

N° 563

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

Enregistré à la Présidence du Sénat le 25 juin 2020

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des affaires européennes (1) sur la **mobilité**
des **professionnels de santé** au sein de l'Union européenne,*

Par M. Pierre MÉDEVIELLE,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Jean Bizet, *président* ; MM. Philippe Bonnacarrère, André Gattolin, Didier Marie, Mme Colette Mélot, MM. Cyril Pellevat, André Reichardt, Simon Sutour, Mme Véronique Guillotin, MM. Pierre Ouzoulias, Jean-François Rapin, *vice-présidents* ; M. Benoît Huré, Mme Gisèle Jourda, MM. Pierre Médevielle, René Danesi, *secrétaires* ; MM. Pascal Allizard, Jacques Bigot, Yannick Botrel, Pierre Cuypers, Mme Nicole Duranton, M. Christophe-André Frassa, Mme Joëlle Garriaud-Maylam, M. Daniel Gremillet, Mmes Pascale Gruny, Laurence Harribey, MM. Claude Haut, Olivier Henno, Mmes Sophie Joissains, Mireille Jouve, Claudine Kauffmann, MM. Guy-Dominique Kennel, Claude Kern, Pierre Laurent, Jean-Yves Leconte, Jean-Pierre Leleux, Mme Anne-Catherine Loisier, MM. Franck Menonville, Jean-Jacques Panunzi, Michel Raison, Claude Raynal, Mme Sylvie Robert.

L'ESSENTIEL.....	5
INTRODUCTION	7
I. UN CADRE RÉGLEMENTAIRE FAVORABLE À LA MOBILITÉ QUI S'IMPOSE AUX ÉTATS MEMBRES	9
A. LES CONDITIONS D'ÉTABLISSEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU SEIN DE L'UNION EUROPÉENNE	9
1. Une volonté ancienne de favoriser la mobilité des professionnels de santé	9
2. Un système de reconnaissance mutuelle automatique pour les professions sectorielles	9
3. Un régime général pour les autres professions et les professions sectorielles quand les conditions de la reconnaissance automatique ne sont pas remplies	10
a) Le régime général de reconnaissance mutuelle pour les professions non sectorielles.....	11
b) Le régime général pour les professions sectorielles lorsque les conditions de la reconnaissance mutuelle automatique ne sont pas remplies	12
4. Les autres conditions pour pouvoir exercer.....	13
B. UNE MOBILITÉ LIÉE AUX CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES AU SEIN DES ÉTATS MEMBRES.....	14
1. La France, un pays plus ou moins attractif selon les professions	14
a) Les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes particulièrement concernés par la mobilité.....	14
b) Une forte proportion de médecins diplômés hors Union européenne	15
c) Une plus faible mobilité pour les autres professions	15
d) Peu de départs de la France vers les autres États membres	16
2. Une mobilité aux conséquences différentes selon les États membres	16
a) Pour certains pays de départ : un manque de personnel de plus en plus alarmant	16
b) Pour certains pays d'accueil : lutter contre les déserts médicaux	16
c) Une mobilité pendulaire liée à la proximité géographique	17
II. UNE RÉGLEMENTATION QUI DEMEURE INCOMPLÈTE	19
A. L'ABSENCE D'HARMONISATION DES CONTENUS ET DES DURÉES DE FORMATION AINSI QUE DES ACTES AUTORISÉS À LA PRATIQUE	19
1. Des différences notables dans le cadre général de la reconnaissance mutuelle des qualifications.....	19
2. Des différences que l'on retrouve également pour les professions bénéficiant de la reconnaissance mutuelle automatique	19
3. Une harmonisation difficile en raison du caractère national de l'éducation	20
4. Les tentatives d'harmonisation européennes	21
a) Le cadre européen de formation : une tentative d'harmonisation	22
b) La recherche d'un socle minimal de formation plus important	22
B. L'ABSENCE DE CONTRÔLE EFFECTIF DU RESPECT DE LA DIRECTIVE	23
1. Un contrôle insuffisant des formations.....	23
2. Un mécanisme d'alerte qui peine à fonctionner.....	23
3. La recherche de solutions pour compenser ce manque de contrôle.....	24
C. UNE RÉGLEMENTATION QUI NE PERMET PAS UN CONTRÔLE EFFICACE DES QUALIFICATIONS.....	24
1. Des délais d'examen très encadrés.....	24

2. La difficile mise en œuvre de mesures de compensation	25
3. La carte professionnelle européenne	25
4. Le contrôle a posteriori de la maîtrise de la langue	26
III. UNE MOBILITÉ QUI AFFECTE LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET SUSCITE DES INQUIÉTUDES	27
A. DES INQUIÉTUDES RELATIVES À LA QUALITÉ DES SOINS	27
1. Le risque que la médecine devienne une activité commerciale.....	27
2. Une mobilité toutefois tempérée par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne	28
a) Le respect du principe de non-discrimination et de la reconnaissance automatique pour les professions sectorielles	29
b) Le respect des compétences des États membres	29
3. Des étudiants susceptibles d'être moins bien formés	30
B. LA DIRECTIVE 2018/958/UE : UN NOUVEAU PAS VERS UNE MOBILITÉ ACCRUE DES PROFESSIONS DE SANTÉ ?	31
1. Le principe de l'évaluation préalable de toute nouvelle réglementation nationale entravant la mobilité des professions de santé	31
a) Interdiction de toute discrimination à raison de la nationalité ou du lieu de résidence.....	32
b) Justification de toute nouvelle réglementation par un motif d'intérêt général	32
c) Contrôle de proportionnalité	32
d) Évaluation de l'effet des dispositions nouvelles ou modifiées conjuguées à plusieurs exigences.....	33
2. Les réserves du Sénat au titre du respect du principe subsidiarité entendues	33
3. La crainte d'une remise en cause des organisations professionnelles	34
EXAMEN EN COMMISSION.....	35
PROPOSITION DE RÉOLUTION EUROPÉENNE	37
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES	39

L'ESSENTIEL

La mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne découle de la libre circulation des personnes qui est l'un des principes fondateurs du marché intérieur. La directive 2005/36/CE modifiée en 2013 définit les conditions de reconnaissance des qualifications d'un État membre à l'autre pour permettre cette mobilité. Il existe deux régimes de reconnaissance mutuelle des qualifications : un régime de reconnaissance mutuelle automatique et un régime général.

Le premier, la reconnaissance mutuelle automatique, concerne les professions dites sectorielles que la directive énumère. Il s'agit des médecins généralistes ou spécialistes, des dentistes, des infirmiers de soins généraux, des pharmaciens et des sages-femmes. Pour ces professions, la directive 2005/36/CE fixe le niveau des diplômes requis pour suivre les formations permettant l'exercice de ces professions. De plus, elle détermine la durée minimale de ces formations, ainsi que les connaissances et compétences qu'elles doivent permettre d'acquérir. Enfin, l'annexe V de la directive détermine, pour chaque État membre, la liste des établissements autorisés à délivrer un diplôme pour exercer ces professions sectorielles. Les professionnels qui souhaitent faire jouer la reconnaissance de leurs qualifications n'ont pas de stage à accomplir ou d'examens à passer.

Le régime général, lui, s'applique aux autres professions médicales. Il s'applique également aux professions sectorielles lorsque les conditions de la reconnaissance mutuelle automatique ne sont pas remplies. C'est le cas notamment lorsque le diplôme ne figure pas à l'annexe V de la directive déjà évoquée. Dans le cadre du régime général, les autorités de l'État membre d'accueil examinent l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres, ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé, et comparent les compétences attestées par ces titres et cette expérience et aux connaissances et qualifications exigées par la législation nationale. Les autorités peuvent ensuite proposer des mesures compensatoires, qui peuvent être un stage ou une épreuve d'aptitude.

Ces mouvements géographiques des professionnels de santé modifient l'offre de soins dans les États membres. Dans les pays de départ comme la Bulgarie ou la Roumanie, l'offre de soins diminue dangereusement. À l'inverse, dans les États membres d'accueil comme la France, l'arrivée de praticiens étrangers a permis de limiter l'impact de la diminution du nombre de professionnels de santé.

Toutefois, cela ne doit pas se faire au détriment de la sécurité des patients, d'autant plus que la mise en œuvre de la directive 2005/36/CE pose un certain nombre de difficultés.

Tout d'abord, on note des différences notables dans les formations, tant sur leur durée que sur leur contenu que la directive précitée n'harmonise qu'à minima. Les tentatives d'harmonisation européenne dans ce domaine se heurtent au fait que l'éducation demeure une compétence nationale. Il apparaît donc nécessaire de renforcer la coordination entre les associations professionnelles et les organismes de formation des différents États membres pour renforcer le socle commun prévu par la directive.

De plus, le respect des exigences de la directive est très inégal d'un État membre à l'autre, notamment en ce qui concerne les obligations en matière de formation pratique. Un système obligatoire d'évaluation publique, régulière et indépendante de tous les établissements délivrant un diplôme conforme à la directive 2005/36/CE devrait donc être mis en place pour s'assurer du respect par tous de la directive.

Enfin, la directive 2005/36/CE ne prévoit un contrôle de la maîtrise de la langue du pays d'accueil qu'une fois la qualification reconnue, ce qui pose des difficultés dans les cas notamment où l'inscription à l'ordre n'est pas obligatoire et que le praticien s'installe en libéral. Les contrôles de maîtrise de la langue du pays d'accueil devraient donc être systématiques et effectués avant la reconnaissance des qualifications.

L'assimilation des professions de santé à n'importe quelle autre activité économique et commerciale inquiète les professionnels de santé. Ces craintes se sont renforcées avec la directive (UE) 2018/958 du 28 juin 2018 qui soumet à un examen de proportionnalité toute disposition nationale qui limite l'accès à des professions réglementées ou leur exercice. Si la directive permet que des mesures proportionnées visant à protéger la santé publique soient prises, il faudra veiller à ce que la mobilité ne se fasse pas au détriment de la santé publique.

INTRODUCTION

La liberté d'établissement garantit la mobilité des entreprises et des professions libérales au sein de l'Union. Elle résulte des articles 26 (marché intérieur) et 49 à 55 (liberté d'établissement) du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE). Dans le même temps, l'article 168 du TFUE dispose qu'un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union. Une reconnaissance mutuelle des qualifications de nature à garantir la qualité des formations reçues par les professionnels de santé est donc nécessaire pour que la mobilité de ces professionnels au sein du marché intérieur ne se fasse pas au détriment de la sécurité des patients.

Dans ce rapport, on entendra par professionnels de santé les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les praticiens de l'art dentaire, les infirmiers, les pharmaciens, les sages-femmes, les aides-soignants et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces professions sont des professions réglementées au sens de la directive 2005/36/CE, modifiée par la directive 2013/55/UE, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, c'est-à-dire des activités professionnelles dont l'exercice est subordonné, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives nationales, à la possession de qualifications professionnelles déterminées. Pour favoriser la mobilité, malgré ces dispositions nationales, le législateur européen a tenté d'harmoniser les conditions de qualifications nécessaires à l'exercice de ces professions réglementées au sein des États membres. C'est dans le secteur de la santé que l'harmonisation a été la plus rapide.

Dès lors, la mobilité des professionnels de santé est devenue une réalité avec des conséquences diverses sur l'offre de soins dans les États membres de l'Union européenne. Elle s'accompagne d'inquiétudes au regard des conditions de mise en œuvre des principes de reconnaissance mutuelle des qualifications et de la remise en cause des conditions particulières d'exercice au sein de chaque État membre.

Après avoir présenté le cadre réglementaire en vigueur pour la reconnaissance des qualifications professionnelles, le présent rapport examinera les difficultés liées à la mise en œuvre de cette réglementation, ainsi que les craintes qu'elle suscite parmi les professionnels de santé.

I. UN CADRE RÉGLEMENTAIRE FAVORABLE À LA MOBILITÉ QUI S'IMPOSE AUX ÉTATS MEMBRES

A. LES CONDITIONS D'ÉTABLISSEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU SEIN DE L'UNION EUROPÉENNE

1. Une volonté ancienne de favoriser la mobilité des professionnels de santé

Dès les années 70, le Conseil des communautés européennes et la Commission européenne ont cherché à favoriser la libre circulation des professionnels de santé en instaurant notamment un système de reconnaissance mutuelle des diplômes. Ce fut le cas tout d'abord pour les médecins avec les directives 75/362/CEE et 75/363/CEE du Conseil du 16 juin 1975, puis les chirurgiens-dentistes avec la directive 78/686/CEE du Conseil du 25 juillet 1978, les sages-femmes avec la directive 80/154/CEE du Conseil du 21 janvier 1980 et les pharmaciens avec la directive 85/433/CEE du Conseil du 16 septembre 1985.

La directive 2005/36/CE¹ du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles a consolidé les directives existantes. Elle définit en particulier le niveau de qualification, la formation et l'expérience professionnelle nécessaires à la reconnaissance, dans l'ensemble de l'Union européenne, d'un diplôme obtenu dans un autre État membre. Cette directive ne concerne pas les professions médicales de manière spécifique et institue deux régimes de reconnaissance des qualifications professionnelles : un régime général de reconnaissance mutuelle des qualifications et un régime de reconnaissance mutuelle automatique pour les professions sectorielles.

La directive 2013/55/UE² du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 a complété la directive de 2005 en introduisant notamment la carte professionnelle européenne, carte numérique présentant les qualifications et expériences professionnelles d'une personne souhaitant exercer dans un autre État membre de l'Union européenne.

2. Un système de reconnaissance mutuelle automatique pour les professions sectorielles

La directive 2005/36/CE modifiée en 2013 institue un régime particulier pour les professions sectorielles que sont les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les praticiens de l'art dentaire, les

¹<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:02005L0036-20160524&from=EN>

² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0055>

infirmiers responsables de soins généraux, les pharmaciens et les sages-femmes, professions faisant l'objet du présent rapport, mais aussi les vétérinaires et les architectes.

Ce régime concerne les ressortissants des États membres de l'Union européenne, des États membres de l'Espace économique européen (Norvège, Islande et Liechtenstein) et de la Suisse.

Il prévoit la reconnaissance automatique, dans chacun de ces États, de qualifications professionnelles obtenues dans un autre de ces États pour l'exercice des professions sectorielles : les professionnels qui souhaitent faire valoir cette reconnaissance n'ont pas de stage à accomplir ou d'examens à passer. Ceci se justifie par le fait que la directive harmonise les conditions minimales de formation. En effet, elle définit le niveau des diplômes requis pour suivre les formations permettant l'exercice de ces professions. De plus, elle fixe la durée minimale de ces formations, ainsi que les connaissances et compétences qui doivent être acquises lors de ces formations. Enfin, son annexe V détermine, pour chaque État membre, la liste des établissements autorisés à délivrer un diplôme pour exercer ces professions sectorielles. Cette liste est mise à jour chaque année par la Commission européenne. Ainsi, la dernière mise à jour a été publiée au JOUE le 3 février 2020 et une nouvelle campagne de recensement des demandes d'actualisation formulées par les États membres a été lancée.

Les ordres professionnels sont en charge de l'instruction des demandes relevant de la reconnaissance automatique. En cas de doute sur la validité d'un diplôme, l'autorité compétente de l'État membre d'accueil peut contacter l'autorité compétente de l'État membre d'origine aux fins de vérification.

3. Un régime général pour les autres professions et les professions sectorielles quand les conditions de la reconnaissance automatique ne sont pas remplies

À côté de ce régime de reconnaissance automatique qui concerne huit professions sectorielles, a été créé un régime général de reconnaissance des qualifications qui concerne notamment les masseurs-kinésithérapeutes et les aides-soignants, mais aussi les autres professions de santé dans le cas où le professionnel ne remplit pas l'ensemble des exigences prévues par la directive 2005/36/CE. Il s'applique aux ressortissants des États membres de l'Union européenne, des États membres de l'Espace économique européen (Norvège, Islande et Liechtenstein) et de la Suisse.

a) Le régime général de reconnaissance mutuelle pour les professions non sectorielles

Dans le cadre de ce régime général, l'article 11 de la directive 2005/36/CE détermine cinq niveaux de formation. Pour pouvoir prétendre à une reconnaissance, le diplôme obtenu dans l'État membre d'origine doit avoir été délivré par une autorité compétente et être de niveau au moins équivalent à celui exigé dans l'État membre d'accueil.

Une fois ces conditions remplies, l'État membre d'accueil peut procéder à une comparaison entre la formation acquise à l'étranger et ses propres exigences. Il sera alors fondé à demander des mesures de compensation si le contenu de la formation est substantiellement différent ou si le champ des activités professionnelles ouvert à la profession est plus large dans l'État membre d'accueil que dans l'État membre d'origine.

La prescription de mesures de compensation est prévue par les articles 13 et 14 de la directive 2005/36/CE transposés en droit français par l'arrêté du 8 décembre 2017 relatif aux niveaux de qualification pris en compte pour la détermination des mesures de compensation pour la reconnaissance des qualifications des professions de santé. Les autorités compétentes des États membres d'accueil doivent prendre en compte, au-delà des qualifications professionnelles présentées par l'intéressé, toute connaissance, aptitude et compétence acquise par le demandeur au cours de son expérience professionnelle ou de son apprentissage. Ces mesures de compensation peuvent prendre la forme d'un stage d'adaptation d'une durée maximum de trois ans ou d'une épreuve d'aptitude. L'article 14, alinéa 5, de la directive 2005/36/CE rappelle que le principe de proportionnalité est applicable en la matière.

Ainsi, les masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'une qualification obtenue dans un autre État membre de l'Union européenne et souhaitant exercer en France sont soumis à ce système de reconnaissance mutuelle.

Une demande d'établissement doit d'abord être adressée au préfet de région (Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale) accompagnée des documents nécessaires. Ensuite, une commission d'autorisation d'exercice rend un avis consultatif sur l'opportunité de préconiser des mesures compensatoires. Celle-ci est composée d'un représentant d'un institut de formation (IFMK), d'un représentant du conseil régional de l'ordre, d'un représentant des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et d'un représentant des masseurs-kinésithérapeutes salariés. C'est le préfet de région qui décide si des mesures compensatoires sont nécessaires.

b) Le régime général pour les professions sectorielles lorsque les conditions de la reconnaissance mutuelle automatique ne sont pas remplies

Pour les professions sectorielles, des mesures de compensation devront également être demandées :

- aux titulaires d'un diplôme obtenu dans un État membre de l'Union européenne mais non conforme à la directive 2005/36/CE, à la suite de l'arrêt Dreessen de la Cour de justice de l'Union européenne du 22 janvier 2002 (affaire C-31/00)¹ ;

- aux titulaires d'un diplôme obtenu dans un État tiers mais reconnu par un État membre de l'Union européenne et ayant permis l'exercice de la profession dans cet État pendant trois ans au moins, à la suite de l'arrêt Hocsman de la même Cour du 14 septembre 2000 (affaire C-238/98)².

La commission d'autorisation d'exercice doit prendre en considération l'ensemble des diplômes, certificats et autres titres, ainsi que l'expérience pertinente de l'intéressé, en procédant à une comparaison entre, d'une part, les compétences attestées par ces titres et cette expérience et, d'autre part, les connaissances et qualifications exigées par la législation nationale. Elle peut ensuite proposer des mesures compensatoires.

Les demandes sont gérées par le centre national de gestion, opérateur du ministère de la santé. La décision est prise, après avis de la commission d'autorisation d'exercice, par le ministre de la santé ou, sur délégation, par le directeur national du centre de gestion.

Les conditions d'exercice en France des médecins et chirurgiens-dentistes ressortissants d'un État membre de l'Union européenne*

Diplôme conforme à la directive 2005/36/CE telle que révisée en 2013 : reconnaissance mutuelle automatique

Diplôme européen non conforme à la directive 2005/36/CE : procédure définie par la jurisprudence Dreessen ;

Diplôme non européen* mais ayant donné lieu à une autorisation d'exercice dans un autre État membre durant trois ans au moins : procédure définie par la jurisprudence Hocsman ;

¹<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?jsessionid=EDF5BCD7B9A1F96EC3CE80D209A20DC0?text=&docid=47025&pageIndex=0&doclang=FR&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=7186794>

²<http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=45630&pageIndex=0&doclang=FR&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=7186902>

Diplôme non européen* : procédure d'autorisation d'exercice impliquant la réussite à un concours (liste A pour la voie générale et B pour les personnes ayant le statut de réfugié ou apatride), 3 ans pour les médecins/ 1 an pour les dentistes dans un service agréé pour la formation des internes, puis examen du dossier par la Commission d'autorisation d'exercice qui pourra préconiser des mesures compensatoires.

** Union européenne à laquelle s'ajoutent la Norvège, le Liechtenstein, l'Islande et la Suisse*

Les conditions d'exercice en France pour les médecins et chirurgiens-dentistes qui ne sont pas ressortissants européens*

Diplôme français : inscription à l'ordre directement ;

Diplôme européen* conforme ou non à la directive 2005/36/CE : passage devant la commission d'autorisation d'exercice qui pourra éventuellement recommander des mesures compensatoires. Cette procédure est facilitée lorsque le diplôme est conforme à la directive 2005/36/CE et que la personne bénéficie d'un statut particulier tel que membre d'une famille européenne (directive 2004/38/CE relative aux droits des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de séjourner et de circuler librement sur le territoire des États membres) ou résident depuis au moins 5 ans dans un État membre de l'Union (directive 2003/109/CE relative au statut des ressortissants de pays tiers résidents de longue durée) ;

Diplôme non européen* : procédure d'autorisation d'exercice impliquant la réussite à un concours (liste A pour la voie générale et B pour les personnes ayant le statut de réfugié ou apatride), 3 ans pour les médecins/ 1 an pour les dentistes dans un service agréé pour la formation des internes, puis examen du dossier par la Commission d'autorisation d'exercice qui pourra préconiser des mesures compensatoires.

** Union européenne à laquelle s'ajoutent la Norvège, le Liechtenstein, l'Islande et la Suisse*

4. Les autres conditions pour pouvoir exercer

Une fois le diplôme reconnu, l'ordre concerné peut contrôler que les professionnels dont les qualifications ont été reconnues maîtrisent la langue du pays d'accueil. Ce contrôle doit être proportionné. Une attestation de moralité peut également être demandée.

L'exercice des professions de santé est en outre conditionné en France à une inscription auprès de l'ordre concerné.

En revanche, le conventionnement par une caisse d'assurance-maladie ne requiert, pour les médecins et les praticiens de l'art dentaire, aucun stage préparatoire ni aucune période d'expérience professionnelle.

Par ailleurs, l'article 54 de la directive 2005/36/CE précise les conditions dans lesquelles s'exerce le port du titre de formation. Si les professionnels bénéficient du droit de faire usage du titre de formation que leur confère leur diplôme dans leur État d'origine, l'État d'accueil peut prescrire que ce titre soit suivi des noms et lieu de l'établissement qui l'a délivré. De plus, lorsque le titre de formation de l'État membre d'origine peut être confondu dans l'État membre d'accueil avec un titre exigeant, dans ce dernier État, une formation complémentaire non acquise par le bénéficiaire, cet État membre d'accueil peut prescrire que celui-ci utilise le titre de formation de l'État membre d'origine dans une forme appropriée que l'État membre d'accueil indique.

B. UNE MOBILITÉ LIÉE AUX CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES AU SEIN DES ÉTATS MEMBRES

1. La France, un pays plus ou moins attractif selon les professions

La France attire l'ensemble des professionnels de santé, mais dans des proportions très différentes. En effet, les professions de santé ne sont pas toutes concernées par la mobilité de la même manière. Que le diplôme bénéficie ou non de la reconnaissance automatique ne semble pas être déterminant. Les conditions socio-économiques et la situation géographique du lieu de résidence déterminent davantage la volonté de s'établir dans un autre État membre.

a) Les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes particulièrement concernés par la mobilité

Les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes sont les professionnels qui comptent le plus de diplômés d'un autre État membre de l'Union européenne et exerçant en France.

Sur 95 000 masseurs-kinésithérapeutes inscrits au tableau de l'Ordre en 2019, 22 000 disposent d'un diplôme obtenu dans un autre État membre de l'Union européenne. Parmi eux, 13 000 sont de nationalité française, soit environ 23 %. Cette part augmente de manière significative depuis quelques années : entre 2015 et 2019, le nombre de professionnels diplômés dans un autre État que la France a augmenté quatre fois plus vite que le nombre de diplômés en France, sachant que 85 % des diplômés à l'étranger le sont dans un État membre de l'Union européenne. En 2019, 40 % des nouveaux inscrits ont obtenu leur diplôme dans un autre État de l'Union.

S'agissant des chirurgiens-dentistes, en 2019, un tiers des primo-inscrits au tableau de l'ordre en France étaient titulaires d'un diplôme obtenu dans un autre État membre de l'Union européenne. Ceux-ci représentent aujourd'hui 12 % des dentistes établis en France soit environ 5 000 praticiens. Ce chiffre est en constante augmentation.

b) Une forte proportion de médecins diplômés hors Union européenne

Concernant les médecins, on observe une forte disparité entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. On dénombre, au 1^{er} janvier 2020, 103 079 médecins généralistes et 127 823 médecins spécialistes inscrits à l'ordre. Parmi ceux-ci, 1 446 médecins généralistes et 8 354 spécialistes ont bénéficié de la reconnaissance automatique de leur diplôme obtenu dans un autre État membre, soit respectivement 1,4 % et 6,5 %. Ils sont 652 (156 généralistes et 496 spécialistes) à avoir bénéficié des procédures dites « Dreessen » et « Hocsman ». Parmi ces médecins, au 1^{er} janvier 2015, on estime que 37 % sont titulaires d'un diplôme roumain, 19 % belge, 13 % italien et 9 % allemand. Les médecins titulaires d'un diplôme validé en dehors de l'Union européenne étaient, au 1^{er} janvier 2020, 14 441 parmi lesquels 2 697 généralistes et 11 444 spécialistes. Ils sont donc plus nombreux que les médecins diplômés au sein de l'Union, en grande majorité titulaires de diplômes algériens ou marocains.

Toutefois, cette situation semble évoluer. En 2019, sur 8 591 nouvelles inscriptions, 605 sont liées à la reconnaissance automatique d'un diplôme de l'Union européenne prévue par la directive 2005/36/CE et 27 aux procédures dites « Dreessen » et « Hocsman » alors que 252 seulement sont liées à la validation d'un diplôme obtenu hors Union européenne.

c) Une plus faible mobilité pour les autres professions

Les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmiers exerçant en France comptent peu de diplômés d'un autre État membre de l'Union européenne, malgré l'application du principe de reconnaissance mutuelle automatique.

Au 1^{er} janvier 2020, 29 974 sages-femmes sont inscrites au tableau de l'ordre, parmi lesquelles 1 567 disposent d'un diplôme obtenu dans un autre État membre de l'Union européenne, soit 5 %.

Au 1^{er} janvier 2019, sur les 74 115 pharmaciens inscrits au tableau de l'ordre, 1 053 étaient diplômés dans un autre État de l'Union soit 1,4 %. 485 étaient Français, 485 ressortissants d'un autre État membre de l'Union européenne et 83 ressortissants d'un État tiers.

Concernant les infirmiers exerçant en France, en 2019, l'ordre - auquel l'inscription n'est pas obligatoire - en recense 3 500 titulaires d'un diplôme obtenu dans un autre État membre de l'Union sur 350 000 inscrits, soit 1 % seulement. Pourtant, au sein de l'Union européenne, les infirmiers représentent la population la plus mobile, avec 10 179 demandes de reconnaissance mutuelle automatique recensées.

Pour les aides-soignants qui ne bénéficient pas de la reconnaissance automatique, la fédération nationale n'a pas pu fournir de chiffres. On remarque que, selon la direction générale de la santé du ministère des solidarités et de la santé, 719 demandes d'autorisation d'exercice ont été

déposées en 2018 alors que 22 800 aides-soignants ont obtenu leur diplôme en France, ce qui représente tout de même 3 % environ.

d) Peu de départs de la France vers les autres États membres

Malgré l'absence de statistiques fiables, le nombre de départs de France vers l'étranger semble rester très faible.

2. Une mobilité aux conséquences différentes selon les États membres

a) Pour certains pays de départ : un manque de personnel de plus en plus alarmant

Le niveau des salaires, les faibles dotations en matériel et parfois la corruption incitent les professionnels de santé à quitter certains États membres de l'Union européenne pour aller travailler dans d'autres États membres. Ces départs créent un manque dans le pays d'origine. C'est le cas principalement en Roumanie et en Bulgarie. L'institut de la protection sociale européenne estime ainsi qu'un quart des postes de médecins hospitaliers sont inoccupés en Roumanie. De même en Bulgarie, dans certaines régions rurales, le nombre de professionnels de santé a diminué de plus de 50 %. L'accès aux soins est donc plus compliqué, ce qui n'est pas sans conséquence pour la santé publique d'autant plus que la population de ces pays vieillit et que les besoins augmentent.

À ce sujet, le code de pratiques de l'OMS de 2010 recommande de ne pas engager de personnel médical provenant de régions où l'offre de soins est insuffisante mais cette recommandation n'a qu'un impact limité. En effet, les États où les dépenses de santé sont les plus élevées attirent davantage les professionnels du secteur. Ainsi, les médecins roumains sont nombreux à s'installer en France, les médecins polonais en Allemagne et les médecins estoniens en Finlande.

Ces mobilités sont par ailleurs facilitées par la pratique de la langue du pays d'accueil, condition nécessaire pour pouvoir y exercer.

b) Pour certains pays d'accueil : lutter contre les déserts médicaux

Le manque de personnel soignant touche différents États européens comme la France ou l'Allemagne. Ceci n'est pas lié au départ des professionnels formés vers d'autres pays mais à un accroissement des besoins en raison du vieillissement de la population notamment et à des politiques menées depuis de nombreuses années, visant à limiter le nombre de personnel formé pour contenir les dépenses de santé. Ainsi, en France, le *numerus clausus* pour les professionnels de santé était tombé à moins de 4 000 dans les années 90, contre 7 000 dans les années 80, avant de remonter à plus de 7 000 en 2015.

Ce manque de personnel soignant, couplé à sa mauvaise répartition sur le territoire, crée ce que l'on appelle des « déserts médicaux », des zones où il est de plus en plus difficile d'avoir accès aux soins. C'est le cas notamment en France où les pouvoirs publics tentent d'attirer des médecins étrangers par la création de maisons de santé permettant de disposer de locaux équipés à moindre coût ou des mesures incitatives à l'installation. Ainsi, le nombre de médecins roumains exerçant en France a été multiplié par 7 entre 2007 et 2017 pour atteindre 4 000. 21 % des médecins à diplôme étranger sont installés en zone rurale contre 10 % de médecins à diplôme français.

Pourtant, à terme, on s'aperçoit que les médecins ou dentistes venant de l'étranger ont tendance à s'installer dans les mêmes régions que ceux qui sont déjà sur le territoire national, à savoir l'Île-de-France, la région Rhône-Alpes et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

De même, les masseurs-kinésithérapeutes titulaires d'un diplôme obtenu au sein de l'Union européenne et qui s'installent en France choisissent généralement d'exercer en libéral, tout comme les titulaires d'un diplôme obtenu en France. Leur installation ne permet donc pas de combler le manque d'effectifs dans les hôpitaux.

De ce fait, le Gouvernement estime que la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne ne peut constituer, à elle seule, une réponse au déficit d'offres de soins dans certaines régions ou établissements français.

La stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 : un engagement collectif », inscrite notamment dans la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, utilise d'autres leviers, se proposant, par exemple, d'organiser les soins de proximité au sein de structures d'exercice coordonné dans le cadre de communautés professionnelles territoriales de santé. Elle s'accompagne d'évolutions majeures comme la suppression du *numerus clausus* et la réforme des études médicales. Reste en suspens la question du nombre de places dans les universités.

Toutefois, la mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne constitue un facteur positif dans les pays d'accueil qui peut, parmi d'autres, contribuer à maintenir ou rétablir une offre de soins suffisante, notamment dans les territoires fragiles.

c) Une mobilité pendulaire liée à la proximité géographique

Certains professionnels de santé résidant à proximité d'une frontière traversent celle-ci chaque jour pour exercer leur profession. C'est le cas notamment de professionnels français se rendant en Suisse ou polonais allant travailler en Allemagne. Il est difficile d'obtenir des chiffres précis concernant ces mobilités pendulaires mais il apparaît clairement que de

nombreux établissements de santé en régions frontalières ne pourraient pas fonctionner sans le concours de personnel venu du pays voisin. La mobilité pendulaire semble concerner les différentes professions de manière homogène, la situation géographique étant un élément déterminant de cette mobilité pendulaire.

La Belgique, la Suisse, l'Allemagne et le Luxembourg emploient ainsi des frontaliers français qui recherchent des conditions de travail et de rémunération plus avantageuses. L'ordre national des infirmiers a fait état de difficultés de recrutement dans l'Est de la France, à cause notamment de l'attractivité de la Suisse.

En Suisse, 30 % des médecins ont un diplôme étranger et parmi eux, 57 % sont allemands et 5,5 % sont français.

II. UNE RÉGLEMENTATION QUI DEMEURE INCOMPLÈTE

A. L'ABSENCE D'HARMONISATION DES CONTENUS ET DES DURÉES DE FORMATION AINSI QUE DES ACTES AUTORISÉS À LA PRATIQUE

1. Des différences notables dans le cadre général de la reconnaissance mutuelle des qualifications

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la durée de la formation varie d'un État membre à l'autre. Ainsi, la durée de formation est maintenant de 5 ans en France, en Belgique et en Pologne alors qu'elle est de 3 ans seulement dans la plupart des autres États membres. Toutefois, une durée de formation plus courte ne suffit pas, selon la réglementation européenne, à justifier des mesures compensatoires.

Pour la profession d'aide-soignant, sur les 745 demandes de reconnaissances de qualifications professionnelles introduites en 2018, 473 ont débouché sur une obligation d'effectuer une mesure de compensation. Pour la profession de masseur-kinésithérapeute, 2 681 demandes de reconnaissances de qualifications professionnelles ont été introduites, en 2018, et 855 ont débouché sur une obligation d'effectuer une mesure de compensation. Ceci traduit une différence du niveau de formation qui risque de s'accroître pour les masseurs-kinésithérapeutes à la suite de l'allongement de la durée des études en France.

La nature des actes autorisés à la pratique diffère également selon les États membres. Ainsi, les masseurs-kinésithérapeutes français peuvent formuler un diagnostic, comme c'est le cas dans 15 pays de l'Union européenne, mais ne réalisent pas d'infiltration comme en Espagne.

2. Des différences que l'on retrouve également pour les professions bénéficiant de la reconnaissance mutuelle automatique

La directive 2005/36/CE fixe une durée minimale de formation. La durée effective de formation peut donc être supérieure dans certains États membres. C'est le cas notamment des sages-femmes pour lesquelles la directive fixe une durée minimale de formation de trois ans. En France comme en Suède, la durée de formation est de 5 ans alors qu'en Espagne, les sages-femmes obtiennent la qualification d'infirmière spécialisée en soins obstétricaux après seulement trois années d'étude validées. De même, pour les pédiatres, la directive fixe une durée minimale de 4 ans pour l'internat. Celle-ci s'étale de 4 ans en France et en Estonie à 7 ans en Irlande.

En outre, la directive ne précise pas le contenu des formations que doivent recevoir les futurs professionnels de santé. Ainsi, la formation des sages-femmes au suivi gynécologique est limitée à quelques modules en

Allemagne ou en Belgique alors que c'est une partie importante de la formation en France. De même, la directive 2005/36/CE ne reconnaît que la chirurgie infantile alors qu'en France, cette spécialité correspond à différents titres selon l'option choisie au cours de la formation.

Le périmètre des actes autorisés pour chaque profession associée à un titre peut être différent d'un État membre à l'autre. Ainsi, en France, les sages-femmes ont un pouvoir de diagnostic et un droit de prescription, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des autres États membres où la profession est considérée comme paramédicale. Il est donc fréquent que, malgré la reconnaissance mutuelle automatique des diplômes pour cette profession, les sages-femmes diplômées dans d'autres États membres suivent des formations complémentaires pour être employables en France dans des établissements de soins. De même, les infirmières peuvent faire des injections intraveineuses en France alors que cet acte est réservé aux médecins en Allemagne et aux Pays-Bas.

Le programme de mise à niveau des infirmiers de soins généraux roumains initié par la Commission européenne

La Roumanie a mis en place un programme de mise à niveau spécial pour les infirmiers responsables de soins généraux ayant acquis leurs qualifications avant l'adhésion de la Roumanie à l'Union européenne et dont les qualifications ne répondaient pas aux exigences minimales de formation prévues par la directive 2005/36/CE.

Le contenu du programme a été élaboré en concertation avec des experts des autres États membres et les cours de mise à niveau ont été conçus pour combler les lacunes recensées. La Roumanie a alors présenté le programme aux États membres au sein du groupe des coordonnateurs pour la reconnaissance des qualifications professionnelles. Les experts des États membres ont analysé les informations et les documents transmis par la Roumanie et ont communiqué à la Commission leurs observations sur les résultats du programme. La Roumanie a répondu de façon satisfaisante à toutes les questions et observations des États membres. Aucun État membre ne s'est opposé à la proposition de la Roumanie de faire bénéficier les diplômés d'une reconnaissance automatique à l'avenir.

3. Une harmonisation difficile en raison du caractère national de l'éducation

La formation et l'éducation sont des compétences exclusives des États membres. L'Union européenne ne peut donc pas imposer de normes en la matière. Par la directive 2005/36/CE, elle impose des normes minimales pour la reconnaissance mutuelle automatique des qualifications que les États membres ne sont contraints d'appliquer que s'ils souhaitent que l'un des diplômes validés sur leur territoire soit valide dans les autres États membres.

En outre, deux diplômes obtenus dans deux États membres différents pour l'exercice d'une même profession et respectant tous deux la directive 2005/36/CE peuvent correspondre à des niveaux de formation très différents.

Pour résoudre cette difficulté, l'ordre national des médecins, qui pointe les inégalités de formation entre les différents États membres, préconise la mise en place d'un programme européen commun de formation par spécialité défini par l'ensemble des acteurs nationaux au sein de chaque État membre, organisations professionnelles et organismes de formation. Toutefois, le diplôme resterait national.

De même, l'ordre national des sages-femmes préconise la mise en place d'un cadre européen harmonisé des formations, après une évaluation *ex ante* de celles-ci. Cela passerait par la mise en place d'un organisme européen d'accréditation des formations, de manière à garantir une homogénéité des qualifications professionnelles au niveau européen et corriger ainsi les disparités existant entre les États membres.

4. Les tentatives d'harmonisation européennes

Dans son rapport sur la mise en œuvre de certains nouveaux éléments introduits par la directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI ») (document SWD (2020) 79 final)¹, la Commission européenne indique que son évaluation des mesures nationales de transposition des exigences minimales harmonisées en matière de formation de la directive 2005/36/CE révisée pour les professions sectorielles permet de conclure que la transposition a généralement été faite de façon adéquate sauf sur quelques points spécifiques pour lesquels la Commission a adressé aux États concernés des mises en demeure. 7 concernent le niveau des compétences et des connaissances et 13 concernent la durée de formation.

La Commission européenne dresse donc, dans son rapport, un bilan globalement satisfaisant de la mise en œuvre de la directive 2005/36/CE telle que révisée en 2013.

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0191&from=EN>

a) Le cadre européen de formation : une tentative d'harmonisation

Les articles 49 *bis* et 49 *ter* de la directive 2005/36/CE telle que révisée en 2013, prévoient la possibilité pour les États membres de travailler respectivement à la mise en place d'un cadre commun de formation et d'épreuves communes de formation. Toutefois, à ce stade, aucun des projets lancé n'a abouti du fait de la difficulté à trouver un accord entre les États membres sur les conditions minimales à prévoir.

La Commission a commandé une étude pour examiner la possibilité de mettre au point un cadre commun de formation pour les aides-soignants. Bien que l'étude ait mis au jour un certain degré de convergence entre les États membres sur un ensemble de connaissances, d'aptitudes et de compétences de base ainsi qu'un intérêt partagé à définir le rôle des aides-soignants à l'échelle de l'Union européenne, les positions divergeaient quant aux niveaux d'enseignement et de qualification nécessaires, au niveau final d'autonomie des professionnels et aux éventuelles conséquences involontaires de la mise en place d'un tel cadre sur les effectifs de santé et les systèmes éducatifs nationaux.

Principes communs de formation

La révision de la directive 2005/36/CE a introduit la possibilité d'établir des principes communs de formation (cadres ou épreuves) et d'étendre le système de reconnaissance automatique à de nouvelles professions. Ce nouveau système permet aux organisations professionnelles et aux autorités de réglementation des États membres de s'entendre sur un ensemble commun de connaissances, d'aptitudes et de compétences (ou une épreuve d'aptitude) nécessaires à l'exercice d'une profession. Sur cette base, ces organisations et autorités peuvent proposer à la Commission un cadre commun ou une épreuve commune de formation. Les qualifications obtenues à partir de ces cadres (ou épreuves) communs de formation seraient automatiquement reconnues dans les autres États membres. Cette possibilité s'applique lorsque la profession (ou l'enseignement et la formation relatifs à cette profession) est déjà réglementée dans au moins un tiers des États membres. À ce jour, seuls les moniteurs de ski ont pu s'entendre sur une épreuve commune de formation.

b) La recherche d'un socle minimal de formation plus important

Pour les infirmiers de soins généraux, la Commission européenne indique avoir commandé une étude pour recenser les exigences existantes dans chaque État membre qui vont au-delà des exigences minimales de formation. Cette étude sera publiée dans le courant de l'année 2020 mais les résultats préliminaires ont fait l'objet d'une discussion avec les autorités nationales, les établissements de formation et les représentants de la profession au niveau national. Ces discussions ont montré qu'une mise à jour des exigences en matière de compétences et de connaissances était envisageable. Une étude similaire devrait également être lancée pour les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes.

B. L'ABSENCE DE CONTRÔLE EFFECTIF DU RESPECT DE LA DIRECTIVE

1. Un contrôle insuffisant des formations

L'absence de respect de la directive est difficile à mettre en évidence, en ce qui concerne les formations, la charge de la preuve de la conformité avec la directive reposant sur l'autorité compétente de l'État membre de départ.

Les reproches les plus couramment mentionnés par les ordres auditionnés sont liés à une formation pratique insuffisante ne respectant pas les prescriptions de la directive 2005/36/CE.

Ainsi, pour l'ordre des sages-femmes, la formation dispensée dans certains États d'Europe de l'Est comme la Pologne, la Roumanie ou la Bulgarie ne respecte pas les critères définis par la directive 2005/36/CE en ce qu'elle prévoit une formation pratique insuffisante.

Cinq États membres ont reçu une mise en demeure de la Commission en raison de l'insuffisance de la formation clinique délivrée pour certaines professions sectorielles.

Selon l'ordre des chirurgiens-dentistes, il est nécessaire que les États membres assurent un contrôle sur la durée des établissements de formation pour s'assurer qu'ils respectent toujours les exigences de la directive 2005/36/CE.

Le 29 novembre 2019, le Conseil des dentistes européens et la Fédération européenne des autorités compétentes et régulateurs dentaires ont publié un communiqué commun pour appeler à une révision de la directive 2005/36/CE pour que soit mis en place dans chaque État membre un système obligatoire d'évaluation publique, régulière et indépendante de tous les établissements délivrant un diplôme conforme à la directive 2005/36/CE. L'éducation demeurant une compétence nationale, il appartient donc aux États membres de renforcer ces contrôles, ce qu'a rappelé la Commission européenne.

En pratique, ce contrôle est inégal d'un pays à l'autre. En effet, ni la directive 2005/36/CE ni aucun autre instrument juridique de l'Union ne prévoient de contrôle systématique de la qualité des qualifications qui sont notifiées à la Commission et énumérées à l'annexe V directive 2005/36/CE.

2. Un mécanisme d'alerte qui peine à fonctionner

L'article 56 *bis* de la directive 2005/36/CE telle que révisée en 2013 établit un mécanisme d'alerte permettant aux autorités compétentes d'un État membre d'informer les autorités compétentes de tous les autres États membres de l'identité d'un professionnel dont l'exercice, sur le territoire de

cet État membre, a été restreint ou interdit. La mise en œuvre de ce dispositif a pris du retard en France en raison du déploiement de deux modules distincts, le premier pour les décisions administratives et le second pour les décisions judiciaires. Pour celles-ci, une circulaire a été publiée fin janvier 2020 par le ministère de la justice pour rappeler aux greffes des tribunaux leur obligation de transmettre les décisions aux autorités compétentes pour la diffusion des alertes. L'ordre des chirurgiens-dentistes a particulièrement regretté ce retard.

La mise en œuvre de ce système d'alerte dépend de l'autorité compétente qui doit envoyer l'alerte et de celle qui doit assurer sa bonne diffusion au sein de l'Union.

3. La recherche de solutions pour compenser ce manque de contrôle

Aujourd'hui, dans le cadre de la reconnaissance mutuelle automatique des qualifications, les États membres d'accueil ne peuvent que demander à l'État membre d'origine de vérifier la validité du diplôme d'autant que les ordres professionnels ne disposent pas de pouvoir d'enquête. Il faut attendre une erreur pour pouvoir retirer la reconnaissance du diplôme à un professionnel.

L'article 5 de la loi 2019-774 du 24 juillet 2019 prévoit la mise en place d'un mécanisme de re-certification pour les professionnels de santé disposant d'un ordre. Cela pourrait être un moyen de contrôler les compétences de l'ensemble des professionnels de santé installés sur le territoire national de manière régulière. À ce sujet, l'ordre des médecins souligne qu'il faudrait déjà faire respecter les obligations de formation continue en vigueur depuis 1996.

Ce mécanisme de re-certification devrait s'appliquer à partir de 2021 pour les médecins, puis en 2022 pour les chirurgiens-dentistes notamment.

C. UNE RÉGLEMENTATION QUI NE PERMET PAS UN CONTRÔLE EFFICACE DES QUALIFICATIONS

1. Des délais d'examen très encadrés

L'article 51 paragraphe 2 de la directive 2005/36/CE prévoit que dans le cadre de la reconnaissance mutuelle automatique des qualifications professionnelles, l'autorité compétente de l'État membre d'accueil délivre une autorisation d'exercice dans un délai de trois mois à compter de la présentation du dossier complet de l'intéressé. Or, le droit français autorisait la prorogation d'un mois de ce délai, comme dans le cas du régime général de reconnaissance mutuelle des qualifications.

Le 24 janvier 2019, la France a alors été destinataire d'une mise en demeure de la Commission européenne relative à la transposition de la directive 2005/36/CE. Un projet de décret en Conseil d'État a donc été préparé pour supprimer la prorogation du délai d'expertise dans le cadre de la reconnaissance mutuelle des qualifications des professionnels de santé relevant du régime de la reconnaissance automatique.

2. La difficile mise en œuvre de mesures de compensation

La difficulté à mettre en œuvre les mesures de compensation est particulièrement aigüe en France.

L'ordre des masseurs-kinésithérapeutes considère que la commission d'autorisation d'exercice donnant un avis sur les mesures compensatoires à mettre en œuvre pour permettre la reconnaissance des qualifications professionnelles est parfois soumise à des pressions locales. Ces pressions proviennent notamment de certains établissements de santé (notamment thermaux) afin d'accueillir plus facilement des professionnels.

Par ailleurs, la plupart des mesures compensatoires prescrites prennent la forme de stages alors qu'il existe un manque criant de professionnels en établissements de santé, donc peu d'encadrants suffisamment disponibles pour que le stage soit réalisé dans de bonnes conditions. En outre, dans le cadre de stage en cabinet libéral, l'ordre a pu constater des validations de complaisance. Or, ces validations sont difficiles à contester, l'ordre n'ayant pas de pouvoir d'enquête.

3. La carte professionnelle européenne

La carte professionnelle européenne (CPE) est un certificat électronique établi sur la base des déclarations du demandeur par l'État membre d'origine. Elle vise à simplifier les procédures de reconnaissance des qualifications. Les informations sont communiquées à l'État membre d'accueil *via* le système IMI (système d'information du marché intérieur). Aujourd'hui, cette carte est opérationnelle pour trois professions médicales : les pharmaciens, les infirmiers de soins généraux et les masseurs-kinésithérapeutes.

L'ordre des pharmaciens a indiqué que le règlement d'exécution 2015/983 précise que les tiers intéressés peuvent vérifier la validité de la CPE en ligne et qu'un message d'avertissement indiquant que la CPE ne constitue pas une autorisation d'exercer la profession dans l'État membre d'accueil est également affiché. Or, l'ordre a constaté que ce message n'apparaît pas sur l'outil en ligne proposé par la Commission européenne. Par conséquent, un employeur peut, de bonne foi, croire qu'un pharmacien titulaire d'une CPE est en droit d'exercer la profession, c'est-à-dire inscrit à l'ordre, alors que ce n'est pas le cas.

En outre, l'article 4 *quinquies* de la directive 2005/36/CE prévoit des délais plus courts d'examen des demandes de reconnaissance des qualifications professionnelles présentées par le biais de la carte professionnelle européenne : un mois dans le cadre de la reconnaissance automatique et deux mois dans le cas du régime général. Ces délais peuvent être prolongés de quatre semaines au plus en cas de documents manquants. Si les documents manquants ne sont pas fournis par l'État membre d'origine dans un délai de trois mois, la demande est caduque.

Si tous les documents sont réunis et que l'État membre d'accueil ne statue pas dans les délais impartis, la reconnaissance des qualifications est alors tacite. Pour l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, ce délai est trop court. Couplé à un système de reconnaissance tacite des qualifications, il ne permet pas de garantir la sécurité des patients.

4. Le contrôle *a posteriori* de la maîtrise de la langue

Plusieurs organisations professionnelles ont rappelé l'importance de maîtriser la langue du pays d'accueil pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Aujourd'hui, la directive prévoit une vérification *a posteriori*, c'est-à-dire après la reconnaissance des qualifications professionnelles.

De nombreux ordres ont mentionné des difficultés pour assurer le respect de cette obligation de maîtrise de la langue du pays d'accueil.

Face à cela, l'ordre des sages-femmes a préconisé que la maîtrise de la langue soit considérée comme une condition préalable pour la reconnaissance du diplôme. De même, le conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a regretté que la maîtrise de la langue ne soit pas un prérequis pour garantir que les stages effectués comme mesures compensatoires le soient dans des conditions satisfaisantes au regard des exigences de santé publique. Si la procédure de contrôle *a posteriori* (après reconnaissance des qualifications professionnelles, matérialisée par l'attribution de la CPE) peut convenir pour des professionnels salariés, majoritaires dans de très nombreux États membres, grâce à l'intermédiaire des établissements de santé qui les emploient, l'exercice très largement libéral des professionnels de santé en France (plus de 80 %) rend ce type de contrôle inopérant en pratique.

La Commission européenne rappelle dans son rapport sur la mise en œuvre des éléments introduits par la révision de 2013 à la directive 2005/36/CE¹ que, si les États membres d'accueil sont autorisés à procéder systématiquement à des contrôles du niveau linguistique, ces contrôles doivent intervenir après la reconnaissance de la qualification.

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0191&from=EN>

III. UNE MOBILITÉ QUI AFFECTE LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET SUSCITE DES INQUIÉTUDES

A. DES INQUIÉTUDES RELATIVES À LA QUALITÉ DES SOINS

1. Le risque que la médecine devienne une activité commerciale

Le droit européen encourage la libre circulation des professionnels de santé et vise à supprimer les obstacles liés à l'accès aux professions réglementées pour développer le marché intérieur.

Dans le cadre du Semestre européen 2020, le rapport pour la France publié par la Commission européenne, le 26 février dernier, précise en effet que les conditions d'accès à certaines professions réglementées, et un certain nombre de réglementations et de tarifs imposés, ne sont pas propices à l'investissement. La Commission ajoute que ces restrictions ont une incidence négative sur le dynamisme des entreprises, la compétitivité et l'offre de services professionnels, au détriment du consommateur final. Ces recommandations vont dans le sens des observations formulées par l'OCDE : ouvrir davantage les professions réglementées et poursuivre la simplification des réglementations qui leur sont applicables pourrait stimuler la croissance de la productivité et accroître le PIB par habitant.

Cette assimilation des professions de santé à n'importe quelle autre activité économique et commerciale inquiète les professionnels de santé qui la jugent incompatible avec l'exercice de missions d'intérêt général par les professionnels de santé au profit des patients.

Le risque est de voir importées en France des réglementations en vigueur dans d'autres États membres qui auraient pour conséquence d'introduire une logique de rentabilité dans l'exercice des professions de santé. Cela pourrait conduire à une remise en cause de l'exercice libéral de ces professions et à l'entrée au capital des cabinets ou des pharmacies d'investisseurs privés.

Entendu par votre rapporteur, l'ordre des chirurgiens-dentistes a fait valoir que la profession ne pouvait pas être pratiquée comme un commerce. De même, l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes a estimé que la mobilité ne pouvait poursuivre uniquement des objectifs économiques, au détriment de la santé publique.

Leurs craintes ont été renforcées par un arrêt n° C-339/15 du 4 mai 2017 de la Cour de justice de l'Union européenne¹ qui a considéré que « l'interdiction générale et absolue de toute publicité relative à des prestations de soins buccaux et dentaires est incompatible avec le droit de

¹<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=190323&pageIndex=0&doclang=fr&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=7189142>

l'Union européenne », ouvrant la voie à une banalisation commerciale de ces prestations de santé.

Le 24 janvier 2019, la Commission européenne a alors adressé une mise en demeure à la France de se mettre en conformité avec le droit européen. Elle précisait toutefois que les objectifs de protection de la santé publique et de dignité de la profession pouvaient justifier un encadrement des formes et des modalités des outils de communication utilisés.

Le 6 novembre 2019, le Conseil d'État a rendu une décision¹ estimant que la ministre des solidarités et de la santé aurait dû abroger des dispositions du code de la santé publique interdisant de manière générale la publicité. Il a en outre précisé qu'il incombait au pouvoir réglementaire de définir les procédés de publicité compatibles avec les exigences de protection de la santé publique et de dignité de la profession médicale.

Des travaux sont en cours au sein de chacun des ordres professionnels pour revoir les dispositions des codes de déontologie relatives à la communication des professionnels de santé. Elles seront *in fine* prises par voie réglementaire. Selon l'ordre des infirmiers, la publicité doit correspondre à une information objective sur les compétences des professionnels. L'ordre national des pharmaciens a indiqué, quant à lui, avoir accepté un assouplissement des règles pour la parapharmacie mais pas pour les médicaments à prescription obligatoire.

2. Une mobilité toutefois tempérée par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne

La jurisprudence européenne reconnaît des limites légitimes à la mobilité des professions de santé. Elle autorise les restrictions à la liberté de circulation et d'établissement si :

- elles ne sont pas fondées sur la nationalité ou l'État d'origine (pratique discriminatoire) ;
- elles respectent les principes de la directive 2005/36/CE ;
- elles sont justifiées par la protection de la santé publique ou le maintien de l'équilibre financier du système de sécurité sociale
- elles sont de nature à atteindre le but poursuivi ;
- elles sont proportionnées.

¹<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000039335844&fastReqId=150254439&fastPos=21>

a) Le respect du principe de non-discrimination et de la reconnaissance automatique pour les professions sectorielles

Certes, toute discrimination fondée sur la nationalité est interdite, comme l'a rappelé la Cour de justice de la Communauté européenne dans son arrêt du 6 octobre 1981¹.

Dans un arrêt du 6 décembre 2018², la Cour a précisé que l'État membre d'accueil n'a pas à vérifier par lui-même le respect de la condition de durée d'une formation prévue pour l'exercice d'une profession dite sectorielle. Il peut toutefois solliciter l'État d'origine, à qui il appartient d'effectuer cette vérification.

b) Le respect des compétences des États membres

La jurisprudence admet toutefois que les États membres posent des limites à la mobilité des professions de santé, notamment pour protéger la santé publique.

Ainsi, dans son arrêt du 4 juillet 2000³, la Cour a jugé qu'un médecin qui justifie d'un diplôme de médecin spécialiste obtenu dans un autre État membre, mais ne figurant pas sur la liste des formations spécialisées listées à l'annexe V de la directive 2005/36/CE, ne peut porter le titre professionnel de médecin spécialiste correspondant dans l'État d'accueil.

Concernant les pharmaciens, la Cour, dans un arrêt du 19 mai 2009⁴, a jugé que le fait d'empêcher des personnes n'ayant pas la qualité de pharmacien de détenir et d'exploiter des pharmacies n'était pas un obstacle à la libre circulation des personnes. De même, s'agissant des laboratoires de biologie médicale, dans un arrêt du 16 décembre 2010⁵, la Cour a considéré que la limitation à 25 % des parts sociales et des droits de vote pouvant être détenus par des non-biologistes au sein des Selarl⁶ est proportionnée à l'objectif poursuivi de protection de la santé publique.

Par ailleurs, dans un arrêt du 11 septembre 2008⁷, la Cour a estimé qu'exiger qu'une pharmacie soit implantée dans l'État membre pour pouvoir approvisionner un hôpital de cet État est compatible avec le droit européen puisque cette mesure a pour objectif de garantir un approvisionnement optimal nécessaire pour assurer un niveau élevé de protection de la santé publique.

¹ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A61980CJ0246>

² <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=208556&pageIndex=0&doclang=fr&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=7190108>

³ <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=45420&doclang=fr&mode=&part=1>

⁴ <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=78517&pageIndex=0&doclang=fr&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=7190434>

⁵ <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=79386>

⁶ Société d'exercice libéral à responsabilité limitée

⁷ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A62007CJ0141>

Concernant les prothésistes dentaires, la Cour, dans un arrêt du 21 septembre 2017¹, a jugé qu'un État membre peut imposer que l'exercice de cette profession se fasse sous la supervision d'un praticien de l'art dentaire.

3. Des étudiants susceptibles d'être moins bien formés

Certains étudiants n'hésitent pas à se rendre à l'étranger pour contourner les difficultés liées à la première année commune aux études de santé (PACES) en France. Ils vont débiter leur cursus en Belgique ou en Espagne notamment, avant de rentrer se former à leur spécialité en France. Ce phénomène est difficilement quantifiable mais il est avéré et peut donner lieu à de nombreuses difficultés.

Dans un arrêt du 12 juin 1986², la Cour de justice de l'Union européenne a indiqué qu'aucune disposition du droit communautaire n'impose aux États membres de limiter le nombre des étudiants admis aux facultés de médecine par l'instauration d'un système de *numerus clausus*.

Dès lors, certaines écoles ont tenté de contourner le *numerus clausus* en France. C'est le cas du CLESI qui appartient à l'université Fernando Pessoa au Portugal et qui propose aux étudiants d'effectuer leurs deux premières années d'étude en France sans passer par la sélective PACES, contournant ainsi le *numerus clausus*, puis de terminer leurs études au Portugal et éventuellement, en s'appuyant sur le système de reconnaissance mutuelle prévu par la directive 2005/36/CE, de revenir exercer en France. Interrogée par le député Laurent Garcia sur ce sujet³, Mme Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, a indiqué que le diplôme de dentiste délivré par l'université Fernando Pessoa au Portugal permettait bien l'exercice de la profession en France comme le prévoit la directive 2005/36/CE.

En 2017, la Cour de cassation a condamné cet établissement à fermer, au motif qu'il ne respectait pas les prescriptions en matière d'ouverture des établissements d'enseignement supérieur privés et méconnaissait des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation de la formation de chirurgien-dentiste. Toutefois, la Commission européenne considère qu'il s'agit là d'un système de franchise tout à fait légal.

La crainte est de voir le niveau de qualification des professionnels de santé diminuer et une concurrence déloyale s'installer.

Selon l'ordre des chirurgiens-dentistes, cette situation est de nature à effriter la confiance entre le dentiste et son patient alors même qu'un véritable marché de la formation aux professions médicales est en train de se créer.

¹ <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=194784&doclang=FR>

² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:61985CJ0098&from=EN>

³ <http://www2.assemblee-nationale.fr/questions/detail/15/QE/4377>

B. LA DIRECTIVE 2018/958/UE : UN NOUVEAU PAS VERS UNE MOBILITÉ ACCRUE DES PROFESSIONS DE SANTÉ ?

La directive (UE) 2018/958 du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation des professions¹ soumet à un examen de proportionnalité toute disposition nationale limitant l'accès à des professions réglementées ou leur exercice. Les professions de santé sont soumises à cette directive.

1. Le principe de l'évaluation préalable de toute nouvelle réglementation nationale entravant la mobilité des professions de santé

Pour la Commission européenne, la libre circulation des travailleurs, la liberté d'établissement et la libre prestation de services ne doivent pas être entravées par la manière dont les États membres décident de réglementer l'exercice de certaines professions. Devant le manque de clarté des arguments invoqués par les États membres pour établir le caractère proportionné des restrictions qu'ils souhaitent mettre en place, elle entend harmoniser les conditions d'accès aux professions réglementées et de leur exercice.

La directive (UE) 2018/958 rappelle que les restrictions posées par un État membre pour l'exercice d'une profession doivent être proportionnées, motivées par un objectif d'intérêt général et non-discriminatoires. En conséquence, il incombe aux États membres de démontrer que les mesures envisagées sont proportionnées et justifiées.

Pour cela, la directive prévoit que les États membres effectuent une évaluation, avant son adoption, de toute nouvelle réglementation, qu'elle soit législative, réglementaire ou administrative. Ce contrôle concerne également toute modification de la législation existante.

L'évaluation et les dispositions mises en œuvre doivent être transmises à la Commission européenne qui en assure la diffusion. Les États membres et autres parties intéressées peuvent formuler des observations. Les États membres doivent en outre veiller à consulter et informer les parties prenantes, et s'assurer que des mécanismes effectifs de recours puissent être mis en œuvre.

La directive prévoit enfin un échange d'informations, facilité notamment par la Commission, sur la manière dont chaque État membre réglemente l'accès à certaines professions.

¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex:32018L0958>

a) Interdiction de toute discrimination à raison de la nationalité ou du lieu de résidence

La directive rappelle qu'aucune nouvelle disposition ne peut être directement ou indirectement discriminatoire à raison de la nationalité ou du lieu de résidence.

b) Justification de toute nouvelle réglementation par un motif d'intérêt général

Lors de l'évaluation de la réglementation envisagée, l'État membre s'assure que celle-ci est objectivement justifiée par des motifs d'intérêt général. À cet égard, la directive énumère limitativement la sécurité publique, la santé publique, la préservation de l'équilibre financier du système de sécurité sociale, la protection des consommateurs et des travailleurs, la protection de la bonne administration de la justice, la garantie de la loyauté des transactions commerciales, la lutte contre la fraude fiscale, la sécurité des transports, la protection de l'environnement, la santé des animaux, la propriété intellectuelle, la sauvegarde et la préservation du patrimoine historique et artistique national, les objectifs de politique sociale et les objectifs de politique culturelle.

Plus spécifiquement, lorsque les dispositions envisagées concernent la réglementation de professions de santé, les États membres doivent donc tenir compte de l'objectif de garantir un haut degré de protection de la santé humaine.

c) Contrôle de proportionnalité

La directive fixe un ensemble de critères pour déterminer si la mesure envisagée est proportionnée ou non. La proportionnalité des dispositions doit ainsi être examinée au regard notamment du caractère approprié de la restriction à l'objectif poursuivi, de son incidence sur la libre circulation des personnes et des services au sein de l'Union, sur le choix des consommateurs et sur la qualité du service fourni ou encore de la possibilité de recourir à des moyens moins restrictifs. Ce faisant, la directive reprend essentiellement les règles posées par les traités et la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne.

Le fait que, pour une même profession, un État membre impose des règles plus strictes que les autres ne signifie pas pour autant que celles-ci sont disproportionnées. Ainsi, l'affiliation obligatoire à une organisation professionnelle ne peut être considérée comme disproportionnée, de même que les exigences liées à la détention du capital ou à la gestion d'une entreprise, dans la mesure où ces exigences sont directement liées à l'exercice de la profession réglementée.

La directive précise toutefois que les motifs d'ordre économique ne peuvent constituer des raisons impérieuses d'intérêt général.

d) Évaluation de l'effet des dispositions nouvelles ou modifiées conjuguées à plusieurs exigences

La directive fait en outre obligation à l'État membre d'évaluer l'effet des dispositions nouvelles ou modifiées qu'il envisage d'introduire lorsqu'elles sont conjuguées à plusieurs exigences qu'elle énumère, comme l'obligation de suivre une formation professionnelle continue, d'être affilié à un ordre professionnel, d'être couvert par une assurance professionnelle, de justifier de connaissances linguistiques...

Cette nouvelle directive est donc plus exigeante envers les États membres, en leur imposant de mieux justifier et évaluer tout obstacle qu'ils opposeraient à la mobilité des professionnels de santé, mais elle a le mérite de consacrer dans les textes les motifs pouvant légitimer la mise en place de tels obstacles. Son effet sur la mobilité est donc difficile à anticiper.

2. Les réserves du Sénat au titre du respect du principe subsidiarité entendues

Lors de la présentation de la proposition de directive, en janvier 2017, le Sénat, sur proposition de la commission des affaires européennes, a adopté un avis motivé¹, dans lequel il indiquait que le projet de directive ne respectait pas le principe de subsidiarité. Il estimait notamment que tel était le cas dans le domaine de la santé où l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne dispose que l'action de l'Union est menée dans le respect de la responsabilité des États membres, rendant de ce fait inapplicable le principe de proportionnalité.

En réponse, la Commission a indiqué que les prérogatives reconnues aux États membres par le Traité ne pouvaient se comprendre comme une possibilité de remettre en cause les principes de non-discrimination et de proportionnalité et s'appuie sur l'article 46, l'article 53, paragraphe 1, et l'article 62 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne qui visent à favoriser la libre circulation

La directive adoptée diffère toutefois de la proposition initiale et rappelle les prérogatives des États membres. Elle précise ainsi, dans son article 1^{er}, qu'elle « ne porte pas atteinte à la compétence des États membres, en l'absence d'harmonisation, ni à la marge d'appréciation dont ils disposent pour décider des professions à réglementer et de la manière de les réglementer, dans les limites des principes de non-discrimination et de proportionnalité ».

¹ <http://www.senat.fr/leg/tas16-105.html>

3. La crainte d'une remise en cause des organisations professionnelles

Aux yeux de l'ordre des sages-femmes, la directive ne prend pas suffisamment en compte le cas particulier des professions de santé. En outre, elle remet en cause la réglementation professionnelle et les prérogatives des ordres, dans la mesure où son considérant 14 recommande le recours à un organisme tiers pour évaluer la proportionnalité de nouvelles mesures. Enfin, cette directive risque de décourager l'introduction de nouvelles mesures par les ordres alors même que leur mission est de faire évoluer les compétences et les conditions d'exercice des professionnels de santé.

L'ordre national des pharmaciens, pour sa part, craint que cette directive ne décourage les États d'introduire de nouvelles règles car cela crée en quelque sorte une inversion de la charge de la preuve au détriment des États.

La Fédération nationale des associations d'aides-soignants a également rappelé que, quoique favorable à la mobilité, elle ne souhaite pas que soient remises en cause les modalités de prise en charge des patients, ainsi que le rôle de l'État et des organisations professionnelles dans la définition de ces modalités.

L'ordre des masseurs kinésithérapeutes a déploré l'interprétation extensive du principe de proportionnalité pour atteindre des objectifs économiques. Ce principe est accusé d'affaiblir la réglementation des professions, malgré le haut niveau de mobilité professionnelle d'ores et déjà atteint grâce au droit actuellement en vigueur.

Pour transposer cette directive, les autorités françaises ont choisi d'inclure cet examen de proportionnalité au sein des études ou des fiches d'impact déjà prévues en droit national. En effet, le droit français prévoit que les projets de loi sont accompagnés d'études d'impact et les décrets de fiches d'impact. C'est donc dans ce cadre que la proportionnalité sera examinée par les services du Gouvernement. Une circulaire précisera les modalités de ce contrôle.

Cette solution semble a priori satisfaisante dans la mesure où elle ne limite pas les initiatives en la matière. La commission des affaires européennes devra toutefois rester vigilante sur cette question. Les réglementations ont pour objectif de garantir la sécurité des patients et les initiatives en la matière ne sauraient être limitées uniquement dans le but de favoriser la mobilité.

EXAMEN EN COMMISSION

La commission des affaires européennes s'est réunie le jeudi 25 juin 2020 pour l'examen du présent rapport. À l'issue de la présentation, le débat suivant s'est engagé :

Mme Pascale Gruny. – J'aimerais remercier notre collègue pour ce rapport, c'est un sujet contemporain et qui dure depuis longtemps déjà. Quand j'étais au Parlement européen, j'étais à la commission des pétitions et je me souviens d'une pétition reçue d'un pharmacien français à qui on refusait de travailler dans une pharmacie en Grande-Bretagne, alors même qu'il n'y avait pas aucun souci de formation. Ce sujet de la reconnaissance de diplôme soulève deux questions principalement : la subsidiarité, mais aussi la résorption des déserts médicaux. Comme vous l'avez rappelé au début de votre propos, nous avons depuis longtemps des médecins qui viennent de l'étranger et qui pallient le manque de professionnels dans certains territoires. À ce sujet, je me souviens d'un médecin qui m'avait donné une ordonnance pour une de mes filles et je n'avais rien compris. J'avais dû retourner voir un médecin généraliste français pour qu'il m'explique. La langue est très importante. Nous ne sommes pas pharmacien, ni médecin. Parfois, même dans notre langue, nous ne comprenons pas toujours tout. La qualité de la formation et celle des stages sont également des points importants. Les étudiants français qui vont se former dans les pays frontaliers après avoir été refusés aux concours sont de plus en plus nombreux. Vous avez parlé de l'Espagne, moi je suis à côté de la Belgique et je constate qu'elle ferme beaucoup de ses universités aux étrangers, car celles-ci forment énormément de Français qui ne restent pas sur son territoire. Soit on s'accorde sur l'établissement d'une formation européenne, soit on régule la mobilité des professionnels. Je connais maintenant beaucoup de jeunes qui vont faire leurs études de médecine en Roumanie, où il n'y a pas de stages pratiques.

M. Pierre Médevielle. – Il faudra aussi revoir le mode de sélection afin d'éviter ces mouvements. Tous les ans, nous rejetons des étudiants qui ont une vocation mais qui ne sont pas très doués pour répondre à des QCM de mathématiques ou de physique. La médecine, ce n'est pas toujours poétique, il faut être capable d'y mettre les mains.

M. Jean-François Rapin. – J'ai écouté avec beaucoup d'attention la présentation de ce rapport, et j'ai bien entendu les suggestions de Pierre Médevielle en matière de formation rapportées par. Je tiens à dire à mes collègues qu'un nouveau dispositif a vu le jour cette année : la mise en place des passerelles, permettant à des étudiants qui n'ont pas la vocation immédiate ou dont l'accès direct *via* Parcoursup aux facultés de médecine n'était pas évident, de mûrir un projet de santé dans une autre faculté

scientifique et de rejoindre les facultés de médecine en cours de route. Je suis persuadé du bien-fondé de ce système.

M. Pierre Médevielle. - Je n'ai pas évoqué les passerelles et je partage cet enthousiasme, c'est un excellent dispositif, qui n'était pas généralisé ! Mais je pense que cela ne nous dispensera pas de revoir le mode de sélection à la base.

M. Jean-François Rapin. - Ceci dit, le nombre de places dans les passerelles reste particulièrement limité.

M. Jean Bizet, président. - Merci au rapporteur, merci à tous ceux qui se prononcent sur cette proposition de résolution. Je n'ai pas d'avis contraire. Je rappelle que la télémédecine doit être un sujet de réflexion pour notre commission.

Aussi, il ne faut surtout pas qu'on prenne du retard, et d'après ce qu'on peut lire, l'intelligence artificielle ne se trompe pas beaucoup par rapport à l'œil humain - voire un peu moins ! Intelligence artificielle, respect de la propriété des données de santé et carte identité de santé, beaucoup sont des pistes à explorer pour l'avenir.

M. Pierre Médevielle. - Par rapport à cette carte de santé, je ne comprends pas certaines réticences, quand les GAFAM ont déjà accès à notre mode de vie et nos profils de santé. Il ne faut pas avoir peur de ce qui existe déjà. Nos données de santé sont déjà dans la nature.

M. Jean Bizet, président. - Je vous le confirme. Merci mes chers collègues, je vous donne rendez-vous dans une demi-heure avec Michel Barnier. À tout de suite.

À l'issue du débat, la commission adopte la proposition de résolution européenne [disponible en ligne sur le site du Sénat](#) ainsi que l'avis politique qui en reprend les termes et qui sera adressé à la Commission européenne.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION EUROPÉENNE

Le Sénat,

Vu l'article 88-4 de la Constitution,

Vu les articles 26 et 49 à 55 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne,

Vu les articles 165 et 168 du même traité,

Vu la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, modifiée par la directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013, modifiant la directive précitée et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »),

Vu la directive 2018/958/UE du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 relative à un contrôle de proportionnalité avant l'adoption d'une nouvelle réglementation de professions,

Vu l'article R. 4127-19 du code de la santé publique,

Considérant que les professions de santé ne peuvent être pratiquées comme un commerce ;

Considérant que les professionnels de santé doivent pouvoir disposer de la reconnaissance de leurs qualifications dans un autre État membre de l'Union dans un cadre garantissant la sécurité des patients et un traitement non discriminatoire ;

Considérant que les conditions d'harmonisation des formations prévues par la directive 2005/36/CE sont aujourd'hui insuffisantes ;

Considérant que l'éducation et la formation relèvent de la compétence exclusive des États membres ;

Considérant le manque de contrôle effectif de l'application des mesures prévues par la directive 2005/36/CE ;

Considérant que la maîtrise de la langue du pays d'accueil est absolument nécessaire à la pratique d'une profession de santé ;

Demande la mise en place d'un contrôle continu, public, indépendant et transparent du respect des normes minimales de formation prévues par la directive 2005/36/CE pour les établissements de formation inscrits à l'annexe V de cette directive ;

Encourage la Commission européenne à travailler avec les organisations professionnelles et les représentants des établissements de formation nationaux pour développer des socles communs de formation ;

Souhaite le développement de programmes de formation continue et de re-certification pour l'ensemble des professionnels de santé ;

Demande à ce que la maîtrise de la langue du pays d'accueil soit un préalable à toute reconnaissance des qualifications ;

Souhaite une plus grande harmonisation des actes autorisés à la pratique pour chaque profession, et une plus grande concordance entre les spécialités nationales et celles mentionnées à l'annexe V de la directive 2005/36/CE ;

Demande à ce que l'application de la directive 2018/958/UE se fasse sans préjudice pour la sécurité des patients et la qualité des soins ;

Regrette que le processus d'alerte mis en place par la directive 2013/55/UE afin de permettre aux autorités compétentes d'un État membre d'informer les autorités compétentes de tous les autres États membres de l'identité d'un professionnel dont l'exercice, sur le territoire de cet État membre, a été restreint ou interdit ne soit pas totalement opérationnel et demande sa mise en œuvre effective dans les plus brefs délais ;

Souhaite que la carte professionnelle européenne puisse fournir une information claire sur les qualifications du professionnel de santé qui demande à exercer dans un autre État membre de l'Union, précisant de manière explicite si ces qualifications ont été reconnues dans l'État membre d'accueil ;

Invite le Gouvernement à faire valoir ces positions.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

- **Dr Christian Winkelmann**, président et **M. Cédric Grolleau**, chargé des relations européenne

Conseil national de l'ordre des médecins

- **Professeur Robert Nicodeme**, président de la section formation et compétences médicales, **Professeur Dominique Bertrand**, vice-président de la section formation et compétences médicales et **Mme Karinna Clément**, conseillère juridique de la section formation et compétences médicales

Conseil national de l'ordre des pharmaciens

- **MM. Alain Delgutte et Serge Caillier**, membres

Conseil national de l'ordre des infirmiers

- **M. Patrick Chamboredon**, président

Direction générale des entreprises

- **M. Geoffroy Cailloux**, sous-directeur des services marchands

- **Mme Laurie Bergia**, coordinatrice directive qualifications professionnelles

Direction générale de la santé

- **Mme Valérie Maunoury**, chargée de mission Europe - exercice des professions de santé

Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (par visio-conférence)

- **Mme Pascale Mathieu**, présidente, et **M. Jean-François Dumas**, secrétaire général

Commission européenne (par visio-conférence)

- **Mme Pauline Weinzierl**, membre du Cabinet de M. Thierry Breton, commissaire européen en charge du marché intérieur

Ont répondu à un questionnaire écrit :

- le Conseil national de l'ordre des sages-femmes
- la fédération nationale des associations d'aides-soignants (FNAAS)