attiré l'attention des pouvoirs publics à plusieurs reprises sur la nécessité de veiller à préserver la qualité des conditions d'exercice des médecins et des professionnels de santé et de revoir l'organisation de la formation initiale et du développement professionnel continu pour que les professionnels en exercice et les nouvelles générations puissent faire leur choix d'orientation de façon sereine et indépendante.

L'analyse démographique des médecins étrangers (européens et non européens) inscrits au tableau de l'Ordre nous permet de constater que ces médecins sont effectivement représentés dans les spécialités en crise. Mais cela concerne des effectifs relativement réduits avec lesquels nous ne pouvons espérer combler nos lacunes.⁷

iii. Fluidifier la migration des étudiants, médecins en formation et des enseignements

La Directive 2005/36 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles en Europe a permis de fluidifier la circulation des médecins en Europe. Même si, comme nous le verrons plus loin, il reste encore beaucoup à faire en matière d'harmonisation des spécialités, de référentiels métiers communs et d'évaluation de la qualité des pratiques, on peut légitimement considérer que les professionnels à diplômes européens disposent de l'arsenal juridique qui leur permet l'exercice concret de leurs droits et de leur libre choix.

⁷ Pour plus de détails, voir le document joint en annexe « les médecins de nationalité européenne et extra-européenne en France », CNOM, 2007.

Il n'en est probablement pas de même concernant les professionnels en provenance des pays tiers (hors Union européenne) ou des étudiants. Pour faciliter l'accès à la connaissance et la diffusion du savoir, tout en préservant les ressources humaines des pays les moins bien dotés, il pourrait donc être intéressant, dans un premier temps, de développer des Conventions d'Etat à Etat, portant précisément sur la durée et le contenu de la formation, en vue de faciliter la libre circulation des étudiants et des enseignants au sein des Universités médicales en Europe, et hors d'Europe.

2. Préserver la liberté de choix du professionnel tout en veillant à la qualité des soins et à la sécurité des patients : l'indispensable régulation de la mobilité des professionnels

Quel que soit l'impact des déséquilibres de la répartition de l'offre des médecins dans l'ampleur des migrations internationales, il faut se garder de résumer la mobilité des professionnels de santé à la fuite des cerveaux des pays les moins bien dotés en matière de santé vers les pays mieux dotés. Le rapport de l'OCDE précité met en évidence le fait que l'ampleur des migrations dans le secteur de la santé dans un pays est quasiment systématiquement le reflet de la vitalité des migrations des personnels hautement qualifiés et qu'à quelques exceptions près, parfois spectaculaires certes, les pays de l'OCDE sont rarement contributeurs net ou bénéficiaires net. Les pays d'accueil sont aussi parfois ceux dont les professionnels de santé migrent beaucoup.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins français qui anime le CEOM, Conseil européen des Ordres des Médecins et des organismes d'attribution similaires, a entrepris d'établir un état des lieux de la mobilité des médecins au sein de l'Union européenne. En 2000 et 2001, les organisations membres avaient recensés les effectifs des médecins étrangers exerçant dans leur propres pays. Cet exercice est en cours de renouvellement afin de pouvoir mesurer l'évolution des flux migratoires en une décennie.

Face à cette mobilité croissante des professionnels de santé au sein de l'Union européenne, il est important que les autorités de régulation puissent assurer une « veille » quant à la compétence et à la moralité des professionnels afin de préserver la qualité des soins et la sécurité des patients. La Directive 2005/36/CE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles a modifié et renforcé les règles relatives à la libre prestation de service. Cela va certainement marquer une étape importante dans la mobilité croissante des professionnels de santé en Europe et justifie, s'il en était besoin, que les autorités de régulation échangent entre elles, de manière très rigoureuse et systématique, les informations relatives à la compétence et à la moralité des professionnels.

A cette fin, le Conseil national de l'Ordre des médecins considère avec le plus grand intérêt les initiatives en cours qui visent à mettre en place les outils qui permettront d'accompagner la mobilité des professionnels et de répondre au besoin d'une communication renforcée entre autorités de régulation. Autorité chargée en France de l'inscription des médecins originaires de l'Union européenne, de la délivrance des « certificats de bonne conduite » pour les médecins quittant le territoire français et de l'enregistrement des libres prestataires des services, le CNOM est très impliqué dans les projets IMI, HPCB et Hprocard. Au-delà de l'efficacité administrative, le Conseil national attend de l'aboutissement et de la coordination de ces projets, de réelles plus-

values, pour les patients en termes de sécurité, et pour les professionnels en termes de souplesse et de modernisation de l'exercice médical.

C'est également afin d'assurer la meilleure protection du patient que le CNOM milite pour que l'ensemble des médecins européens se voient obligés de se doter d'une assurance en responsabilité civile ou tout autre moyen de couverture individuelle ou collective et qu'un travail d'harmonisation des couvertures et de la prise en charge de l'aléa médical soit entrepris à l'échelle de l'Union européenne.

Une fois posé et accepté par tous le principe selon lequel il est nécessaire de maintenir un certain contrôle sur les professionnels migrants pour assurer la qualité et la sécurité des soins, il reste aux professionnels de santé et à leurs organisations représentatives et/ou autorités de régulation de progresser dans une définition commune de ce que nous entendons par la compétence et la moralité d'un professionnel de santé et par la notion de qualité des soins.

III. Vers une harmonisation des contenus des formations initiales et continues et vers des référentiels métiers communs

En France, le Secrétariat Général des affaires européennes centralise et fédère les informations sur la Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a travaillé en coordination avec le Ministère chargé de la santé sur la transposition de la Directive.

En France le Conseil National de l'Ordre des Médecins est l'autorité compétente pour l'inscription et la reconnaissance des qualifications.

Depuis 2005, le Conseil National de l'Ordre des Médecins est particulièrement attentif à la conformité des rédactions des diplômes et des certificats de conformité et il y a eu itérativement certains blocages avec certains pays qui n'étaient pas en respect total avec la Directive 2005/36/CE.

Actuellement, le Ministère chargé de la santé et le Conseil National de l'Ordre des Médecins finalisent le projet de décret transposition la directive, confirmant le Conseil National de l'Ordre des Médecins dans l'interprétation des articles 13 et 14.

En France, deux systèmes de qualification cohabitent : L'Ordre des Médecins qualifie l'ensemble des médecins exerçant en France, soit au vu de leurs diplômes universitaires obtenus en France ou en Europe, soit par la voie des Commissions de qualification.

En France, l'obligation de formation médicale continue existe depuis de nombreuses années. Par ailleurs, l'article 11 (article R.4127-11 du code de la santé publique) du code de déontologie médicale précise que « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles. »

IV. Les nouvelles technologies au service des professionnels de santé et des patients

Le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est impliqué dans l'ensemble des problématiques relatives à « l'informatisation de la santé » et a produit en 2008 :

- Un Livre Blanc de portée générale, sous l'appellation « informatisation de santé » appliqué essentiellement à la problématique du dossier médical informatisé du patient.
- Une réflexion sur les sites internet de santé destinés au grand public. Deux documents ont été publiés :
 - un Contrat-type destiné à régir les relations entre un médecin et le responsable légal d'un site ;
 - un document de Recommandations de Déontologie médicale sur le Web. A partir de ce document, et en relation avec la Haute Autorité de Santé qui a choisi la voie de certification des sites via l'Association Health on the Net, nous pourrions envisager d'inscrire sur le site du Conseil national une architecture de liens renvoyant vers les sites de médecins inscrits à notre tableau, sous réserve que ces médecins s'engagent à avoir obtenu la certification HON et s'engagent à respecter une charte qui découlerait de nos Recommandations de déontologie médicale. Au-delà de cette réflexion sur les sites de santé, nous sommes en train d'examiner les problématiques qui apparaissent avec le Web 2.0 au sujet de forums, d'espaces communautaires ou de blogs et notamment la présence d'une modération médicale qui serait effectuée sur ces médias.
- Un deuxième Livre Blanc sur la Télémédecine où un certain nombre de recommandations ont été formulées, à la fois pour soutenir cette forme nouvelle de pratiques par l'utilisation des technologies de l'information et de la communication en santé et pour y faire respecter les principes de la déontologie médicale. Nous avons noté, avec une très grande satisfaction que l'approche de nos réflexions était parfaitement concordante avec la déclaration de la Commission Européenne datée du 4 novembre 2008.
- Une conférence sur l'interopérabilité en Europe, organisée dans le cadre de la Présidence française.

Tous ces documents sont joints en annexe à cette réponse.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumers DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.