

Dossier

- >> **Quelle Europe médicale pour demain ?**
- >> **La libre circulation face au risque de déséquilibre**
- >> **Le point de vue de l'Ordre**

- >> **Un code d'éthique européen, vœu pieux ?**
- >> **Des frontières de plus en plus poreuses**

- >> **Un certificat européen pour garantir les qualités du médecin**
- >> **3 questions à Raymond Cointe,**

- >> **Où se décide notre politique de santé ?**
- >> **" Ne pas agir en fonction des contingences nationales "**

Quelle Europe médicale pour demain ?

- Si la politique nationale de santé se décide pour l'essentiel à Paris, elle doit désormais tenir compte des directives élaborées à Bruxelles - Celles-ci préparent l'Europe médicale de demain qui doit notamment organiser la libre circulation des professionnels de santé et des patients à l'intérieur du nouvel espace européen.

La santé relève de la souveraineté nationale des pays membres de l'Union ; elle intervient donc sur la scène européenne au titre de la subsidiarité. Or, aujourd'hui, les directives se multiplient, qui, sans traiter directement les problèmes sanitaires, touchent le monde de la santé et amènent les professionnels tout autant que les patients à penser et à évoluer non plus seulement " national ", mais de plus en plus " européen ". L'Europe de la santé est ainsi en train de se construire progressivement. En fait, les fondements de ce mouvement ont près d'un demi-siècle : dès l'article 43 CE (1), entériné par le traité de Rome en 1957 et confirmé à maintes reprises, le principe général du droit au libre établissement professionnel au sein de la Communauté européenne était posé. Il est vrai que pendant les premières années, un médecin, un dentiste ou un pharmacien qui se prévalait de ce droit pour s'installer dans un autre pays européen n'avait guère de facilité pour le faire, les professions de santé étant fortement réglementées et strictement organisées. Ce n'est qu'à partir de 1975 que la situation a commencé à évoluer avec la mise en place d'un premier système de reconnaissance des diplômes pour les médecins. Les autres professions de santé ont suivi petit à petit, jusqu'aux pharmaciens en 1985, l'ambition étant de faire en sorte que l'action de la Communauté contribue " à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé(2) ".

Vers une harmonisation des compétences

C'est ainsi qu'aujourd'hui, lorsqu'un médecin français veut s'installer en Italie ou qu'un médecin espagnol souhaite exercer en Allemagne, le système est bien rodé : l'inscription auprès des autorités de régulation (Ordre des médecins ou structure équivalente) relève d'une procédure bien encadrée, les équivalences de diplômes et certificats étant établies au sein de l'Europe des Quinze depuis des années. Mais l'arrivée, en mai 2004, de dix nouveaux pays membres a créé une situation plus difficile à gérer. L'Europe ne pouvait plus appliquer ces règles avec des professionnels de santé qui n'offraient pas toujours les garanties de compétences exigées compte tenu de leurs parcours hétérogènes. Comment, par exemple, établir une équivalence entre la qualification d'un anesthésiste-réanimateur de certains pays de l'Est et celle de son confrère français ou allemand sachant que jusqu'à une période toute récente, il suffisait dans ces pays d'avoir fait cinq ans de médecine plus une ou deux années de spécialisation pour avoir cette qualification ? Idem pour un pédiatre, sachant qu'il peut

SOMMAIRE :

Accueil

Edito

On en parle : Le Dossier Médical Personnel

Actualité : L'Ordre critique la complexité du parcours de soins

Initiative : un hôpital franco-catalan

Dossier : Quelle Europe médicale pour demain ?

Dossier : Un code d'éthique européen, vœu pieux ?

Dossier : Un certificat européen pour garantir les qualités du médecin

Dossier : Où se décide notre politique de santé ?

Connaissances linguistiques : exigence minimum !

Si les exigences en matière de cursus se situent à juste titre à un haut niveau, on ne peut en dire autant concernant les connaissances linguistiques. " Les États membres peuvent exiger de la part des migrants qu'ils possèdent les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice

être reconnu comme apte à exercer avec une seule année de spécialisation après ses études médicales de base !

Il devenait donc urgent de réexaminer les règles européennes sur ce terrain. Pour clarifier la situation, la Commission a décidé de tout remettre à plat. De faire table rase de la quinzaine de directives encadrant la circulation des professionnels de santé - car elles s'étaient accumulées au cours du quart de siècle écoulé - et de les remplacer par un seul et unique document qui regroupe désormais l'essentiel de la réglementation. Simplification, enfin ! En posant les règles générales de la circulation des professionnels de santé à l'intérieur de l'Union élargie, la nouvelle directive - directive 2005-36-CE - offre effectivement une plus grande cohérence et donne le cadre " lisible " qui manquait à la construction d'une Europe de la santé, tout en consolidant la réglementation. Publiée le 7 septembre 2005, elle devra être transposée dans le droit national de chacun des vingt-cinq États membres au plus tard le 20 octobre 2007.

" Les vingt-cinq pays offriront alors le même niveau d'exigence pour la formation de leurs médecins, explique Xavier Deau, en charge de ce dossier au Conseil national de l'Ordre des médecins. Le parcours du médecin sera uniformisé avec un tronc de base de six ans. Pour la médecine générale, par exemple, ce tronc de base sera suivi de trois autres années, soit une formation totale, pour un généraliste, de neuf ans. Cela dit, il reste encore quelques points d'achoppement : la directive stipule que, sur les trois ans, il pourrait y avoir une année de stage, ce qui réduirait d'un an la formation théorique. Or, les Français tiennent aux neuf années pleines afin de ne pas déprécier la médecine générale, aujourd'hui reconnue comme une spécialité... "

Uniformisation des parcours : un nivellement par le haut

Au chapitre des qualifications, pour s'assurer que les mêmes appellations recouvriront bien les mêmes formations, le Journal officiel des communautés européennes a publié sur une trentaine de pages tous les temps de formation à minima pour chacune d'elles.

" Par exemple, pour l'anesthésie, temps minimum, trois ans. Pour la chirurgie générale, cinq ans. Les pays qui avaient des temps de formation moindres devront s'aligner. Il est certain que cette uniformisation exige de la part des pays qui n'étaient pas "dans le cadre" une remise à niveau parfois difficile, d'autant qu'elle doit se faire vite. Mais tous sont en train d'accomplir de gros efforts pour y arriver ", précise le Dr Deau.

La progression à marche forcée des dix pays entrants est donc engagée. Une fois le parcours des médecins et les maquettes des spécialités uniformisés dans tous les pays membres, la qualité des soins en Europe aura forcément gagné. Cela dit, on peut tout de même se poser égoïstement la question de savoir ce que cela va apporter à la médecine française. Car, au niveau européen, notre pays est reconnu pour être le plus avancé en termes de qualité et de sélectivité des études médicales. Cette uniformisation ne risque-t-elle pas d'entraîner un nivellement par le bas ? Xavier Deau rejette cette hypothèse, mais ne nie pas la nécessité d'une certaine vigilance :

" Aplanir au mieux toutes les différences, uniformiser les contenus et les durées des cursus ne doit évidemment pas se faire au détriment de la qualité des soins. Bien au contraire. Mais ce sera au Secrétariat général aux Affaires européennes, service dépendant du Premier ministre et siégeant de droit au comité de reconnaissance des qualifications professionnelles, de suivre ce dossier jusqu'en octobre 2007. Pour sa part, le Conseil national de l'Ordre lui a d'ores et déjà signalé tous les points qui lui semblent essentiels. Ceux auxquels il faudra veiller afin que le nivellement des formations médicales se fasse bien par le haut et que cette uniformisation conduise à une amélioration globale de la qualité des soins en Europe. "

Il n'est pas exclu, en revanche, que ce travail conduise à des évolutions dans les spécialités, autrement dit que de nouvelles spécialités fassent leur apparition dans notre pays. En effet, si deux cinquièmes des pays membres reconnaissent une spécialité, celle-ci pourra être reconnue dans tous les pays. Ainsi, aujourd'hui, il suffirait que dix pays sur les vingt-cinq reconnaissent une spécialité pour qu'elle soit reconnue au niveau européen, à condition, toutefois, que le comité de reconnaissance des qualifications donne son accord. C'est notamment sur cette règle que des médecins fondent l'espoir de voir bientôt naître en France certaines spécialités enseignées et pratiquées, mais non reconnues en tant que telles. Par exemple, la médecine environnementale ou encore l'allergologie, reconnues dans d'autres pays européens. Ce sera peut-être le cas aussi avec la médecine d'urgence, reconnue comme spécialité au Royaume-Uni, en Hongrie, en Irlande, en Pologne, au Portugal, etc., mais pas chez nous.

Pour l'heure, il faut préciser que seules dix-sept spécialités sont communes aux vingt-cinq États membres ! Cela paraît très peu face à la cinquantaine de nos spécialités nationales ! Mais la cardiologie n'est pas reconnue en tant que telle en Autriche, ni en Slovénie où elle fait partie du cursus des études générales. La chirurgie gastro-entérologique ne l'est pas en Grande-Bretagne... La confrontation de nos vingt-cinq points de vue va nous obliger à poser les questions autrement et à élargir le débat.

Dossier : Arlette Chabrol

de la profession ", lit-on dans la directive. Mais cela " exclut l'imposition de tests de langue systématiques avant d'entamer une activité professionnelle ". L'évaluation éventuelle des connaissances d'un médecin dans la langue du pays où il veut exercer ne pourra intervenir qu'après la reconnaissance de ses qualifications professionnelles...

Le principe de subsidiarité

Le principe de subsidiarité consiste à réserver uniquement à l'échelon européen ce que l'échelon des États membres ne pourrait effectuer que de manière moins efficace. Le principe de subsidiarité ne s'applique donc qu'aux questions relevant d'une compétence partagée entre l'Union et les États membres. Il ne concerne ni les domaines relevant de la compétence exclusive de la Communauté (ex : la PAC), ni ceux qui demeurent de la seule compétence des États.

Démographie : la libre circulation

face au risque de déséquilibre

Avec l'extension de la libre circulation des médecins à l'ensemble des pays de l'Union européenne, ne va-t-on pas créer des mouvements de migration qui risquent de provoquer des déséquilibres démographiques sur le plan médical, ici ou là ? Difficile de ne pas évoquer cette question... Lorsque les pays se situent à des niveaux proches les uns des autres, le risque est relativement faible. On l'a bien vu au cours des années écoulées : les inscriptions au Tableau de l'Ordre montrent que le phénomène concerne pour l'essentiel les pays limitrophes (la Belgique avec 1 301 inscrits¹, l'Allemagne avec 810, l'Italie avec 597 et l'Espagne avec 290). Il s'agit souvent, d'ailleurs, d'exercices transfrontaliers plutôt que d'immigrations réelles.

Mais qu'en sera-t-il demain avec l'ouverture aux professionnels des dix pays entrés en 2004 ? L'écart entre leur niveau de vie et celui du reste de l'Europe est suffisamment important pour susciter quelques inquiétudes. Prenons l'exemple d'un chirurgien polonais, universitaire ayant également une activité libérale : il gagne au maximum mille euros par mois. À moins d'être atteint d'un patriotisme aigu, ne sera-t-il pas tenté d'émigrer vers un autre pays de l'Union dont il parle la langue ? Un pays où il trouvera à la fois des perspectives d'avenir plus intéressantes pour ses enfants et qui lui permettra de gagner quatre ou cinq fois plus. L'analyse des effectifs de médecins étrangers inscrits à l'Ordre est là encore explicite : entre fin 2003 et fin 2004, le nombre de médecins roumains inscrits est passé de 121 à 168, celui des Polonais de 32 à 62. La Roumanie et la Pologne sont francophiles, faut-il le préciser ?

" En France, nous manquons de médecins dans certains secteurs. Nous n'allons donc pas refuser ceux qui se présentent à nos portes lorsqu'ils offrent toutes les garanties de compétences... mais il faudra sans doute mettre en place des mécanismes pour réguler les flux de migration des professions médicales ", reconnaît Xavier Deau.

De fait, il y aurait quelque chose d'indécemment à favoriser la fuite des cerveaux, ou du moins à laisser les pays européens les moins avancés se faire dépouiller de leurs médecins après avoir investi lourdement pour les former pour combler les déficits des pays les plus avancés. La réflexion devra donc être engagée sur ce problème. L'Union européenne devra notamment faire réaliser des études démographiques afin de suivre au fil des ans les flux migratoires à travers l'espace européen. Quitte à prendre les mesures nécessaires pour remédier aux déséquilibres qui seraient en train de se créer.

1. Chiffres relevés en décembre 2004 (démographie médicale française).

Le point de vue de l'Ordre

Dr Francis Montané, vice-président du Conseil national de l'Ordre

" La nécessité pour les pays européens de trouver un terrain d'entente les aide à avancer "

La mobilité des professionnels de santé est aujourd'hui acquise et celle des patients se met peu à peu en place, symbolisée depuis peu par la carte européenne de santé. Une telle évolution doit nous amener à nous interroger sur cette Europe de la santé qui se construit peu à peu sous nos yeux. Cette Europe-là a- et aura plus encore dans les prochaines années - des implications nombreuses et concrètes dans notre vie quotidienne.

L'ouverture des frontières au sein de l'Union élargie et la libre circulation ou, si l'on veut être plus précis, le libre établissement des professionnels de santé, ne sont concevables qu'assortis d'une harmonisation des compétences et d'une reconnaissance mutuelle des qualifications. De même, pour garantir la sécurité des patients, les autorités de régulation doivent-elles assurer une circulation sans entrave des informations sur les professionnels de santé. Quant à la libre circulation des patients, elle est déjà bien engagée et l'on voit mal comment elle pourrait ne pas se poursuivre... ce qui amènera à une harmonisation progressive des systèmes de santé. Mais ne nous leurrions pas : avancer ensemble à vingt-cinq - et demain peut-être à vingt-sept ou vingt-huit - sur un terrain où les traditions nationales et les convictions pèsent lourd n'est pas chose facile. Cela bouscule bien des habitudes et oblige à de multiples remises en question. C'est cependant là, pour chacun des pays concernés, et pour la France en particulier, une formidable chance d'évoluer. Sur des sujets aussi délicats que la fin de vie, le secret médical ou les cellules-souches, les positions des uns et des autres sont parfois radicalement opposées. La confrontation entre les pays membres est parfois rude, mais la volonté et la nécessité de trouver un terrain d'entente contribuent à faire tomber les

barrières et nous aident à sortir de nos positions les plus figées. Il faut donc s'en réjouir. L'Europe de la santé est le terrain d'un échange d'expériences fructueux pour tous. L'élaboration de projets et de programmes communs qui s'inspirent de ce qui " marche " le mieux dans chaque pays constitue une ligne directrice qui doit tous nous stimuler.

