

Sécurité des patients et conséquences de l'internationalisation des soins

**La mobilité
des personnes, voire
des patients, mais aussi
des professionnels
de santé pose elle
aussi des interrogations
sur la sécurité
et la qualité des soins.**

Yves Charpak
Médecin de santé publique, directeur
des études et de la prospective,
Établissement français du sang,
vice-président de la Société française
de santé publique

La sécurité des patients est un aspect important et sensible (socialement, médiatiquement et donc politiquement) des soins, mais il serait dangereux de la séparer totalement du reste de l'activité de soin. Pour qu'il y ait sécurité, il faut qu'il y ait accès aux soins, solvabilité des soins, disponibilité et compétence des opérateurs de soins, qualité des actes de diagnostic et de traitement, pertinence des actes, suivi et prise en charge des conséquences des soins, y compris de leurs échecs et leurs conséquences pour les patients eux-mêmes, mais aussi pour leur entourage et la population en général (maladies infectieuses, par exemple).

On peut donc avoir une vision relativement restreinte de la notion de sécurité des soins (un acte bien réalisé, avec peu d'effets secondaires directement attribuables) ou élargir cette vision à une chaîne plus large incluant le système de soin et son impact sur la santé des populations.

Internationalisation des soins : et si nous étions beaucoup plus avancés que ce que nous avons envie de percevoir ?

La mobilité des patients et des professionnels

En matière de soins, il est de bon ton de s'en tenir à une source d'anecdotes ne menaçant pas le dogme du « chacun dans son pays », surtout quand on a la chance d'avoir un système de santé des plus performants. On l'évoque un peu, à la rigueur, pour s'enorgueillir vis-à-vis des Étrangers (ceux qui payent) qui viennent chez nous se faire soigner, des Anglais, des Italiens, des Espagnols, car chez eux « c'est moins performant » ou limité

par des listes d'attente... On l'évoque aussi comme un problème à contrôler lorsqu'il s'agit d'Étrangers qui ne payent pas, un peu perçus comme « profitant » de notre système de soins. On se plaint parfois également de la présence de professionnels d'autres nationalités à l'hôpital, de « moindre qualité », en oubliant qu'ils font tourner « la machine » pour des revenus dérisoires. On évoque aussi les déserts médicaux et l'appel à des professionnels étrangers pour « boucher les trous ».

Mais la circulation internationale des patients est en fait une réalité en croissance exponentielle, qui fait l'objet de régulations diverses, légales et financières. Et celle des professionnels aussi.

Tout d'abord en raison de cette aventure de notre région, l'Europe, qui entraîne, qu'on le veuille ou non, des changements majeurs, y compris sur nos systèmes de santé.

Ainsi, les prix sont plus faciles à comparer grâce à l'euro, et pour ceux des Étrangers qui ont des assurances santé le permettant, la comparaison peut orienter les choix.

Les diplômes des professionnels de santé sont légalement équivalents en Europe ; bien sûr, en volume cela représente peu, en particulier parce que la langue est une barrière importante ; n'oublions pas cependant que quelques « nouveaux » pays d'Europe ont créé des filières médicales universitaires francophones, où vont certains étudiants français, mais aussi d'autres qui auront ainsi un « marché » ouvert en France lié à notre déficit à venir de professionnels...

Mais surtout, les citoyens européens sont (encore) libres de circuler en Europe et ils le font de plus en plus, pour le tourisme, en

tant qu'expatriés mais aussi pour des soins. Ces citoyens « mobiles » ont des droits croissants de demander des soins dans un autre pays que le leur. Certains pays européens ont officialisé le fait que leurs ressortissants peuvent aller se faire soigner ailleurs, en raison de listes d'attente (Danemark) ou d'insuffisances d'infrastructures (Grande-Bretagne). Mais surtout, l'Union européenne se dote d'outils réglementaires permettant aux citoyens de chercher des soins hors des frontières nationales, en ayant de moins en moins à le justifier pour en obtenir le financement¹. Le corolaire inévitable en est la mise en place de contraintes de sécurité et de qualité « harmonisées ». Ainsi des réglementations européennes sont mises en place pour la sécurité des produits de santé², ou encore la DG Sanco (Commission européenne), dans le cadre de son programme de santé publique, finance des projets conjoints de partage d'outils de qualité; la comparaison et la mise en commun de certains indicateurs sur les systèmes de santé constituent une forme de « benchmark » de qualité (programme ECHI³, Observatoire européen des systèmes de santé⁴).

Les citoyens européens sont aussi parfois résidents de plusieurs pays en même temps, un peu nomades. Par exemple, la Côte d'Azur et la côte espagnole hébergent de nombreux ressortissants étrangers des pays « du Nord », retraités aisés le plus souvent, qui pendant qu'ils résident une partie de l'année souhaitent être soignés par des médecins de leur pays. Des établissements de santé peuvent ainsi développer des filières de traitement où l'opérateur vient du pays d'origine...

Par ailleurs, le niveau d'expertise disponible « nationalement » n'est parfois plus suffisant pour certains services très spécifiques. Dès lors, il y a aura développement de compétences « transnationales » spécifiques, en particulier pour des situations « rares » (l'idée de « centres d'expertise » européens en est un exemple).

Certaines filières de soins offrant « plus de qualité » ou « des services complémentaires », commencent à être identifiées géographiquement. Peut-on empêcher les citoyens de circuler à la recherche de cet optimum perçu, dont la promotion ne manquera pas de s'étendre (par exemple, acheter un médicament qui est de prescription restreinte dans un pays mais pas chez les voisins)? La contrepartie de cette diversité est le risque de plus d'inégalités encore dans la couverture des besoins.

Ce « droit » se déclinera aussi de plus en plus mondialement. On évoque volontiers de façon très critique des filières très particulières (chirurgie plastique, soins dentaires, soins de réadaptation, soins balnéaires, etc.) pour stigmatiser leur faible qualité et le risque pour nos systèmes d'avoir à prendre en charge les effets secondaires de la « mauvaise qualité » des soins pour leurs bénéficiaires. C'est oublier que certains assureurs s'intéressent de près aux potentielles économies de filières « moins chères » pour leurs assurés.

L'impact de la mobilité sur la santé publique

Il faut aussi évoquer un autre impact de la mobilité des citoyens dans le monde au-delà de l'impact individuel.

La non-qualité des soins est pour certaines maladies une menace réelle pour les populations et pas seulement pour les patients concernés. Pour les maladies infectieuses en particulier, on citera les patients porteurs de tuberculoses mal traitées, les mauvais diagnostics favorisant la diffusion des infections, les « mauvaises » utilisations d'antibiotiques conduisant à l'apparition de résistances, les infections nosocomiales incontrôlées conduisant à la circulation d'« agents infectieux incontrôlables », ou encore la non-vaccination de larges groupes de population entraînant un risque de résurgence de maladies aujourd'hui en partie sous contrôle... Or les populations circulent de plus en plus (plus de 3 milliards de déplacements d'avion unitaires par an aujourd'hui) et sont soignées lors de leurs voyages. De nombreux patients voyagent alors qu'ils sont porteurs d'affections potentiellement transmissibles lors de leur déplacement ou à leur point de destination. Les enjeux de diffusion des maladies au-delà des frontières relèvent du nouveau règlement sanitaire international (RSI). Mais le RSI concerne surtout la surveillance, l'investigation, l'échange d'informations... et pas la qualité des prises

en charge. Et pour cause : comment imposer à des systèmes de santé mal financés et peu organisés des obligations de qualité des services?

Les produits de santé : une production internationale

Enfin, il faut évoquer les produits de santé eux-mêmes. On en parle souvent comme d'une pression inacceptable d'industries multinationales qui ne se soucieraient que de leurs bénéfices financiers à l'échelle du monde, et contre lesquelles il faut se protéger pour qu'elles fournissent les produits dont nous avons besoin à un prix acceptable. En même temps, parfois, lorsque ces mêmes industries sont « nationales » d'origine et de siège, on évoque au contraire avec fierté leurs performances de développement à l'étranger. On parle moins du fait que pas un produit aujourd'hui n'a « une seule nationalité », bien de chez nous... En effet, la production de la majorité des produits de santé est essentiellement affaire d'assemblages internationaux variés. Le siège social du producteur final ne dit rien sur la provenance, le lieu de fabrication et le niveau de contrôle de qualité de l'ensemble des éléments de fabrication. Dès lors, la chaîne de « contrôle de qualité » des produits doit faire appel et « faire confiance » à des opérateurs situés dans nombre de pays. Il est alors illusoire de rêver d'une « qualité nationale spécifique » qui serait déconnectée de celle des autres pays concernés.

Pour conclure, cette qualité rêvée, « universelle » et optimale, a un coût. Dès lors, les deux alternatives, lorsque les ressources sont ou deviennent insuffisantes, consistent soit à fixer des objectifs de limitation de l'accès, soit au contraire à limiter les coûts des services et des produits. Une partie de cette équation concerne bien un rapport bénéfice/risque particulier, celui de mettre en balance l'accessibilité avec la qualité. Mais dans un monde « poreux », nous pourrions probablement voir coexister des services/produits/filières de qualités différentes mais disponibles et de plus en plus facilement accessibles.

Il y aura ainsi inévitablement pour les décideurs et les professionnels un challenge majeur autour de l'information et la responsabilité, et pour les « citoyens du monde » celui d'identifier clairement le rapport « risque/bénéfice » de ce qu'on leur propose.

Cette compétition entre des « marchés » mondiaux de qualités différentes sera stimulée de plus par les pressions économiques croissantes sur nos systèmes de santé. ☞

1. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/sp0002_fr.htm.

2. Directive 2010/84/UE du Parlement européen et du Conseil du 15 décembre 2010 modifiant, en ce qui concerne la pharmacovigilance, la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/dir_2010_84/dir_2010_84_fr.pdf.

3. European Community Health Indicators (ECHI) http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm.

4. <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>.