

Infirmière espagnole
France
Installation
Recrutement
Infirmière
Graph

Politique de santé
Santé publique
Système de santé
Organisation
Pologne
Espagne

Italie
Personnel soignant
Conditions de travail
Étude Next
Médecin européen
Congrès

Rouen
2004
Hôpital
Europe
UE

Graph

Rouen, 10 décembre 2004

L'Europe, une chance pour les professionnels de santé, pour l'hôpital ?

A lors que l'Europe s'élargit à dix nouveaux pays et va se munir d'une construction sans précédent dans son histoire, les objectifs du Graph sont d'informer et de réfléchir sur ses conséquences en matière de prise en charge des citoyens et de pratiques hospitalières.

Comment va se profiler dans les toutes prochaines années le paysage de la prise en charge de nos citoyens par nos structures d'offres de soins et les hommes qui les servent dans un environnement contraignant de directives européennes multiples s'imposant aux décideurs ?

Quels impacts peut-on attendre des réformes en cours constatées d'un pays à l'autre, confrontés à une meilleure régularisation de l'offre et la demande, cette dernière étant de plus en plus exigeante vis-à-vis des services et souhaitant bénéficier toujours plus rapidement des fruits de la recherche en santé publique, en médecine et en technologies de pointe ?

Quatre ateliers ont débattu autour de thématiques se recoupant obligatoirement vu leurs fortes intrusions.

■ L'Europe des hôpitaux

Les hôpitaux doivent se restructurer pour mieux répondre à la demande en offrant toujours plus de qualité, de sécurité et d'éthique aux patients tout en se référant à une harmonisation progressive et incontournable des bonnes pratiques hospitalières. Une nouvelle gouvernance est appelée à s'instaurer entre les parties, faisant vivre et fonctionner des organisations complexes telles que les hôpitaux, ceux-ci devant évoluer au sein d'environnements les amenant à s'ouvrir sur la cité.

Quelles réponses structurelles comparées en cours et au regard de quels indicateurs de performances ? Pourquoi certains pays avancent-ils plus vite que d'autres dans leurs restructurations ?

■ L'Europe des professionnels

Les traités européens et les multiples directives prévoient et tentent depuis longtemps de favoriser la mobilité des professionnels de la santé au sein de l'espace européen, mais à quel prix et selon quelles modalités ? Est-ce une chance ou un handicap pour une Europe de la santé ? Va-t-on vers une Europe de la santé où toutes les qualifications professionnelles seront reconnues mutuellement par les États ? Ou vers des formes de protectionnisme non avoué ?

■ L'Europe de la recherche

Il n'y aura pas de progrès en médecine ni en santé publique sans innovation, ni si la recherche ne suit pas. La recherche est un enjeu majeur pour l'Europe. Quelles formations à la recherche et pour quels échanges ? Quels sont les instruments favorisant la mobilité des chercheurs au sein de l'espace européen ? Quel statut donner aux CHU pour valoriser au mieux les recherches effectuées par les équipes hospitalières et universitaires ? Quelles formes de contractualisation interne et externe à mettre en place avec les facultés de médecine, les universi-

tés, les centres de recherche et tout autre partenaire constituant par essence des réseaux d'excellence en s'appuyant sur le formidable enjeu que représente l'économie de la connaissance ?

■ L'Europe des citoyens simples consommateurs ou futurs patients/clients ?

À l'heure de la libre circulation des services et des citoyens au sein de l'espace européen qui va s'accroissant, et de la santé qui relève de plus en plus du domaine des services (au sens des accords OMC), où un certain nombre de dispositions visant à harmoniser leur prise en charge financière apparaissent, où le Conseil de l'Europe préconise une coordination des systèmes de sécurité sociale, où est réinstallé le Comité de protection sociale (article 144 du traité de Nice), ne viendra-t-il pas un jour où ce citoyen européen, connaisseur de ses droits, et sous la pression de systèmes assuranciers et de ses barèmes, sera en droit d'exiger peu à peu un niveau de prestations harmonisé quels que soient la structure et le pays de sa prise en charge ?

Groupe de recherche et d'applications hospitalières

Le Graph, fondé en 1974 par six CHU (Clermont-Ferrand, Montpellier, Reims, Rennes, Rouen et Saint-Étienne), réunit à ce jour, dans le cadre de la loi de 1901 sur les associations, les établissements publics de santé adhérents et les personnalités du monde de la santé à titre personnel.

Les membres fondateurs de ce groupement, actuellement présidé par Alain Halbout, directeur général honoraire du CHU Hôpitaux de Rouen, et précédemment par Roger Quilliot, sénateur maire de Clermont-Ferrand, ont voulu créer un nouvel espace de réflexion et de recherche en dehors des schémas traditionnels et du protocole figé.

Son but premier est de solliciter l'ensemble des équipes de direction, développant les échanges dans l'expérience commune pour une meilleure connaissance du milieu professionnel. C'est ainsi que se développent des groupes d'études sur des thèmes d'actualité, ainsi que des relations privilégiées et personnelles.

Mais l'ambition du Graph est aussi de développer les axes de recherche ouvrant les pistes de l'avenir et d'affirmer ainsi la présence des hospitaliers par l'évolution continue de nos sociétés, rappelant, si besoin est, les règles de morales auxquelles nous sommes attachés.

Ouverture - I

Marie-Madeleine Dautel
Chef de mission

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la Santé

Je suis très heureuse d'être parmi vous aujourd'hui et c'est avec plaisir que j'ouvre, au nom d'Édouard Coutu, votre colloque qui traite de l'Europe et de l'hôpital. Pour mieux cerner ce sujet, je vous propose de faire un tour d'horizon plus général de l'impact de l'intégration européenne sur les systèmes de santé nationaux, L'Europe pèse de plus en plus, c'est un fait, sur les systèmes de santé nationaux, alors que, en principe, l'organisation des soins de santé et leur financement est toujours de la responsabilité des États membres. Le traité d'Amsterdam (signé le 2 octobre 1997) indique pourtant de manière explicite que l'Europe n'a pas de compétence dans les dispositifs de protection sociale financés au moyen de fonds publics. Cependant, chacun sait que les soins de santé représentent une importante réalité économique des États membres de l'Union européenne. Si la santé n'est pas un « marché comme les autres », il n'en reste pas moins que les mesures visant à faciliter la liberté commerciale et la libre circulation des prestataires de soins, des médicaments, des dispositifs médicaux, ne sont pas sans conséquences sur l'organisation nationale des soins de santé. On se trouve donc aujourd'hui dans une situation paradoxale où l'Europe, soucieuse de mettre au point des règles établies au nom de la libre concurrence, et s'imposant à tous, met à mal les systèmes nationaux de protection sociale, opposant d'une part les défenseurs des principes de solidarité et d'autre part les défenseurs de la libre concurrence dans les « marchés » des soins de santé.

Je ferai, tout d'abord, un bref rappel sur l'évolution de la politique européenne qui tient aux compétences de la Commission européenne et à la base juridique que lui confère la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes. Ensuite, j'évoquerai la révision, en cours, de la directive sur la reconnaissance mutuelle des diplômes, abordant ainsi la question de la libre circulation des professionnels de santé. Enfin, je m'exprimerai sur les avancées en matière d'Europe de la santé, initiées par les ministres de la Santé des pays membres.

Dans la construction européenne, on est passé

par une première phase normative d'harmonisation des législations nationales, de coordination et d'accompagnement des politiques sociales et de santé publique notamment.

Pour la coordination, on peut citer le règlement sur la coordination des régimes de sécurité sociale de 1971 – qui était assez restrictif en matière de liberté de circulation et de choix des malades. Ce règlement obligeait à un système d'autorisation préalable pour obtenir des soins hors de son pays. Puis, au cours des vingt dernières années, la santé, compétence émergente de l'Europe – conséquence des nouvelles compétences de la Commission européenne –, est devenue un objectif essentiel de la politique communautaire, résultante d'une infinité de facteurs. C'est ainsi que la Communauté a complété l'action des États membres par une série de directives spécifiques à ce secteur.

J'identifierai très schématiquement trois grands champs, et tout d'abord celui des directives communautaires :

- les directives concernant la santé publique : suite aux crises sanitaires et à la résurgence de maladies, il est apparu évident de les prendre en compte dans l'ensemble des politiques communautaires ; il en va ainsi de la santé et de la sécurité au travail (radioprotection), de la toxicomanie, de la lutte contre le tabagisme, de l'harmonisation des conditions de fabrication et de mise en circulation des dispositifs médicaux, etc. ;
- les directives qui ont un impact sur le système de santé mais non directement liées à ce dernier : je pense à la directive de 1993 sur la sécurité des travailleurs, qui pose problème dans son application. Elle ne concerne pas spécifiquement le champ de la santé mais a un impact sur l'organisation du temps médical et du temps de travail avec l'intégration des gardes dans le temps de travail, question d'actualité pour les établissements de soins (en particulier les hôpitaux), et pas seulement en France évidemment, puisque cette directive est en cours de révision ;
- les directives sectorielles : je souhaite m'attarder sur la proposition de directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles : un projet de directive à l'initiative de la

Commission européenne (2002/0061COD) et concernant les professions réglementées, notamment celles du secteur médical ou paramédical, a fait l'objet de discussions au niveau interministériel sous la houlette du Secrétariat général du comité interministériel pour les questions de coopération économique européenne (SGCI) et de négociations avec la Commission européenne. L'objectif du nouveau texte est de simplifier, en les regroupant, plusieurs directives avec pour objectif ultime l'abrogation des directives sectorielles actuellement en vigueur.

La motivation de cette proposition de texte nouveau se fonde sur la volonté commune exprimée de façon conjointe par la Commission, le Conseil et le Parlement européen à l'issue de l'adoption de la directive 2001/19/CE concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles où un objectif de consolidation et de simplification avait été acté. Cette volonté s'est trouvée renforcée par différentes communications de la Commission au Conseil et en particulier celle de février 2001 intitulée « De nouveaux marchés européens du travail ouverts et accessibles à tous » ainsi que celle de novembre 2001 « Réaliser un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie ».

Ajoutons enfin que cette directive répond aux impératifs du livre blanc de la Commission de juillet 2001 sur la gouvernance européenne. Bien que la plupart des États adhèrent à ce projet, certains d'entre eux, dont la France, font observer ou mettent en avant des remarques liées, soit à des contraintes supplémentaires, soit à des spécificités, qu'il y aurait lieu, le cas échéant, de prendre en compte. Le projet de texte prévoit que lorsqu'un ressortissant européen est qualifié pour exercer dans son pays une activité d'une profession couvrant un champ d'activité plus large que la même profession dans l'État membre qui l'accueille, la reconnaissance des qualifications du demandeur lui confère l'accès à la seule activité existant dans l'État membre d'accueil. Par exemple, les masseurs-kinésithérapeutes posent question en France, certains pays n'ayant que la qualification de masseur. On peut imaginer que quelqu'un disposant de la reconnaissance du diplôme de masseur puisse venir exercer sa profession en France sans pouvoir exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, qui est exclusive. On voit bien le type de difficulté que cela peut créer. Comme l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie, la France a fait des observations pour demander la disjonction de cette

disposition, figurant dans les dispositions générales du projet de directive.

J'en viens maintenant à un chapitre très important: la libre prestation de services (acte de soins dans ce cas). Ce projet réaffirme le principe de libre prestation de services, soit la liberté d'aller pratiquer des prestations de services dans un État membre de l'Union. Ce principe de libre prestation ne peut être restreint au seul motif de la qualification professionnelle. Il a été admis que cette prestation de services pouvait s'exercer sans contrainte à condition qu'elle ait une durée limitée (seize semaines par an dans le projet): on pourra exercer pendant seize semaines par an dans un État membre de l'Union en étant dispensé des exigences imposées aux professionnels de l'État membre d'accueil.

Cette disposition a conduit la France et d'autres pays à faire des observations pour maintenir un système de déclaration préalable simplifié dans l'État membre d'accueil, afin de demander au prestataire de services étranger de fournir les documents liés à sa formation pour avoir des garanties. La discussion porte aujourd'hui sur le niveau auquel on met le « curseur ».

La liberté d'installation, quant à elle, pose, comme principe limitatif, la nécessité de maîtriser la langue du pays d'installation. Par conséquent, il pourrait être imaginé que l'État membre d'accueil délivre une autorisation d'exercice liée à la maîtrise de la langue. Aujourd'hui, le projet est accompagné d'une disposition prévoyant que les États membres fassent en sorte que les bénéficiaires (ceux qui s'installent) acquièrent les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de leur activité professionnelle dans l'État membre d'accueil. Cela signifie que l'État membre d'accueil a la charge et la responsabilité de prendre en charge, notamment au plan financier, la formation d'acquisition des connaissances. La France a émis des observations et propositions pour limiter la portée de cette rédaction.

Enfin, il existe un chapitre important relatif aux modalités d'exercice de la profession, dispositions qui, pour la France, posent problème pour certaines professions (infirmières notamment). Un article de ce chapitre stipule que les ressortissants de l'État membre doivent effectuer un stage préparatoire ou avoir une expérience professionnelle pour être conventionnés par une caisse d'assurance maladie, alors que les ressortissants d'un autre état qui s'installeraient dans l'État membre d'accueil seraient dispensés de cette obligation sous réserve qu'ils soient titulaires d'une qualification professionnelle – reconnue – acquise dans un autre état.

Cela pose problème pour les infirmières qui, en France, préalablement à leur installation en libéral, sont tenues d'exercer trois ans dans un établissement de soins.

Sans méconnaître tout l'intérêt d'une telle démarche de rationalisation, la rédaction de certains articles du projet de directive suscite des interrogations quant aux conditions de leur application et nécessite de bien mesurer leur portée compte tenu des tensions observées actuellement sur la démographie de certaines professions de santé. Voici l'état de la discussion sur le projet de directive qui, plus fondamentalement, et au-delà de ces observations, présente un intérêt majeur de simplification et de coordination, et vient consacrer le principe de liberté de circulation et d'installation des professionnels. Le deuxième point est lié à la libre circulation des patients en Europe et à la politique de santé au niveau européen.

Plus de quarante ans de construction européenne ont permis de constituer l'acquis communautaire. Pourtant, la question liée à

Plus de quarante ans de construction européenne ont permis de constituer l'acquis communautaire. Pourtant, la question liée à la libre circulation des patients n'avait jamais été posée en termes explicites.

la libre circulation des patients n'avait jamais été posée en termes explicites. Les différents arrêts de la Cour de justice des communautés européennes ont eu pour conséquence de les poser plus précisément dans le secteur de la santé. Face à ces défis, auxquels s'ajoutent ceux portés par la liberté d'installation et de circulation des professionnels, les ministres de la Santé européens ont souhaité engager une réflexion et une action.

En janvier 2002, la présidence espagnole a déposé un document intitulé *L'Europe de la santé* qui, en traitant largement de la circulation des patients, invitait les ministres à une réflexion conjointe associant le secteur de la santé et celui de la protection sociale pour établir une plus forte cohérence de la réglementation européenne.

Suite à ce mémoire espagnol, une réunion informelle des ministres de la Santé s'est tenue à Malaga en février 2002 au cours de laquelle quatre axes ont été avancés comme des pistes de travail possibles.

Le premier axe concerne le renforcement des

coopérations transfrontalières, soit des coopérations sur les zones frontalières de chacun des pays, soit des coopérations sur le territoire européen. La France œuvre sur le sujet avec ses « voisins » belges, allemands, espagnols, anglais et italiens et un accord intergouvernemental entre la France et la Belgique est sur le point d'aboutir.

Le deuxième axe, fort, sur lequel les experts européens ont commencé à travailler, est celui de la création progressive à l'échelle européenne de centres médicaux d'excellence qui pourraient regrouper des moyens performants permettant la prise en charge de certaines pathologies lourdes et coûteuses, maladies orphelines, maladies rares, traitement du cancer ou des plateaux techniques très lourds permettant le développement de nouvelles technologies et de la recherche médicale. Notre direction, grâce à son travail s'est vu confiée la présidence du groupe de travail par la Commission européenne en juin 2004.

Le troisième axe est la volonté de développer des actions conjointes en matière de qualité

des soins par des échanges intracommunautaires de savoir-faire, de processus en matière de bonnes pratiques, d'évaluation de la qualité des soins, de « process » d'accréditation et de mesure de la performance, sachant que certaines disparités demeurent entre les États sur ces aspects. Depuis juin 2004, la Dhos a mis en œuvre des collaborations bilatérales avec le Royaume-Uni sur ces questions ainsi que sur celles du dossier médical personnel. Le quatrième axe concerne des mesures liées à la protection sociale et à l'assurance maladie. Pour répondre aux exigences communautaires, des réformes de fond ont été engagées sur différents sujets pour définir les adaptations nécessaires et rendre notre législation compatible avec ces exigences. Dans le droit fil du règlement communautaire 1408/71 et son extension aux ressortissants des États tiers qui résident légalement dans la CE, des conclusions des ministres de la Santé réunis à Malaga, le Conseil européen de Bruxelles a entériné la création de la carte d'assurance maladie

dont la création avait été décidée en mars 2002. Cette future carte européenne constitue une nouvelle preuve concrète de l'existence de l'Europe de la santé.

Même si les réunions européennes montrent des positions qui ne sont pas nécessairement convergentes – le Royaume-Uni est plus centré sur l'accueil par d'autres États des patients pouvant figurer sur ses listes d'attente; le Danemark, les Pays-Bas et l'Allemagne insistent plus particulièrement sur le développement des coopérations transfrontalières; la France et la Suède souhaitent développer les centres d'excellence européens et la recherche médicale au niveau européen (maladies rares); l'Espagne souhaite simplifier les procédures et conditions de prise en charge des patients, notamment dans les états où les procédures sont plus complexes –, il y a un consensus minimum sur la nécessité de développer les échanges dans le domaine de la santé et de la qualité des soins.

Il est clair que la position française – cohérente –, affirmée par les ministres successifs, a conduit, suite à la réunion d'experts tenue en Espagne en février 2002, à réaffirmer notre volonté de développer la coopération transfrontalière, de travailler sur les centres d'excellence au niveau européen et de développer des pôles lourds de recherche en cohérence avec nos systèmes, sachant qu'on a déjà bien progressé sur l'aspect des coopérations transfrontalières, mais qu'il reste à développer, de façon plus importante, toutes les coopérations bilatérales ou multilatérales sur les sujets – à « défricher » - de mesure de la qualité de la performance.

Enfin, dans le cadre du marché intérieur, la réglementation de la libre circulation des personnes, des marchandises (les dispositifs médicaux, les médicaments, etc.), des services, des capitaux font que la santé n'est plus un domaine isolé car intégrée aux politiques sociales et économiques. La Cour, par sa jurisprudence, a rappelé aux États membres que leur liberté de gestion de leur système national de santé et de sécurité sociale, souvent qualifiée de compétence exclusive, n'autorise pas à enfreindre la législation communautaire et ses principes fondamentaux en matière de libre circulation des personnes, des capitaux, des marchandises, de liberté d'installation, de liberté d'investissement et de libre concurrence.

Sur le projet de directive service dans le mar-

ché intérieur, et pour la place de la santé, la directive couvre deux problématiques distinctes dans ce domaine: le champ d'application de la directive et la codification du remboursement des soins de santé.

Sur le premier point, la France conteste l'inscription de la santé dans le champ d'application de la directive, compte tenu du principe de subsidiarité.

En effet, faire justifier chaque dérogation nécessitée par l'organisation en plan national des services de santé (évaluation des régimes d'autorisations, par exemple, pour des équipements ou des structures de soins) impliquerait un droit de regard de la Commission et de la Cour de justice, allant à l'encontre de ce principe de subsidiarité. En réponse, la Commission a maintenu la pertinence de la place de la santé dans un texte sur les services. Elle est donc opposée à l'élaboration d'une directive spécifique.

Sur le second point, la France a mis en avant le caractère aléatoire d'une démarche visant à rechercher une définition de la notion de

soins hospitaliers, eu égard à l'évolution de ceux-ci au gré du progrès médical, et souligné qu'une telle définition, qui pourrait s'imposer ensuite dans l'ordre juridique des états membres, contrevient totalement au principe de subsidiarité. La France serait donc plutôt favorable à une liste de critères permettant de définir si un soin relève ou non d'une autorisation préalable, ce qui permettrait de contenir le danger d'une définition.

La Commission a reconnu que la définition des soins hospitaliers était perfectible et pouvait donc être révisée sans accepter pour autant de prendre en compte l'économie propre à chaque système national de santé, qui relève de la compétence exclusive de chaque État membre, ainsi que les caractéristiques spécifiques du règlement 1408/71, qui définit les droits des patients dans le cadre de la mise en œuvre de la coordination entre les régimes nationaux de protection sociale.

J'espère avoir apporté un éclairage sur la politique européenne qui se joue sur les services de santé et donc de l'hôpital. •

Ouverture - II

Christian Paire

*Directeur général du CHU-Hôpitaux de Rouen
Secrétaire général du Graph*

Je vois plus qu'un clin d'œil dans le rapprochement Europe/région: je pense depuis longtemps que le fait régional et le fait européen sont quelque chose de fort. Ce qui ne veut pas forcément dire disparition de l'État nation, car l'État doit continuer à avoir une vraie responsabilité dans le domaine de la santé. On verra à travers des exemples une culture du fait régional très ancienne qui est une source de grande vitalité. Je vois comme un symbole ce rapprochement. À l'étranger, les régions ont une masse critique plus grande que les nôtres. Parfois, on a l'impression que nos régions sont plus petites, ce qui n'empêche pas d'être actifs. Dans l'émulation européenne, la taille peut parfois présenter un avantage.

Les hospitaliers ont eu besoin de se regrouper. Par exemple en créant le G4, qui va bientôt avoir une personnalité morale et qui réunit quatre CHU: Lille, Amiens, Caen et Rouen. Ce regroupement est très précurseur. À l'origine, il a été créé dans un objectif d'améliorer la démogra-

phie médicale. Nous sommes une région qui reste, en termes de densité médicale, très défavorisée, et nous avons ressenti le besoin que, entre les nombres de postes insuffisants dont nous disposons et les professionnels en émergence, il puisse y avoir un pool et que notre faiblesse puisse être dépassée par des échanges. Paris a pris conscience qu'il se passe des choses dans le Nord-Ouest.

Au-delà de la démographie médicale, c'est la recherche qui est devenue le sujet du G4. À partir d'une étude des points forts des quatre CHU, a pu se développer un appel d'offres de recherche commun. L'axe Lille-Rouen est très fort dans le domaine de la santé. Il faut être présent à Bruxelles, être capable de s'inscrire par rapport aux grands programmes européens: ceci suppose une capacité d'organisation des partenariats avec les pays étrangers car nous n'aurons des fonds que si nous sommes capables de présenter des dossiers communs. Avec le G4, on deviendra des acteurs très présents sur les programmes

cadres de recherche et de développement (PCRD), le sixième ou le septième ; c'est essentiel.

C'est, pour le CHU, un signe de reconnaissance très fort que le G4 ait servi de cadre pour la création du cancérôpole Nord-Ouest. Aux quatre CHU s'est ajouté l'hôpital Erasme de Bruxelles. C'est très important : c'est la première fois que les CHU sont partenaires d'une grande ville européenne comme Bruxelles. C'est la raison pour laquelle région, interrégion et Europe font bon ménage.

Lors du traité de Maastricht, la santé, au nom du principe de subsidiarité, ne faisait pas partie des compétences européennes. On peut comprendre, d'un État à l'autre, que les systèmes soient différents. Pourtant, l'Europe des citoyens est en train de se faire. Par exemple, *via* une carte de santé européenne. C'est au travers de réalisations concrètes sur les moyens de faire valoir ses droits, où qu'on soit en déplacement en Europe, que l'Europe avancera. C'est une vraie réalité, l'Europe des usagers. Aujourd'hui, en France, avec la montée du consumérisme, la place de l'usager est une stimulation, une motivation. Le CHU de Rouen développe « l'écoute client » ; ce qui veut dire que le client est roi, qu'il n'est pas un administré passif, un patient allongé « à la verticale », mais qu'on est là vraiment pour prendre en compte les besoins de l'usager. Et l'usager est très important à l'heure de l'Europe.

Mais c'est aussi l'Europe des professionnels que l'on verra à travers l'intervention de Michelle Bressand et à travers le sujet très concret de la mobilité des soignants, des médecins : ce sont des sujets très réels. Aujourd'hui on a accueilli un certain nombre de professionnels étrangers, il faut faciliter ces échanges. Des pays comme la Pologne ont aujourd'hui besoin de travailler avec nous sur un certain nombre de sujets. Mais ce sera d'autant plus facilité si on arrive à avoir un système de référentiel au plan universitaire. Le fait de passer à un système de licence/mastère/doctorat (LMD) a favorisé des échanges qui avaient du mal à se construire aussi pour des sujets d'équivalence.

À Rouen, et je remercie la région, nous avons construit l'espace régional de formation. Ce n'est pas seulement un bâtiment nouveau, c'est d'abord un projet autour d'une vision pédagogique partagée, et au-

delà des passerelles entre les différents corps de métiers dont il est question.

C'est une chance, au CHU de Rouen, d'être dans le domaine des techniques d'information et de communication (Tic) des pionniers. Rouen a une avance considérable dans le domaine de la communication (exemple du portail du CHU), et a reçu un prix mondial au Sénat... Ce sont des éléments de fierté et de communication de grande ampleur.

L'Europe, c'est ce qui se passe à l'intérieur,

mais c'est aussi un nouveau partenaire mondial. Le CHU, comme la faculté de médecine et de pharmacie, s'est engagé dans une collaboration avec la Chine. Nous sommes déjà présents en Chine, nous le serons certainement encore plus demain. Les Chinois attendent un dialogue avec l'Europe. Le modèle européen les intéresse pour des raisons historiques, de valeurs, de culture. La France en Chine peut faire valoir un modèle européen. L'Europe, c'est la capacité à être présent sur la scène mondiale. •

Ouverture - III

Alain Le Vern

Président du conseil régional de Haute-Normandie

Personne ne peut être indifférent aux problèmes de santé. Les indicateurs qui ont trait aux différentes maladies, au taux de mortalité, à la durée de vie, aux équipements, à l'égalité des chances face aux accidents et aux maladies, montrent que nous avons un certain nombre de retards. Il est nécessaire d'affirmer la responsabilité première de l'État sur ces principes d'équité et d'égalité face à la santé car c'est une compétence régaliennne sur laquelle il ne faut pas transiger, pas plus que l'État ne doit se soustraire à ses obligations en matière d'éducation, de justice... Nous avons, en tant que collectivité régionale, plusieurs leviers d'action dans le domaine de la santé. Dans ce secteur transversal, la région entend assurer ses responsabilités.

En premier lieu, en matière de formation, à travers la formation initiale et professionnelle. En faveur des professions de santé, la région n'a pas respecté ses compétences, elle a fait bien plus, elle a construit la faculté de médecine et pharmacie, elle s'est engagée sur d'autres sujets hors de ses compétences, elle a anticipé la loi d'août dernier. Elle a pris des engagements sur la construction : la région est maître d'ouvrage de l'espace régional de formation des professionnels de santé, espace unique en France, où CHU, faculté et personnels de santé se retrouvent au même endroit. Derrière ce projet, il y a la volonté de rattraper le retard de la région. Il s'accompagne de la mise en place de bourses spécifiques pour des personnels de santé.

Priorité donc à la formation. La région va

exercer ses compétences dans ce domaine essentiel en liaison avec les professionnels. En matière de recherche, des partenariats solides se créent entre la région, l'Inserm et le CNRS. Les régions Haute et Basse-Normandie, Picardie et Nord-Pas-de Calais, souhaitent appuyer la démarche de cancérôpole du Nord-Ouest. Les personnels de santé, les chercheurs et les politiques ont réalisé qu'il s'agit là d'un véritable défi à relever.

Au niveau des compétences développées, enfin, la région intervient en matière de santé : par son positionnement sur un espace géographique nord-ouest de la France et européen, et par d'autres actions telles que la télé médecine, la surveillance des grossesses à risques... La région est « non compétente » en matière de santé, mais elle ne peut pas ne pas s'en soucier. Et l'Europe? Au-delà du triptyque formation, recherche et compétences développées, l'Europe est un lieu pour la politique de santé. C'était déjà vrai avant, ça l'est encore plus aujourd'hui, à travers les modes de vie et de déplacements. On parlait avant d'épidémies, terme va devenir impropre ; il faudra parler de pandémie, puisque tout ce qui est maladies ne peut respecter les limites administratives, il faut adapter une autre approche : les politiques sont désormais mondialisées.

Il y a équité des territoires de proximité, équité sur laquelle nous veillons, mais il y a nécessité de mettre en réseaux l'ensemble des problématiques que ce soit au niveau de la pratique, des soins de la recherche et de la prévention. À ce titre, la région est engagée dans des politiques européennes très ciblées : accords de coopération, le nouvel espace Arc Manche... •

Ouverture - IV

Valérie Fourneyron

Vice-présidente du conseil régional de Haute-Normandie

Le titre du séminaire était « L'Europe, une chance pour la santé, pour l'hôpital? », j'ai envie de dire également « pour les citoyens européens », car favoriser la santé de tous reste l'objectif partagé des citoyens de l'Europe comme des soignants et des politiques. La santé est un élément constitutif des sociétés modernes, une pierre angulaire pour les économies performantes et surtout un principe partagé par les démocraties européennes.

Pour favoriser la santé de tous dans l'Union européenne, il ne suffit pas de remédier aux problèmes de santé : cet objectif impose de promouvoir de manière active la santé, la recherche, de prévenir les maladies et d'aider les habitants de l'Europe à faire les bons choix pour leur santé.

Ce n'est pas seulement un gage de qualité de vie, c'est également un déterminant de la croissance économique et du développement durable. Car l'état de santé des populations européennes n'a sans doute jamais été aussi bon, mais la santé est loin d'être une réalité pour tous dans l'Union des vingt-cinq. La santé dépend toujours, y compris chez nous, de l'endroit où l'on vit, de ce que l'on fait et de ce que l'on gagne. L'expérience de vie des hommes dans l'Union européenne élargie, varie de 64 ans en Lettonie à 77 ans en Suède. L'incidence du cancer pulmonaire varie lui de 1 à 5 entre la Suède et la Hongrie. Pour favoriser cette santé, nous devons donc collectivement nous pencher sur les différents facteurs socio-économiques et environnementaux qui affectent la santé.

La santé est une responsabilité partagée. Les soins, les systèmes de santé, relèvent d'abord de la responsabilité des États membres, ce sont eux qui décident de la manière de gérer leur système de santé, de l'importance de leur budget, des techniques à envisager, des technologies à financer et les États membres sont finalement confrontés à des défis similaires : nécessité de l'accès universel aux soins, de répondre aux attentes de plus en plus grandes des citoyens, d'investir dans des traitements novateurs, d'améliorer la qualité des soins, de réagir à la pression accrue du vieillissement, à l'importance de maladies liées aux

modes de vie (sédentarité, maladies transmissibles, nouvelles menaces avec le Sras ou l'ESB).

Quel est le rôle de l'Union européenne dans ce défi pour la santé ?

On peut partir de l'article 1.14 du traité constitutionnel, qui fera l'objet d'un référendum et qui prévoit que l'Union dispose d'une compétence partagée avec les États membres sur les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique. Dans le chapitre 5 de ce traité « Domaine où l'Union peut décider de mener une action d'appui, de coordination ou de complément », on trouve un chapitre « Santé publique » : l'action de l'Union complète les politiques nationales sur l'amélioration de la santé publique, la prévention des maladies, les causes de danger pour la santé physique et mentale. Elle favorise les partenariats et les réseaux, elle intègre les aspects de santé publique dans toutes les politiques communautaires, enfin elle contribue à apporter aux citoyens une information de qualité. C'est assez significatif lorsque l'on s'arrête sur les mots, puisque jamais le mot « santé » n'apparaît seul, il apparaît toujours sous les termes « santé publique ».

L'Union a clairement pour mission, dans ce contexte, de constituer une solide base de connaissances à l'échelle européenne. Elle doit analyser les tendances, identifier les problématiques, les déterminants communs, les analyses partagées. Ce sont toutes les agences qui ont été mises en place, agences européennes pour l'évaluation du médicament, pour la sécurité et la santé au travail, sécurité alimentaire, Agence de lutte contre la drogue, Centre européen d'expertise, échanges sur l'évaluation de la technologie de la santé.

En axant davantage nos choix, et c'est très important, vers les citoyens, nous devons montrer que l'Union européenne peut favoriser leur santé. En mettant les politiques européennes de plus en plus au service de l'amélioration de la santé, nous rapprochons l'Europe de ses citoyens. Nous pou-

vons, par l'outil de la santé, promouvoir une politique européenne positive auprès du citoyen européen.

Mais la santé est aussi une source de richesse, intimement liée à la croissance économique. Investir dans la santé produit des bénéfices substantiels pour l'économie. Même si l'on parle sans cesse de l'augmentation des coûts, nous avons l'obligation de nous arrêter sur cette dimension de la santé dans le secteur économique, car l'étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est très claire : elle nous montre qu'un accroissement de l'espérance de vie à la naissance de 10% augmente le taux de croissance économique de 0,35% par an. De plus, les problèmes de santé représentent une lourde charge financière ; 50% de l'écart de croissance entre les pays riches et les pays pauvres sont liés aux problèmes de santé et à l'espérance de vie. Les dépenses de santé sont cependant trop souvent considérées comme des coûts à court terme et non comme un investissement à long terme et elles commencent seulement et difficilement à être considérées comme un moteur de croissance économique. L'Union européenne dépense une part sans cesse croissante de son PIB en faveur de la santé, mais elle perd aussi plus de 100 milliards d'euros par an sur les coûts directs et indirects des maladies respiratoires ou 135 milliards d'euros sur les pathologies cardio-vasculaires. Le coût de la santé mentale, à lui seul, représente 3,5% du PIB.

Le poids des maladies implique non seulement une augmentation des dépenses de soins, mais également des coûts sociaux lourds, et c'est en ce sens que chaque euro mieux dépensé en matière de santé permet une économie nette au bénéfice du bien-être individuel comme de la compétitivité économique européenne. L'amélioration de la santé doit devenir aussi une priorité économique de l'Europe.

En matière d'emploi, le secteur de la santé emploie 10% de la population active de l'UE et a créé 2 millions d'emplois entre 1995 et 2001 dans l'UE. L'emploi dans le domaine de la santé joue un rôle particulièrement important, en stimulant l'emploi régional. Mais là encore, nos constats sont clairs, les professionnels de santé vieillissent et face à cette situation nous avons l'obligation collective de faciliter la formation, le recrutement, le maintien des professionnels de santé : c'est par exemple le programme relatif à la formation profes-

sionnelle Leonardo dans lequel le CHU de Rouen s'est engagé.

L'Europe doit aujourd'hui évaluer ce que la santé apporte à l'économie et ce que la maladie lui fait perdre. Au cours de ces dernier mois, l'Union européenne a enregistré des avancées dans des domaines aussi variés que la lutte contre le tabac, les produits pharmaceutiques, la sécurité des produits sanguins, des tissus, la mobilité des patients, des professionnels... et la coopération entre les systèmes de soins.

Elle a également lancé un nouveau programme de santé publique et un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. C'est encourageant, mais elle peut mieux faire. Car nous devons veiller à inscrire la thématique de santé au cœur de l'ensemble des politiques régionales, nationales, communautaires. La promotion de la santé doit être présente dans toutes les politiques : transport, recherche, urbanisme, environnement... Il convient en particulier d'intégrer davantage cette thématique de santé dans les politiques de recherche. La nécessité d'investir dans la recherche est particulièrement pressante si l'on veut que l'Europe reste un centre mondial de référence pour la recherche dans le domaine de la santé. On peut ici citer le canceropôle du Nord-Ouest porté par le G4.

Tout en garantissant une place adéquate à la santé au sein du septième programme cadre de recherche communautaire (PCRD), il faudrait peut-être envisager en Europe des structures de recherche sur la santé pour y concentrer le plus haut niveau d'expertise, un peu le modèle des instituts nationaux de la santé aux États-Unis. Ce serait sans aucun doute un pouvoir de décision en matière des politiques de santé tout à fait intéressant.

Pour construire cette vision d'avenir d'une France en bonne santé dans une Europe en bonne santé, une Europe où la politique, les ressources financières, la technologie moderne seraient toutes au service de la santé, une Europe actrice de premier plan au niveau mondial en matière de recherche, de technologie, d'innovation, où chacun peut accéder aisément et rapidement à des soins de qualité, une Europe qui progressivement tourne le dos à la maladie pour se focaliser sur la santé ; pour avancer sur cette vision d'avenir (j'ai fait un rêve...), il faut plus que de la bonne volonté, il faut certes des ressources humaines, mais il faut surtout des ressources financières à la hauteur de ces ambitions. Et le programme de santé

publique aujourd'hui, sur 2003-2006, est loin de bénéficier des moyens suffisants pour une telle ambition. On peut espérer que le programme communautaire 2007-2013 aura plus de moyens pour avoir cette stratégie ambitieuse tournée vers l'avenir. Les régions, avec parfois des politiques très intégrées en matière de santé, doivent avoir la capacité d'accompagner leurs secteurs de compétences (formation, recherche, développement des réseaux) mais aussi la capacité d'aider, d'accompagner les laboratoires, nos équipes de recherche dans les

appels d'offres européens. C'est un rôle fondamental, qui doit nous permettre de faciliter les échanges et les expérimentations. Les colloques du type de celui qui nous réunit y contribuent largement et doivent nous donner les outils, les relations, les expérimentations, les méthodes d'échanges qui nous permettront de contribuer à cette construction d'une santé pour tous, dans tous les cas à cet objectif partagé, pour tous les citoyens européens, pour tous les professionnels de santé européens, et pour tous les politiques. •

Table ronde

L'Europe et les hôpitaux

Pascale Deschandol
Consultante

Le Graph pose une question plus pertinente que consensuelle : l'Europe est-elle une chance pour la santé et les professionnels de santé ?

Quelles principales difficultés rencontrons-nous aujourd'hui ?

Quelles avancées sont imputables à l'Europe ? Organisation sanitaire, distribution des soins et rôle de l'hôpital entrent de plus en plus sinon dans le domaine de compétences de l'union, tout au moins dans son champ d'influence.

À défaut d'être considéré comme une politique communautaire, la santé publique est devenu objectif transversale part entière dans l'Union. Et pour cause : si les établissements de soins de l'Europe élargie présentent de grandes diversités, ils rencontrent aussi de nombreux points communs, des enjeux communs. Par exemple, le vieillissement des populations, le développement des pathologies coûteuses et la hausse généralisée des dépenses.

L'Europe est bien entrée dans l'Europe, mais qu'est ce qui a changé concrètement ? Aide-t-elle les professionnels de ces établissements de soins à répondre aux principaux défis qu'ils rencontrent ? Pourquoi la coopération transfrontalière à laquelle des moyens importants ont été alloués se solde des résultats qui sont souvent qualifiés de modestes.

Pour débattre de ces questions, Gérard Vincent, Paola Alonsa Cuesta, Paolo Borsato, Janina Sobczak-Kowalak et Marie-Madeleine

Dautel, cinq experts qui représentent des pays différents, des systèmes de soins hétéroclites, des établissements aux modes de fonctionnements difficilement comparables mais qui vont permettre de rassembler les différents morceaux du puzzle pour comprendre ce qui en Europe nous rapproche et nous distingue.

Gérard Vincent, l'hôpital n'a plus à subir l'Europe mais à impulser dans sa construction et sur certains thèmes. Quels thèmes peut impulser une fédération comme la Fédération européenne des hôpitaux ?

La Fédération européenne des hôpitaux a le même rôle que la FHF vis-à-vis des hôpitaux français, d'impulser des idées au niveau européen et de faire du lobbying. C'est un lobby, celui des hôpitaux publics. Au niveau européen, les hôpitaux ont conscience que l'Europe sera de plus en plus présente et qu'il faut être présent dans le débat, sinon l'on va nous imposer un certain nombre de règles qui ne pourraient pas forcément être maîtrisés par les établissements. Prenons pas exemple la directive européenne sur le temps de travail. La conjonction de la réduction du temps de travail en France et la directive européenne sur le temps de travail a considérablement déstabilisé les hôpitaux, réduit la force de travail et crée des problèmes assez aigus. Nous sommes intervenus au niveau de la Fédération européenne et les syndicats de praticiens hospitaliers français me le reprochent suffi-

samment, pour dire que cette règle n'est pas raisonnable ; il faut, sinon la changer, en tout cas l'assouplir. C'est la Fédération européenne des hôpitaux qui a engagé ce débat et provoqué cette réflexion au niveau européen, à laquelle se sont opposés tous les corporatistes européens, et nous savons aujourd'hui que la Commission européenne a proposé aujourd'hui de modifier, d'infléchir, d'assouplir cette directive, notamment pour les professions médicales et paramédicales. Cette initiative engage des actions pour défendre le service public. Être présent, c'est être une force de proposition, échanger entre nous, s'imprégner de ce que font les autres pour évoluer ; faire pression pour que les règles européennes soient adaptées à la réalité hospitalière ; essayer de s'y opposer lorsque nous estimons que ces règles ne sont pas adaptées à la réalité des hôpitaux, ou plutôt gênent le fonctionnement des hôpitaux.

Paola Alonsa Cuesta et Paolo Borsato, vous avez tous les deux abordé le problème de l'innovation, de la formation et de la recherche, en étant probablement un petit peu gênés quand on parle de coût, de régulation de l'offre de soins, ce qui est bien normal, c'est l'objet du débat pour l'essentiel aujourd'hui ; mais on ne peut pas éviter dans certains hôpitaux de parler d'innovation, de formation et de recherche. Comment avez-vous fait pour évaluer la pertinence de cette activité, son coût et son efficacité avec chacun de vos systèmes ?

P. A. Cuesta : On a fixé pour la recherche un facteur d'impact, un coût pour ce facteur d'impact pour chaque hôpital et un budget pour cette activité. On a fait une démonstration de la recherche effectuée et on a établi des indicateurs analytiques pour constater les coûts de la recherche et l'impact sur le budget.

Le coût de la formation continue en Espagne est prévue dans le budget général de l'établissement. Si l'hôpital réussit ses objectifs, il aura le financement pour la formation continue des professionnels. De plus, la formation spécialisée des internes est financée par le budget du ministère de l'Éducation.

P. Borsato : En Italie, il y a des régions et l'État. Il y a des rencontres régulières entre État et régions, dites « conférences État/régions ». Dans ces rencontres, les

grandes politiques de recherche, des grandes stratégies en matière de santé sont établies et il y a un paquetage des objectifs principaux de recherche et des objectifs stratégiques majeurs en matière de santé, qui deviennent en fait des objectifs nationaux pris en compte par les régions. Dans mon exposé, je n'ai parlé que des hôpitaux que l'on peut appeler « généralistes ». Il y a aussi des IRCS : centres/hôpitaux de recherche. Eux, ce sont des budgets particuliers octroyés par la région. Ils n'entrent pas dans la catégorie des hôpitaux évoqués dans mon exposé. La recherche a une voie parallèle et protégée par rapport au fonctionnement normal de l'hôpital dont j'ai énoncé la situation.

Pour ce qui est de la formation, les hôpitaux font de plus en plus d'efforts de formation interne vis-à-vis surtout des infirmiers, qui font défaut en termes numériques. Les hôpitaux sont en train de se charger de cette formation. Là aussi, une partie du financement est allouée par la région. Lorsque j'affirme que les hôpitaux sont financés par la T2A, il est vrai également que la région intervient chaque année avec une rallonge pour prendre en compte les activités qui font partie de la mission de l'hôpital, dont la recherche et surtout la formation, qui ne peut pas être quantifiée en termes de « pouvoir être réglé par la tarification ». Par exemple, les hôpitaux ont environ 10 à 20 % du budget, qui devient un acte régional chaque année négocié ; négociation forte et assez tendue, car ce n'est pas un droit acquis, et la région a son mot à dire.

Paola Alonsa Cuesta a cité l'existence en Espagne d'un système d'intéressement, de primes pour les professionnels. J'ai cru comprendre qu'il s'agissait à la fois d'un système d'intéressement en France individuel et collectif : qui porte à la fois sur les salaires et également sur la formation et l'équipement. Je voudrais savoir si, en Italie, il y a un système équivalent d'intéressement des professionnels ?

En France, nous sommes dans une logique de statut, dans les hôpitaux publics en tout cas, contrairement au secteur privé à but lucratif qui fonctionne sur un système de contrat entre l'employeur et les professionnels. Quels sont dans vos pays/régions le système de gestion des professionnels ? Est-

ce qu'on est sur ces logiques de statut ou de contrats ? Et quel est votre point de vue sur cette question, est-ce que c'est un frein ou un blocage aux évolutions hospitalières, ces questions de modèles de relations entre les professionnels et leurs employeurs ?

P. A. Cuesta : Pour que le contrat de gestion fonctionne bien, il faut le décentraliser sur chaque service ou unité clinique. Ce stimulant a été mis en place progressivement dans nos unités et services. Cela nous a permis d'avoir des informations suffisantes sur la productivité de chaque personne à l'hôpital. C'est un outil donné aux chefs de service pour motiver chaque personnel et atteindre les objectifs fixés pour ce service. La différence d'un service à l'autre peut être importante. En Espagne, l'analyse de la réussite des objectifs se fait dans chaque service par les représentations des infirmières et des médecins qui remettent un rapport à la direction sur le fonctionnement du service. La décision finale appartient à la direction après consultation.

En réponse à la deuxième question, dans le passé, les hôpitaux appartenaient à la fonction publique. Aujourd'hui, de nouveaux hôpitaux sont créés autour de fondations publiques, soumis au droit privé. Les personnels y souscrivent des contrats à durée indéterminée. Certains changent de statut : il y a eu une reconnaissance de 6 000 médecins en tant que fonctionnaires. Actuellement, nous sommes en train de précéder à une évaluation de ces deux statuts.

P. Borsato : Le rôle des professionnels dans l'hôpital et en particulier dans l'entreprise hospitalière est un rôle, d'après les études critiques, très délicat, dans le sens où, quand on parle d'entreprise, on pense à une structure unique guidée par des objectifs communs. Le système italien n'est pas très avantageux : les professionnels de santé ne considèrent pas les hôpitaux comme leur maison. Ils ont le choix : être à 100 % ou être à temps partagé à l'hôpital. L'identification des professionnels dans l'hôpital est beaucoup plus faible qu'en France : il s'agit d'un moyen de se mettre en valeur, mais la référence principale des médecins est l'ensemble des professionnels de leur catégorie, du point de vue idéologique et identitaire.

Cette position risque d'entraîner des déra-

pages : utilisation de la position à l'hôpital comme un instrument d'affirmation personnelle, un moyen de se faire une clientèle et d'exercer des activités privées payantes.

Par ailleurs, un autre problème se pose du fait que la direction générale est nommée par la région. Les cadres gestionnaires ne sont pas considérés comme des acteurs à part entière de l'entreprise et leur pérennité n'est pas assurée.

Le même phénomène concerne les médecins, car ils suivent leurs propres intérêts. En revanche, dans les établissements privés, les professionnels de ces deux catégories s'identifient davantage à l'entreprise, car les bons résultats de l'établissement se traduisent pas un meilleur gain financier pour eux.

Le gouvernement donne chaque année aux médecins la possibilité de choisir la durée de leurs prestations à l'hôpital, entre temps plein et partiel, dans le but de les attirer vers les hôpitaux.

Une partie du budget des ASL (*azienda sanitaria locale*) est distribué sous forme de primes pour récompenser les hôpitaux qui ont atteint leurs objectifs de qualité : c'est un mouvement de reconnaissance et d'incitation.

J. Sobczak-Kowalak : Les médecins ne sont pas fonctionnaires : sous contrats, ils coûtent moins cher que des salariés. Pour faire des économies, la tendance est de proposer aux médecins dans les hôpitaux un statut indépendant, payé à la vacation. De cette manière, la partie « patronale », les taxes et les charges sont à leur charge. C'est la solution choisie par beaucoup de médecins.

P. Borsato : La situation dans les centres hospitaliers universitaires rend la gestion de l'hôpital encore plus difficile : le titre académique de professeur d'université donne une marge de liberté plus grande aux chefs de services/départements vis-à-vis des directeurs généraux qui ont du mal à créer des contraintes pour les faire rentrer dans un système hospitalier.

La région est très rigide vis-à-vis des CHU : elle impose des contraintes économiques et ce sont les directions générales qui doivent gérer les chefs de service.

Cependant, une marge de manœuvre existe : souvent, les chefs de service sont éloignés de l'hôpital, pris par leurs fonctions d'enseignement. Cela oblige les hôpitaux à mettre en place des substituts qui deviennent la référence pour le fonctionnement concret et quotidien de l'hôpital, et les

directions générales vont s'appuyer sur eux. Cette situation donne plus de liberté aux directions générales en termes d'intervention organisationnelle. Elles ont du pouvoir quand elles maîtrisent bien la situation dans les services. En revanche, lorsque les chefs de service s'éloignent trop de la vie d'un CHU, ils deviennent vulnérables aux décisions organisationnelles prises de manière impérieuse par les directions générales.

Le choix du citoyen dans une situation de concurrence entre les établissements sert-il la politique de qualité dans ces établissements de santé ? Est-ce que la file d'attente dans un hôpital traduit sa réelle valeur ?

P. Borsato : La notion de libre choix est une conception idéologique, un choix des politiques. En réalité, un simple citoyen ne dispose pas des informations suffisantes et de liberté de mouvement pour choisir vraiment. On peut penser qu'à sa place, les assurances, les ASL, devraient connaître les résultats, les performances et, de ce fait, par le biais des médecins de ville, influencer les patients dans le choix d'un hôpital. Mais on n'en est pas là : pour l'instant, les ASL n'ont ni les moyens de discriminer les produits des différents hôpitaux, ni la capacité à classer les hôpitaux et donc de diriger, d'orienter le citoyen. La question du libre choix demeure toujours théorique.

Le manque de transparence sur les résultats positionne le libre choix en tant qu'idéologie. Le choix des établissements les plus efficaces est avant tout l'intérêt des assurances et des médecins prescripteurs dans leur quête de soins de qualité.

La politique de la région est d'encourager les acheteurs (ASL) à faire la différence entre les niveaux de qualité des différents producteurs.

Si l'on imagine que l'Europe devienne un espace où l'information circule librement sur les résultats et les performances des acteurs de soins, la demande de meilleures prestations en matière de soins va s'accroître.

M.-M. Dautel : L'Europe est engagée dans la mobilité des malades. Des arrêts de la Cour ont mis en place cette mobilité. Sa mise en place fait l'objet d'une réflexion au sein de groupes de travail créés par la Commission européenne. Les sujets traités sont :

- les sites de références ;
- la mobilité transfrontalière : mobilité totale

des patients, si l'Europe est un espace unique où chacun peut y acheter les soins sans conditions géographiques ;

- les systèmes d'information : dossier médical du patient ;
- la mobilité des professionnels.

Le groupe Sites de référence envisage la création d'une cartographie européenne où l'on classe les hôpitaux et les établissements de soins par pathologies. Cette cartographie serait mise à la disposition des malades. Selon nous, il faut être très prudent. La mise en place de cette opportunité devrait être munie d'un filet de sécurité. La position des pays membres à quinze reste floue. En revanche, les nouveaux pays européens se positionnent, eux, sur la libre circulation des malades.

Que reste-t-il à faire au ministère de la Santé ? Y a-t-il une évaluation des systèmes régionaux (Italie, Espagne...) ? Quel est le meilleur des systèmes ?

Le ministère ou la direction des hôpitaux devraient-ils comparer les modèles d'organisation et diffuser ensuite les plus intéressants ?

P. A. Cuesta : Le système d'information doit être national, pour une bonne comparaison de tout ce qui se fait. Le ministère est en train de créer un observatoire des nouveautés qui procédera à l'évaluation des innovations. Il sera chargé de tout ce qui est en relation avec la qualité et le médicament. Par ailleurs, la politique et les relations internationales devraient rester une responsabilité du ministère et non de chaque région.

P. Borsato : Le rôle du ministère en Italie est avant tout de garantir l'équité. Dans un pays aux plusieurs modèles régionaux, il doit veiller qu'il n'y ait pas de régions défavorisées (non pas par leur modèle, mais en termes de budget, de financements). D'autant plus que certains habitants choisissent de se soigner dans une région qui offre la meilleure qualité de soins.

Est-ce que c'est au ministère qu'appartient de distribuer le palmarès des systèmes ?

Les systèmes sont difficilement comparables. Par exemple, la Lombardie utilise une grille d'attraction d'une région ou le mouvement centrifuge de la région vers d'autres régions. On imagine que si une région a peu de ressortissants qui vont se faire soigner dans une autre région, ses soins sont assez bons et *vice versa*. Il y a des flux, des migrations

entre les régions. La Lombardie a une bonne position : peu de personnes de la région se soignent ailleurs et elle accueille beaucoup de ressortissants d'autres régions. Il s'agit peut-être d'une façon un peu grossière d'évaluer un système.

Est-ce que ce n'est pas au citoyen de la région d'évaluer lui-même son système? La satisfaction du citoyen devrait peut-être primer sur le rôle de l'État qui impose un modèle ou un autre. Le fonctionnement d'un modèle dépend du contexte et des conditions de sa mise en place. Il ne dépend pas d'une décision administrative.

Dans ce système, le rôle de l'État est de collecter l'information, de s'assurer que les informations sont pertinentes et qu'il y a une codification compréhensible pour tous.

Pour raviver la polémique autour de la qualité des deux modèles, la Lombardie propose aujourd'hui (selon l'avis des observateurs) une des meilleures qualités de soins en Italie.

En revanche, si l'on regarde la qualité des soins dans leur ensemble que reçoit un patient, un habitant de la Toscane, en termes de soins à domicile, d'assistance, de soins posthospitalisation, est mieux suivi car il y a une plus grande intégration des services.

Quel est donc le critère, quel est le sens de la question « qu'est-ce que c'est la santé? », la qualité des soins? Il ne s'agit pas uniquement de guérir à l'hôpital, c'est tout un ensemble. La Lombardie paraît très bien placée en termes de qualité des soins hospitaliers, un peu moins en termes de prise en charge de l'ensemble des besoins de santé.

Professeur Sobczak-Kowalak, compte tenu de ce que vous avez expliqué sur la situation des hôpitaux universitaires en Pologne, que va apporter l'entrée du pays dans l'Union européenne?

J. Sobczak-Kowalak: La première obligation est la mise aux normes européennes de nos hôpitaux, par exemple sur la lutte contre les maladies nosocomiales. L'adhésion de la Pologne permet de comparer notre système de soins à ceux des autres pays membres, de réfléchir sur la qualité des soins et de chercher notre chemin.

Il est urgent de faire évoluer notre système de gestion : les hôpitaux en Pologne sont endettés auprès des fonds nationaux d'assurance maladie. La création de réseaux hospitaliers devrait améliorer cette situation. •

L'Europe et les hôpitaux

Les grandes tendances en matière hospitalière

Gérard Vincent

*Vice-président de la Fédération internationale des hôpitaux
Président de la Fédération européenne des hôpitaux*

Comparer avec sérieux les systèmes de santé, et *a fortiori* la place qu'y occupent les hôpitaux, est une démarche récente. Toutefois, malgré un fort développement des comparaisons, répondant à des attentes non moins fortes, les résultats obtenus appellent à la prudence. Les données quantitatives disponibles, fondements sur lesquels s'appuient ces comparaisons, sont encore aujourd'hui critiquées du fait de la complexité des systèmes et de la faiblesse de l'harmonisation des définitions. Les données qualitatives et les descriptions existantes sont très souvent critiquables et deviennent rapidement obsolètes du fait des changements fréquents.

Elles nécessitent également une très bonne connaissance de l'environnement général dans lequel se situe le système de santé et donc l'hôpital.

Enfin, la comparaison est de plus en plus utilisée à des fins politiques, par les responsables politiques, des groupes de pression, qui projettent des informations parfois erronées, souvent sorties de leur contexte et toujours incomplètes.

Cela ne signifie pas que l'on ne peut rien écrire ni croire. Ces limites incitent plutôt à une critique éclairée.

Dans ce cadre, il est impossible de parler des hôpitaux européens sans les situer dans leur environnement sanitaire général, dans lequel la diversité qui reste la règle fait apparaître de notables convergences.

Diversité européenne...

L'analyse classique choisit habituellement comme critère de comparaison l'inspiration politique des systèmes de protection sociale et leurs modes de financement, opposant ainsi les systèmes inspirés par Bismarck à ceux se référant à Beveridge

Il n'existe évidemment pas de système purement bismarckien ou strictement beveridgien.

• Le modèle beveridgien britannique, s'il a inspiré de nombreux pays, a bien entendu

été adapté par les pays qui l'ont adopté.

- Les systèmes bismarckiens ont également connu des évolutions les éloignant de leurs principes fondateurs.

L'articulation entre les différents niveaux territoriaux de responsabilité, le niveau de décentralisation représentent un élément clé de lecture des différences

Le degré d'intervention des régions d'Europe, ou autres collectivités locales, dans le domaine de la santé est en effet très varié. De façon générale, le nombre d'États en Europe autorisant une intervention importante des régions dans le domaine de la santé est, depuis trente ans, en augmentation constante.

Un seul cas à part, à bien d'autres égards également, la Norvège, où l'État reprend aux régions le contrôle de la gestion des hôpitaux.

Pour les systèmes de santé peu ou pas régionalisés (Portugal, Grèce, Luxembourg mais également les quatre pays que constituent le Royaume-Uni de Grande-Bretagne), la taille du pays, l'absence de régions ou encore la tradition centralisatrice ont néanmoins nécessité la mise en place de pouvoirs déconcentrés, sans remise en cause de l'unité du système administratif. Dans tous les cas, si la séparation entre financeurs de soins et prestataires de soins n'était pas déjà la règle, elle l'est devenue. À l'inverse, des systèmes de santé fortement régionalisés (Allemagne, Espagne, Italie, pays nordiques...) sont implantés dans des États fédéraux, quasi fédéraux ou dans des États unitaires très décentralisés. Dans tous les États fédéraux, les entités locales ont une autonomie politique de statut constitutionnel, avec une forte incidence sur les modalités d'organisation et de fonctionnement de leur système de santé. Dans les États quasi fédéraux et les États unitaires décentralisés, on rencontre des cas de figures très variés, allant d'une grande décentralisation de la santé à une relative centralisation. La consistance des

compétences sanitaires régionales est donc très hétérogène. Elle peut être minimaliste (mise en œuvre de la législation sanitaire nationale et gestion d'une partie du système de santé) ou maximaliste (compétences décisionnelles de réglementation, planification sanitaire, compétences financières, en passant par la fourniture de soins).

De tels aspects ne sont pas sans influence sur les hôpitaux d'Europe, qui évoluent ainsi dans des contextes administratifs et financiers extrêmement différents. S'agissant plus particulièrement de l'hôpital, quelques éléments clés permettent de mesurer des différences notables.

Une structure hospitalière nationale fort diverse, notamment en termes de répartition public/privé et au sein du secteur privé entre lucratif et non lucratif

Le secteur privé lucratif est interdit aux Pays-Bas, extrêmement marginal en Belgique.

À l'inverse, il représente, en Grande-Bretagne et en Italie, une place beaucoup moins marginale et en croissance, notamment dans le domaine chirurgical. À tel point que les pouvoirs publics incitent le secteur privé lucratif à prendre des positions dans le secteur pour réduire les listes d'attente.

La notion de secteur privé est évidemment diversement perçue d'un pays à l'autre; elle est en outre évolutive.

Lorsque, fin juillet 2003, le Premier ministre britannique annonce que des centres chirurgicaux rapides à statut privé fourniront un complément de 125 000 opérations par an d'ici 2008, les premiers à s'en inquiéter ont été les fournisseurs de soins non lucratifs (British United Provident Association - BUPA) et les chaînes de cliniques. Ces centres chirurgicaux rapides menaçaient une rente de situation. Les revenus de BUPA et des chaînes de cliniques proviennent en effet des patients qui veulent contourner les listes d'attente ainsi que des patients envoyés par le NHS pour réduire les listes d'attente. Vingt centres ont déjà ouvert, dont un géré par BUPA, les autres par le NHS. Le gouvernement a parallèlement lancé un appel d'offre vers le secteur commercial, l'une des requêtes étant que les opérateurs fassent venir des professionnels de l'étranger.

En Allemagne, où la part du privé lucratif est

de 8%, la privatisation progresse également. Un exemple: le centre hospitalier LBK Hambourg (sept hôpitaux avec 750 millions d'euros de CA) a été vendu partiellement par son propriétaire la ville-région de Hambourg, celle-ci en conservant seulement 25% des parts. En Autriche, la province de Styrie qui compte vingt hôpitaux (16 000 personnes, 1,24 milliard d'euros de budget) avait confié à une société publique la gestion de ces hôpitaux. Elle vient d'organiser la privatisation de la gestion de cette société publique.

Des modalités d'accès à l'hôpital profondément différentes d'un État membre à l'autre

En Belgique, le malade s'adresse indifféremment au médecin de ville de son choix ou à la consultation externe hospitalière.

Il n'en est pas question en Grande-Bretagne, en Espagne ou dans les pays nordiques où seule la prescription du généraliste autorise l'accès à l'hôpital (hors les situations d'urgence).

Des modèles d'organisation médicale, une gestion interne et des pouvoirs de décision dans l'hôpital très hétérogènes d'un État membre à l'autre

Certains pays, tels les Pays-Bas ou la Belgique, organisent leurs établissements hospitaliers autour d'unités de soins banalisées, dans lesquelles médecins ou chirurgiens hospitalisent leurs patients. La rémunération du praticien peut être distincte de celle de l'établissement hospitalier.

S'agissant de la gestion interne des établissements publics, on constate là encore des différences significatives. La France et le Portugal sont les seuls pays à se caractériser par l'existence d'un corps de directeurs d'hôpital, d'origine «administrativo-financière», tant en termes de sélection, de formation professionnelle que de déroulement de carrière. Au Danemark, les comtés confient la gestion à un triumvirat directorial composé d'un administrateur, d'un médecin et d'une infirmière. Une tendance identique se dessinait en Espagne sur le territoire couvert par l'Insalud avant la dévolution des compétences sanitaires à toutes les régions. En revanche, en Allemagne, le pouvoir médical reste prédominant dans la décision, bien que l'on assiste à un positionnement de plus en plus fort des administratifs et des infirmiers.

Le poids de la dépense hospitalière publique dans le total national des dépenses de santé... Des différences dans l'organisation des systèmes qui provoquent des écarts budgétaires conséquents

Ainsi, le budget d'exploitation d'un établissement belge ne comprend ni les rémunérations des praticiens ni les actes techniques. Une comparaison exacte devient donc ardue, l'Allemagne ne consacrant *stricto sensu* que 30% de ses dépenses de santé à l'hospitalisation, contre 42% en Autriche.

L'énumération de ces diversités hospitalières n'est bien évidemment guère exhaustive. On constate paradoxalement une tendance à l'homogénéisation hospitalière, sous la pression de multiples facteurs.

... et convergences

L'émergence de convergences fortes marque aujourd'hui les hôpitaux d'Europe: aux défis similaires répondent des solutions proches, sinon identiques.

Les pays européens doivent faire face à des dépenses de santé croissantes

En 2003, les dépenses de santé représentaient une moyenne de 8,7% du PIB contre 7,7 en 1990 et 7,1 en 1980. Cette croissance des dépenses de santé qui dépasse la croissance économique est attribuée à plusieurs facteurs.

Elle est fortement corrélée à la croissance de la richesse par habitant.

Les avancées des technologies médicales sont ensuite des facteurs majeurs de l'augmentation de ces dépenses, mais non les seuls; il faut compter également avec la progression de la masse salariale.

Enfin, le vieillissement est un des défis majeurs pour les hôpitaux. La proportion de personnes de plus de 80 ans est passée de 1,6% en 1960 à 3,8% en 1997. Elle devrait être de 5,6% à l'horizon 2020. Or, le nombre de personnes âgées dépendantes ne cesse de progresser dans l'Union européenne. Si les modes de prise en charge restent variables au sein de l'Union européenne (54% des personnes âgées de plus de 80 ans vivent avec leur famille en Espagne, elles ne sont plus que 18% en France et 2%

au Danemark), la solidarité émanant des proches est en recul partout. C'est dire à quel point sont importants les enjeux en termes de prise en charge par les établissements hospitaliers.

Une prédominance du financement public ou collectivisé dans le financement des dépenses de santé des pays européens qui explique l'intérêt croissant accordé par les pouvoirs publics à la santé

Trois politiques ont été utilisées :

- la régulation des prix, des ressources et, dans une moindre mesure, du volume des services de soins ;
- la fixation de limites aux dépenses, qu'elles soient générales ou par secteur ;
- le transfert des dépenses vers le secteur privé.

Le contrôle des salaires est très répandu dans les systèmes où les professionnels sont des employés du secteur public comme dans les pays nordiques, la Grèce, l'Espagne ou l'Italie.

Dans d'autres systèmes, les prix des biens et services et des soins en institutions sont souvent définis administrativement.

La plupart des pays essaient également d'influencer le volume des services, avec des méthodes allant du *numerus clausus* à des réductions plus drastiques des capacités hospitalières.

La diminution du nombre de lits actifs est un axe fort commun des politiques hospitalières. Elle est liée aux évolutions techniques médicales identiques qui provoquent partout la baisse de la durée moyenne des séjours (en dix ans, la Belgique a fermé 9000 lits actifs, les Pays-Bas 6000, la France et l'Allemagne environ 60000 chacune).

La mise en place d'alternatives à l'hospitalisation est une politique généralisée à tous les États (initiée le plus souvent dans le cadre de la lutte pour la santé mentale, elle diffuse aujourd'hui à l'ensemble des disciplines).

Politiques d'encadrement des dépenses et de maîtrise des coûts

Globalement, la plupart des pays ont évolué d'un système où les hôpitaux étaient remboursés *a posteriori* de leurs dépenses vers des systèmes qui cherchent, par des méthodes diverses, à combiner deux

objectifs : la limitation de la dépense globale et la gestion plus efficace des crédits. Les enveloppes ont été très utilisées. Initialement dirigées vers les soins hospitaliers, elles se sont étendues aux autres prestataires de soins. Elles peuvent être efficaces, notamment dans les pays à secteur public (Danemark par exemple). Mais leurs effets indésirables sont notables, car elles incitent peu les prestataires à rechercher des gains de productivité ou d'efficacité. Cette allocation par enveloppes s'est, dans certains cas, associée à une utilisation de groupes homogènes de pathologies ou équivalents (inspirés des *diagnoses related groups* d'origine américaine) pour l'allocation d'une partie des budgets.

Le transfert des dépenses vers le secteur privé a pris la forme d'une plus grande participation des patients aux dépenses

Initiée par le médicament, puis les consultations, cette politique est désormais utilisée également pour les soins hospitaliers. La part des dépenses publiques dans les dépenses de santé s'est ainsi réduite.

À côté de ces trois politiques, les pays européens s'orientent tous vers des mesures prenant en compte les niveaux de production et l'efficacité relative des hôpitaux.

Bien qu'il soit difficile de mesurer le niveau d'efficacité des prestataires de santé, il semble que de larges différences existent entre les pays en ce qui concerne ce qui est produit, la manière dont cela est produit et le résultat sur la santé.

L'amélioration de l'efficacité est aujourd'hui devenu le principal centre d'intérêt des réformes. Les modes de financements intègrent des éléments d'incitation à l'utilisation efficiente des ressources.

Des outils de l'économie de marché ont également été introduits. Dans les pays pour lesquels la santé est un secteur public intégré, ces réformes se sont appuyées sur la séparation entre prestataires et financeurs, la décentralisation des décisions et l'introduction d'une plus grande compétition entre prestataires. Inversement, les systèmes bismarckiens ont renforcé le rôle de l'État, au détriment des partenaires sociaux (parfois) et des groupes de pressions médicaux et pharmaceutiques (toujours).

Les pays européens se sont également

engagés depuis plusieurs années dans des programmes d'accréditation. L'origine et la logique sont similaires : initiative des associations professionnelles, volontariat des établissements (sauf en France), implication des professionnels et indépendance du processus. Pour garantir cette indépendance il n'y a pas de lien formel entre financeurs, autorités de santé et organismes accréditeurs. Le financement des structures d'accréditation (sauf en France) est ainsi assuré majoritairement par une contribution des établissements de santé et par les revenus de leurs autres activités, et non par des fonds publics.

Chaque pays, selon son histoire et son organisation, adapte les principes de cette évaluation externe. Il n'existe pas au Royaume-Uni, par exemple, de législation nationale, mais un grand nombre de programmes différents, fondés sur des protocoles et des normes hétérogènes. L'harmonisation est d'ailleurs en cours avec la création d'un organisme professionnel indépendant, la Commission pour l'amélioration de la santé (Commission for Health Improvement). Dans certains pays, il existe en complément de l'accréditation des établissements de soins des systèmes d'accréditation des spécialités médicales, c'est le cas au Royaume-Uni. Les Pays-Bas disposent de systèmes d'enregistrement et de contrôle de la formation des professionnels, conduits par les associations professionnelles. De façon générale, ces systèmes évoluent vers une plus grande prise en compte des résultats de santé et par une implication croissante des usagers.

Conclusion

Ainsi malgré sa diversité essentielle, l'Europe hospitalière est entrée dans une phase de convergences, et les points de ressemblance sont désormais plus nombreux.

La construction européenne renforce cette évolution. L'Union européenne est avant tout économique, fondée sur les principes de la libre circulation des biens, des services, des personnes et des capitaux. Mais elle ne cesse d'approfondir ses compétences et d'aborder de nouveaux domaines d'activité. Le secteur social, l'organisation des soins et le rôle de l'hôpital entrent de plus en plus, sinon dans son domaine de

compétences, tout au moins dans son champ d'influence.

Cette sphère est essentiellement guidée par les règles de souveraineté nationale, sur lesquelles se greffe le principe communautaire de subsidiarité : « La Communauté n'intervient dans des domaines qui ne relèvent pas de sa compétence exclusive, telle la santé publique, que si et dans la mesure où, en raison de leurs dimensions ou de leurs effets, les objectifs de l'action envisagée peuvent être mieux réalisés au niveau communautaire. »

Sauf cas particulier, le niveau d'administration idoine d'une fonction reste le niveau le plus décentralisé. Les États membres ont ainsi décidé que le niveau national ou régional était le niveau de décision le mieux adapté en matière de santé. En conséquence, les actions communautaires en matière sociale ou sanitaire n'ont de légitimité que lorsqu'elles complètent et/ou renforcent celles qui sont conduites sur le plan national. Dès lors et jusqu'à ce jour, une bonne partie de la législation commu-

nautaire produite dans le domaine sanitaire n'a pas fondamentalement transformé le fonctionnement des systèmes de santé des pays européens, les traités n'ayant donné à l'Union que des compétences extrêmement ténues dans les systèmes de santé. Le traité

Malgré sa diversité essentielle, l'Europe hospitalière est entrée dans une phase de convergences...

d'Amsterdam (1997) n'a conféré de pouvoir de décisions à l'Union européenne qu'en ce qui concerne la qualité et la sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et de ses dérivés.

Pourtant, les hôpitaux d'Europe vivent désormais dans un environnement déjà fortement marqué par la législation communautaire. Les directives sur la libre circulation des professionnels de santé ont ouvert les hôpitaux aux ressortissants communautaires pour certaines catégories d'emplois : médecin, infir-

mière, pharmacien. La libre circulation des professionnels de santé est aujourd'hui une réalité. De même, l'application du principe de libre circulation des biens et services a bouleversé les procédures d'homologation des équipements médicaux, unifiant les principes

de la matériovigilance, les conditions de collecte et de fractionnement des produits sanguins, les protocoles concernant les greffes et prélèvements d'organes ainsi que les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments. De multiples règles européennes concernant le traitement des déchets s'appliquent d'ores et déjà dans nos établissements. Les procédures d'achats tendent à s'unifier, comme le démontrent les modifications introduites pour les marchés des télécommunications ou des assurances. •

L'Europe et les hôpitaux Les réformes du système de santé polonais et la situation des hôpitaux universitaires

Janina Sobczak-Kowalak

Directeur adjoint à la direction générale des hôpitaux de la faculté de médecine, de pharmacie et de stomatologie, Varsovie, Pologne

La Pologne compte 39 millions d'habitants. L'enseignement supérieur médical est organisé autour de onze facultés de médecine, de pharmacie et de stomatologie. Chaque faculté gère les hôpitaux-cliniques qui ont pour vocation la recherche et la formation de futurs médecins. La fonction de l'hôpital de proximité n'est pas prise en compte.

Le CHU de Varsovie compte sept hôpitaux-cliniques avec 3 309 lits et 7 200 salariés de 1 300 médecins et 2 840 infirmières. Depuis le changement du système politique, le système de santé en Pologne a été soumis à plusieurs réformes :

- 1991 : loi sur les établissements de santé ;
- 1999 : fin du système budgétaire : création de seize caisses régionales d'assurance maladie ;

- 2001 : décentralisation des hôpitaux universitaires ;
- 2002 : centralisation du système d'assurance maladie : dissolution des caisses régionales. Création du Fonds national d'assurance maladie.

Situation des hôpitaux à l'issue des réformes

La première réforme a permis de doter le système polonais d'un système juridique d'organisation des établissements publics et privés de santé. Cette réforme n'a pas suffisamment pris en compte la création de réseaux hospitaliers ni leurs spécificités.

La réforme de 1999 a mis fin au système « tout gratuit » financé par le budget de l'État. Désormais chaque assuré devra cotiser à la

hauteur de 7,5% de ses revenus. Cette réforme a créé les caisses d'assurance maladie et établi les bases de la décentralisation du système. Désormais, les hôpitaux de Pologne ont un statut d'une personne morale dotée d'autonomie financière et juridique et dépendent des collectivités locales. Les CHU dépendent directement du ministre de la Santé.

En 2001 les CHU sont décentralisés et la tutelle revient aux facultés, aux doyens.

En 2002, une réforme remplace la précédente. Le gouvernement de gauche dissout les caisses régionales de maladie. Les cotisations sont déposées et distribuées par le fonds national de santé. Cette nouvelle réforme a mis les établissements de soins dans une insécurité financière, dans l'impossibilité de fixer un budget de fonctionnement.

Situation financière des CHU

Les hôpitaux universitaires sont financés par les cotisations et les subventions de l'État. Leur situation financière s'aggrave suite aux coûts particulièrement élevés des activités dues à une très haute spécialisation et activité de recherche.

Les dotations d'État allouées à l'enseignement sont insuffisantes et la participation promise de la part des collectivités locales est quasi nulle.

Gestion des hôpitaux universitaires

Le directeur d'un CHU est nommé par le doyen de la faculté à l'issue ou non d'un concours. Seul le directeur a une entière responsabilité financière. Les organes consultatifs sont le conseil de médecins chefs de service et le conseil social, composé du doyen, d'un représentant du ministre de la Santé, du *vivode* (préfet), d'un représentant de l'ordre des médecins et de l'ordre des infirmières.

Les hôpitaux ont une structure hiérarchique compliquée. Les médecins chefs de service sont nommés directeurs à l'issue d'un concours avec un contrat de cinq ans. Il en est de même pour le poste d'infirmière principale. Un concours est organisé par l'hôpital et dans le jury siègent les représentants des collectivités, des syndicats, de la faculté ainsi que le directeur de l'hôpital.

Endettement des hôpitaux universitaires

Le nombre de soins médicaux est délimité par les contrats passés avec le Fonds national d'assurance maladie, les soins hors contrat étant à la charge de l'hôpital. On peut observer que les prix des actes médicaux sont systématiquement sous-évalués, ce qui aggrave l'endettement des hôpitaux.

L'avenir des hôpitaux polonais

Qui doit organiser le système de santé : le ministre ? Le Fonds national d'assurance maladie, les élus ?

Il est impératif que les hôpitaux de Pologne s'organisent dans un réseau de soins, qu'ils constituent des centres de responsabilité, sur la base des contrats passés entre la direction et l'organisme de financement.

Dans cette mosaïque, il faudra également définir le rôle et la place des hôpitaux universitaires dans le réseau. •

L'Europe et les hôpitaux Le contrat de gestion en Espagne

Paola Alonsa Cuesta

Directeur d'hôpital, ministère de la Santé espagnol

La situation de gestion des hôpitaux espagnols avant 1992 était caractérisée par l'existence d'un budget accordé, jamais réel, et les dépenses. C'était une période d'encouragement à l'inefficacité car les hôpitaux les plus dépensiers obtenaient l'année suivante plus de moyens financiers. L'écart moyen entre le budget accordé et les dépenses réelles était de 16%.

Après 1996, la réforme a dégagé quatre points essentiels :

- un plan de santé ;
- la séparation entre fonctions de financement, achat et prestation ;
- l'introduction de la contractualisation ;
- le développement d'un système d'information clinique et financier : comptabilité analytique et codage de la procédure de diagnostic dans les hôpitaux (CMBD).

Le contrat de gestion en Espagne, c'est :

- le portefeuille de services autorisés par l'agence d'achat pour les hôpitaux. Il n'y a pas de critères d'ordonnance, c'est-à-dire que les hôpitaux, quelles que soient leur taille et leur importance, peuvent commander tous les matériels et services ;
- l'activité de l'hôpital : le budget est attribué en fonction de l'activité, de la qualité, des portefeuilles de services autorisés ;
- la qualité des soins ;
- les nouvelles activités ;
- le budget ;
- la coordination des niveaux entre les hôpitaux et tous les acteurs du domaine sanitaire.

Avantages du contrat de gestion 1993-1996

- Introduction d'un calcul budgétaire prospectif.
- Lien entre le financement des hôpitaux à son activité avec l'unité de soins pondérés (Upa).
- Simplicité de son obtention.
- Explication de la variation des coûts entre les hôpitaux.
- Ajustement au séjour moyen optimal et au paramètre de révisions premières.
- Introduction d'un nouveau concept : la subvention à l'exploitation. Les hôpitaux

où le coût de séjour dépasse la moyenne des autres hôpitaux ont bénéficié d'une subvention appelée « subvention à l'exploitation », révisable chaque année.

Inconvénients du contrat de gestion 1993-1996

- Ne tient pas compte de la complexité des séjours en hôpital.
- Perception différente des corps de métiers hospitaliers et des patients.
- Ne permet pas d'évaluer les besoins de la population.
- Ne tient pas compte de la qualité, de la formation et de la recherche dans le financement.
- Privilégie certaines activités (hospitalisation de jour, grande chirurgie ambulatoire, greffes, listes d'attentes et traitements à coût élevés) en leur attribuant des tarifs spéciaux.
- Pose un problème d'éthique dans la pratique clinique, car il ne propose pas d'adéquation entre activité et qualité.

Il est important que tous les services fassent l'objet d'un contrat de gestion. Cela permettra, grâce au système d'information, de comparer des indicateurs.

Évolution

Contrat programme 1993-1996

- Produits intermédiaires.
- UPA et activités extérieures.
- Droits des patients.
- Adéquation pratique clinique.
- Systèmes d'information.
- Paiement d'acte médical.
- Priorité de l'activité.

Contrat gestion 1997-2001

- Hospitalisation par GRD.
- GRD et consultation.
- Financement : qualité, recherche et formation.
- Protocoles, guides, voies cliniques, monitoring indicateurs, taux d'utilisation.
- Réussite d'objectif.
- Priorité des résultats (*benchmarking*).

Qualité

L'introduction des indicateurs de qualité dans le contrat de gestion est liée à la notion du droit du patient. Cette approche est appliquée dans 80% des cas. Cela nécessite un contrôle de la démarche qualité, de protocoles de gestion de plaintes.

En Espagne, la majorité des plaintes est liée au manque d'informations de la part du corps médical.

Le contrôle de la qualité devrait se faire selon un protocole de soins appliqué à chaque patient de manière qu'il puisse avoir une évaluation à chaque étape.

Les protocoles de soins ont été élaborés par de nombreuses catégories professionnelles, tous ceux qui sont responsables dans le traitement d'une pathologie.

Le modèle européen de qualité prend en compte la satisfaction du patient et celle des professionnels de santé.

Dans l'évaluation d'un contrat de gestion, on compare les rentrées et les dépenses, on applique des pénalités, des bonus et des primes d'encouragement pour les personnels. Les résultats de cette évaluation permettent aux hôpitaux qui réussissent les objectifs du plan de gestion d'obtenir des primes pour les agents et des moyens supplémentaires pour la formation et les équipements.

Quarante-cinq pour cent de ces moyens supplémentaires sont en relation avec la réussite des objectifs de qualité, 45% avec l'activité et 10% sont liés à l'information du personnel sur les objectifs du contrat de gestion.

Dans le nouveau système de gestion, les profits (primes, formations...) peuvent atteindre jusqu'à 30% du salaire.

Contrat de gestion et gestion par pathologie

Le contrat de gestion a initié une nouvelle organisation interne des hôpitaux par ligne de pathologie : regroupement de services et de spécialités en pôles.

Réussites du contrat de gestion 1992-2002

- Amélioration du système d'information.
- *Benchmarking* entre les hôpitaux.
- Réduction de l'écart entre les dépenses et le budget initial: 1992 : 7% ; 2000 : 0,003%.
- Décentralisation des services.

- Baisse des délais d'attente en chirurgie: 1992 : 215 jours ; 2002 : 51 jours ; - séjour moyen: 1992 : 9,96 jours ; 2002 : 6,95 jours.
- Augmentation du nombre d'hospitalisation en hôpital de jour de 62%.
- Augmentation des actes en chirurgie ambulatoire 1992 : 0 ; 2001 : 142 000.
- Satisfaction des patients : 1992 : 4,1/7 ; 2001 : 5,9/7.
- Crédibilité face au ministère des Finances.
- Planification facilitée.
- Transparence des négociations.

Limites du contrat de gestion

Les contrats sont différents pour les soins primaires et en milieu hospitalier (très difficiles à gérer).

- L'intéressement a été jusqu'à présent peu élevé, sauf pour les pôles et les nouvelles fondations.

- Séparation virtuelle entre le financement et les achats.
- Périodicité annuelle.
- Problématique dans le partenariat public/privé : les hôpitaux concessionnaires ne prennent pas en compte la dette publique. D'où la question : que se passera-t-il si la société concessionnaire est en faillite ou déficitaire ? Le contrat de gestion peut également générer des conflits sociaux, car ce type de gestion peut être considéré comme un premier pas vers la privatisation des hôpitaux.

Conclusion

Le contrat de gestion est un instrument efficace pour conjuguer financement et soins. Il dynamise et améliore le système d'information, assure la transparence. Les indicateurs permettent d'évaluer son efficacité. •

L'Europe et les hôpitaux

Le rôle des régions dans l'organisation du système de soins - L'expérience lombarde

Paolo Borsato
Université de Milan, Italie

Notre intention, au cours de ce bref exposé, est d'illustrer les grandes lignes de l'organisation du système de santé de la Lombardie, une région dont le modèle est parmi les plus marquants (et aussi les plus controversés) dans le monde très varié des modèles régionaux italiens.

Nous prêterons une attention particulière à l'évolution de ses structures hospitalières et nous nous focaliserons de façon privilégiée sur un point très précis de ce modèle: la relation qu'il a essayé d'instaurer entre managers et praticiens et entre « l'entreprise » hospitalière et son environnement. Le problème du gouvernement ou de la gouvernance, est, croyons-nous, une question très importante au moment où l'hôpital est appelé à faire face aux problèmes des coûts de santé, à évoluer vers de nouveaux modes de financement de son activité et, de façon plus générale, à progresser vers une plus grande maîtrise de la qualité et de l'efficacité de ses actes (*clinical governance*). La relation traditionnelle

entre gestionnaires et professionnels va en être affectée et une nouvelle approche dans la régulation de ce rapport est un élément essentiel pour permettre à l'hôpital de faire face à ces nouveaux défis.

Le modèle lombard

Le fonctionnement du système de santé en Italie a connu au cours de ces dix ou quinze dernières années – à partir de la loi de réforme de 1992 – un mouvement important de déconcentration des responsabilités et des politiques de santé au niveau régional ; et, au sein des régions mêmes, il a vu l'attribution aux ASL (*azienda sanitaria locale*, « entreprises » locales de santé, sur base approximativement départementale) d'un rôle régulateur de l'offre et de la demande des soins. Ces noyaux locaux de régulation ont été conçus dès 1992 comme des « entreprises » avec, à leur tête, un directeur général au profil managérial.

Les régions, quant à elles, dans leur autonomie, ont adopté des architectures de système fort différentes. La Toscane (*encadré 1*) et l'Émilie-Romagne se sont orientées vers une régulation directe du système des soins et ont choisi la création de réseaux caractérisés par une concertation forte entre les différents acteurs et un effort poussé de planification.

La Lombardie, au contraire, a opté pour une solution libérale. À partir de 1997/1998, cette région s'est inspirée d'un modèle de marché (en suivant en partie certains traits du modèle anglais) en se réservant un rôle de régulation indirecte (*encadré 2*).

Elle a retiré les hôpitaux des ASL et en a fait des entreprises autonomes qui fournissent des services aux ASL. Ces dernières interprètent les besoins de soins au niveau local et achètent des prestations aux hôpitaux, aussi bien publics que privés. Quant aux hôpitaux, ils sont conçus comme des véritables entreprises, avec responsabilité économique. À leur tête est placé un directeur général qui peut être renvoyé en cas de défi-

cit. En même temps, elle a donné une lecture assez drastique des rôles de l'entreprise hospitalière, en reconnaissant effectivement au directeur général un pouvoir important dans le choix de ses collaborateurs (directeur médical d'entreprise et directeur administratif) ainsi que des chefs de service ou de département (*figure 1*).

Troisièmement, elle a inséré cette transformation de l'hôpital dans le cadre d'un système global d'offre de soins ouvert et compétitif où, en principe, les entreprises hospitalières publiques sont appelées à un comportement concurrentiel entre elles et avec les hôpitaux privés, sur la base du libre choix du patient ou des acheteurs de prestations (ASL). L'hôpital comme entreprise, donc hiérarchisation du pouvoir à l'hôpital, inclusion de l'hôpital dans un réseau à tendance concurrentielle, voici à la fin les choix marquants. En d'autres termes, un remodelage considérable des rapports de pouvoir à l'hôpital, mais en même temps la redéfinition de l'environnement de l'entreprise confrontée à de mécanismes

plus contraignants. Le déplacement des pouvoirs dans l'hôpital devenait en quelque sorte fonctionnel à un environnement qui n'autorisait plus l'inertie ou le localisme et renforçait, en principe, l'intérêt commun des différents acteurs hospitaliers à se rencontrer au nom d'une même logique d'entreprise.

Le modèle en pratique

En réalité, le modèle n'a pas vraiment marché de cette façon. La création d'un réseau relativement ouvert et compétitif – dans une sphère d'activités qui présente tout de même de sérieuses entraves à être traitée comme un marché – pose d'importants problèmes de régulation. Le risque peut être celui d'un certain opportunisme de la part des acteurs, l'impulsion à la « surproduction », avec pour résultat un phénomène d'augmentation des coûts (pour le système dans son ensemble) et des actes non pertinents. Cela a fini par obliger les autorités régionales à mettre des plafonds à l'offre et, de ce fait, a rendu beaucoup plus

encadré 1

Toscane: un service public et un système intégré de gestion des soins

La région produit « directement » les services de santé (modèle service publique).

Le secteur privé a un simple rôle d'intégration.

La région finance les douze ASL qui ont un rôle de programmation et de production de soins au niveau déconcentré.

Les ASL à leur tour gèrent les différents moyens : établissements hospitaliers, médecins de ville, prévention, etc.

La région cherche l'optimisation entre la demande et l'offre de soins par une programmation poussée et un effort de concertation entre le plus grand nombre de sujets concernés : ASL, établissements hospitaliers, communes, médecins, associations de bénévoles, etc.

Elle a une vision très intégrée des processus ayant un impact sur la santé : prévention, assistance sociale, soins à domicile et volets sociaux vont ensemble.

Le périmètre adéquat pour cette concertation élargie est identifié dans une zone géographique intermédiaire, appelée « zone vaste » : Pise, Sienne, Florence. Zone vaste qui est aussi source d'économies d'échelle.

Constitution expérimentale de nouveaux sujets collectifs : « Société de la santé » pour une gestion intégrée des services territoriaux.

encadré 2

Lombardie : place à la régulation par le marché

Priorité à la transformation des hôpitaux.

La région se pose en tant qu'instance régulatrice et non pas propriétaire/productrice de services.

Elle cherche à augmenter l'efficacité et la qualité des soins (hospitaliers d'abord) par le mécanisme de « libre choix du citoyen » et la concurrence entre un grand nombre de producteurs de soins.

Les ASL sont privées de la « propriété » des hôpitaux ; les hôpitaux deviennent des entreprises autonomes.

Constitution de vingt-neuf entreprises hospitalières, à responsabilité économique forte. Chaque entreprise hospitalière, indépendante du pouvoir local (maires) regroupe plusieurs établissements autrefois indépendants et séparés.

Les directeurs d'hôpital sont des managers nommés par la région (turn-over moyen trois, deux ans).

Les ASL jouent le rôle d'acheteurs de prestations auprès des hôpitaux : rapport acheteur/fournisseur.

Financement par T2A (comme dans le reste de l'Italie).

Parmi les fournisseurs à jeu égal les hôpitaux privés accrédités.

Libre choix du citoyen entre établissements publics et privés.

Compétition entre hôpitaux aussi bien publics que privés.

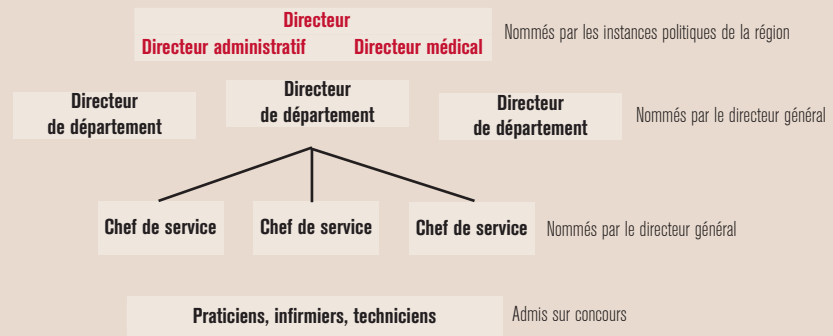
importante pour les entreprises la tâche de réduction des coûts que celle du développement des activités. En deuxième lieu, pour ce qui est des rapports entre managers et professionnels, on a constaté aussi que le concept d'« entreprise » n'a pas été suffisant à créer cette vision et cette pression communes qui assureraient une convergence quasi automatique des intérêts et des points de vue – d'autant moins il faut le dire que l'accent à la fin prépondérant sur la maîtrise des coûts a fini par mettre en difficulté les praticiens.

Cela n'empêche pas que certaines transformations ont eu lieu. Le regroupement dans une même entreprise, appelée à l'efficacité économique, de différents établissements hospitaliers auparavant séparés et liés à leur ville de référence, a conduit à une rationalisation certaine de l'offre et a poussé à la spécialisation. Le pouvoir conféré au directeur général de l'hôpital a contribué dans tous les cas par son seul effet à changer sensiblement les jeux entre managers et professionnels – quoique, selon des schémas, il faut le dire, pas du tout homogènes parmi les différentes entreprises. Dans une enquête récente que nous avons menée sur onze hôpitaux, nous avons remarqué quatre types de « solution » à cette relation et des effets différents en termes de résultats. On remarque aussi une attention grandissante vers la pertinence des actes (une condition clé pour permettre à un système ouvert de ne pas être inflationniste) et des investissements régionaux importants sont en cours visant le contrôle de la qualité. Il est vrai d'autre part que, aujourd'hui, les autorités régionales cherchent à infléchir une approche trop libériste et à réintroduire dans le système des éléments de régulation directe et centralisée.

Considérations d'ensemble

Si l'on en revient à notre point de vue plus général, concernant le problème de la gouvernance, on peut synthétiser de cette façon l'expérience lombarde, en relation aussi aux enquêtes que nous avons menées. La Lombardie a poursuivi une remise en cause assez radicale de la logique précédente d'ancrage local de

figure 1 Modèle lombard de gouvernance de l'hôpital



l'hôpital (hôpital de ville). Elle a donné lieu à des « espaces réseaux » (de nature compétitive dans ce cas spécifique) et à la création de systèmes amples de producteurs de soins dans le but d'une amélioration et d'une sélection de l'offre. Cela a eu comme conséquence pour les acteurs à se poser le problème du positionnement au sein d'un réseau plus élargi, de l'évaluation des performances par rapport à ce réseau, du droit même à fournir des prestations (accréditation) et du coût de celles-ci.

Ce changement d'environnement ne se révèle pourtant pas comme un élément pouvant, à lui seul, modifier les relations entre managers et professionnels. Le mécanisme de régulation de l'extérieur ne marche pas sans une redéfinition importante des pouvoirs au sein de l'hôpital – et dans tous les cas, cette révision formelle des pouvoirs est en mesure de changer, par elle-même, de façon considérable les relations internes) Mais, certainement, cette condition extérieure, cette inclusion dans un réseau plus ample, aide à reformuler les problèmes et les rapports réciproques en dépassant le seul problème formel du pouvoir. On pourrait dire que si la forme du pouvoir interne le consent, la constitution de réseaux peut déboucher sur une nouvelle forme de gouvernement et de rapports entre tous les acteurs de l'hôpital. Cela peut conduire les deux logiques, mana-

gériale et professionnelle, à chercher de nouveaux équilibres par rapport à la mission de l'hôpital, aux objectifs, aux *outcomes*, aux systèmes de mesure des performances, ainsi qu'à la mise en place de procédures vérifiées dans la production des soins.

Si l'on se réfère à l'Europe, l'hypothèse de cet exposé est que l'ouverture de ce nouvel espace pourra jouer dans le sens qu'on vient d'explorer : faciliter la création de réseaux, directs ou indirects. Cet espace offrira aux différents hôpitaux la possibilité de saisir de nouvelles opportunités, mais en même temps cela demandera de se poser le problème de l'identité de l'hôpital, de ses forces et faiblesses, de sa mission et, enfin, de sa forme de gouvernement. Cela posera un problème de redéfinition des rapports entre le managers et les professionnels, mais, parallèlement, pourra en faciliter la solution par la lecture commune de l'environnement, de ses menaces et de ses chances.

note

Paolo Borsato est coauteur avec Beatrice Tessadori des articles suivants : « *Direzioni, primari e sistemi ospedalieri* », *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n° 3, 4, 2003. « *Governare gli ospedali: varietà ed efficacia delle strategie di direzione* », *L'Ospedale*, n° 4, 2004.

L'Europe des professionnels

Que faire pour améliorer les conditions de travail des personnels de santé en Europe ? Premiers résultats de l'enquête *Next*

Jean-François Caillard

Service de médecine du travail, CHU de Rouen

Madeleine Estryng-Behar, Olivier Le Nezet

Service central de médecine du travail, AP-HP

Au cours des vingt dernières années, les établissements de santé en Europe ont connu d'importants changements, techniques, économiques et démographiques, et au vieillissement global de la population s'oppose celui des personnels soignants, confrontés à un phénomène multiforme de complexification et d'intensification du travail, que vient aggraver, dans la plupart des pays d'Europe, à l'exception de l'Espagne, de la Pologne, de la Roumanie et de la Slovaquie, leur insuffisance en nombre : en France, 83 % des établissements de soins déclarent en 2004 des difficultés de recrutement (enquête Credoc-Unedic) ; la durée moyenne de cotisation à la CNRACL n'est respectivement que de vingt-huit ans et de trente-trois ans pour les infirmières diplômées d'État et les cadres.

De plus, en France et à l'étranger, l'intention de quitter prématurément la profession de soignant est un phénomène préoccupant : une revue de vingt-cinq études américaines et de sept études européennes menée par H.M. Hasselhorn en 2000 montre que le départ prématuré ou l'intention de partir sont associés à des facteurs d'organisation du travail (60 % des études), à une charge de travail élevée (30 %), à des perspectives de carrières insuffisantes (30 %) ; peu d'études montrent un lien avec le niveau de l'emploi ou le niveau de salaire.

C'est pour tenter de connaître plus précisément les raisons, les circonstances et les conséquences des départs prématurés de leur profession d'une partie du personnel soignant en Europe, et les déterminants du maintien de la capacité de travail et de la motivation à rester dans la profession qu'une étude est en cours dans dix pays (Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède) : *Nurses Early Exit Study (Next)*. Ont répondu à un

questionnaire 38802 soignants, dont 5376 en France, un questionnaire de près de 300 items concernant les caractéristiques sociodémographiques, les conditions de travail, la santé, la satisfaction au travail et l'intention de quitter la profession, tandis que des questions ouvertes exploraient les facteurs de pénibilité et d'atteinte à la santé et recherchaient des suggestions d'amélioration.

Un premier constat, très fort, s'impose : dans leur immense majorité, les soignants révèlent un sentiment de fierté et un très fort degré d'implication envers leur profession, cela étant le plus marqué en France, où 86,9 % se déclarent fiers ou plutôt fiers de leur métier.

En même temps, d'importants facteurs de pénibilité sont signalés. Ainsi la pénibilité morale et les difficultés du travail d'équipe sont citées 2271 fois dans les 2688 réponses aux questions ouvertes collectées en France. Viennent ensuite le souci exprimé quant aux difficultés de délivrer des soins de qualité (1412 citations), à l'origine d'un conflit de valeurs entre le désir et la volonté de soigner de la meilleure façon possible et les difficultés à le faire, la pénibilité physique (981 citations) et les problèmes posés par les horaires de travail (865 citations).

Des analyses quantitatives qui confirment ces résultats

La mesure d'un score validé de charge émotionnelle, rendant compte des effets de la confrontation à la mort, à la maladie, à la douleur et aux agressions est élevée dans l'ensemble des pays, la France et l'Allemagne ayant les valeurs maximales. Cinquante-trois pour cent des infirmières en Europe et 70 % en France mettent l'accent sur la mauvaise qualité du soutien psychologique comme principale cause d'insatis-

faction professionnelle ; en France, les relations de travail sont jugées mauvaises avec l'encadrement supérieur dans 39 % des cas, dans 50 % avec l'administration.

Le sentiment de harcèlement, voire de violence, qu'il soit le fait des patients ou des familles, est aussi un élément de contexte qui peut concerner jusqu'à un tiers des répondants. Le score de *burnout* traduit l'accumulation des facteurs de stress professionnel : il est le plus élevé en France et en Slovaquie.

Parmi les facteurs qui sont vécus comme altérant la qualité des soins, la faible marge de manœuvre quant aux délais imposés, le manque de temps, la grande fréquence des interruptions dans le cours du travail, le poids des tâches administratives sont à mettre en parallèle avec la crainte de faire des erreurs signalée par plus de 80 % de l'échantillon français et par 70 % des répondants sur l'ensemble de l'enquête. Un élément particulièrement signalé par les infirmières en France (60,5 %) et en Allemagne (54,8 %) est l'insatisfaction liée à l'organisation des temps de transmission des informations entre équipes (37,3 % d'insatisfaits sur l'ensemble de l'échantillon). C'est aux Pays-Bas, où l'horaire variable est institutionnalisé depuis longtemps avec une flexibilité qui correspond aux besoins de l'institution et des personnels, que le score de satisfaction sur l'organisation du temps de travail est le meilleur.

La pénibilité physique a également été analysée, dans la mesure où elle reste une des constantes du travail hospitalier. Les difficultés concernent les postures debout prolongées, la manutention des charges lourdes, le maintien de postures pénibles, l'inadaptation des locaux, de nombreuses critiques s'adressant à l'architecture souvent vécue comme répondant plus à des critères esthétiques que fonctionnels et ergonomiques. La Norvège et les Pays-Bas signalent beaucoup moins de troubles musculo-squelettiques (premier problème de santé ressenti, le second étant la sensation de fatigue plus de deux jours par semaine) parmi leurs personnels que les autres pays ; parallèlement, c'est là que se trouve le plus développée l'utilisation de dispositifs d'aide à la manutention.

Enfin, le désir d'abandon de la profession est présent chez 15 % des soignants qui disent le ressentir plus d'une fois par mois, cette proportion atteignant 38 % en Grande-Bretagne et 20 % en Italie. Les facteurs de pénibilité

décrits ci-dessus sont ceux qui sont le plus souvent évoqués à l'origine de ce désir.

Au total, cette étude ne révèle sans doute pas de faits nouveaux majeurs concernant les effets perçus des conditions de travail sur les personnels, mais l'importance de l'échantillon, la puissance statistique et la cohérence des résultats, l'analyse des différences entre pays et entre catégories d'établissements en font un apport extrêmement consistant à la connaissance et vont permettre, en outre, des transferts d'expérience utiles.

À titre d'illustration, le concept de *magnet hospitals*, c'est-à-dire d'hôpitaux qui se singularisent par une plus grande attrac-

tivité pour leur personnel, a été appliqué à six centres hospitaliers généraux et trois centres hospitalo-universitaires en France, dont les questionnaires adressés aux infirmières ont été analysés selon un programme spécifique. Deux établissements à forte attractivité se distinguent par de meilleurs résultats que la moyenne pour un certain nombre de facteurs, parmi lesquels l'indice de satisfaction au travail (qui cumule des indicateurs de conditions physiques, psychologiques et de développement de carrière), la qualité du *leadership* et du soutien social des supérieurs, l'organisation du temps de travail, la bonne

organisation des temps de transmission des informations, un risque moindre de *burnout*, les commodités de transport et de logement. À l'inverse, les quatre établissements dont les infirmières manifestent la plus forte envie de partir obtiennent, sur ces différents facteurs, les résultats les plus mauvais. •

note

Pour consulter les résultats disponibles de l'étude Next :

- Madeleine.estrin-behar@sap-hop.paris.fr
- www.next.uni-wuppertal.de

L'Europe des professionnels

Enquête sur les médecins européens travaillant en France

Christine Thayer

Directeur d'hôpital, Grande-Bretagne

En novembre 2003, le Conseil national de l'ordre des médecins envoie un questionnaire composé d'environ quarante questions à tous les médecins inscrits au registre national, aux ressortissants d'un des quinze pays membres de l'Union européenne (avant élargissement) ou ayant fait leurs études dans un de ces pays et aux ressortissants de la Pologne, de l'Hongrie ou des Républiques Tchèque et Slovaque.

Caractéristiques des répondants

Sur les 2 886 questionnaires adressés aux médecins issus des dix-neuf pays, neuf cent cinquante-deux réponses ont été reçues, un taux de réponse d'environ 33 %. Seulement seize pays sur les dix-neuf étaient représentés parmi les réponses ; aucun médecin luxembourgeois, tchèque ou slovaque parmi les répondants.

Les médecins belges constituent presque 40 % des répondants et les médecins allemands, avec 20 %, sont eux aussi fortement représentés. Viennent ensuite les Italiens avec 11 % et les Espagnols avec 7 %.

Répartition par nationalité

Pays	Nombre	%
Belgique	360	38
Allemagne	195	20
Italie	103	11
Espagne	70	7
Pologne	39	4
Pays-Bas	37	4
Grèce	26	3
Royaume-Uni	22	2
Autres	100	11

Le tableau suivant donne la distribution des répondants par âge et sexe. Parmi les moins de 35 ans, les femmes sont majoritaires.

Âge et sexe des répondants

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	NSP
Moins de 35	119	125	2
45-54	136	75	3
55-64	27	13	1
65 +	6	3	-
NSP	34	27	2
Total	553	389	10

Facteurs motivant la délocalisation

L'enquête s'est efforcée d'analyser les motivations qui ont poussé les médecins à quitter leur pays pour venir travailler

en France. Pour les Espagnols et les Grecs, mais aussi pour les Belges, les Italiens et les Allemands, la surproduction de médecins dans leur pays a été un facteur important dans la prise de décision.

Surproduction de médecins comme facteur de motivation

Pays	Nombre	Pourcentage
Espagne	30	43
Grèce	9	35
Belgique	95	27
Italie	27	27
Allemagne	42	22
Pays-Bas	37	14

Les Espagnols, en particulier, ont mis en évidence les difficultés de suivre la spécialisation de leur choix. Il y a un nombre très important de jeunes médecins par rapport aux possibilités de formation. Dans un moindre degré, les Italiens se sont plaints de ce problème, notamment dans le domaine de la chirurgie.

Possibilités limitées de spécialisation dans son propre pays

Pays	Nombre	%
Espagne	35	50
Italie	18	18
Belgique	45	13
Allemagne	23	12

Sans doute ces difficultés en matière de spécialisation ont contribué grandement à l'insatisfaction des ressortissants des quatre pays les plus concernés

(Espagne, Italie, Allemagne et Belgique) par rapport à l'évolution de leurs carrières. Même si leur point de vue était loin d'être majoritaire, les médecins de ces quatre pays ont été relativement nombreux à considérer que la France leur offrait davantage de flexibilité et de meilleures possibilités d'avancement professionnel.

Plus de flexibilité dans la gestion de la carrière en France

Pays	Nombre	%
Espagne	21	30
Belgique	102	28
Allemagne	50	26
Italie	19	19

Meilleures possibilités d'avancement professionnel en France

Pays	Nombre	%
Espagne	16	23
Italie	21	21
Belgique	53	15
Allemagne	30	15

Les réponses des médecins par rapport à leurs perspectives financières semblent indiquer qu'ils ne sont pas venus en France pour s'enrichir. Les Britanniques et les Néerlandais ont été presque unanimes à dire qu'ils étaient moins bien payés dans l'Hexagone que dans leur pays d'origine et les trois quarts des Allemands sont du même avis.

Meilleures perspectives financières en France

Pays	Non	%	Oui	%
Royaume-Uni	21	95	-	-
Pays-Bas	34	92	-	-
Allemagne	147	75	33	17
Italie	67	66	11	11
Grèce	17	65	4	15
Belgique	234	65	93	26
Pologne	21	54	11	28
Espagne	36	51	13	19
Tous médecins	637	67	186	19

Presque la moitié des répondants ont mis en évidence, comme élément important dans leur décision, leur souhait d'élargir leurs horizons, de vivre une autre culture, de connaître d'autres types de pratique.

Changement d'environnement

Pays	Oui	%
Grèce	20	77
Italie	60	59
Royaume-Uni	13	59
Allemagne	103	53
Pays-Bas	18	49
Belgique	164	46
Pologne	17	44
Espagne	29	41
Tous médecins	454	48

Les réponses ont clairement montré le poids des considérations affectives ou familiales dans la décision de délocalisation. En effet, 40 % des répondants ont évoqué spécifiquement comme raison pour leur changement de pays, l'amour, le mariage, le travail du conjoint, des raisons personnelles, voire familiales. En comparaison, seuls 18 % des médecins ont cité de meilleures opportunités professionnelles comme raison de leur délocalisation. D'autres encore (8 %) ont donné les conditions climatiques ou l'environnement culturel (« le soleil et le vin ») comme facteurs décisifs !

Autres motivations

Amour, mariage, travail du conjoint	28 %
Meilleures opportunités professionnelles	18 %
Raisons personnelles, familiales	12 %
Climat, culture	8 %
Insatisfaction concernant pays d'origine	3 %
Raisons politiques	3 %
Religion	0,5 %
Enthousiasme pour l'Europe	0,2 %

Facteurs favorisant la démarche

L'enquête s'est penchée également sur les facteurs qui ont facilité la délocalisation. Ainsi, pour la grande majorité des médecins, notamment pour les Britanniques, les Belges et les Allemands, une connaissance préalable de la langue du pays a été considérée comme un élément important mais, pour beaucoup, surtout pour les Britanniques, les Espagnols et les Grecs, l'existence d'un réseau familial ou d'amis a joué aussi.

Les annonces dans la presse médicale ou d'autres types de campagnes de recrutement ont touché seulement une petite minorité des médecins étrangers : 5 % composés essentiellement de Belges, d'Allemands et de quelques Italiens. Les

répondants se sont plaints d'un manque d'information sur les opportunités existant pour les médecins en France. Seulement 25 % ont trouvé de la documentation à ce sujet.

Connaissance de la langue comme facteur incitatif

Pays	Oui	%
Royaume-Uni	19	86
Belgique	293	82
Allemagne	155	80
Grèce	20	77
Espagne	44	63
Pays-Bas	22	60
Italie	53	52
Pologne	17	44
Tous médecins	691	73

Soutien de la part de la famille ou des amis déjà en France

Pays	Oui	%
Royaume-Uni	12	55
Espagne	35	50
Grèce	12	46
Belgique	148	41
Pays-Bas	12	32
Allemagne	56	29
Italie	24	24
Pologne	9	23
Tous médecins	339	36

Difficultés liées aux procédures de recrutement

Si la majorité des médecins (65 %) n'a eu aucune difficulté particulière pour gérer leur candidature depuis l'étranger, environ 28 % ont trouvé que leur manque de connaissances du système de santé français constituait un handicap. Les médecins polonais (pour 46 % d'entre eux) ont eu la forte impression que les autorités françaises étaient réticentes par rapport au recrutement des médecins étrangers, un problème relevant sans doute de leur statut avant l'élargissement de l'Union européenne. Toutefois, cette perception a été partagée par 27 % de répondants britanniques, 19 % de Hollandais, 18 % d'Allemands.

La plupart des répondants (75 %) ont trouvé que les diplômes obtenus dans

leurs pays d'origine étaient bien acceptés en France. Cela n'est pas vrai pour les Polonais, et certains ressortissants allemands et belges ont connu eux aussi des difficultés.

Médecins ayant eu des difficultés de reconnaissance de leurs diplômes

Pays	Nombre	%
Pologne	25	64
Allemagne	39	20
Belgique	55	15

La grande majorité des répondants (82 %) n'a pas bénéficié d'un accueil spécifique au moment de leur arrivée. Et si un médecin sur cinq a reçu de l'information sur le système de santé, le fonctionnement des hôpitaux et/ou la profession médicale, seulement 7 % des médecins a eu droit à une séance d'information. Parmi les répondants, un petit 3 % a reçu de l'information spécifiquement adaptée aux médecins étrangers.

Le projet professionnel

Les trois quarts des répondants ont travaillé plus de deux ans et moins de vingt ans en France.

Nombre d'années travaillées en France

Moins de deux ans	10 %
Plus de deux et moins de cinq ans	22 %
Plus de cinq et moins de dix ans	21 %
Plus de dix et moins de vingt ans	31 %
Plus de vingt ans	16 %

Une comparaison entre les intentions exprimées par les médecins à leur arrivée en France et leurs projets professionnels au moment de remplir le questionnaire a montré un changement significatif. Beaucoup ont décidé de prolonger leur séjour.

Changement de projet de vie

Durée de séjour	Arrivée	Maintenant
Moins d'un an	45	16
Plus de un et moins de deux ans	118	23
Plus de deux et moins de cinq ans	113	33
Plus de cinq et moins de dix ans	46	34
Indéfiniment	501	692
Ne sait pas, sans réponse...	50	75

Accès à la formation et avancement professionnel

En général (pour 83 % d'entre eux), les répondants ont considéré qu'ils avaient les mêmes possibilités d'accéder à la formation que leurs homologues français. Toutefois, 18 % des Italiens, 17 % des Polonais et 16 % des Allemands ont trouvé qu'ils n'avaient pas le même accès. Dans la mesure où la question était pertinente dans leur cas spécifique, les deux tiers des médecins ont répondu qu'ils avaient les mêmes possibilités de promotion que leurs homologues français. Mais un tiers des Allemands, 36 % des Italiens et 44 % des Polonais se sont considérés désavantagés par rapport à leurs collègues français en matière d'avancement professionnel.

Mêmes opportunités d'avancement professionnel

Pays	Oui	Non
Grèce	72 %	28 %
Royaume-Uni	71 %	19 %
Espagne	71 %	23 %
Belgique	71 %	24 %
Pays-Bas	65 %	19 %
Allemagne	61 %	32 %
Italie	58 %	36 %
Pologne	47 %	44 %
Tous médecins	65 %	28 %

Acceptation par le personnel et les patients

Parmi les médecins qui travaillaient en milieu hospitalier (public ou privé), 83 % ont trouvé qu'ils étaient bien acceptés par leur supérieur hiérarchique. Dans le même ordre d'idées, 87 % ont eu l'impression d'être bien acceptés par leurs collègues. Une très grande majorité des répondants (95 %) ont trouvé qu'ils étaient bien acceptés par les patients, tandis que quelques autres n'étaient pas certains. Seulement six médecins ont trouvé qu'ils n'étaient pas bien acceptés par les malades.

Conclusion

Les analyses faites depuis quelques années par rapport à la situation démographique indiquent un changement important : tout comme nos voisins, Allemagne et la Grande-Bretagne, nous sommes en train

de basculer vers une pénurie de médecins en France. Il y a aujourd'hui environ 3000 médecins européens travaillant dans notre pays et selon des indications récentes, une augmentation importante des arrivées depuis l'ouverture des frontières en mai 2004. Toutefois, par rapport à ces flux de médecins, nous sommes en concurrence avec nos voisins européens qui, sur le plan linguistique, jouissent d'une attractivité supérieure à celle de la France. Il sera désormais important de prêter plus d'attention à l'accueil que nous proposons aux nouveaux arrivés.

Le système français de reconnaissance des diplômes ne semble pas tout à fait adapté à l'ouverture européenne. La France exige la production de documents qui, parfois, n'existent pas dans les autres pays, par exemple, l'état civil ou le casier judiciaire. Elle demande à des ressortissants de pays fédéraux des documents étatiques qui n'existent pas ou qui sont délivrés non pas par le gouvernement mais par les autorités régionales ou, dans certains cas, par la chambre médicale, soit au niveau national, soit au niveau local. À l'évidence, les ambassades de ces pays en France font preuve de beaucoup de flexibilité et d'inventivité en produisant des papiers « officiels » bien originaux, qui n'existent pas dans leurs pays, mais qui correspondent à une demande française ! Le système français semble avoir des difficultés à s'adapter pour prendre en compte l'expérience gagnée par les médecins dans d'autres pays de l'Union européenne : reconnaissance de l'équivalence de l'internat ou du clinat par rapport au concours de praticien hospitalier (par examen ou non) et en ce qui concerne l'ancienneté. Il y a au moins un exemple, celui d'un professeur venant d'un pays voisin, mondialement reconnu dans sa spécialité, qui a dû lutter des années durant pour faire valoir son expérience !

Sur le plan pratique, au niveau des établissements de soins, d'après de très nombreux témoignages, l'accueil réservé à nos confrères européens est au mieux médiocre ou s'avère – la plupart du temps – inexistant. Dans le nouveau contexte démographique, il sera important que les directions des ressources humaines prêtent attention à ces questions jusqu'ici négligées. •

L'Europe des professionnels

Mobilité des médecins, devenir

Elizabeth Macintyre-Davi

PU-PH, département d'hématologie, groupe hospitalier Necker-Enfants malades, AP-HP

La mobilité des médecins en France fait l'objet d'une longue évolution. En Grande-Bretagne, le mode de recrutement est basé sur la formation : un candidat, pour un poste officiel, se préoccupe de sa future carrière lors de sa formation et se donne les moyens pour correspondre aux critères de sélection. Après la publication d'un concours, les candidats sont sélectionnés sur leurs aptitudes. Après un entretien positif, le poste est pourvu quelques semaines ou mois plus tard. En

France, la sélection relève des responsabilités de la personne qui nomme et non pas de celle qui se forme. Le « patron » choisit son futur successeur en fonction de l'évolution de sa propre carrière.

La mobilité est très différente entre les pays. Elle dépend également des intérêts personnels des couples professionnels, sans pour autant tomber dans le cas excessif observé en Allemagne où un PU-PH ne peut pas être nommé dans le même site : pour évoluer, il doit aller dans un autre éta-

blissement d'une autre ville. Cela permet la fertilisation des échanges des idées et d'échapper à la rivalité à petite échelle.

La mobilité des chefs de service est lente car la plupart des chefs de service sont prévus dix ans en avance lorsqu'un candidat arrive, prêt sur le marché, l'adéquation entre poste et demande est rare.

En Angleterre, tout poste hospitalo-universitaire fait l'objet d'un affichage officiel, ce qui permet aux jeunes au début de leur carrière de faire des choix pour pourvoir un poste dans quelques années. Le fait d'admettre publiquement que l'on a un poste à pourvoir permet de former un candidat soi-même ou de lancer un appel à candidature.

Dans le processus d'enrichissement, les deux parties ont beaucoup à apprendre. •

L'Europe des professionnels

Les infirmières diplômées d'État et l'Europe

Michelle Bressand

Directrice des services de soins, AP-HP

Historique

La construction de l'espace européen pour les métiers d'infirmières a commencé il y a vingt-cinq ans. En 1970 sont publiées trois directives européennes concernant ce diplôme, directives complétées par la directive du 21 décembre 1988 concernant tous les diplômes. De ce fait, les infirmières aujourd'hui n'ont pas de problème pour valider leur diplôme au niveau européen. Elles sont employées dans le secteur public et privé dans les entreprises, les écoles et les services de soins à domicile. Les nouvelles pratiques et les problèmes de santé publique dus au vieillissement de la population ouvrent de nouvelles possibilités d'emplois pour cette catégorie professionnelle. Les trois directives rappellent que c'est une profession réglementée qui doit garantir à tous les citoyens une qualité de service en matière de soins infirmiers, c'est-à-dire des professionnels autorisés à porter un titre et possédant une formation de base identique, que l'on appelle « infirmière responsable en soins généraux ».

Cette profession, dont la formation initiale est réglementée, est basée sur des référentiels d'actes autorisés, soumise à des

autorisations à exercer dans les pays et à porter le titre et dotée de règles de déontologie. Dans la plupart des pays, sauf en France, des instances de type ordinal représentent la profession.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise que la profession d'infirmière soit représentée par les professionnels pour tout ce qui est exercice, formation, discipline et représentée par les États pour ce qui est des conditions d'exercice et les pratiques. L'Espagne fait obligation aux infirmières de s'inscrire à l'instance nationale ; dans les autres pays, l'inscription est libre, mais plus de 80% des infirmières s'inscrivent dans les instances de type ordinal.

La première directive garantit à la population européenne des professionnels ayant une formation et des compétences identiques et autorise ainsi la libre circulation entre les pays de la communauté.

La seconde directive donne les normes de la formation initiale, dix ans de formation avant formation initiale, puis trois ans de formation, avec des normes en termes de formation théorique et de formation pratique.

La troisième concerne l'élargissement des compétences au conseil créé pour les

médecins, chargé de vérifier les difficultés de mise en œuvre des directives européennes dans chaque pays. Ce conseil a vu ces missions élargies aux problèmes de la profession d'infirmière.

En France, avant 1975, était infirmière toute personne à qui un médecin confiait le soin de mettre en œuvre une prescription. En 1978, est infirmière toute personne qui, en fonction du diplôme qui l'y habilitait, distribue des soins (avec toute la définition des soins infirmiers qui s'y rapporte). Ont suivi des décrets, des compétences, puis, en 1980, une loi et un décret des règles de déontologie, dit « décret des règles professionnelles d'exercice ».

La mise en place des réglementations européennes a été une chance pour les infirmières françaises, les espagnoles et les portugaises et peut-être pour toutes les infirmières européennes.

Dans le passé, on appelait facilement les infirmières « soignantes ». En fait, c'est un générique qui veut dire beaucoup de choses car l'appellation « infirmière » comprend les aides-soignants.

On a mis vingt-cinq ans pour que chaque pays européen mette en œuvre ces directives et les suive. Petit à petit, le niveau des compétences a été harmonisé et la durée des études a été augmentée. Aujourd'hui, toute infirmière formée dans un pays européen est capable de s'adapter à n'importe quel système de santé et à n'importe quel service hospitalier.

Constantes dans les pays européens

Le problème de la démographie persiste dans les pays européens. Il est très difficile d'avoir de véritables chiffres du nombre d'infirmières dans chaque pays à cause des appellations différentes : infirmière spécialisée dans des domaines cliniques, infirmière qualifiée ou diplômée d'État de premier niveau, infirmière non qualifiée ou de second niveau, auxiliaire, assistante, aide-soignante...

Il existe pourtant des statistiques des tendances démographiques. En 1997, en Espagne : 4,6 infirmières par millier d'habitants ; en Allemagne : 9,5 ; en France : 5,9 ; en Finlande : 13,5.

Ce calcul est un bon indicateur. Il relativise les idées de pénurie ou de surpopulation dans certains pays. Si l'on part du principe de la même prise en charge en termes de santé pour tous les citoyens européens, on peut imaginer que l'on devrait être à peu près au même nombre d'infirmières par millier d'habitants (chiffres de l'Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE]).

La féminisation de la profession touche tous les pays européens, même si la masculinisation de la profession est soulignée. En France, le pourcentage de femmes travaillant dans ces métiers est en augmentation : 85 % en 1995, 89 % en 1998. En revanche, chez nos voisins allemands, le pourcentage d'hommes infirmiers est le plus important.

En ce qui concerne le vieillissement de la profession, l'augmentation de l'âge moyen des professionnels en exercice touche tous les secteurs, pas uniquement le secteur hospitalier. En 1983, la moyenne d'âge pour les infirmières en France était de 34 ans. En 1998, elle est de 40 ans. Cela pose un problème de remplacement des infirmières et montre également que les carrières professionnelles sont beaucoup plus longues qu'on ne le pense, car elles peuvent être très courtes en hôpital et longues dans d'autres secteurs. La réflexion sur la durée des carrières dans la profession d'infirmière doit prendre en compte tous les secteurs confondus.

Au niveau de la représentation du métier, en France, les infirmières (hors aide-soignantes) représentent 69 % des professionnels de santé. C'est une généralité dans tous les pays européens. Beaucoup de pays mettent en place des ratios médecins géné-

ralistes/infirmiers. La moyenne est de 3,5/4 infirmières pour un médecin généraliste. C'est dans les pays du nord de l'Europe que la densité d'infirmières est la plus élevée par millier d'habitants.

C'est aussi dans ces pays que les grands programmes de santé publique sont mis en place, lesquels formalisent et réglementent ce secteur. C'est dans ces pays qu'on

La profession d'infirmière va vers une spécialisation accrue et vers une pratique avancée de prescription et de diagnostic.

applique une véritable pensée des soins de santé communautaires, notamment aux handicapés et aux personnes vieillissantes.

Après ce bilan de tendances européennes, on constate tout de même des différences entre le nord et le sud de l'Europe et des pratiques très diversifiées selon les pays. Ces pratiques et la connaissance des langues posent encore problème dans une Europe dans laquelle, grâce à une formation relativement encadrée et des diplômes équivalents, est encouragée la mobilité transfrontalière.

Dans une étude faite par l'université de soins infirmiers de Birmingham, jamais publiée, qui recensait quatre-vingt-dix-sept spécialisations différentes en Europe, certains pays allaient jusqu'à quinze. En France, on dénombre trois spécialisations officielles (une quatrième est envisagée) d'infirmières responsables en soins généraux : puéricultrice, infirmière anesthésiste, et infirmière de bloc opératoire. Cependant, les pratiques sont extrêmement différentes en fonction des services et des lieux d'exercice. La profession est donc très flexible selon les pays, ce qui lui donne l'opportunité d'évoluer très vite et lui permet de répondre aux besoins de la population et du système hospitalier.

L'autonomie des infirmières dans leurs pratiques varient d'un pays à l'autre. En tête du classement des pays aux « pratiques avancées » le Royaume-Uni et la Suède : certaines infirmières disposent d'une liste de médicaments qu'elles sont autorisées à prescrire.

Il n'y a qu'en France que le statut d'infirmière libérale existe, alors que dans les autres pays de l'Union, même si des infirmières exercent à domicile et pratiquent des soins, elles sont salariées de cabinets de médecins ou des organismes publics. Ces pratiques très diversifiées dans la pro-

fession mettent en difficulté les infirmières lorsqu'elles changent de pays au sein de la Communauté. Au niveau national, on peut observer la même difficulté, car le niveau de responsabilités et d'attributions varie d'un service à l'autre : une infirmière qui travaille dans un hôpital dans un service de pointe n'exerce pas la même fonction que celle qui exerce dans un service de médecine interne

ou de gériatrie. Le temps d'adaptation pour des infirmières au niveau européen n'est pas forcément plus long qu'au niveau national ou que dans un même établissement.

Une autre particularité concerne les sages-femmes. En Angleterre, Portugal, Espagne et Suède, ce sont des infirmières qui se sont spécialisées. En France, le recrutement pour cette spécialisation s'effectue après la première année de médecine et on peut les assimiler à la catégorie de médecins à compétences limitées. En revanche, en Allemagne, Grèce, Italie, Pays-bas et Danemark, elles ont une formation spécialisée dès la première année.

Une autre caractéristique concerne les infirmières dédiées aux soins psychiatriques. La spécialisation d'infirmière en soins psychiatriques s'obtient soit après un diplôme d'infirmière générale, soit par une spécialisation lors d'un cursus spécifique après un laps de temps de formation commune. Cette formation nécessite une harmonisation au niveau européen.

Les auxiliaires et les aides-soignantes n'ont pas les mêmes attributions d'un pays à l'autre, ce qui pose problème pour une harmonisation européenne. Dans tous les pays européens, elles travaillent avec une infirmière ; dans certains, elles peuvent se voir déléguer des actes, ce qui n'est pas le cas en France. Depuis les trente-cinq dernières années, grâce à l'Europe, la profession d'infirmière a beaucoup évolué en France.

Les échanges avec les collègues infirmières de l'Union européenne les enrichit plus que les contacts avec les autres professionnels de santé français.

En France, c'est une profession qui souffre de sa mauvaise organisation. Le taux de syndicalisation des infirmières est particulièrement bas, ce qui nous amène

à observer qu'au niveau des représentations et/ou des lobbying, la voix des infirmières françaises n'est pas très entendue en Europe. Ce sont les infirmières anglo-saxonnes qui sont leaders en la matière.

Quelles évolutions pour le métier d'infirmière ?

Les infirmières font partie de l'organisation hospitalière, elles suivent son évolution et s'accordent toujours avec les médecins sur les objectifs.

Dans l'avenir, dans les domaines tels que la démographie, le territoire, l'évolution des besoins de la population et des grands programmes de santé publique, les infirmières ont vraiment leur place à prendre, ce qui est confirmé par les directives européennes et les recommandations de l'OMS.

Le souci des professionnels reste l'évolution de leur profession et sa valorisation au niveau européen.

La profession d'infirmière va vers une spécialisation accrue et vers une pratique avancée de prescription et de diagnostic. Les pays les plus innovants en la matière sont le Royaume-Uni et la Suède.

Néanmoins, trois grands domaines de revendications sont communs à toutes les infirmières européennes, voire du monde entier :

- autonomie vis-à-vis de la profession médicale ;
- extension du champ de compétences allant jusqu'à la prescription et le diagnostic ;
- niveau salarial (il est difficile de comparer les salaires, mais les Françaises ne sont pas bien placées ; les mieux payées seraient les Allemandes).

Une évolution du devenir des infirmières dans le milieu hospitalier est observée dans tous les pays de l'Europe : les hôpitaux, en phase de pénurie d'infirmières, se voient obligés, pour faire fonctionner leurs services, de faire appel à des sociétés d'intérim spécialisées. Ce phénomène, qui a commencé en Angleterre, gagne petit à petit tous les pays d'Europe. Les infirmières qui s'organisent dans les sociétés d'intérim soulignent la flexibilité du système et la facilité de gestion de leurs plannings.

Pour conclure, plus les Françaises iront au Conseil de l'Europe, suivront les règles européennes, se tiendront au courant de ce qui se fait dans les pays européens, plus la profession d'infirmière en France sera une profession « heureuse ».

L'Europe des professionnels

L'expérience du recrutement des infirmiers espagnols en France

Olga Saez Nuñez

Coordinatrice du dispositif de recrutement de personnels paramédicaux européens en France

Depuis plus de dix ans, il existe en France une pénurie de personnels soignants tant médicaux que paramédicaux plus accentuée actuellement pour les infirmiers⁽¹⁾. En effet, le manque de personnels pour cette profession est difficile à chiffrer, mais le manque estimé pour la région Île-de-France, par exemple, était d'environ 2700 équivalents temps plein fin 2000⁽²⁾. Aussi, devant ce déficit et malgré l'augmentation récente du nombre de sessions d'étudiants en soins infirmiers au niveau des Ifsi dont les effets se feront sentir que dans trois ans minimum, il était nécessaire de trouver d'autres voies de recrutement afin d'atténuer, durant cette période difficile de crise, les carences en effectifs soignants mettant en jeu le fonctionnement de certains établissements de santé. Pour favoriser la libre circulation des professionnels en Europe, la Dhos, en décembre 2001, a initié la mise en place d'un dispositif national de recrutement des professionnels de santé espagnols en association avec l'ensemble des fédérations d'employeurs publics et privés (FHF, Fehap, FNCLCC, FHP).

Parallèlement, à la même période, en Espagne, environ 10000 infirmiers espagnols se trouvaient en situation de précarité d'emploi selon les sources de l'Inem (équivalent de l'ANPE en France) et les données des différents ordres infirmiers en Espagne. La formation d'infirmier en Espagne est équivalente à celle en France, en dehors du fait qu'elle aboutit à un diplôme universitaire. La pratique professionnelle reste la même malgré la différence d'organisation sanitaire entre les deux pays.

Les objectifs de ce dispositif de recrutement étaient de sécuriser toutes les parties prenantes, d'assurer les conditions d'accueil et de favoriser l'intégration professionnelle et personnelle des infirmiers espagnols.

Description du dispositif

Méthodologie du recrutement

Dans un premier temps, un recensement des offres d'emploi en France a été réa-

lisé par chaque fédération auprès de ses adhérents sur la base de fiches décrivant le dispositif, ces dernières étant disponibles sur les sites Internet de chacune des fédérations⁽³⁾.

Ces offres d'emploi ont été transmises par les établissements à la cellule de recrutement en Espagne située dans les locaux de l'Office des migrations internationales (Omi) à Madrid. En effet, une convention a été passée entre les quatre fédérations et l'Omi pour assurer l'installation et le financement de cette cellule, composée des deux personnes expertes en recrutement de personnels de santé. Leur mission principale était de mettre en contact d'une part les offres d'emploi, d'autre part les demandes transmises par l'Inem ainsi que les candidatures libres.

Ensuite, les candidats espagnols ont été orientés vers les établissements et un engagement de recrutement a été signé et envoyé par l'établissement employeur qui s'est engagé à respecter une charte fixant les conditions minimales de recrutement des personnels espagnols.

L'articulation du dispositif est assurée par une coordinatrice de formation infirmière et de nationalité espagnole : elle fait le lien avec la cellule de recrutement de Madrid, les fédérations, les employeurs et la Dhos. Par ailleurs, elle garantit la gestion et la participation des stagiaires au centre de formation et d'hébergement de Dourdan ainsi que l'accompagnement et le suivi des infirmiers espagnols.

Formation accélérée en français

Le français n'étant pas la langue étrangère la plus enseignée en Espagne, une formation accélérée en français était nécessaire aux candidats espagnols pour réussir leur intégration tant personnelle que professionnelle.

Cette formation a été assurée par un organisme spécialisé (Greta), délocalisé dans

un centre d'hébergement situé en région parisienne au VVF Vacances de Dourdan, durant un mois.

La méthode de formation accélérée en français FLE (français/langue étrangère) a été utilisée. Elle comprend cinq niveaux pour obtenir un statut « bilingue ». Les candidats ont reçu le premier niveau de formation dont l'objectif était de donner les bases de la langue française. Ce premier niveau comprend cent vingt heures de cours décomposées en quatre-vingts heures de français général et quarante heures de langage professionnel (dont dix consacrées à la différence de pratiques entre les deux pays). À la fin du mois de stage, une attestation de formation FLE niveau 1 et un bilan pédagogique individualisé de niveau acquis ont été remis aux stagiaires ; ces deux attestations permettent aux établissements de santé de prendre le relais.

Intégration des infirmiers espagnols

Au bout du mois de formation, les infirmiers ont rejoint leurs établissements employeurs qui ont alors pris le relais pour la formation et l'accompagnement. En effet, cet accompagnement est très important dans la mesure où la réussite dans le temps du recrutement est liée à la forte implication de l'employeur.

Ce processus d'intégration comprend un accompagnement linguistique les premiers mois, un tutorat et une aide à la recherche de logement et aux formalités administratives.

Financement du dispositif

Le dispositif de recrutement fait l'objet d'un cofinancement par l'ensemble des partenaires du projet. Ainsi, la cellule de recrutement à Madrid est financée par les fédérations d'employeurs, l'Omi mettant ses infrastructures espagnoles à disposition. Le poste de coordonnateur du centre de formation de Dourdan est financé par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

Enfin, le financement de la formation est assuré par les employeurs au travers de leur plan de formation. Le coût global de la formation et de l'hébergement s'établit à environ 2 180 euros par stagiaire sur un mois.

Évaluation et bilan du dispositif

Bilan quantitatif

Le dispositif de recrutement des infirmiers d'État espagnols (IDE) a débuté le 18 mars 2002 et s'est terminé le 31 décembre 2004, soit un total de vingt-sept sessions de formation pour 848 stagiaires. Le dispositif s'est étendu rapidement aux masseurs-kinésithérapeutes (MK) espagnols recrutés selon les mêmes modalités ainsi qu'à cinq manipulateurs de radiologie (MR) recrutés à la fin du dispositif (tableaux 1, 2 et 3).

Bilan qualitatif

L'évaluation auprès des protagonistes du dispositif s'est inscrite dans une démarche qualité avec trois évaluations distinctes : une hebdomadaire pendant les trois premières semaines, une globale la quatrième semaine et une dernière quatre à six mois après.

À l'issue de leur formation linguistique à Dourdan et après vingt-sept sessions de trente stagiaires en moyenne, le degré de satisfaction des IDE et des MK est très haut, tant au niveau de leur apprentissage de la langue française que des conditions d'accueil et de travail. Soixante-quinze pour cent des établissements se disent globalement satisfaits tant du dispositif que de leur recrutement, 15% des établissements se disent relativement insatisfaits, 10% très insatisfaits.

Discussion

L'intégration des nouveaux soignants

S'insérer dans une organisation, si ce n'est pas une tâche facile, n'est heureusement pas insurmontable et les équipes d'encadrement jouent un rôle essentiel. Tout nouveau collaborateur peut représenter une nouvelle charge pour l'équipe, particulièrement dans le contexte démographique hospitalier d'aujourd'hui. Comme tout changement, l'intégration des nouveaux collaborateurs comporte des éléments positifs et des éléments de risque. En effet, le changement de personnel apporte de nouvelles idées, un nouveau regard, un nouveau savoir-faire, mais aussi le risque d'une mauvaise intégration au fonctionnement de l'équipe, le risque d'erreurs professionnelles, la confrontation et le déséquilibre dans les différents rôles et habitudes de l'équipe. Il est nécessaire d'avoir un plan d'intégration établi afin de garantir la réussite de l'intégration professionnelle de tout nouvel arrivant.

tableau 1 Bilan du recrutement par fédération

Fédérations	IDE	MK	MR	Total
FHF	372	136	4	512
FHP	176	23	-	199
FEHAP	58	38	-	96
FNLCC	37	3	1	41
Total	645	200	5	850

tableau 2 Répartition des IDE/MK par région d'origine et d'affectation

Répartition des IDE/MK par région d'origine

Région d'origine	IDE	MK
Madrid	13%	34%
Andalousie	24%	9%
Castille-Léon	19%	18%
Aragón	4%	1%
Catalogne	7%	8%
Estrémadure	2%	2%
Galice/Cantabrique/Asturies	9%	6%
Baléares/Canaries	3%	1%
Castille-La Manche	3%	2%
Pays Basque/Navarre/Rioja	6%	5%
Valence/Murcie	10%	14%

Répartition des IDE/MK par région d'affectation

Région d'affectation	IDE	MK
Île-de-France	49,9%	41%
Alsace	6,1%	-
Aquitaine	1,5%	-
Auvergne	2,7%	5%
Basse-Normandie	2,5%	7%
Bourgogne	5%	8%
Bretagne	-	2%
Centre	2,8%	5%
Franche-Comté	1%	3%
Midi-Pyrénées	4,1%	2%
Nord-Pas de Calais	2,6%	-
Pays de la Loire	-	1%
Picardie	4,1%	10%
Poitou-Charentes	1,3%	1%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	7%	3%
Rhône-Alpes	9,2%	12%
Haute-Normandie	0,2%	-

tableau 3 Répartition des stagiaires par tranches d'âge

Catégories	21-26 ans	27-32 ans	33 ans et +
IDE	60%	18%	22%
MK	83%	13%	4%

Ce plan d'intégration repose sur l'accueil et particulièrement sur l'accompagnement pas seulement du nouveau mais de l'équipe au complet.

L'intégration des infirmiers espagnols

L'intégration des infirmiers espagnols est identique à celle qui s'impose à tout nouveau collaborateur dans un service, avec cependant une barrière linguistique et culturelle supplémentaire. En effet, tenir compte de toutes les dimensions, professionnelles, personnelles, linguistiques et culturelles de l'expatriation dans le plan d'intégration des ces nouveaux soignants a été essentiel, même pour des pays aussi proches que la France et l'Espagne. Les efforts réalisés par les établissements pour diminuer les effets de cette expatriation a porté ses fruits : une grande majorité des professionnels qui ont intégré le système sanitaire français se disent très satisfaits des conditions d'accueil, de travail et d'aide à l'intégration. De même, ils se disent très satisfaits de l'organisation du dispositif, de la formation et du mois « pont entre l'Espagne et la France » passé à Dourdan. Beaucoup d'entre eux considèrent cette expérience comme une opportunité d'échange avec leurs collègues européens.

Néanmoins ils expriment comme difficultés, à l'arrivée dans les services, la barrière de la langue, le refus d'acceptation de la part de certains professionnels de santé français et la différence du système sanitaire avec celui de leur pays d'origine. Ceux pour qui l'expérience a été difficile et non satisfaisante sont les infirmiers qui n'ont pas été encadrés, ceux qui n'ont pas été acceptés dans leur équipe, soit par manque d'information sur la profes-

sion en Espagne, soit par peur ou résistance au changement. D'autres se sont retrouvés « livrés à eux-mêmes », d'autres n'ont pas su s'adapter ; les infirmiers en Espagne sont moins dépendants des médecins et leur rôle propre est plus développé. Tous cela a provoqué des départs parfois intempestifs, parfois dans les premiers mois qui ont suivi leurs affectations dans les services.

Le taux de départs à la fin 2004 reste autour de 8%, mais on observe une augmentation de la mobilité horizontale entre les établissements en fonction de leur projet professionnel comme le font leurs pairs français.

L'expérience des établissements

Les établissements qui ont réussi l'expérience d'intégration des infirmiers espagnols et que se disent satisfaits tant du dispositif comme de leur recrutement sont des établissements ayant une culture d'accueil ou ayant mis en place des actions spécifiques pour ce type de recrutement. D'autre part, des actions de formations spécifiques pour pallier la différence de pratiques entre les deux systèmes sanitaires, d'apprentissage linguistique, de tutorat ont été organisées. Enfin, ce sont des établissements qui n'ont pas vécu ce type de recrutement comme une charge, mais comme une opportunité d'échanges et de confrontations de pratiques et de culture.

Cependant, ces établissements ont exprimé la nécessité d'un grand investissement de la part de l'équipe d'encadrement pour pallier respectivement les inconvénients liés à la langue et les différences de pratiques professionnelles, surtout au niveau de l'interculturalité de soins et au niveau de l'hygiène.

Ces mêmes établissements ont signalé comme points forts un très bon niveau technique, une grande curiosité intellectuelle, un fort besoin de continuer à se former, une grande capacité d'adaptation. De plus, ces soignants sont appréciés des patients car très à l'aise au niveau relationnel.

Les établissements qui se disent insatisfaits sont des établissements qui considèrent que l'investissement réalisé n'est pas proportionnel aux résultats obtenus. Les arguments avancés : « recrutement trop lourd », « ils ne sont restés qu'un

an », « une fois la clause d'engagement terminée (autour de dix-huit ou vingt-quatre mois selon les établissements), ils s'en vont »...

Enfin, les établissements qui se disent très insatisfaits sont des établissements qui ont vécu des départs intempestifs à cause d'un encadrement inexistant, de déceptions géographiques de la part des recrues ou du mal du pays. Les arguments avancés : « recrutement cher et lourd pour le temps qu'ils restent », « trop exigeants », « ils sont à la recherche d'une expérience et ils s'en vont après » « ils se croient en terrain conquis » « trop d'investissement d'encadrement dans un contexte de pénurie ».

Même si l'évaluation à court terme est globalement positive, il faudra une évaluation à long terme avec un suivi pour les deux ou trois ans à venir.

Conclusion

L'intégration des infirmiers espagnols dans le système de santé français passe obligatoirement par un investissement personnel et professionnel de leur part, mais aussi par des conditions d'accueil, d'accompagnement, de tutorat et d'insertion que les établissements mettront en œuvre pour remédier aux problèmes liés à l'expatriation.

En effet, l'intégration d'un nouvel arrivé dans un service de soins ou dans une organisation n'est pas une tâche facile, mais elle peut être allégée à l'aide d'un plan d'intégration réfléchi en amont. De toute évidence, l'implication de l'équipe soignante et notamment d'encadrement joue un rôle essentiel.

À ce jour, je ne vois pas la mobilité des infirmiers espagnols comme « une importation de main-d'œuvre » pour pallier une situation de crise, mais plutôt comme une réalité de la libre circulation des professionnels européens. Aujourd'hui, ce sont les infirmiers espagnols qui viennent en France, demain ce seront peut-être les Français qui partiront... D'autres nationalités européennes sont passées aussi par Dourdan : néerlandaise, portugaise, britannique, allemande. Ce sont des expériences comme celle-ci qui font toute la richesse de l'interculturalité européenne. Encore faut-il accepter nos multiples différences... ●

notes

(1) F. Acker, « Les infirmières : une profession en crise ? », in *La Crise des professions de santé*, J. de Kervasdoué.

H. Brizon, *L'intégration de nouveaux soignants : guide, suivi, évaluation*, collection *Encadrer à l'hôpital*, Masson.

(2) Arhif/Cramif, « Les effectifs infirmiers dans les établissements hospitaliers de la région Île-de-France », avril 2002.

(3) Dhos, *Présentation du dispositif de recrutement d'infirmiers espagnols* (www.sante.gouv.fr:htm/actu/33_030220jfm.htm).

L'Europe de la recherche L'Europe de la santé

Fernand Sauer

Directeur de la santé publique à la commission européenne

Dans les enquêtes d'opinion, les citoyens européens identifient régulièrement la protection de la santé et la qualité des soins de santé parmi leurs soucis primordiaux et quotidiens. Le texte du nouveau traité établissant une constitution pour l'Europe prévoit des compétences élargies en la matière, surtout dans la lutte contre les épidémies et la coopération transfrontalière des services de santé. Il couvre également de façon spécifique les produits de santé (médicaments et appareils médicaux).

En Europe, le secteur de la santé couvre environ 10 % du produit national brut (dépenses publiques et privées confondues) et 10 % des emplois. Il constitue un puissant moteur de croissance et de compétitivité, au-delà des problèmes d'équilibre des dépenses publiques, comme l'a souligné le commissaire David Byrne en lançant en juillet 2004 une large consultation pour

définir une nouvelle stratégie européenne de santé d'ici à 2010 ⁽¹⁾. Les actions du commissaire Byrne pour le contrôle du tabagisme ont été décisives.

Sans attendre les bénéfices de la nouvelle carte européenne d'assurance maladie, certains malades ont décidé d'avoir recours à des prestations de santé dans des pays voisins sans autorisation préalable. S'étant heurtés à des refus de remboursement, ils ont eu gain de cause auprès de la Cour de justice des Communautés européennes. Les ministres de la Santé ont reconnu les avantages pratiques d'une meilleure coopération en matière de mobilité des patients pour répondre aux attentes des citoyens européens en matière de services de santé et de soins médicaux et ils ont accepté que la Commission organise désormais cette coopération.

Les frontières nationales n'arrêtent pas les maladies transmissibles : le Sras et la

grippe aviaire ont fait prendre conscience à l'Europe de la nécessité de mieux se préparer et de renforcer considérablement ses défenses sanitaires. Avec le démarrage à Stockholm en mai 2005 du nouveau Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, les vingt-cinq États membres de l'Union disposeront d'une capacité de réaction rapide et coordonnée pour protéger leurs citoyens. En rassemblant les meilleures compétences scientifiques européennes et en renforçant les systèmes d'alerte rapides nationaux, le Centre aidera les États membres à réagir plus rapidement et plus efficacement aux foyers de maladies et aux attaques bioterroristes.

C'est un Chypriote, Markos Kyprianou, qui a pris en novembre 2004 la relève pour le portefeuille de la santé et des consommateurs, au sein de la nouvelle Commission présidée par José Manuel Barroso.

note

(1) Voir pour plus de détails le site de la Commission consacré à la santé : http://europa.eu.int/comm/health/index_fr.html

L'Europe de la recherche Les chances et les évolutions. Que représente l'Europe pour les citoyens/patients ?

Catherine Morin-Dessailly

Maire adjointe, Rouen, sénateur

Je voudrais remercier les organisateurs de ce colloque à la fois pour la qualité de l'ensemble des débats et des intervenants ainsi que la dimension qui lui a été donnée.

En ma qualité de maire adjointe de Rouen, je me réjouis que notre ville qui, peut-être l'aurez-vous remarqué, a placé ses festivités de fin d'année sous le signe de la Pologne pour célébrer l'élargissement de l'Union aux pays de l'Europe centrale et orientale, accueille un séminaire de cette envergure. Je souhaiterais plus particulièrement remercier Alain Halbout, président du Graph, Christian Paire, son secrétaire général et, par ailleurs, directeur général du CHU-Hôpitaux de Rouen, Édouard Couty, directeur de la Direction hospitalière au minis-

tère de la Santé, et Christian Thuillez, doyen de la faculté de médecine de Rouen, d'avoir pris l'initiative de ce séminaire à la mesure des enjeux auxquels nous sommes confrontés dès aujourd'hui.

Comment conclure en quelques mots sur la politique européenne de la santé, un sujet à la fois vaste et complexe dont vous avez exploré plusieurs volets au cours de cette journée : hôpitaux, professionnels de la santé ? La santé est une question essentielle tout comme les questions d'environnement, de recherche, de solidarité, de culture, de formation... qui sont, à l'avenir, amenées à être traitées de façon croissante à l'échelle européenne. Personnellement, je suis très attachée à l'idéal européen, aussi me semble-t-

il important d'améliorer la « santé des citoyens européens », de permettre l'accès à un système de soins de qualité et promouvoir la prévention et l'éducation à la santé.

Aujourd'hui, l'Union européenne apporte déjà, de par ses initiatives, une valeur ajoutée non négligeable à l'amélioration des politiques de santé publique nationales. Le traité constitutionnel, sur lequel nous allons tous devoir nous prononcer prochainement, améliore sensiblement les dispositifs communautaires en matière de santé et esquisse une véritable « Europe de la santé » que nous appelons de tous nos vœux.

Selon les traités en vigueur, l'action de l'Union en matière de santé est menée dans le respect des responsabilités des États membres. Libre à eux de définir leur politique de santé, d'organiser la fourniture de services de santé et de soins médicaux, et d'établir les ressources qui leur sont affectées. Cela signifie que l'Union européenne garantit notre système particulier de protection sociale et de santé publique, qui ne peut pas être remis en cause par des dispositions européennes.

Jusqu'à maintenant, la politique communautaire de santé publique a donc eu essentiellement pour objet d'aider les États membres de l'Union à mettre en commun leur savoir-faire dans le domaine de la santé; à partager les meilleures pratiques et coordonner les mesures prises à l'échelle européenne pour faire face aux menaces pour la santé; à renforcer la coopération entre les systèmes de soins des États membres. Précisons, toutefois, que deux mesures communautaires ont une importance réelle dans le domaine de la santé: celle fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang, et celle établissant des normes dans le domaine vétérinaire et phytosanitaire.

Cependant, que constate-t-on aujourd'hui? Les systèmes et les politiques de santé en vigueur dans les États membres de l'Union européenne sont encore plus interconnectés que par le passé, notamment du fait de

et permet un élargissement des compétences de l'Union.

Grâce à ces nouvelles dispositions introduites à l'article III-278 du TC, l'Union européenne pourra agir:

- en fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical;
- en adoptant des mesures relatives à la surveillance des menaces transfrontalières graves sur la santé (nous avons tous en mémoire la terrible crise de la vache folle), l'alerte en cas de menaces et la lutte contre celles-ci.

Si cet article reprend les dispositions de l'article 152 du traité instituant la Communauté européenne, le traité constitutionnel à venir apporte un certain nombre de modifications et enrichit la politique communautaire en matière de santé.

Pourtant, sans attendre l'entrée en vigueur du nouveau traité de Rome, l'Union européenne est déjà un acteur décisif en

par une politique de prévention des maladies et des risques.

Il faut savoir que ce programme est doté d'une enveloppe financière de 312 millions d'euros et qu'une politique de coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes dans le domaine de la santé publique (telle que l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) a été instituée. Par ailleurs, ce programme se traduit par des actions concrètes.

Tout d'abord, l'accent mis sur la recherche fondamentale et ses applications médicales, dont nous savons tous l'avenir que cela représente. Permettez-moi une parenthèse pour rappeler que dans ce domaine notre région est à la pointe, ayant mis en place dès 2001 deux projets d'envergure européenne, le G4, qui regroupe les hôpitaux de Rouen, Caen, Amiens et Lille, et le Canceropôle du Nord-Ouest, initiatives rares en France qui permettent la mise en œuvre de programmes de recherche et d'échange de médecins sur un bassin de plus de 9 millions d'habitants.

À noter que l'Union européenne consacre 4 milliards d'euros d'investissement pour la recherche. Deux domaines prioritaires sont définis dans le sixième programme cadre pluriannuel (2002-2006) pour les actions de recherche et de développement (PCRD), qui s'est donné pour objectifs de rassembler une masse critique de moyens et de soutenir une forte intégration des capacités de recherche en Europe. Il s'agit, tout d'abord, du secteur de la génomique et des biotechnologies de la santé, dont les avancées déboucheront sur des applications thérapeutiques dans la lutte contre de nombreuses maladies telles que le cancer, les maladies dégénératives du système nerveux, les maladies cardio-vasculaires et, en second lieu, du domaine de la sûreté alimentaire, où l'objectif est de produire et distribuer des aliments sûrs et sains ainsi que de maîtriser les risques liés à l'alimentation. Les récentes crises alimentaires, en particulier l'ESB, ont miné la confiance du consommateur et ont rendu nécessaire la refonte complète de la politique de sécurité des aliments de l'Union européenne. C'est ainsi qu'a été créée, en 2002, l'European Food Safety Authority (EFSA, Autorité européenne de sécurité des aliments), financée par la Communauté européenne, qui est un organe scientifique dont la mission est de fournir des avis objectifs et indépendants concernant les risques associés à la chaîne alimentaire. La

Selon les traités en vigueur, l'action de l'Union européenne en matière de santé est menée dans le respect des responsabilités des États membres.

la circulation accrue des patients et des professionnels ainsi que de la diffusion de nouvelles pratiques et techniques médicales. De même, les questions telles que les menaces transfrontalières, les récentes crises sanitaires et la résurgence de maladies comme la tuberculose qui ne connaissent pas de frontières, nous prouvent qu'il faut désormais, de plus en plus, apporter des réponses à l'échelle européenne.

C'est à cette exigence de demain que répond le projet de Constitution européenne en matière de santé. Il réaffirme l'objectif de recherche d'un niveau élevé de protection de la santé humaine.

Pas plus qu'hier, le traité constitutionnel n'a la prétention d'harmoniser les législations des États membres, ni de déléguer à l'Union européenne les politiques de santé publique des États membres. Cependant, là où son action apporte une valeur ajoutée aux citoyens européens, conformément au principe de subsidiarité, de nets progrès seront réalisés. En effet, le traité constitutionnel introduit des bases juridiques nouvelles en matière de protection de la santé humaine

matière de santé publique, par son action déjà amorcée en matière de protection de l'environnement et la sécurité alimentaire, et, encore plus, par le programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique, programme s'étalant de 2003 à 2008. L'objectif de ce programme est de « contribuer à la réalisation d'un niveau élevé de protection de la santé en faisant porter l'action sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et affections ».

Il poursuit les objectifs suivants:

- améliorer l'information et les connaissances en matière de santé en vue de promouvoir la santé publique et les systèmes de santé à l'intention des gouvernements et des citoyens;
- renforcer la capacité de réaction rapide et coordonnée aux menaces pour la santé telles que les menaces transfrontalières comme le VIH, la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et les affections liées à la pollution;
- s'attaquer aux facteurs déterminants (particulièrement les plus nocifs) de la santé

coïncidence veut qu'il y a deux jours j'assistais à une conférence de l'Efsa au Sénat au cours de laquelle son directeur exécutif, Geoffrey Podger, nous rappelait le rôle d'expertise et de conseil de cet organisme auprès de la Communauté européenne dans la définition de la législation et des politiques publiques. Dans le cadre de sa politique de prévention, l'Union européenne a également pensé à mettre en place un plan d'action Environnement et santé dont les priorités sont l'étude des liens entre les facteurs environnementaux et l'asthme, les allergies et les maladies respiratoires de l'enfant, les cancers infantiles et les troubles du développement neurologique.

Il faut aussi savoir qu'un centre de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), qui sera opérationnel en 2005, permettra d'agir de manière coordonnée pour empêcher la propagation de virus et lutter contre les maladies transmissibles et les menaces du bioterrorisme.

Vous savez également que la Communauté mère, depuis quelques années déjà, une lutte décisive contre le tabagisme, notamment au travers de la législation sur la publicité en

faveur des produits du tabac. Des dispositions communautaires restreignent déjà l'emploi d'additifs et de substances créant une dépendance, prescrivent des avertissements relatifs à la santé (« Fumer tue » par exemple), interdisent les allégations trompeuses et fixent les teneurs maximales en goudron, monoxyde de carbone et nicotine dans les cigarettes.

Très important aussi est le plan de lutte contre la drogue qui s'attaque aux maladies liées à celle-ci (hépatite C, tuberculose, VIH). On ne saurait trop soutenir ces politiques de prévention et de sensibilisation en direction des jeunes citoyens européens qui bénéficient, en cette matière, de l'expertise de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

En outre, l'Union européenne assure à tous les citoyens européens des traitements médicaux sûrs et du même niveau de qualité à la fois pour les médicaments, les procédures d'agrément de ces médicaments et les appareils médicaux grâce à une norme européenne unique de qualité et de sécurité.

Enfin, et c'est peut-être là l'essentiel pour les patients européens, la libre circulation des personnes en Europe s'accompagne de

la nécessaire obtention de soins de santé quel que soit l'endroit où ils se déplacent. Être citoyen européen aujourd'hui, que l'on habite Varsovie, Milan, Cardiff, Rouen ou Lisbonne, c'est pouvoir circuler, s'installer, travailler, étudier et être soigné dans les autres États membres. C'est aussi avoir un seul passeport, une seule pièce d'identité, un seul permis de conduire et une seule carte européenne d'assurance maladie, qui vient, précisément, d'être mise en place le 1^{er} juin dernier.

En conclusion, comme l'aurait certainement fait mon ami Jean-Louis Boulanges, député européen qui connaît bien ces questions, je suis convaincue que l'Europe représente une chance pour les citoyens patients, que le traité constitutionnel ouvre des perspectives à la construction d'une véritable « Europe de la santé » pour les 453 millions de citoyens qu'elle rassemble désormais. Cette Europe, qui est regardée et attendue par le reste du monde comme un modèle de civilisation, dépendra de notre capacité à profiter du cadre favorable que nous offre la Constitution européenne. •

Clôture

Alain Halbout
Président du Graph

La rage de vouloir conclure est une des manies les plus funestes et les plus stériles qui appartiennent à l'humanité.
Gustave Flaubert

Merci Madame Morin-Desailly de votre intervention qui conclut sur la possible réussite de l'Europe, mais la feuille de route est chargée et nous contribuerons à y participer. Il me revenait normalement la responsabilité de conclure, mais étant à Rouen, je ne pouvais ignorer la phrase de Gustave Flaubert, car il est vrai qu'il est prétentieux de conclure une journée aussi riche et diverse. J'ai jeté pour mon usage personnel quelques notes, pour essayer de garder le fil de cette journée, je vous les livre spontanément, avec simplicité : il a été amplement démontré que l'Europe élargie est confrontée à la diversité des systèmes de protection sociale dont les coûts pèsent sur les économies nationales et les performances communautaires. L'exigence d'une cohé-

rence démontrée à plusieurs reprises par tous nos intervenants (Paolo Borsato, Alonsa Cuesta, Janina Sobczak-Kowalak...) s'impose dans l'organisation et la gestion des organisations de santé et plus précisément dans la structure commune de l'hôpital où chacun, quelle que soit sa nationalité, peut s'identifier. Cette identité est d'ailleurs animée par l'ensemble des professionnels de santé soumis aux mêmes conditions de formation et d'exercice. Cet après-midi a été très largement consacré à ce thème pour nous donner toute possibilité de réflexion. Au cours de ces dernières décennies, les progrès de la médecine ont été spectaculaires, prolongeant la durée et le confort de vie; nous sommes redevables à la recherche de cette espérance et l'hôpital y a sa place et ses responsabilités. Mais l'action fractionnée se dissout dans la mouvance hégémonique des entreprises, l'espace européen riche de son savoir mais fragilisé par la dispersion de ces ressources, peut-il susciter

une dynamique vitale pour son avenir ? Je vous sais gré, mesdames, d'avoir évoqué l'espoir de la recherche dont le thème n'a pu être traité dans le programme définitif, le temps a ses contraintes incompressibles. Par contre, l'idée est venue de vous soumettre la possibilité de réunir un autre colloque sur le thème de la recherche, avec l'appui de Christian Thuillez, doyen de la faculté de médecine et de pharmacie, et de Christian Paire, directeur général. Pour terminer, je voudrais, avec beaucoup de sympathie, remercier tous les intervenants, notamment ceux qui sont venus de pays voisins et amis, et je suis sûr que nous allons en tirer profit; il faudra que le temps passe un peu pour en tirer toute la substance. Je voudrais également remercier le conseil régional et son président de nous avoir accueillis et remercier également et surtout l'équipe du Graph du CHU qui, sous l'impulsion de Christian Paire, a organisé cette journée avec beaucoup de brio, en soulignant en particulier les mérites de Mme Astier pour son énergie et son efficacité. J'espère que cette journée que nous avons partagée vous a apporté une certaine joie et le plaisir de l'échange. •