



COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Bruxelles, le
COM(2008) 725/3

LIVRE VERT

relatif au personnel de santé en Europe

TABLE DES MATIÈRES

LIVRE VERT relatif au personnel de santé en Europe	1
1. Introduction	3
2. Raison d'être du livre vert	4
3. Cadre et base juridiques de l'action au niveau communautaire	5
4. Facteurs influant sur le personnel de santé dans l'UE et principaux problèmes à résoudre	6
4.1. Démographie et promotion de la pérennité du personnel de santé	6
4.2. Capacité sanitaire	7
4.3. Formation	8
4.4. Gestion de la mobilité du personnel de santé au sein de l'Union européenne	9
4.5. Migration des personnels de santé à l'échelle mondiale	11
4.6. Données à l'appui de la prise de décisions	12
5. Les répercussions des nouvelles technologies: améliorer les performances du personnel de santé	14
6. Le rôle des employeurs du secteur de la santé au sein de la main-d'œuvre.....	14
7. Politique de cohésion	15
8. Consultation	16

Promouvoir la pérennité du personnel de santé en Europe

1. INTRODUCTION

Les systèmes de santé de l'Union européenne doivent trouver un subtil équilibre, tout d'abord entre une demande croissante et une offre restreinte de services de santé, ensuite entre la nécessité de répondre aux besoins des personnes au niveau local et celle d'être préparés à des crises sanitaires majeures.

Ces systèmes sont confrontés à une série de défis.

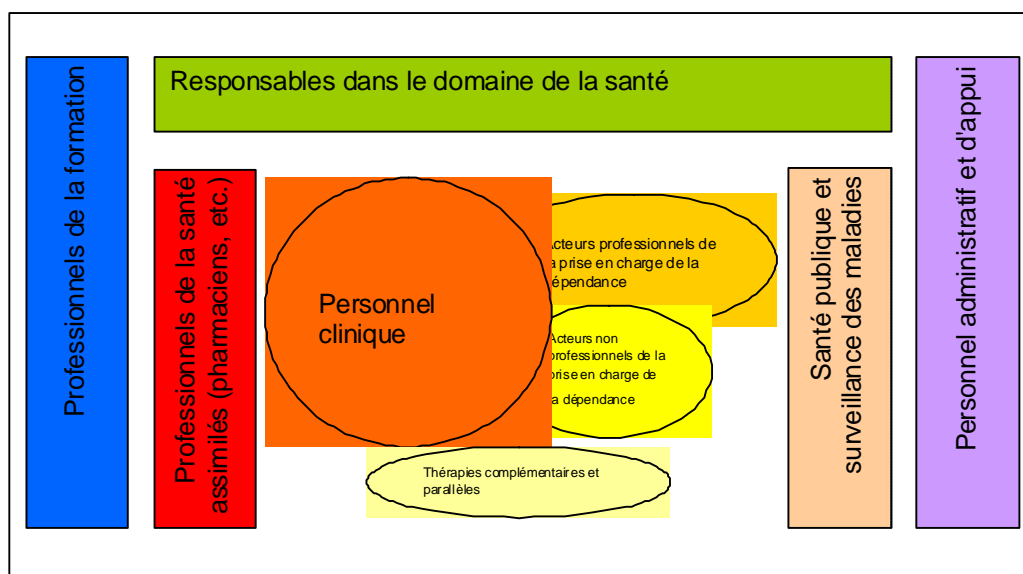
- Les responsables politiques et les autorités compétentes en matière de santé doivent relever le défi de l'adaptation de leurs systèmes de soins de santé au vieillissement de la population. Entre 2008 et 2060, la population de l'UE-27 âgée de 65 ans et plus devrait augmenter de 66,9 millions et la tranche des personnes «très âgées» (80 ans et plus) sera celle qui connaîtra la croissance la plus rapide¹.
- L'introduction de nouvelles technologies permet d'élargir la gamme et d'améliorer la qualité des soins de santé, sur les plans du diagnostic, de la prévention et du traitement, mais ces nouvelles technologies ont un coût et le personnel doit être formé à leur utilisation.
- De nouvelles menaces pour la santé se font jour et d'anciennes réapparaissent, par exemple dans le domaine des maladies transmissibles.
- Tout cela conduit à des dépenses de santé sans cesse croissantes et cause par conséquent d'importants problèmes pour la viabilité des systèmes de santé à long terme dans certains pays.

Pour relever ces défis de manière adéquate, il faut que les systèmes de santé soient dotés d'un personnel efficace et de la plus haute qualité, car les services de santé utilisent une main-d'œuvre très abondante. En effet, le secteur des soins de santé représente l'un des plus importants de l'économie de l'Union européenne, employant un travailleur sur dix, et environ 70 % des budgets des soins de santé sont consacrés aux salaires et aux autres charges directement liées à l'emploi du personnel de santé².

¹ Projections de population 2008 au niveau national, EUROPOP 2008, scénario de convergence.

² Dubois, C., Mc Kee, M., et Nolte, E., *Human Resources for Health in Europe*, Open University Press, Angleterre, 2006.

Graphique 1: composition du personnel de santé



2. RAISON D'ETRE DU LIVRE VERT

Dans le cadre de la stratégie en matière de santé qu'elle a adoptée en octobre 2007 et publiée dans le livre blanc intitulé «Ensemble pour la santé», la Commission européenne a proposé une nouvelle approche destinée à faire en sorte que l'Union déploie tous les efforts possibles pour relever les défis que représentent par exemple les menaces pour la santé, les pandémies, la charge des maladies liées au mode de vie, les inégalités et le changement climatique dans une Europe élargie comptant vingt-sept États membres. Ses objectifs consistent à favoriser un bon état de santé dans une Europe vieillissante en promouvant la santé tout au long de la vie, en protégeant les citoyens des menaces pour la santé et en agissant en faveur de systèmes de santé dynamiques et des nouvelles technologies.

Le présent livre vert vise à mettre davantage en évidence les difficultés auxquelles le personnel de santé de l'UE doit faire face, à donner une image plus claire de la mesure dans laquelle les responsables de la santé au niveau local et/ou national sont confrontés à des défis identiques et à fournir une meilleure base pour envisager quelles mesures pourraient être prises au niveau communautaire afin d'apporter à ces problèmes une réponse efficace et dépourvue d'effets négatifs sur les systèmes de santé des pays tiers.

Il tend à décrire aussi précisément que possible les défis auxquels le personnel de santé de l'Union est confronté et qui sont communs à l'ensemble des États membres: la question démographique (le vieillissement de la population en général et le vieillissement du personnel de santé), qui implique que le nombre de jeunes recrues ne suffit pas à compenser les départs; la diversité du personnel de santé; le faible attrait du large éventail de professions liées aux soins de santé et à la santé publique pour les nouvelles générations; les flux migratoires de professionnels de la santé à destination et en provenance de l'UE; la mobilité inégale à l'intérieur de l'Union et, notamment, la migration de certains professionnels de la santé de pays pauvres vers des pays plus riches de l'Union, ainsi que la fuite des cerveaux des pays tiers.

Le deuxième objectif du présent livre vert consiste à contribuer à définir les domaines dans lesquels la Commission estime que des mesures ultérieures peuvent être prises et à ouvrir un débat à ce sujet.

3. CADRE ET BASE JURIDIQUES DE L'ACTION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

L'article 152 du traité CE prévoit que «l'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux.» Cependant, il souligne également que la Communauté doit encourager la coopération entre les États membres et promouvoir la coordination de leurs politiques et programmes.

L'action de la Communauté est donc destinée à compléter les politiques nationales. La responsabilité principale de l'organisation et de la fourniture des services de santé incombe aux États membres, mais l'Union a un rôle important à jouer, qui consiste à soutenir les États membres et à créer de la valeur ajoutée par le travail en réseau et l'échange de bonnes pratiques, par exemple.

En outre, le traité CE et le droit dérivé contiennent des règles que les États membres doivent respecter lorsqu'ils organisent leur secteur de la santé, par exemple dans le contexte de la mobilité des personnes.

Pour ce qui est du droit dérivé, on peut notamment mentionner les directives relatives au droit du travail dans la Communauté européenne, comme la directive sur le temps de travail, qui fixe des limites maximales en la matière et impose des périodes minimales de repos journalier et hebdomadaire afin de protéger la santé et la sécurité des travailleurs. Cette directive contient des exigences minimales communes qui valent pour l'ensemble des États membres, mais chacun d'eux reste libre d'appliquer des règles plus favorables à la protection des travailleurs s'il le souhaite.

Les arrêts de la Cour concernant le temps de garde et le repos compensateur soulèvent des questions importantes pour les services de santé et de soins³. La Commission a déjà présenté des propositions législatives⁴, qui sont en cours d'examen au Conseil et au Parlement européen⁵.

³ En indiquant que la durée pendant laquelle les professionnels de la santé sont de garde doit être considérée comme du temps de travail, même s'ils se reposent, pour autant qu'ils doivent rester sur leur lieu de travail, la Cour a reconnu que les médecins, par exemple, travaillent plus de quarante-huit heures par semaine dans la plupart des États membres. Pour se conformer à cet arrêt, certains États membres devraient consentir d'importants efforts en matière de recrutement, ce qui n'est pas toujours possible. À court terme, il est donc nécessaire de réfléchir à une réorganisation du temps de travail du personnel des services de santé et de soins permettant de protéger adéquatement la santé et la sécurité dudit personnel. Cette réorganisation doit également permettre aux autorités publiques de tous les États membres d'assurer la qualité et la continuité nécessaires desdits services (en particulier dans les domaines tels que les urgences, les soins intensifs et les soins en établissement, qui exigent la présence d'effectifs vingt-quatre heures sur vingt-quatre).

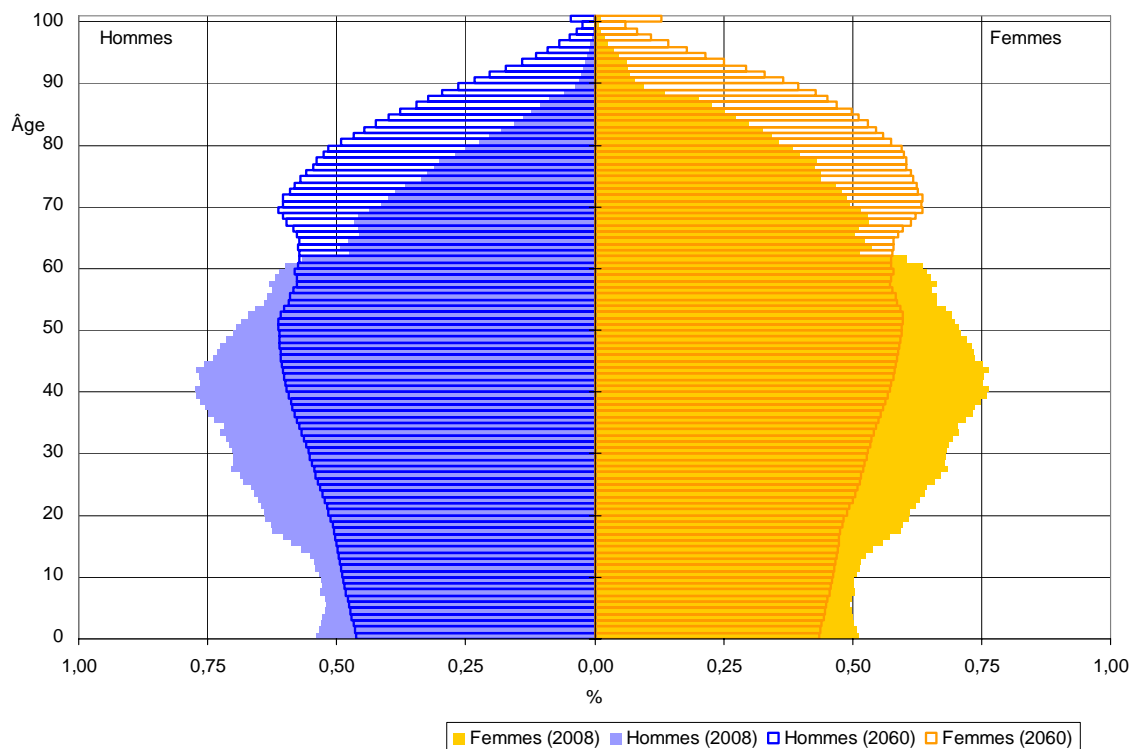
⁴ COM(2004) 607 (proposition visant à modifier la directive 2003/88/CE); COM(2005) 246 (proposition modifiée, tenant compte de l'avis du Parlement européen).

⁵ Position commune du Conseil du 15 septembre 2008; communication de la Commission au Parlement européen concernant la position commune – COM(2008) 568.

4. FACTEURS INFLUANT SUR LE PERSONNEL DE SANTE DANS L'UE ET PRINCIPAUX PROBLEMES A RESOUDRE

4.1. Démographie et promotion de la pérennité du personnel de santé

Les citoyens vivent plus longtemps, et en meilleure santé. L'espérance de vie n'a pas cessé d'augmenter depuis les années 50, de quelque 2,5 années par décennie, et cette évolution devrait se poursuivre.



Graphique 2: projection de population 2008 – 2060

Compte tenu du vieillissement de la population, il est crucial que les citoyens restent en bonne santé alors qu'ils avancent en âge. Le nombre d'années de vie en bonne santé doit être maximisé. Cependant, avec l'allongement de la vie, on s'attend à voir augmenter le nombre de personnes âgées souffrant d'un handicap grave et nécessitant des soins de longue durée⁶. Étant donné que les personnes âgées sont plus fréquemment atteintes de maladies chroniques multiples, des incidences se feront sentir sur le plan de la fourniture des soins. En outre, la demande de soins professionnels risque d'augmenter vu la réduction probable du nombre d'aidants non professionnels du fait de la mutation des structures familiales, par exemple.

Au fur et à mesure que la population vieillit, la main-d'œuvre vieillit également. Entre 1995 et 2000, le nombre de médecins âgés de moins de 45 ans a fléchi de 20 % en Europe, tandis que le nombre de ceux âgés de plus de 45 ans a augmenté de plus de 50 %. L'âge moyen du personnel infirmier est lui aussi en hausse: dans cinq États membres, près de la moitié des professionnels concernés ont plus de 45 ans⁷. Toutes ces personnes approchent de l'âge de la retraite, et il faut un nombre suffisant de jeunes recrues pour les remplacer.

⁶ OCDE, *Trends in Severe Disability among Elderly People*, DELSA/HEA/WD/HWP, 2007.

⁷ Observatoire de l'OMS, *Policy series*, 2006.

La part des femmes dans le personnel de santé est traditionnellement importante et en augmentation. Globalement, les femmes représentent environ trois quarts du personnel de santé de l'Union et, dans certains États membres, les écoles médicales comptent aujourd'hui plus de 50 % d'étudiantes⁸. Il importe donc particulièrement de promouvoir l'intégration de mesures destinées à favoriser l'égalité des sexes dans les stratégies de ressources humaines.

La feuille de route pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2006-2010⁹ présente une série d'actions visant à parvenir à une indépendance économique égale pour les femmes et les hommes et à une participation égale des femmes et des hommes à la prise de décisions et propose des mesures destinées à améliorer la conciliation de la vie professionnelle, familiale et privée.

La solution pour conserver une main-d'œuvre suffisante face à la retraite imminente de la génération du «baby-boom» consiste à recruter et fidéliser des jeunes médecins tout en réinvestissant dans le personnel d'âge mûr.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

- Évaluer les niveaux des dépenses dans le personnel de santé.
- Offrir de meilleures conditions de travail aux professionnels de la santé, accroître la motivation et améliorer le moral du personnel.
- Envisager des campagnes de recrutement, en particulier pour tirer parti de la croissance de la tranche des travailleurs de plus de 55 ans et de l'augmentation du nombre de personnes qui n'ont plus d'obligations familiales.
- Organiser le traitement des maladies chroniques et la fourniture des soins de longue durée plus près du domicile ou dans des structures de proximité.
- Assurer un déploiement plus efficace du personnel de santé disponible.
- Envisager des campagnes de «retour à la profession» afin d'attirer de nouveau les personnes qui ont quitté le secteur.
- Favoriser une plus grande diversité sociale et ethnique dans le cadre du recrutement.
- Sensibiliser les étudiants au large éventail de carrières possibles dans les secteurs de la santé et des soins.

4.2. Capacité sanitaire

Le secteur de la santé publique englobe une série d'activités diverses visant à protéger et à améliorer la santé de la population en général, à lutter contre les inégalités en matière de santé et à répondre aux besoins des groupes défavorisés et vulnérables. Parmi les tâches concernées figurent l'évaluation des besoins et des incidences en matière de santé aux fins de la planification des services, la prévention des maladies, par exemple au moyen de programmes de vaccination et de dépistage, la promotion de la santé et l'éducation dans ce domaine, la constitution et le maintien des réserves de sang, la surveillance épidémiologique, ainsi que la planification et la mise en œuvre de la réaction aux menaces pour la santé liées aux épidémies de maladies infectieuses, aux pandémies, aux catastrophes dues à l'homme et aux catastrophes naturelles, y compris celles qui résultent du changement climatique.

⁸ Observatoire de l'OMS, *Policy series*, 2006.

⁹ COM(2006) 92.

La promotion de la santé et la prévention des maladies ne sont pas seulement importantes en tant que telles; elles peuvent aussi réduire sensiblement la demande future de traitements et de soins. Le personnel de santé publique de toute l'Union doit posséder les compétences adéquates et être suffisamment nombreux pour pouvoir effectuer ces tâches de manière efficace, et cette exigence doit être intégrée dans les plans de formation et de recrutement.

La santé au travail nécessitera une attention particulière, car la sécurité et la santé au travail sont d'importants facteurs déterminants de la santé publique en général. Les problèmes comme les accidents de travail continueront à être examinés, mais de nouveaux éléments tels que les modifications des rythmes de travail, les nouvelles technologies au travail, la recherche d'un équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, la mobilité professionnelle et le stress lié au travail nécessitent que l'on s'attache spécialement à la santé au travail en tant que déterminant important de la santé publique en général. La stratégie 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail adoptée récemment [COM(2007) 62] présente une série d'objectifs ambitieux auxquels les États membres de l'UE ont accepté de souscrire et d'apporter leur soutien. Cependant, la réalisation de ces objectifs dépend fortement de la disponibilité du personnel de santé spécialisé nécessaire, par exemple de médecins et d'infirmiers du travail et d'inspecteurs chargés de veiller à la santé et à la sécurité au travail.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

- Renforcer la capacité de dépistage, de promotion de la santé et de prévention des maladies.
- Collecter des informations plus précises concernant les besoins réels et potentiels de la population en matière de santé, afin de planifier l'évolution future du personnel de santé publique.
- Encourager les vocations scientifiques dans les écoles en mettant en évidence les possibilités de carrière moins connues dans le secteur de la santé publique (biologistes, épidémiologistes, etc.).
- Faire mieux connaître l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (OSHA) dans les États membres en attirant l'attention sur son existence directement sur les lieux de travail.
- Valoriser l'activité des médecins du travail et inciter les médecins à rejoindre ce secteur.

4.3. Formation

La capacité de formation doit aussi être prise en considération dans le cadre de la planification des effectifs. S'il faut plus de médecins, d'infirmiers et d'autres professionnels, il faudra davantage d'universités et d'écoles de formation et davantage de personnel enseignant pour les former. Cela nécessitera à la fois une planification et des investissements.

Les États membres devront évaluer quels types de compétences spécialisées seront nécessaires, en tenant compte de l'évolution des traitements médicaux à la suite de l'introduction de nouvelles technologies, des effets du vieillissement de la population sur le tableau de morbidité et de l'augmentation du nombre de patients âgés atteints de maladies chroniques multiples. Un problème spécifique réside dans le fait que l'augmentation des déplacements et de la mobilité a également accru le risque de propagation de maladies qui,

jusqu'ici, étaient plus répandues dans les pays tropicaux. La formation des cliniciens et des personnes responsables de la surveillance des maladies transmissibles doit donc être adaptée en conséquence.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

- Veiller à ce que les cours de formation soient conçus de manière à tenir compte des besoins particuliers des personnes handicapées (celles-ci doivent recevoir des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres patients et obtenir les services de santé spécifiques dont elles ont besoin¹⁰).
- Mettre l'accent sur la formation professionnelle continue du personnel de santé. L'actualisation des compétences professionnelles améliore la qualité des résultats en matière de santé et garantit la sécurité des patients.
- Élaborer des cours de formation destinés à encourager les travailleurs d'âge mur à réintégrer les effectifs du secteur.
- Donner une formation en gestion aux professionnels de la santé.
- Favoriser la coopération entre les États membres pour ce qui est de la gestion du *numerus clausus* applicable au personnel de santé, et leur permettre d'être plus souples.
- Créer des possibilités de formation linguistique en vue d'une mobilité potentielle.
- Établir un mécanisme communautaire, par exemple un Observatoire du personnel de santé, qui aiderait les États membres à planifier les effectifs, les besoins de formation et l'introduction de nouvelles technologies.

4.4. Gestion de la mobilité du personnel de santé au sein de l'Union européenne

La libre circulation des personnes est l'une des libertés fondamentales garanties par la législation communautaire. La libre circulation des travailleurs est inscrite à l'article 39 du traité CE et précisée dans le règlement (CEE) n° 1612/68¹¹: chaque citoyen européen a ainsi le droit de travailler dans un autre État membre en tant que salarié ou fonctionnaire. Le droit d'établissement est inscrit à l'article 43 du traité CE: cet article prévoit le droit d'exercer une activité non salariée dans un autre État membre. L'article 49 consacre quant à lui le droit à la libre prestation des services. Le règlement (CEE) n° 1408/71¹² et son règlement d'application, le règlement (CEE) n° 574/72, coordonnent les différents régimes de sécurité sociale afin de faciliter ce droit fondamental de libre circulation.

¹⁰ Comme prévu à l'article 35 de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, qui a été signée par tous les États membres et la Communauté européenne.

¹¹ Règlement (CEE) n° 1612/68 du Conseil du 15 octobre 1968 relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté.

¹² Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté; règlement (CEE) n° 574/72 du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du règlement (CEE) n° 1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

La directive 2005/36/CE prévoit la reconnaissance des qualifications professionnelles en vue de l'établissement dans un autre État membre et afin de faciliter la fourniture de services transfrontaliers dans un État membre autre que celui d'établissement. Elle a également introduit l'obligation, pour les autorités compétentes des États membres d'accueil et d'origine, d'échanger des informations sur les sanctions disciplinaires ou pénales qui ont été prises ou sur des faits graves et précis. En dehors du cadre réglementaire, certaines initiatives liées à la mobilité des professionnels de la santé ont été lancées par des associations professionnelles, comme l'initiative «Health Professionals Crossing Borders» et l'initiative pilote de carte professionnelle, qui visent toutes deux à améliorer l'accès à l'information lorsque le comportement d'une personne a été mis en cause. Il conviendra de suivre les progrès réalisés dans le cadre de ces initiatives.

La libre circulation des personnes facilite la mobilité des professionnels de la santé, qui peuvent donc aller là où on a le plus besoin d'eux. Cependant, les professionnels de la santé se déplacent pour diverses raisons – pour obtenir de meilleures possibilités de carrière et de formation, ou un salaire plus élevé et des conditions de travail plus favorables –, et la mobilité peut dès lors accentuer les disparités dans et entre les pays. Dans ce contexte, certains États membres pourraient ne pas être disposés à oser investir dans la formation d'un nombre plus important de professionnels de la santé si peu d'entre eux restent dans le pays et si le rendement de l'investissement est faible.

Face aux effets d'une mobilité accrue, la réponse à apporter est non pas d'introduire des restrictions juridiques à la libre circulation des personnes, mais plutôt d'élaborer des politiques appropriées. En conséquence, la mobilité accrue de la main-d'œuvre obligera peut-être les responsables des ressources humaines à l'échelon local ou national à repenser leurs politiques de recrutement et d'évolution de carrière.

Les citoyens ont aussi le droit de recourir aux soins de santé proposés dans un autre État membre que le leur. Le cadre régissant les soins transfrontaliers qui est proposé entend garantir l'application de principes communs dans toute l'Union européenne. Ce cadre s'appuie entre autres sur la volonté d'exploiter le potentiel de coopération européenne là où celle-ci se révèle utile, y compris dans les régions frontalières, grâce à des réseaux européens de référence regroupant des centres spécialisés, à un réseau communautaire d'évaluation des technologies de la santé ou aux services de santé en ligne.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

- Favoriser les accords bilatéraux entre les États membres afin de tirer parti d'un éventuel excédent de médecins et d'infirmiers.
- Investir dans la formation et l'embauche d'un personnel sanitaire suffisamment nombreux afin d'atteindre l'autosuffisance à l'échelle de l'Union.
- Encourager les accords transfrontaliers sur la formation et les échanges de personnel, ce qui pourrait faciliter la gestion des flux sortants d'effectifs dans le secteur de la santé.
- Promouvoir les mouvements «circulaires» de personnel (à savoir les périodes de formation/d'acquisition d'expérience dans un autre pays de travailleurs qui retournent ensuite dans leur pays d'origine avec un savoir et des compétences supplémentaires).
- Créer un forum ou une instance au niveau de l'Union au sein duquel les

administrateurs pourraient échanger leur expérience.

4.5. Migration des personnels de santé à l'échelle mondiale

La pénurie de professionnels de la santé est mondiale, mais le problème est plus marqué en Afrique subsaharienne, où le niveau de crise est atteint¹³. Cette pénurie est aggravée par une augmentation de la demande de personnel médical et infirmier dans tous les pays développés et la concurrence accrue qui en découle.

L'action communautaire dans le domaine de la santé a aussi d'importantes implications pour la politique extérieure et la politique de développement de l'Union. À moins que l'Union européenne ne prenne des mesures appropriées pour former et retenir en son sein un nombre suffisant de professionnels de la santé, il est peu probable que les effets négatifs de la migration sur les systèmes de santé des pays en développement s'atténuent¹⁴.

Dans la stratégie d'action communautaire concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement¹⁵, qui a été adoptée en décembre 2005, et le programme européen d'action (PEA) visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de la santé dans les pays en développement (2007–2013)¹⁶, adopté un an plus tard, l'Union a reconnu qu'il est de sa responsabilité de prendre des mesures appropriées pour atteindre son objectif consistant à fournir des soins de santé de qualité élevée sans que cela ait des répercussions négatives sur la situation des pays tiers, dont bon nombre sont confrontés à une pénurie très importante de professionnels de la santé.

L'Union élabore actuellement une politique commune d'immigration¹⁷ qui prévoit entre autres de ne pas saper les perspectives de développement des pays tiers par des mesures accentuant la «fuite des cerveaux», mais au contraire de promouvoir une migration circulaire. Ces aspects constituent l'une des composantes de «l'approche globale sur la question des migrations»¹⁸. En outre, en 2007, la Commission a présenté une proposition de directive visant à faciliter l'entrée de migrants hautement qualifiés dans l'Union européenne¹⁹. L'une des dispositions de cette proposition exige explicitement l'application de principes éthiques de recrutement dans les secteurs qui, comme celui de la santé, sont confrontés à des pénuries de personnel.

Ces dix dernières années, des codes de bonnes pratiques pour un recrutement éthique, visant à réduire les incidences négatives des flux migratoires sur les fragiles systèmes de soins de santé des pays en développement, ont vu le jour. Le Royaume-Uni dispose d'un code de bonnes pratiques en matière de recrutement international²⁰, et la Norvège²¹ et les Pays-Bas²²

¹³ Une grave pénurie de professionnels de la santé est observée dans 57 pays, dont 36 situés en Afrique.

¹⁴ Les citoyens des pays en développement ne sont pas les seuls à émigrer: des médecins et des infirmiers quittent l'Union européenne pour aller travailler par exemple aux États-Unis, au Canada, en Australie ou en Nouvelle-Zélande.

¹⁵ COM(2005) 642

¹⁶ COM(2006) 870.

¹⁷ COM(2008) 359 «Une politique commune de l'immigration pour l'Europe: principes, actions et instruments».

¹⁸ COM(2006) 735 et COM(2007) 247.

¹⁹ COM(2007) 637 final. Une proposition (COM(2007) 638) concernant une autre directive, sur une procédure de demande unique et des droits communs à tous les travailleurs ressortissants d'un pays tiers qui résident légalement dans l'Union, a été adoptée au même moment.

²⁰ www.nhsemployers.org

²¹ (Recrutement des professionnels de la santé: vers une solidarité mondiale), 2007.

²² Plan d'action «Working on Care» 2007.

ont tous deux mis en place des stratégies de gestion des effectifs qui comprennent des politiques de recrutement éthique consistant à fixer des limites en ce qui concerne le recrutement actif par l'État ou à encourager le recrutement au moyen d'accords bilatéraux. Au niveau communautaire, en 2008, le comité de dialogue social européen dans le secteur hospitalier, composé de l'HOSPEEM et de la FSESP agissant en tant que partenaires sociaux européens, a adopté un «code de conduite et suivi concernant le recrutement et la rétention transfrontaliers éthiques»²³, qui entend promouvoir les comportements éthiques et mettre un terme aux pratiques non éthiques dans le recrutement transfrontalier du personnel de la santé.

L'Union européenne s'est engagée à élaborer un code de conduite pour le recrutement éthique de professionnels de la santé de pays tiers et à prendre d'autres mesures pour réduire autant que possible les effets négatifs et maximiser les effets positifs de l'immigration de professionnels de la santé dans l'UE sur les pays en développement²⁴. Le rapport adopté en septembre 2008 sur l'état d'avancement du PEA réaffirme la nécessité de traduire ces engagements dans les faits²⁵.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

- Instaurer des méthodes de suivi du recrutement des professionnels de la santé originaires des pays en développement.
- Aider l'OMS dans son action visant à élaborer un code de conduite mondial du recrutement éthique.
- Encourager les accords bilatéraux ou multilatéraux avec les pays d'origine (migration circulaire²⁶).
-

4.6. Données à l'appui de la prise de décisions

Tous les éléments décrits sont sources de défis pour les planificateurs, les prestataires et les responsables des systèmes de soins de santé. La situation est rendue encore plus délicate par le manque de données et d'informations actualisées et comparables, par exemple sur le nombre de professionnels de la santé en formation et en activité, leurs spécialisations, leur répartition géographique, leur âge, leur sexe et leur pays d'origine. Étant donné que des pénuries de personnel dans une partie de l'Europe peuvent avoir des incidences ailleurs, il est important, pour la planification et la prestation des services de santé, que l'ensemble des autorités sanitaires de l'UE disposent d'informations à l'échelle européenne.

²³ www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPSU-

²⁴ Parlement européen: stratégie d'action communautaire concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement et COM(2006) 870, communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen: programme européen d'action visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de la santé dans les pays en développement (2007-2013) SEC(2008) 2476.

²⁵ SEC(2008) 2476.

²⁶ La migration circulaire renvoie au fait que des personnes effectuent des périodes de formation/d'acquisition d'expérience dans un autre pays, puis retournent dans leur pays d'origine avec un savoir et des compétences supplémentaires. Un parcours professionnel agréé permettant à l'intéressé de revenir à son poste et de percevoir alors un salaire tenant compte de l'expérience acquise pourrait constituer une mesure attrayante encourageant une telle migration.

Il ressort d'un rapport élaboré en 2006 pour le Bureau régional de l'Europe de l'OMS²⁷, et comprenant cinq études de cas portant chacune sur un pays (Estonie, Allemagne, Lituanie, Pologne et Royaume-Uni) qu'aucun d'entre eux n'a pu fournir d'informations exactes et complètes concernant les mouvements internationaux de professionnels de la santé. La méthode la plus communément employée pour mesurer les flux migratoires est fondée sur les attestations délivrées aux autorités compétentes («vérifications»). Elle donne une estimation annuelle globale du nombre de professionnels qui ont envisagé de s'expatrier ; cependant, tous n'émigrent pas au final, et il est possible que certains posent leur candidature plusieurs fois. Par exemple, le rapport relatif à l'Estonie indique que seuls 182 médecins ont émigré sur les 344 qui avaient retiré une attestation.

La Commission européenne recueille des données sur les décisions de reconnaissance des qualifications relevant des systèmes sectoriels qui prévoient une telle reconnaissance. Ces données sont résumées sur le site web suivant:

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm?fuseaction=home.welcome.

Ces informations montrent des déplacements ou l'intention de pratiquer sa profession dans un autre État membre. Elles peuvent uniquement être utilisées à titre supplétif, en l'absence de renseignements plus détaillés, puisqu'aucune autre information ne permet de savoir si le professionnel concerné a effectivement accepté un poste dans un autre État membre, est parti dans un pays tiers ou est rentré dans son pays d'origine.

D'autres données recueillies par EUROSTAT sur les effectifs du secteur de la santé reposent sur les informations réunies par les États membres. Ces données peuvent être consultées sur le site web suivant:

http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.

En outre, un projet de l'OCDE soutenu par l'Union sur les migrations des médecins et des infirmiers dans les pays de l'OCDE/l'Union à 25 est en cours. Ce projet, qui à l'avenir portera aussi sur d'autres catégories de professionnels de la santé, fournira des informations utiles, mais ne pourra garantir une comparabilité totale des données utilisées du fait de la diversité des procédures d'enregistrement et des disparités caractérisant la centralisation de la collecte des données dans les États membres.

En novembre 2006, le Réseau européen des migrations (EMN - European Migration Network)²⁸ a entrepris une étude sur l'immigration gérée dans le secteur de la santé, à laquelle ont été associés onze de ses points de contact nationaux. Le Réseau a constaté que les données disponibles, en particulier sur les professionnels de la santé originaires de pays tiers qui travaillent dans l'Union, étaient limitées et souvent éparpillées entre plusieurs sources, parfois au sein d'un même État membre.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

- Harmoniser ou normaliser les indicateurs sur le personnel de la santé.
- Mettre en place des systèmes assurant le suivi des flux migratoires des

²⁷ Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications
Buchan J, Perfilieva G.

²⁸ <http://emn.sarenet.es/>

professionnels de la santé.

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

5. LES REPERCUSSIONS DES NOUVELLES TECHNOLOGIES: AMELIORER LES PERFORMANCES DU PERSONNEL DE SANTE

Les progrès enregistrés dans le domaine des soins dépendent des avancées de la science et de la technologie. Les nouvelles technologies ont des répercussions sur les résultats pouvant être atteints ainsi que sur l'organisation et la prestation des soins. Désormais, elles facilitent le partage de l'information et une collaboration plus étroite entre les professionnels de la santé, et améliorent donc la qualité générale des soins. Pour certaines maladies et certains patients, l'essentiel des soins peut, grâce à la technologie, être dispensé non plus en milieu hospitalier, mais dans le cadre des soins primaires ou des services organisés par les pouvoirs publics locaux, voire au domicile du malade, ce qui peut améliorer la qualité de vie de ce dernier et contribuer à une meilleure valorisation des ressources.

Dans un avenir proche, de nouvelles technologies comme la télémédecine pourront garantir une meilleure couverture sanitaire dans des régions éloignées ou manquant de professionnels de la santé. À titre d'exemple, grâce à cette technique, des services de diagnostic à distance ont été créés dans certaines régions de l'UE; autre illustration, le recours à un diagnostic à distance pour les résultats de mammographie permet d'améliorer l'accès aux soins et les services fournis aux patientes.

L'introduction des nouvelles technologies requiert une formation initiale adéquate du personnel de santé et, le cas échéant, des actions de formation continue. Par ailleurs, il conviendra peut-être de rallier les professionnels de la santé à l'utilisation de ces technologies, qui peuvent parfois perturber les méthodes de travail et les structures en place. La communication de la Commission «concernant la télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société» propose un cadre européen pour relever certains de ces défis.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

- Garantir une formation adéquate aux professionnels de la santé pour qu'ils utilisent les nouvelles technologies de manière optimale.
- Prendre des mesures encourageant le recours aux nouvelles technologies de l'information.
- Garantir l'interopérabilité des nouvelles technologies de l'information.
- Veiller à une meilleure répartition des nouvelles technologies sur tout le territoire de l'Union.

6. LE ROLE DES EMPLOYEURS DU SECTEUR DE LA SANTE AU SEIN DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Certains professionnels de la santé, qu'ils soient médecins, psychologues, dentistes, podologues, physiothérapeutes ou médecins du travail, sont en même temps des employeurs qui gèrent leur propre cabinet ou centre médical et ont des salariés. Les politiques de la

Commission visant à améliorer l'environnement des entreprises en Europe et à encourager l'entrepreneuriat ont des retombées sur ce type d'activités. La Commission a publié le 4 octobre 2007 une communication intitulée «Le rôle capital des petites et moyennes entreprises dans la stimulation de la croissance et de l'emploi. Une révision à mi-parcours de la politique moderne des PME»; elle souligne le rôle important joué par les PME dans la réalisation des objectifs de la stratégie de Lisbonne, à savoir dynamiser la croissance économique et créer des emplois de meilleure qualité. Les employeurs du secteur de la santé peuvent contribuer à consolider la croissance européenne et à stimuler l'innovation, le développement local, la formation et l'emploi, tout en participant à l'amélioration de l'accès aux soins.

L'initiative «Small Business Act» constitue l'un des éléments fondamentaux de la stratégie de l'Union pour la croissance et l'emploi (communication de la Commission «Think Small First»: Priorité aux PME - Un «Small Business Act» pour l'Europe (COM(2008) 394). Elle comprend un ensemble de principes communs visant à orienter la politique à l'égard des PME ainsi que des propositions d'action pour traduire ces principes dans les faits. Elle met l'accent sur la promotion de l'esprit d'entreprise, sur la priorité à donner aux PME dans l'élaboration des politiques et sur le soutien à la croissance de ces entreprises.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

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

7. POLITIQUE DE COHESION

La valorisation des ressources humaines dans le secteur de la santé de l'Union européenne est aussi liée à la politique de cohésion. Dans le cadre légal actuel, elle peut s'appuyer sur les interventions des Fonds structurels. En effet, les orientations stratégiques communautaires en matière de cohésion, qui définissent les priorités des Fonds structurels pendant la période 2007-2013, contiennent une rubrique décrivant comment «contribuer au maintien en bonne santé de la population active». Dans le règlement relatif au Fonds social européen (FSE) de juillet 2006 (règlement (CE) n° 1081/2006), la prolongation de la vie active et les «améliorations en matière de santé» figurent parmi les enjeux prioritaires du Fonds. Dans ce contexte, certains États membres (pour la plupart des pays entrés depuis peu dans l'Union) prévoient d'investir massivement dans la formation des professionnels de la santé grâce au FSE. En outre, quelque 5,2 milliards d'euros seront investis dans les infrastructures de santé par le Fonds européen de développement régional. Une utilisation efficace des Fonds structurels destinée à élever le niveau de qualifications et de compétences du personnel de santé et à développer les infrastructures du secteur peut réellement contribuer à l'amélioration des conditions de travail et rehausser la qualité des services de santé, tout en réduisant les disparités sur le plan sanitaire et en consolidant la cohésion dans et entre les États membres.

Facteurs d'influence et domaines d'action possibles:

- Utiliser davantage le concours des Fonds structurels dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé.
- Mieux recourir aux Fonds structurels pour la valorisation des ressources humaines

dans le secteur de la santé.

- Recourir davantage aux Fonds structurels pour les infrastructures du secteur afin d'y améliorer les conditions de travail.

8. CONSULTATION

La Commission européenne invite toutes les organisations intéressées à envoyer leurs réponses aux questions abordées dans le présent livre vert au plus tard le 31 mars 2009, de préférence à l'adresse électronique suivante: SANCO-health-workforce@ec.europa.eu

ou bien à l'adresse ci-dessous:

Commission européenne, B-1049 Bruxelles - Belgique.

À moins d'une déclaration contraire des participants à la consultation, les services de la Commission considéreront qu'ils consentent à ce que leurs réponses soient publiées, en tout ou en partie, sur le site internet de la Commission et/ou citées dans les rapports analysant les résultats du processus de consultation.