

## REPONSE DES AUTORITES FRANCAISES A LA CONSULTATION PUBLIQUE SUR LE LIVRE VERT RELATIF AU PERSONNEL DE SANTE EN EUROPE

### 1. Préambule

#### **La France accueille positivement cette initiative**

Les autorités françaises se réjouissent de l'initiative de la Commission européenne d'un Livre Vert sur le personnel de santé en Europe. Elles partagent globalement le diagnostic présenté et soulignent que, sur la plupart des questions soulevées, des mesures ont été, et vont continuer, d'être développées en France.

La France est favorable à l'approfondissement de la coopération intergouvernementale des autorités sanitaires en charge des personnels de santé avec l'aide de la Commission. Cette coopération nous semble devoir privilégier les domaines de la formation continue, des nouvelles technologies, du recrutement éthique des professionnels de santé issus des pays tiers, de la constitution d'un outil commun permettant aux États membres de mesurer l'incidence sur leur système de santé et de protection sociale des mobilités des patients et des professionnels.

Nous sommes également favorables à la promotion de la coopération transfrontalière et notamment des accords de coopération sanitaire actuellement en vigueur entre différents États<sup>1</sup>. Ces accords pourraient aussi concerner, dans le respect du principe de subsidiarité, les questions de planification des effectifs du personnel de santé et de leur répartition sur le territoire qui relèvent des États membres.

**Au-delà de ces considérations générales, la France souhaite fournir à la Commission des commentaires plus détaillés.**

Ceux-ci suivent le plan du Livre vert. Ils portent principalement sur les « *Facteurs d'influence et domaines d'action possible* » figurant dans les encadrés du Livre Vert.

### 2. Commentaires des autorités françaises

#### **2.1. Point 4.1. du Livre Vert : Démographie et recherche de la pérennité du personnel de santé / Facteurs d'influence et domaines d'action possible**

- *Évaluer les niveaux des dépenses en personnel de santé.*

**La France est attachée à l'évaluation des niveaux de dépenses en personnel de santé.** Le ministère de la santé diffuse régulièrement des statistiques et des études sur les effectifs et les rémunérations des principales professions de santé. Il s'est doté d'une « cellule statistique » pour améliorer le recueil des données correspondantes.

Les autorités sanitaires commandent en outre des rapports sur ce sujet, à l'exemple de la récente enquête de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la rémunération des médecins et chirurgiens de la fonction hospitalière publique qui a fait apparaître d'importantes disparités de revenus entre praticiens.

---

<sup>1</sup> Par exemple, les coopérations en vigueur entre la France et la Belgique et entre la France et l'Allemagne, ainsi que celles en voie de finalisation (France-Espagne avec la création du premier hôpital européen transfrontalier de Puigcerdá) ou encore le projet EUREGIO Meuse-Rhin impliquant 5 régions de 3 pays : Pays-Bas, Belgique, Allemagne important projet de coopération transfrontalière intergouvernemental bénéficiant de financements INTERREG de la Commission.

**La France accueillera avec intérêt des évaluations comparatives européennes et internationales dans ce domaine.**

- *Offrir de meilleures conditions de travail aux professionnels de santé, accroître la motivation et améliorer le moral du personnel.*

Cet objectif est poursuivi au travers :

- des politiques sociales et des protocoles d'accord avec les représentants des personnels de santé
- de la mise en œuvre de nouvelles organisations de l'exercice professionnel tels que l'exercice regroupé et pluridisciplinaire des professionnels de santé ou bien encore les différentes formes de coopérations entre professionnels de santé (parmi lesquelles les réseaux thématiques de santé pluridisciplinaires favorisant une prise en charge globale du patient et associant des professionnels de santé ainsi que des personnels médico-sociaux et sociaux).

**La France favorise la délégation de tâches entre professions médicales et paramédicales et le travail en réseaux de santé thématiques (cf. supra).**

**Le développement de la santé en ligne en général, y compris la télémédecine** et la télé-expertise (cf. point 4.7), permet aux professionnels de santé d'avoir accès à une expertise plus vaste et de se diriger vers un exercice coopératif plutôt qu'individuel de la médecine. Le patient y trouve intérêt par la limitation de ses déplacements.

**Une rémunération attractive** des professionnels de santé constitue un signal permettant d'attirer un flux d'étudiants suffisant vers les professions de santé et de maintenir plus longtemps des professionnels expérimentés en poste.

- *Envisager des campagnes de recrutement, en particulier pour profiter de la croissance de la tranche des travailleurs de plus de 55 ans et de l'augmentation du nombre des personnes qui n'ont plus d'obligation familiale.*

Si la France est favorable au principe de cette proposition, elle en souligne les difficultés de mise en œuvre, à l'exemple des mesures de « seconde carrière » qu'elle a mises en place, sans rencontrer le succès escompté.

- *Organiser la prise en charge des maladies chroniques et la fourniture de soins de longue durée plus près du domicile ou dans des structures de proximité*

**La France mène depuis plusieurs années une politique de développement des alternatives à l'hospitalisation complète dite « traditionnelle » (nuitée) avec pour objectif de réserver cette dernière aux cas nécessaires.**

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète :

- procure de nombreux avantages aux patients en termes de confort et de réduction des risques d'infections nosocomiales et se traduit par de substantielles économies pour les caisses de sécurité sociale ;

- accroît les distinctions entre :

- hospitalisation à domicile et de jour
- hospitalisation complète i.e. de court (médecine, chirurgie, obstétrique), moyen (soins de suite et de réadaptation) et long (soins hospitaliers de longue durée) séjours. Ces soins hospitaliers de long séjour sont à distinguer des soins non hospitaliers de longue durée (soins dits « médico-sociaux » pour personnes âgées et handicapées, notamment) ;

- introduit notamment dans les établissements hospitaliers de nouvelles solutions organisationnelles destinées tant à éviter leur engorgement que les hospitalisations inutiles, à faciliter le retour au domicile des patients ou leur placement en établissement non hospitaliers de long séjour, en lien avec les professionnels exerçant en ambulatoire.

- *Assurer un déploiement plus efficace du personnel de santé disponible.*

**Aux termes de l'article 152.5 TCE<sup>2</sup>, la gestion de la démographie des professionnels de santé relève des seuls Etats membres.** Cette gestion est destinée à déterminer le nombre de professionnels de santé à former, à assurer leur répartition territoriale afin de garantir aux patients un accès équitable aux soins et une prise en charge de qualité, conformément aux conclusions du Conseil du 2 juin 2006 sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'Union européenne<sup>3</sup>.

**Il est également important de souligner que ces mesures doivent nécessairement s'inscrire dans le cadre général d'une réelle politique territoriale, au-delà du seul secteur de la santé.**

**La France est favorable sur cette question de la répartition territoriale à l'échange d'expériences et de bonnes pratiques au plan européen.**

- *Envisager des campagnes de « retour à la profession » afin d'attirer de nouveau les personnes qui ont quitté le secteur.*

La France rappelle les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des mesures de « seconde carrière ».

- *Favoriser une plus grande diversité sociale et ethnique dans le cadre du recrutement.*

Conformément au droit communautaire originaire et dérivé, le code du travail français<sup>4</sup> réprime les discriminations à l'embauche.

- *Sensibiliser les étudiants au large éventail de carrières possibles dans les secteurs de la santé et des soins.*

Cette sensibilisation s'effectue déjà tout au long de leur parcours de formation au collège, au lycée et dans l'enseignement supérieur (cf. infra, point 4.2).

De surcroît, à l'issue de la première année du premier cycle des études médicales (PCEM1), un concours unique est proposé aux étudiants qui désirent s'orienter vers plusieurs professions de santé telles que médecin, odontologue, sage femme.... Pendant cette année et en fonction de leurs résultats finaux, ils peuvent choisir entre ces diverses filières.

Dans cette perspective, ils peuvent également s'adresser aux services d'orientation de leur établissement d'enseignement supérieur.

---

<sup>2</sup>Précité

<sup>3</sup>Conclusions du Conseil sur les valeurs et principes communs aux systèmes de santé de l'UE - 2733ème session du Conseil Emploi, Politique sociale, Santé et Consommateurs - Luxembourg – 1<sup>er</sup> et 2 juin 2006 (2006/C 146/01).

<sup>4</sup>L'article L.1132-1 du code du travail dispose que « *Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, telle que définie à l'article 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations, notamment en matière de rémunération, au sens de l'article L. 3221-3, de mesures d'intéressement ou de distribution d'actions, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son âge, de sa situation de famille ou de sa grossesse, de ses caractéristiques génétiques, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation ou une race, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales ou mutualistes, de ses convictions religieuses, de son apparence physique, de son nom de famille ou en raison de son état de santé ou de son handicap.* »

**La France soutient cette proposition et mène déjà des actions en ce sens.**

**2.2. Point 4.2 du Livre Vert : Capacité sanitaire / Facteurs d'influence et domaines d'action possibles**

- *Renforcer la capacité de dépistage des maladies, de promotion de la santé.*

**La France soutient cette proposition. Elle s'est déjà engagée de longue date dans une politique d'éducation et de prévention de la santé, pilier d'une politique de santé publique.**

**Le projet de loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » en cours d'adoption par le Parlement français inclut des dispositions de prévention et de santé publique.** Les futures agences régionales de santé œuvreront à la promotion de programmes thérapeutiques du patient, en conventionnant avec les différents promoteurs concernés.

**Le développement prometteur de la télémédecine (cf. point 4.5), notamment celui de la télésurveillance des malades chroniques visant à leur maintien à domicile et à leur suivi à distance,** permet par ailleurs d'améliorer la prévention.

- *Collecter des informations plus précises concernant les besoins réels et potentiels de la population en matière de santé, afin de planifier l'évolution future des personnels de santé*

**La France publie chaque année un rapport de suivi des 100 objectifs tracés pour 5 ans par la loi de santé publique du 11 août 2004<sup>5</sup>** qui fournit un panorama de l'état de santé de la population vivant en France. Le rapport 2009 alimentera l'évaluation de la loi de 2004 et les propositions pour la prochaine loi quinquennale, examinée à l'automne 2009 par le Parlement français (assortie d'objectifs quantifiés) sous forme d'un « rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer »<sup>6</sup>.

Par ailleurs, la France réalise des enquêtes sur la santé de la population générale (enquêtes européennes de santé quinquennales) ou de populations particulières (enquête sur la santé des handicapés, enquêtes de santé scolaire, enquêtes auprès des femmes ayant subi une IVG, enquête nationale périnatale, etc.). Elles permettent de mieux appréhender l'état de santé de la population et les besoins de prises en charge pas ou mal satisfaits, afin d'orienter l'action des pouvoirs publics.

Elle a réalisé récemment un exercice prospectif sur l'impact du vieillissement sur les besoins en lits d'hospitalisation complète et de court séjour (i.e. médecine, chirurgie, obstétrique) et places d'hospitalisation de jour à l'horizon 2030, qui permet d'alimenter la réflexion sur les besoins en personnel de santé à l'hôpital.

La détermination des besoins réels et potentiels de la population en matière de santé est à la base de l'élaboration de toute politique de santé publique. **La France s'est dotée à cet effet, en 2002, d'un Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé qui est chargé de réunir les données disponibles, de réaliser ou faire réaliser des études démographiques et d'effectuer des propositions dans ce domaine au ministre en charge de la santé.**

La France a inscrit l'objectif de la collecte d'informations dans le projet de loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires ».

- *Encourager les vocations scientifiques dans les écoles en mettant en évidence les possibilités de carrière moins connues dans le secteur de la santé publique (biologistes, épidémiologistes...)*

---

<sup>5</sup> Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

<sup>6</sup> Article L.1411-2 du code de la santé publique

D'un point de vue général, de nouveaux outils ou moyens ont été mis en place pour attirer plus de jeunes vers les matières scientifiques.

A titre d'exemple, il s'agit de méthodes d'enseignement des sciences fondées sur l'investigation comme « La main à la pâte » qui se développe rapidement depuis 1996, de la généralisation pour tous les élèves de la 5<sup>ème</sup> à la terminale du « Parcours de découverte des métiers » - notamment dans les domaines des sciences et de la santé - ou encore de l'option facultative de découverte professionnelle mise en place en classe de 3<sup>ème</sup>.

Concourent également à cette sensibilisation à la diversité des carrières - notamment à tous les secteurs de la santé - les publications et les clips de témoignages de professionnels que diffuse principalement l'Office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP), ainsi que les actions de contact et de communication lors de fora et de salons de l'étudiant où écoles supérieures et universités présentent leurs filières d'accès à une large gamme de métiers.

Par ailleurs, dans un souci de parité des sexes, les établissements scolaires sont appelés- lors des conseils de classe - à identifier et encourager les jeunes filles susceptibles de s'orienter vers des carrières scientifiques.

- *Faire mieux connaître l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail dans les Etats membres en attirant l'attention sur son existence directement sur les lieux de travail*

La France est favorable à cet objectif dans la mesure où la santé au travail est un élément de la santé publique.

- *Valoriser l'activité des médecins du travail et les inciter à rejoindre ce secteur dans les hôpitaux.*

La France a accru son offre de formation dans la spécialité médicale de médecine du travail.

### **2.3. Point 4.3 du Livre Vert : Formation / Facteurs d'influence et domaines d'action possibles**

- *Veiller à ce que les cours de formation soient conçus de manière à tenir compte des besoins particuliers des personnes handicapées (celles-ci doivent recevoir des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres patients et obtenir les services de santé spécifiques dont elles ont besoin).*

#### **La France soutient cette proposition de la Commission.**

Pour les personnes handicapées, l'accès aux soins courants non directement associés à leur déficience est défini comme un enjeu majeur de l'égalité des chances dans la loi sur le handicap du 11 février 2005<sup>7</sup> car il est entravé par de nombreux freins et obstacles.

Des cours de formation initiale et continue sont dispensés au personnel de santé de manière à tenir compte des besoins particuliers des personnes handicapées.

**Afin de garantir une meilleure prise en charge des personnes handicapées, le projet de loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » intègre la dimension des besoins spécifiques des personnes handicapées et décloisonne les secteurs sanitaires et médico-social par la mise en place des futures agences régionales de santé.**

- *Mettre l'accent sur la formation professionnelle continue du personnel de santé*

#### **La France soutient cette proposition.**

---

<sup>7</sup>Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

**Il s'agit en France d'une obligation légale inscrite dans le code de la santé publique, et dans le plan de formation des établissements de santé. Le projet de loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » prévoit une obligation de se soumettre à des actions de formation évaluative de ses pratiques professionnelles.**

- *Elaborer des cours de formation destinés à encourager les travailleurs d'âge mur à réintégrer les effectifs du secteur.*

La France qui est favorable au principe de cette proposition souligne les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des mesures de « seconde carrière » (cf. point 4.1).

- *Donner une formation en gestion aux professionnels de santé.*

Dans le cadre de la formation continue, la France est également consciente de la nécessité de dispenser des formations en gestion d'une nature plus spécifique (management des ressources humaines, gouvernance des systèmes de santé...) ou plus approfondie en fonction des besoins professionnels.

- *Favoriser la coopération entre les Etats membres pour ce qui est de la gestion du numerus clausus applicable au personnel de santé, et leur permettre d'être plus souples*

La France, qui est favorable à une coopération en fonction des besoins exprimés par les Etats membres, préconise une adéquation entre le nombre de professionnels de santé formés et les besoins sanitaires de sa population en vue d'atteindre l'autosuffisance. Elle encourage ses partenaires européens à partager leurs expériences relatives au numerus clausus. De tels échanges pourraient permettre de tirer parti d'un éventuel excédent de professionnels de santé et de mutualiser les ressources disponibles.

- *Créer des possibilités de formation linguistique en vue d'une mobilité potentielle*

Cette proposition devrait en premier lieu viser à garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Elle est également de nature à accroître la visibilité internationale des publications scientifiques de plusieurs Etats membres, parmi lesquels compte la France.

- *Etablir un mécanisme communautaire, par exemple un Observatoire du personnel de santé, qui aiderait les Etats membres à planifier les effectifs, les besoins de formation et l'introduction de nouvelles technologies.*

La France s'est dotée en 2002 d'un Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (cf. point 4.2).

**La France souhaite la constitution d'un outil commun, permettant aux États membres de mesurer l'incidence sur leur système de santé et de protection sociale des mobilités des patients et des professionnels. Il peut être mis en place, de façon souple, en sollicitant la coordination par EUROSTAT des données recueillies par les États membres.**

**La France estime en effet nécessaire la mise en place d'un système d'information européen permettant de disposer de données fiables et comparables, indispensables pour mieux connaître :**

- l'état de santé des populations résidant dans chacun des Etats membres ;
- les principaux déterminants de la santé et de l'état de santé des populations ;
- l'activité, le fonctionnement, l'efficacité et le coût des systèmes de santé ;
- les dépenses de santé.

Ces données et indicateurs pourront servir à mieux identifier et évaluer les principaux problèmes et priorités de santé publique et leurs liens avec d'autres politiques.

#### 2.4. Point 4.4 du Livre Vert : Gestion de la mobilité du personnel de santé au sein de l'Union européenne / Facteurs d'influence et domaines d'action possibles

- *Favoriser les accords bilatéraux entre les Etats membres afin de tirer parti d'un éventuel excédent de médecins et d'infirmiers*

Dans un contexte de pénurie affectant plusieurs catégories de personnel de santé, ces accords ont notamment pour objet de mutualiser une ressource devenue rare et dont la pénurie devrait s'accroître à horizon prévisible.

Ils permettent un suivi et une évaluation des coopérations précisant, notamment, dans un champ bien défini :

- les conditions et les modalités d'intervention des structures de soins, des professionnels de santé, et de prise en charge des patients<sup>8</sup> ;
- les modalités de la prise en charge financière des dépenses de santé exposées dans ce cadre, et notamment les modalités d'intervention des systèmes de sécurité sociale ;
- les questions de responsabilité : le droit applicable en matière de responsabilité médicale est celui de l'État sur le territoire duquel ont été prodigués les soins.

**Il serait souhaitable que la Commission européenne soutienne le financement de projets concernant la coopération transfrontalière (des échanges de bonnes pratiques, une évaluation des coopérations existantes pourraient apporter des réponses pertinentes à cette question).**

- *Investir dans la formation et l'embauche d'un personnel sanitaire suffisamment nombreux afin d'atteindre l'autosuffisance à l'échelle de l'Union.*

**La gestion de la démographie des professionnels de santé relève de la seule compétence des Etats membres.**

**Pour sa part, la France favorise la formation et l'embauche d'un personnel sanitaire suffisamment nombreux en vue d'atteindre l'autosuffisance.** Après une progression de 1,4 % en 2007 et de 2,8 % en 2008, 7400 étudiants seront autorisés à s'inscrire en deuxième année de médecine à la rentrée 2009 (+ 1,4 % par rapport à 2008). S'y ajoutent 120 places offertes à l'admission dans le cursus médical de candidats issus d'autres filières. L'objectif fixé par les autorités françaises est de 8000 étudiants pour la rentrée 2011. Compte tenu du fait qu'environ 70 % des médecins s'installent dans la zone géographique où ils ont été formés, **les autorités françaises - soucieuses d'une meilleure répartition territoriale - privilégient les facultés de médecine des régions les moins dotées en praticiens**, au détriment (jusqu'à moins 4 %) des facultés des régions les mieux dotées, voire sur-dotées. Ces mesures sont appliquées de façon progressive pour permettre la capacité d'adaptation des facultés à des hausses qui peuvent atteindre 6% par an.

- *Encourager les accords transfrontaliers sur la formation et les échanges de personnel, ce qui pourrait faciliter la gestion des flux sortants d'effectifs dans le secteur de la santé tout en respectant le droit communautaire.*

---

<sup>8</sup> Et plus particulièrement l'intervention transfrontalière des professionnels de santé, y compris ses aspects statutaires, l'organisation du transport sanitaire des patients, la garantie d'une continuité des soins incluant l'accueil et l'information des patients, les critères d'évaluation et de contrôle de la qualité et de la sécurité des soins, les mécanismes de paiement, facturation et remboursement des soins

**La France partage le principe de cet objectif, elle rappelle que l'adéquation des formations offertes avec les besoins en professionnels de santé doit être recherchée en priorité au sein de chaque Etat membre en vue de réduire le recours au personnel de santé de migrants pour pallier d'éventuels déficits en personnels.**

- *Promouvoir des périodes de mobilité pour le personnel (à savoir les périodes de formation/d'acquisition d'expérience dans un autre pays de travailleurs qui retournent ensuite dans leur pays d'origine avec un savoir et des compétences supplémentaires).*

Dans le cadre de la convergence des cursus d'enseignement supérieur dans l'espace européen de l'enseignement supérieur (EEES) au titre du Processus de Bologne<sup>9</sup>, le cursus universitaire français s'organise désormais autour de trois niveaux de sortie articulés sur les trois grades suivants : licence, master et doctorat. Cette nouvelle organisation, dite « *LMD* », permet d'accroître la mobilité des étudiants européens, la mobilité entre disciplines et entre formations professionnelles et générales<sup>10</sup>.

Les principes généraux de l'application française de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur (EEES) se caractérisent par :

- une architecture des études fondée principalement sur trois grades universitaires (licence, master et doctorat) ;
- une organisation des formations en semestres et en « *unités d'enseignement* » ;
- la mise en œuvre du système européen d'unités d'enseignement capitalisables et transférables, dit « *système européen de crédits - ECTS* », initialement développé par l'Union européenne afin de faciliter la lecture et la comparaison des programmes d'études des différents pays européens, et désormais généralisé avec le Processus de Bologne, en Europe, et en France dans la réforme LMD.
- la délivrance d'une annexe descriptive aux diplômes dite « *supplément au diplôme* » afin d'assurer, dans le cadre de la mobilité internationale, la lisibilité des connaissances et aptitudes acquises.

Ce système permet d'attribuer des points à toutes les composantes d'un programme d'études en se fondant sur la charge de travail à réaliser par l'étudiant. Il offre ainsi une meilleure lisibilité européenne des programmes d'études nationaux, et constitue par ce moyen un outil, complémentaire au supplément au diplôme, facilitant la mobilité d'un pays à l'autre et d'un établissement à l'autre.

Ce système n'implique pas la reconnaissance automatique de la valeur de ces crédits. Chaque établissement d'enseignement supérieur décide de manière autonome, ou dans le cadre de réglementations nationales, de la reconnaissance ou non de ces crédits pour l'inscription dans un de ses cursus, ou l'achèvement d'un programme d'études menant à un des diplômes qu'elle délivre.

La reconnaissance peut ainsi devenir effective entre deux établissements ayant signé un accord de partenariat, notamment dans le cadre du Programme Erasmus ou Erasmus Mundus.

---

<sup>9</sup> Le processus de Bologne, processus intergouvernemental non communautaire, se caractérise par l'engagement des Ministres européens de l'enseignement supérieur (soit 46 pays européens actuellement) pour construire un espace européen de l'enseignement supérieur (EEES) d'ici à 2010.

<sup>10</sup> Le décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur<sup>10</sup> réformé vise à assurer en France la transition entre le dispositif préexistant et une « *organisation renouvelée* », dans la perspective de l'Espace européen de l'enseignement supérieur<sup>10</sup>.

Cependant, à l'heure actuelle, en France, toutes les formations de santé se situent encore en dehors du schéma licence-master-doctorat.

Reste que le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de la santé travaillent actuellement à leur intégration à ce dispositif, tant en ce qui concerne les études médicales (au sens large) que pharmaceutiques et paramédicales.

Par ailleurs, La France souligne l'importance de la formation continue des professionnels de santé (cf. point 4.3).

- *Créer un forum ou une instance au niveau de l'Union au sein duquel les administrateurs pourraient échanger leur expérience.*

**La France est favorable au principe d'une telle initiative qui se traduirait par l'approfondissement de la coopération entre les Etats membres des autorités sanitaires en charge des personnels de santé.**

La directive 2005/36 (article 56) établit d'ores et déjà le principe de la coopération.

– **la carte européenne des professionnels de santé : HPRO Card**

Les autorités françaises soutiennent par exemple la création puis la généralisation d'une carte européenne des professionnels de santé, HPRO Card permettant de vérifier la détention par les professionnels de santé des qualifications requises, et de faciliter la traduction des diplômes et des autorisations détenues par ceux-ci.

Elle permettrait également d'identifier l'autorité émettrice et de la contacter immédiatement pour vérifier, le cas échéant, des informations qui y figurent, et de mieux garantir la sécurité des soins prodigués aux patients par ces professionnels migrants.

Cette carte pourrait également évoluer afin de permettre l'intégration des fonctions informatiques grâce à une puce électronique. Ceci pourrait représenter un moyen de faire progresser la standardisation européenne sur ce sujet, afin de permettre et faciliter des échanges européens avec les professionnels de santé : échanges entre professionnels, accès à des dossiers médicaux, etc.

– **Internal Market Information system (IMI)**

L'obligation de réaliser des échanges sécurisés entre les autorités compétentes est de la responsabilité de ces autorités.<sup>11</sup>

La France suggère d'être attentif au développement d'IMI et de s'en inspirer le cas échéant.

**2.5. Point 4.5 du Livre Vert : Migration des Personnels de santé à l'échelle mondiale**  
**Facteurs d'influence et domaines d'action possibles :**

- *Instaurer un ensemble de principes destinés à orienter le recrutement des professionnels de la santé originaires des pays en développement, et introduire des méthodes de suivi.*
- *Aider l'OMS dans son action visant à élaborer un code de pratique de recrutement international des personnels de santé.*
- *Encourager les accords bilatéraux ou multilatéraux avec les pays d'origine et mettre au point des mécanismes favorisant la migration temporaire aux fins d'acquisition de compétences et d'expériences professionnelles nouvelles.*

---

<sup>11</sup> Cf. articles 32 et 34 de la directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur.

## **La France est favorable à ces trois propositions.**

Elle développe par ailleurs actuellement les accords avec les pays d'origine des professionnels afin de favoriser la migration « circulaire » car, comme elle l'a indiqué en introduction de sa réponse officielle à la consultation publique lancée par l'OMS en septembre 2008<sup>12</sup>, la France considère qu'il ne peut y avoir d'amélioration de la qualité des soins et de renforcement des systèmes de santé sans un développement du capital humain indispensable à l'offre de soins.

A l'instar de ce que préconise le code, la liberté de mobilité des personnels de santé vers des opportunités plus favorables et avantageuses (en termes de carrières, de conditions de travail et de rémunération) devrait être reconnue et respectée en veillant toutefois à ne pas mettre en péril les systèmes de santé avec des systèmes migratoires excessifs.

Pour les autorités sanitaires françaises, trois principes importants devraient guider l'esprit de ce code :

- le principe de solidarité qui commande de tenir compte des inégalités de moyens frappant les pays en voie de développement, souvent aggravées par les migrations de leurs personnels de santé ;
- **l'importance, pour chaque pays, quel que soit son niveau de développement, de former des personnels en nombre suffisant et convenablement réparti sur le territoire ;**
- le principe d'une égalité de traitement pour les personnels de santé migrants qui implique, à côté des droits, la mention des devoirs qui s'imposent à tous les personnels de santé.

Par ailleurs, **la France soutient également les différentes initiatives de l'Union européenne en la matière, notamment celle relative à l'élaboration d'un « Code de conduite pour le recrutement éthique de professionnels de la santé de pays tiers »**, ainsi que les mesures afférentes à prendre afin d'en réduire autant que possible les effets négatifs sur les pays en développement et maximiser les effets positifs de l'immigration des professionnels de santé vers l'Union.

## **Il conviendrait cependant que cette initiative communautaire soit mieux articulée avec celle de l'OMS.**

### **2.6. Point 4.6 du Livre Vert : Données à l'appui de la décision / Facteurs d'influence et domaines d'action possibles**

- *Harmoniser ou normaliser les indicateurs sur le personnel de la santé.*

Cf. point 4.2 sur l'Observatoire National de la Démographie des Professions de santé et point 4.4 sur la carte européenne des professionnels de santé.

La France partage cet objectif du Livre Vert tout en soulignant qu'il doit préalablement être atteint dans chacun des Etats membres. La France harmonise pour sa part ses applications de gestion des professionnels de santé et inaugurer en 2009 un répertoire partagé des professionnels de santé qui permettra, notamment, à travers un numéro unique pour chaque professionnel, d'améliorer le suivi de leurs trajectoires professionnelles et d'exercice.

- *Mettre en place des systèmes assurant le suivi des flux migratoires des professionnels de la santé.*

De tels systèmes doivent reposer sur des indicateurs tels que ceux mentionnés précédemment.

---

<sup>12</sup>Les différentes contributions collectées par l'OMS au sujet de son projet de « Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé », sont disponibles sur le site internet de l'OMS : [http://www.who.int/hrh/public\\_hearing/en/index.html](http://www.who.int/hrh/public_hearing/en/index.html)

En cohérence avec sa position sur le dispositif de planification des effectifs de professionnels de santé (cf. supra point 4.3 du Livre Vert), la France considère qu'EUROSTAT peut assurer le rôle de synthèse de ces informations.

- *Garantir la disponibilité et la comparabilité des données sur les effectifs du secteur de la santé, notamment en vue de déterminer avec précision les mouvements de certaines catégories de personnel.*

Cf. point 4.3 sur le système d'information européen.

Dans le cadre de l'observation des maladies, la France relève qu'il existe déjà un Centre européen sur l'observation des maladies transmissibles (Centre Européen de prévention et de contrôle des maladies) dont les compétences pourraient être élargies à terme.

#### **2.7. Point 4.5 du Livre Vert : Les répercussions des nouvelles technologies : améliorer les performances du personnel en santé / Facteurs d'influence et domaines d'action possibles**

- *Garantir une formation adéquate aux professionnels de la santé pour qu'ils utilisent les nouvelles technologies de manière optimale.*

**L'un des effets majeurs des nouvelles technologies devrait être de pouvoir libérer davantage de « temps médical et soignant », notamment en supprimant ou en automatisant des tâches répétitives ou devenues inutiles, comme par exemple le classement de dossiers papier, ainsi qu'en évitant des examens redondants.**

- *Prendre des mesures encourageant le recours aux nouvelles technologies de l'information.*
- *Garantir l'interopérabilité des nouvelles technologies de l'information.*
- *Veiller à une meilleure répartition des nouvelles technologies sur tout le territoire de l'Union*

La France est favorable aux trois principes ci-dessus en continuité avec son soutien aux textes déjà publiés sur ce sujet (Communication sur le plan d'action e-santé, recommandation sur l'interopérabilité des dossiers patients électroniques, communication sur la télémédecine,...). La France participe également à la mise en œuvre de ces mesures au travers du projet pilote à grande échelle eSOS (accès transfrontière à un résumé du dossier patient européen, utilisation transfrontière d'une ordonnance électronique) et du réseau thématique CALLIOPE (feuille de route et travaux de standardisation afférents).

#### **2.8. Point 4.6 du Livre Vert : Le rôle des employeurs du secteur de la santé au sein de la main d'œuvre / Facteurs d'influence et domaines d'action possibles**

D'une manière générale, les professionnels de santé français et les structures qu'ils peuvent être amenés à gérer en tant qu'employeurs relèvent de dispositions particulières qui ne permettent pas de les assimiler directement à des PME. La France soutient bien entendu les mesures propres à améliorer le marché de l'emploi dans le domaine de la santé, mais dans les limites propres à garantir un exercice approprié des professions concernées.

- *Encourager davantage de chefs d'entreprise à se lancer dans le secteur de la santé afin d'améliorer la planification des prestations de soins et de créer des emplois.*
- *Étudier les obstacles auxquels sont confrontées les entreprises dans le secteur de la santé.*

## **2.9. Point 4.7 du Livre Vert : Politique de cohésion / Facteurs d'influence et domaines d'action possibles**

La France partage l'objectif général visant à utiliser davantage et mieux le concours des Fonds structurels dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé ainsi que dans l'amélioration de leurs conditions de travail.

- *Utiliser davantage le concours des Fonds structurels dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé.*
- *Mieux recourir aux Fonds structurels pour la valorisation des ressources humaines dans le secteur de la santé.*
- *Recourir davantage aux Fonds structurels pour les infrastructures du secteur afin d'y améliorer les conditions de travail.*

Dans le cadre de la politique de cohésion, les Autorités françaises ont choisi de centrer l'action du Fonds Social Européen sur l'amélioration de l'accès à l'emploi et sur l'insertion professionnelle durable des publics en difficultés en relation avec les objectifs de la stratégie de Lisbonne. Par ailleurs, la formation des professionnels de santé est largement organisée et financée dans le cadre étatique. Toutefois, une utilisation, à la marge, sur le secteur privé en termes de professionnalisation sur des publics spécifiques visés par le programme opérationnel pourrait être envisagée.

En ce qui concerne l'utilisation des fonds structurels dans les infrastructures du secteur de la santé, le règlement FEDER ne prévoit pas ce type d'investissement pour les régions bénéficiant de l'objectif « compétitivité régionale et emploi » mais, permet de l'envisager pour les régions bénéficiant de l'objectif « convergence » et dans le cadre de celui de la « coopération territoriale européenne » transfrontalière.

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.