THÈSE

Pour l'obtention du grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE POITIERS
UFR de sciences humaines et arts
Migrations internationales, espaces et sociétés (Poitiers)
(Diplôme National - Arrêté du 7 août 2006)

École doctorale : Sociétés et organisations - SORG (Limoges)
Secteur de recherche : Géographie

Présentée par :
Victoire Cottereau

Les « invisibles » de l'hôpital :

Parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans la région Poitou-Charentes

Directeur(s) de Thèse :
Emmanuel Ma-Mung, Anne-Cécile Hoyez

Soutenue le 24 juin 2015 devant le jury

Jury :

Président	**Sébastien Fleuret**	Directeur de recherche CNRS, ESO - Université d'Angers
Rapporteur	**Jean-Baptiste Meyer**	Directeur de recherche IRD, LPED - Université d'Aix-Marseille
Rapporteur	**Alain Vaguet**	Maître de conférences HDR, MTG - Université de Rouen
Membre	**Emmanuel Ma-Mung**	Directeur de recherches C.N.R.S, MIGRINTER - Université de Poitiers
Membre	**Anne-Cécile Hoyez**	Chargée de recherche C.N.R.S., ESO - Université Rennes 2
Membre	**Nelly Robin**	Directrice de recherche IRD, CEPED et MIGRINTER - Université de Poitiers

Pour citer cette thèse :
Victoire Cottereau. *Les « invisibles » de l'hôpital :*
Parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans la région Poitou-Charentes [En ligne]. Thèse Géographie. Poitiers : Université de Poitiers, 2015. Disponible sur Internet <http://theses.univ-poitiers.fr>

Université de Poitiers
U.F.R des Sciences Humaines et Arts
Département de Géographie
École doctorale *Sociétés et Organisations*

Les « *invisibles* » de l'hôpital :

Parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans la région Poitou-Charentes

Victoire Cottereau

Thèse

Pour l'obtention du doctorat de Géographie

Sous la direction de Monsieur Emmanuel Ma Mung et Madame Anne-Cécile Hoyez

Soutenue publiquement à Poitiers le 24 juin 2015

Jury

Sébastien Fleuret, Directeur de recherche CNRS, ESO, Université d'Angers (examinateur)

Anne-Cécile Hoyez, Chargée de recherche CNRS, ESO, Université de Rennes 2 (co-directrice)

Emmanuel Ma Mung, Directeur de recherche CNRS, MIGRINTER, Université de Poitiers (co-directeur)

Jean-Baptiste Meyer, Directeur de recherche IRD, LPED, Université d'Aix-Marseille (rapporteur)

Nelly Robin, Chargée de recherche (HDR), CEPED & MIGRINTER, Université de Poitiers (examinatrice)

Alain Vaguet, Maître de conférences (HDR), MTG, Université de Rouen (rapporteur)

Remerciements

Je suis très reconnaissante envers Emmanuel Ma Mung et Anne-Cécile Hoyez pour la qualité de leur encadrement. Leur suivi assidu, leurs disponibilités et leurs encouragements ont été chers à mes yeux. Ils m'ont constamment incité à concilier, au cours de ces années, la rigueur des exigences scientifiques et la curiosité enthousiaste dans l'exploration d'un objet, sans lesquelles ce travail n'aurait pu aboutir. Sous leur direction, la construction et l'écriture de la thèse ont été l'occasion d'un véritable apprentissage.

Mes remerciements vont, par ailleurs, à Sébastien Fleuret, Jean-Baptiste Meyer, Nelly Robin et Alain Vaguet, pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, et me faire ainsi l'honneur de leur présence.

Je tiens également à remercier l'ensemble des membres de Migrinter. Grâce à leur soutien logistique et à la confiance scientifique et humaine accordés par l'équipe Migrinter, j'ai pu mener à bien ce travail de recherche et apprendre une culture de laboratoire. Merci plus particulièrement à Maurad Hamaïdi, Alexandra Brunaud, Philippe Venier, Naïk Miret, Olivier Clochard, William Berthomière, Gilles Dubus, Daniel Senovilla Hernández, Cédric Audebert ainsi qu'à mes camarades doctorants.

Ma gratitude va également à Céline Bergeon qui m'a véritablement accompagné pendant toutes ces années. Son expérience d'ancienne doctorante, son énergie de jeune maître de conférences, son regard scientifique sur mon travail et son soutien moral sans faille m'ont été aussi précieux qu'agréables, car transmis avec la force de l'amitié.

Merci enfin, pour leur constant soutien, à mes parents, à ma sœur ainsi qu'à mes amis : Sandra, Khalid, Marion, Fanny et beaucoup d'autres…

Sommaire

Introduction générale 9

1. Du contexte global des migrations de médecins à la population étudiée 12
2. Thèmes de recherche et outils de la conceptualisation 21
3. Délimiter le terrain 35
4. La méthodologie mise en œuvre 39
5. Chapitrage de la thèse 50

Partie I. L'organisation d'une migration complexe : les médecins à diplôme étranger dans les politiques françaises 53

Introduction de la partie I 55

Chapitre 1. Un contexte particulier à l'origine de la situation des PADHUE 57

1.1. Une profession qui se protège: une histoire ancienne 57

1.2. Naissance et évolution du *numerus clausus* 64

1.3. Diminution du nombre de médecins : les autres facteurs 67

1.4. Les impacts de ces mesures sur le secteur hospitalier 69

1.5. Quand l'évolution du secteur hospitalier pérennise les PADHUE 72

Chapitre 2. La législation et les statuts spécifiques aux PADHUE : les enjeux en termes de processus discriminatoires 79

2.1. Examen d'une discrimination légale 80

2.2. Les statuts réservés aux PADHUE 87

2.3. La législation spécifique aux PADHUE : la fin d'une « escroquerie intellectuelle » ? 96

Chapitre 3. Des migrants au cœur du système hospitalier : regard sur les PADHUE en région Poitou-Charentes 109

3.1. État des lieux des praticiens en région Poitou-Charentes 109

3.2. Les profils des PADHUE 118

Conclusion de la partie I..... 133

Partie II. Les projets migratoires à l'épreuve du système de santé français 135

Introduction de la partie II..... 137

Chapitre 4. Les projets initiaux : entre autonomie et contraintes 139

4.1. Élaboration des projets migratoires du point de vue des mobilités estudiantines et/ou professionnelles 140

4.2. Migrer pour des raisons professionnelles..... 143

4.3.Quand partir semble être la seule solution : les raisons politiques et gouvernementales…..... 148

4.4. Le poids des engagements : les raisons personnelles et familiales 153

4.5. Les motifs de départs des médecins diplômés en Roumanie 155

Chapitre 5. Désillusion et satisfaction d'exercer la médecine en France 163

5.1. Entre utopie et imaginaire migratoire..... 164

5.2. Entre la législation spécifique et les diplômes délivrés en France : un ressenti problématique..... 166

5.3. Une précarité durable 170

5.4. Les adaptations comportementales dues à une assignation symbolique produite par le droit 175

5.5. De la déception à la fierté..... 183

Chapitre 6. Quand la mobilité se transforme en migration : les raisons de l'installation en France..... 186

Introduction du chapitre 6 187

6.1. Les raisons qui incitent les médecins à rester en France..... 188

6.2. Les raisons qui bloquent le retour dans le pays d'origine 192

6.3. Les craintes de ne pas se réadapter dans le pays d'origine 194

6.4. Acquisition de la nationalité française et de l'autorisation d'exercice de la médecine : vers une installation définitive. 197

6.5. Maintien de rapports dynamiques entre mobilité et migration : ceux qui envisagent toujours de partir 201

Conclusion de la partie II 207

Partie III. Les parcours de ces praticiens : une *carrière itinérante* 209

Introduction de la partie III 211

Chapitre 7. Des médecins aux parcours complexes 213

7.1. Du parcours à la *carrière itinérante* 214

7.2. La *carrière itinérante* au sens spatial 218

7.3. La *carrière itinérante* au sens hiérarchique, disciplinaire ou sectorielle 229

7.4. Les impacts de la *carrière itinérante* sur les plans personnels, familiaux et relationnels.. 238

Chapitre 8. Typologie des PADHUE rencontrés 245

8.1. Les spécialistes 248

8.2. Les spécialistes reconvertis 251

8.3. Les généralistes urgentistes 257

Chapitre 9. Nouvelles techniques de recrutement et nouvelles migrations 267

9.1. Les nouvelles techniques pour maintenir le fonctionnement normal des hôpitaux 268

9.2. Le développement des agences de recrutement 273

9.3. Des étudiants français qui vont se former à l'étranger 278

9.4. Quel bilan peut-on dresser des dernières évolutions en matière de recrutement dans les hôpitaux publics français ? 283

Conclusion de la partie III 287

Conclusion générale 289

1. Retour sur le contexte et la configuration particulière des migrations de praticiens à diplôme hors UE 291

2. Un regard sur les projets et expériences migratoires des praticiens à diplôme hors UE… 292

3. Un éclairage sur la complexité de processus situés à la charnière entre un contexte légal et des réglementations professionnelles 293

4. Discussions 294

5. Perspectives 295

Bibliographie 297

Annexes 323

Introduction générale

Il « *annonça sa décision de partir, outre-mer comme on disait alors,*
dans un bleu brusque et le lointain irrémédiable :
on saute le pas dans la couleur et la violence,
on met son passé derrière la mer. »
(Michon, 1984, p. 20)

La démographie médicale française présente aujourd'hui des disparités territoriales dans la répartition des praticiens de santé. Elles reflètent un déséquilibre entre certains territoires ayant un nombre élevé de médecins et d'autres qui en sont privés (Berlan, 2002 ; Descours, 2003). Derrière ce constat général s'inscrivent en creux plusieurs observations. D'abord, cette inégale distribution des praticiens sur le territoire a pour conséquence de contraindre les populations habitant certaines zones (généralement rurales, mais aussi urbaines et défavorisées) à parcourir des distances importantes pour consulter un professionnel de santé. Dans ce contexte, l'accès aux soins primaires, en particulier des médecins généralistes libéraux, peut se révéler très préoccupant pour les politiques et les populations (Chasles, Denoyel et Vincent, 2013). Ensuite, les profondes inégalités de densité médicale se doublent de déséquilibres budgétaires et de déficits financiers pesant sur les structures hospitalières publiques (Grimaldi, 2009). Non seulement les professionnels, en particulier les nouvelles générations, souhaitent rarement s'installer en médecine libérale dans le milieu rural ou dans les zones urbaines défavorisées, mais ils tendent aussi à éviter d'exercer dans les hôpitaux de pôles urbains secondaires (Séchet et Vasilcu, 2012). Cette situation, moins étudiée, nécessite un examen attentif afin de connaître et comprendre les phénomènes qui entravent le fonctionnement normal des établissements hospitaliers. Enfin, la démographie médicale est une préoccupation majeure en France. Au début des années 1970, la crainte d'une pléthore de médecins en France a engendré la mise en place d'un *numerus clausus* et de plusieurs réformes de l'enseignement médical afin de limiter le nombre de praticiens formés. Pourtant, à partir des années 1980, la profession médicale a été considérée comme entrant en situation de « pénurie localisée ». C'est dans ce contexte que l'État a ouvert ses hôpitaux à des médecins venant de pays faisant partie de l'Union européenne, puis à des praticiens venant de pays situés au-delà des frontières communautaires. Depuis, des instituts de recherche (comme l'IRDES[1]) et des organismes d'État spécialisés (tel que l'ONDPS[2]) ont publié de nombreux rapports et prévisions dans le but d'améliorer les connaissances relatives à la démographie des professions de santé.

Le contexte spécifique à la France (qui sera détaillé dans la partie 1) m'a conduit à m'intéresser aux migrations de professionnels de santé, qui, même s'ils entrent dans la catégorie des travailleurs migrants hautement qualifiés, sont confrontés à une situation précaire sur le plan de leur emploi et de leur vie privée.

Dans cette recherche doctorale, j'ai choisi d'étudier une catégorie particulière de médecins : les PADHUE (Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne). À l'origine, cette catégorie a été créée par une législation interdisant aux praticiens diplômés en dehors de l'Union européenne d'exercer librement la médecine dans l'espace communautaire (les diplômes n'y étant pas reconnus). Les membres de cette catégorie[3] ont comme seule caractéristique commune d'être titulaires d'un diplôme de médecine d'un pays ne faisant pas partie de

[1] Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
[2] Observatoire national de la démographie des professions de santé.
[3] Le terme de « catégorie » n'est employé ni au sens sociologique ni au sens juridique. Il s'agit uniquement d'une dénomination « pratique ».

l'Union européenne, quels que soient leur âge, leur pays d'origine ou leur motif d'émigration. De par ce fait, ils sont également soumis à une législation spécifique qui les autorise à exercer uniquement dans les hôpitaux publics et sous des statuts particuliers tant qu'ils ne possèdent pas la plénitude d'exercice de la médecine. Si leur situation est régulièrement médiatisée dans les journaux[4] depuis les années 1990, elle a fait très peu l'objet de travaux de recherche, notamment parce que l'on manque de données à propos de ces médecins et parce que la législation à leur sujet est mouvante. À ce titre, une frise présentant la chronologie de l'hôpital public, des conditions d'exercice de la médecine en France ainsi que des diplômes et des procédures d'autorisation d'exercice ouverts aux praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) est jointe à la présente recherche, afin de faciliter la lecture des différentes législations. Les travaux sur la démographie médicale ou sur les migrations des professionnels de santé en France se focalisent surtout sur d'autres catégories de personnels de santé, tels que les médecins roumains (Séchet et Vasilcu, 2012), et passent souvent à côté des processus et des expériences de ce personnel soignant.

En réalisant cette thèse, je souhaite apporter un éclairage sur cette migration dite de « cols blancs », de « blouses blanches » ou encore de « toubibs » qui présente la particularité d'entrer dans le cadre d'une problématique mêlant les migrations internationales et un segment d'une politique publique : la santé, via les dynamiques sociospatiales des professionnels de santé. Notre regard sera principalement centré sur les migrations de médecins à diplôme extra-européen vers le système de santé français en raison de leur caractère singulier.

1. Du contexte global des migrations de médecins à la population étudiée

La situation et le contexte français concernant les médecins diplômés en dehors de l'Union européenne présentent des caractéristiques intéressantes. À travers de nombreux travaux, Jean-Baptiste Meyer a montré qu'*« à l'instar des particules d'eau glissant immanquablement de haut en bas, les cerveaux dans un espace mondial de moins en moins disjoint se dirigeraient toujours vers des lieux où leurs qualités sont les mieux reconnues et valorisées »* (2009, p. 245). Bien qu'entrant dans la catégorie des « cerveaux », les PADHUE sortent quelque peu de ce cadre commun en venant dans un pays qui ne reconnaît pas leur diplôme de médecine, mais qui leur offre tout de même la possibilité d'exercer dans les hôpitaux publics. Ils migrent vers un pays disposant de matériel et de technologies généralement plus pointus que ceux disponibles dans leur pays d'origine, mais où ils sont employés sous des contrats de courte durée offrant de faibles rémunérations. Face à ce constat, je vais m'efforcer d'analyser les différents facteurs qui ont engendré cette situation. Dans un objectif de clarté, il me paraît nécessaire que nous nous arrêtions dans un premier temps sur les principaux traits de contexte liés à cette thématique de recherche ainsi que sur la population étudiée.

[4] Des articles sur la situation des PADHUE en France ou sur des manifestations organisées par leurs syndicats sont fréquemment publiés dans les quotidiens français. En guise d'exemple, deux articles publiés dans *RFI* et *Le Point* sont reproduits en annexes 1 et 2.

1.1. La profession de médecin et la naissance de catégories de praticiens en France

La médecine en France est « *non seulement une profession réglementée, mais aussi une profession protégée* » (Lochard, Meilland et Viprey, 2007, p. 88). L'exercice de la médecine est clairement régi dans l'article L4111-1 du code de la santé publique (CNOM, 2012a).

Plusieurs conditions sont cumulativement exigées pour pouvoir exercer la médecine[5] :

- une condition de diplôme
- une condition de nationalité
- une condition d'admission par la profession elle-même, c'est-à-dire par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM).

Initialement réservée aux personnes de nationalité française et titulaires d'un diplôme français, la profession est progressivement devenue accessible aux pays membres de l'Union européenne puis à des médecins venant d'autres continents. Dans le cadre de la construction européenne, la directive 75/362/CEE du Conseil des communautés européennes de 1975 a ouvert *« la voie royale des migrations »* aux praticiens en instaurant une reconnaissance des qualifications médicales (Tandonnet, 2003, p. 109). Autrement dit, les médecins ayant validé leur diplôme dans un pays membre de l'UE ont obtenu en 1975 le droit de pratiquer la médecine où bon leur semble au sein de l'Union européenne. En instaurant une liberté de circulation à ses membres, l'élargissement de l'UE a marqué le début d'une nouvelle étape dans le paysage migratoire européen en tant que *« laboratoire de libre circulation »* (Tandonnet, 2007, p. 45). Étant donné qu'il faut compter plus d'une dizaine d'années pour former un médecin expérimenté, cette ouverture s'est présentée comme une solution à la pénurie de main-d'œuvre du point de vue des responsables politiques de certains pays européens (Krasteva et Vasilcu, 2014). Pourtant, malgré une forte hausse de la migration intra-européenne, les médecins européens étaient alors peu nombreux à venir s'installer en France et ils ne remplissaient qu'une faible partie des postes vacants des établissements publics hospitaliers. Le bilan, au 1er janvier 2001, de la présence de médecins titulaires de diplômes obtenus en UE en activité en France est mitigé : seuls 2572 d'entre eux exercent alors (Couffinhal, Mousquès, 2001). Prenant assez vite acte du faible impact de l'ouverture de la profession médicale aux médecins diplômés en Union européenne, l'État français a décidé dès le début des années 1980 d'attirer des praticiens à diplôme extra-communautaire.

À la fin des années 1970, les possibilités d'exercer la médecine en France pour les praticiens diplômés en dehors de l'Union européenne demeuraient très limitées (cf. chapitre 2, p. 79). Les PADHUE ont alors obtenu l'autorisation de travailler en France, mais sous des conditions particulières à partir de 1981[6] via un premier décret. Par la suite, cette autorisation s'est vue

[5] Les conditions légales d'exercice de la médecine en France sont reproduites en annexe 3, ainsi que sur la frise chronologique jointe à la thèse.
[6] Décret n° 81-291 du 30 mars 1981. (cf. frise chronologique)

renforcer par l'instauration d'un second décret en 1987[7]. Ces deux décrets ont permis aux médecins étrangers ou titulaires d'un diplôme étranger d'exercer dans les hôpitaux publics sous des statuts spécifiques (Hatzfeld, Boidé et Baumelou, 2009). De surcroît, l'État français, soutenu par les médecins hospitalo-universitaires, a créé des cursus de spécialisation à destination des PADHUE en 1985[8]. *« Les médecins hospitalo-universitaires, dont certains entretiennent des relations régulières avec leurs homologues francophones du Maghreb, d'Afrique ou du Proche-Orient, encouragent la venue en France de médecins souhaitant y acquérir un complément de formation »* (Déplaude, 2011, p214). Pendant qu'ils préparaient ces diplômes, les médecins étaient autorisés à exercer en parallèle, mais sous certaines conditions. Cette autorisation de travail était soumise à un certain nombre de contraintes telles que l'interdiction d'exercer dans le secteur privé. Les PADHUE n'avaient alors pas le droit de s'inscrire au Conseil national de l'Ordre et ils avaient l'obligation de travailler sous des statuts peu rémunérateurs créés spécifiquement pour eux (cf. chapitre 1). À ce moment-là, cette législation hospitalière était probablement pensée comme une réponse ponctuelle qui était censée ne pas perdurer.

Pourtant, cette solution s'est perpétuée, conduisant les professionnels concernés à se regrouper en syndicats, à médiatiser leur situation et à la signaler à différentes institutions européennes. En conséquence, l'État a créé des concours afin de permettre à ces médecins de pouvoir faire reconnaître leurs diplômes et d'accéder aux mêmes statuts que leurs confrères diplômés en France et en Union européenne (cf. chapitre 2). Chacun de ces concours était envisagé comme étant le dernier dans son genre, devant permettre aux PADHUE d'intégrer pleinement le corps médical. Dans l'objectif de mettre un terme à ces migrations, ces concours étaient généralement associés à des législations interdisant aux hôpitaux le recrutement de nouveaux médecins à diplôme extra-européen.

Cette législation, en contradiction constante avec les besoins réels des structures hospitalières en matière de ressources humaines, a engendré des dérogations et des contournements mis en place par les hôpitaux afin de maintenir des effectifs suffisants pour le bon fonctionnement de leurs services. Plus concrètement, cela signifie qu'à chaque interdiction d'effectuer de nouveaux recrutements de PADHUE, les hôpitaux ont continué à en recruter. Ces médecins se sont retrouvés hors des législations en cours et ne remplissaient pas les conditions nécessaires pour passer des concours d'équivalence. Ceux-ci devaient attendre la création d'une nouvelle législation en leur faveur. Ainsi, bien qu'indispensables dans les structures hospitalières, ces médecins étaient soumis aux aléas d'une législation mouvante et évolutive (faite de périodes d'ouverture et de fermeture), mais également à des procédures de reconnaissance de diplômes particulièrement rigides et longues, avant d'être admis ou rejetés du corps médical français, ou encore maintenus en marge de celui-ci (Lochard, Mailland et Viprey, 2007). Toutefois, le recrutement de PADHUE a été fortement limité et les contournements se sont taris depuis la

[7] Décret n° 87-788 du 28 septembre 1987. (cf. frise chronologique)

[8] Création du diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS). Ce diplôme était uniquement à destination des étrangers autres que les ressortissants de la Communauté économique européenne et les Andorrans, titulaires d'un diplôme de médecin permettant l'exercice de la médecine dans le pays d'obtention ou d'origine (cf. frise chronologique).

mise en place d'une nouvelle législation et de diplômes plus réglementés à la fin des années 2000. (cf. chapitre 2).

Ce contexte a fait naître des catégories de praticiens à diplôme étranger en France[9] :

- Les praticiens diplômés en Union européenne (UE[10]) qui bénéficient de la législation sur la libre circulation des travailleurs et de la reconnaissance automatique des diplômes de médecine dans les pays de l'UE depuis 1975. Après l'accord du CNOM, ces médecins sont libres d'exercer au même titre et sous les mêmes statuts que les médecins diplômés en France.

- Les praticiens diplômés hors UE qui sont autorisés à exercer pleinement la médecine en France. Ces médecins peuvent exercer au même titre et sous les mêmes statuts que leurs confrères diplômés en France, après l'obtention de la nationalité française (ou une nationalité européenne)[11], d'une procédure d'autorisation d'exercice et des accords de la commission sur la plénitude d'exercice et du CNOM.

- Les praticiens diplômés hors UE qui ne sont pas autorisés à exercer pleinement la médecine en France parce qu'ils ne rassemblent pas les conditions nécessaires exigées. Ils peuvent pratiquer la médecine uniquement en milieu hospitalier de manière limitée, c'est-à-dire sous des statuts spécifiques et sous la responsabilité d'un médecin.

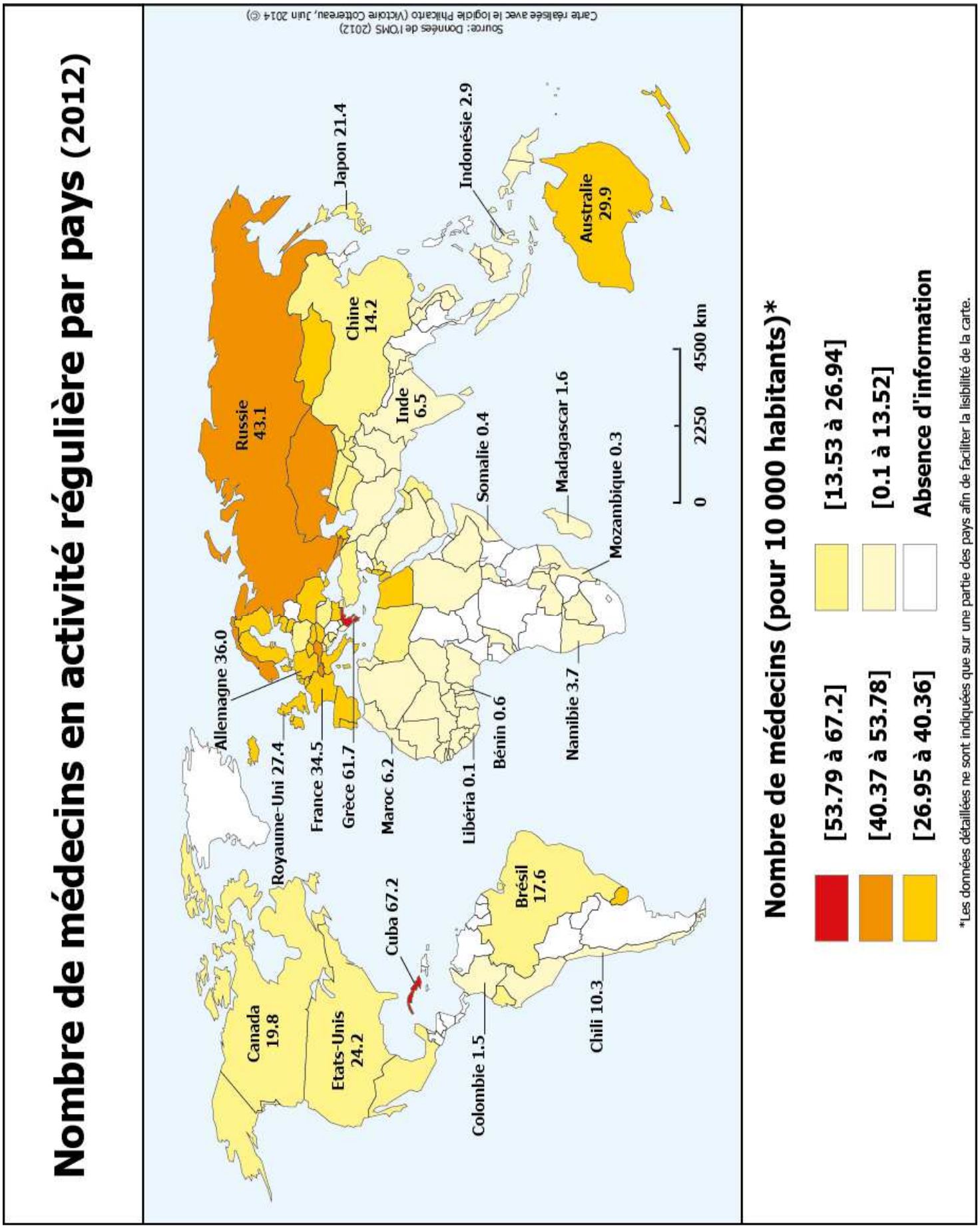
La première catégorie, celle des praticiens diplômés en Union européenne, est présente au sein de tous les pays membres de l'UE puisqu'elle a été construite dans le cadre d'accords européens. En revanche, les deux autres catégories ont été directement instaurées par les pouvoirs publics français par le biais de législations nationales. Ces catégories méritent une attention particulière en raison de leur caractère inédit par rapport à ce qui existe dans d'autres pays européens.

1.2. Une problématique mondiale, mais une spécificité française

Dans le monde, de nombreux pays connaissent une pénurie de professionnels de santé. Selon les estimations de 2006 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y aurait un déficit estimé à plus de 4,3 millions en personnels de santé au niveau mondial. Sous l'appellation "personnel de santé", l'OMS comprend *« l'ensemble des personnes exerçant des activités dont l'objet essentiel est d'améliorer la santé »* (OMS, 2006, p. 4). Chaque catégorie de professionnels étant soumise à une législation particulière, nous étudierons exclusivement les médecins dans le cadre de cette recherche doctorale. Afin de rendre compte d'une partie de cette crise mondiale (OCDE[12], 2010), j'ai choisi de représenter les densités de médecins en activité régulière en 2012 à travers le monde (cf. carte 1, p. 16). Nous pouvons constater que c'est en Afrique subsaharienne, en Amérique latine ainsi qu'en Asie du Sud-Est que la pénurie relative est la plus marquée (OMS, 2006).

[9] Nous parlons ici de catégories « théoriques ». Dans les faits, l'accès à la pratique ne suit pas forcément les canons énoncés ici, notamment du fait des représentations sociales au sujet des « médecins étrangers ».
[10] La liste des sigles et des acronymes est reproduite en annexe 26.
[11] Il existe quelques exceptions. (cf. frise chronologique)
[12] Organisation de coopération et de développement économiques.

Carte 1


Nombre de médecins en activité régulière par pays (2012)
Source : Données de l'OMS (2012)
Carte réalisée avec le logiciel Philcarto (Victorie Cottereau, Juin 2014 ©)
Russie 43.1
Japon 21.4
Indonésie 2.9
Australie 29.9
Chine 14.2
Inde 6.5
Somalie 0.4
Madagascar 1.6
Mozambique 0.3
Allemagne 36.0
Royaume-Uni 27.4
France 34.5
Grèce 61.7
Maroc 6.2
Libéria 0.1
Bénin 0.6
Namibie 3.7
Cuba 67.2
Brésil 17.6
Canada 19.8
Etats-Unis 24.2
Colombie 1.5
Chili 10.3
0 2250 4500 km
Nombre de médecins (pour 10 000 habitants)*
[53.79 à 67.2]
[40.37 à 53.78]
[26.95 à 40.36]
[13.53 à 26.94]
[0.1 à 13.52]
Absence d'information
*Les données détaillées ne sont indiquées que sur une partie des pays afin de faciliter la lisibilité de la carte.

En dehors des rapports de l'OCDE (2004 et 2010) et d'Organisations non gouvernementales (Crola, 2007), la littérature n'est pas très abondante sur le manque de soignants dans les pays du Sud. Certains économistes cherchent à comprendre les raisons et conséquences de telles pénuries (Vinokur, 2008) et calculent des ratios d'émigration afin de montrer l'ampleur des départs de professionnels de santé de pays africains (Bourgain, Pieretti et Zou, 2010). Il existe également quelques travaux de médecins et de géographes de la santé qui rendent compte des problèmes majeurs engendrés par le manque de praticiens. Ces analyses sont abordées par le biais d'exemples précis tels que la fuite des professionnels de santé au Ghana (Dovlo, 2003) ou l'accès aux services de soins en République du Congo (Dorier et Morand, 2012).

La majorité des travaux sur le personnel médical se penchent davantage sur les problèmes rencontrés par des pays du Nord que dans des pays du Sud. Alors que des rapports parlent de « crise imminente » (OCDE, 2008), les données de la carte 1 nous rappellent que la majorité des pays du Nord ne manquent que partiellement de praticiens de santé. Pour Roland Cash et Philippe Ulmann, il n'existe pas « *pénurie objective des médecins* » dans les pays du Nord (Cash et Ulmann, 2008, p. 104). Toutefois, la majorité des pays de l'OCDE sont aujourd'hui confrontés aux paradoxes d'être des pays ayant des effectifs satisfaisants de médecins, selon les critères de l'OMS, mais devant faire face à des phénomènes régionaux ou locaux de pénurie médicale. Il semble donc important de faire une distinction entre la pénurie chronique de professionnels de santé qualifiés qui est particulièrement marquée dans certains pays du Sud et les carences de médecins localisées dans des zones géographiques ou dans certaines spécialités médicales que connaissent de nombreux pays du Nord.

Afin de remédier à des « pénuries localisées », de nombreux pays (Canada, États-Unis Allemagne, Angleterre, etc.) emploient des médecins diplômés à l'étranger au sein de leurs systèmes de santé (Chasles, 2012). Bien que plusieurs rapports cherchent des solutions pour maîtriser l'émigration des personnels de santé des pays du Sud vers ceux du Nord (Buchan, 2008), les données issues de l'OCDE (2007) indiquent qu'elles ont augmenté au cours des dix dernières années. Dans certains pays, comme le Royaume-Uni et l'Irlande, près d'un tiers de l'effectif total de médecins aurait été formé à l'étranger (OCDE, 2010). Depuis une dizaine d'années, ces deux pays, comme d'autres pays de l'UE ou encore comme l'Australie, facilitent la venue de praticiens en assouplissant les règles régissant les migrations permanentes de médecins. À titre d'exemple, cet allégement des procédures a multiplié par deux les flux temporaires de médecins vers l'Australie entre 2001 et 2008 (OCDE, 2010). Les migrations de praticiens sont aujourd'hui un phénomène mondial qui touche la majorité des pays. Loin d'être le seul pays à avoir des médecins migrants au sein de son système de santé, la France fait pourtant figure d'exception du point de vue des procédures de reconnaissance des praticiens qu'elle a mis en place.

La plupart des pays du Nord, tels que les États-Unis, le Canada ou encore l'Angleterre possèdent des législations semblables en matière d'exercice de la médecine pour les praticiens dont les diplômes ne sont pas reconnus. D'une manière générale, les médecins passent un concours de reconnaissance dès leur arrivée dans le pays. S'ils le réussissent, ils peuvent

exercer la médecine au même titre que les médecins formés localement sinon ils n'ont aucun droit d'exercice. Ces pays ont donc l'avantage de posséder des procédures de reconnaissance claires. À l'inverse, ils présentent parfois des inconvénients que les praticiens ne rencontrent pas dans le système de santé français. Par exemple, un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) ayant obtenu son statut d'immigrant au Québec doit s'engager à exercer pendant quatre ans dans un établissement situé dans une région éloignée des grands centres urbains (Simard et Van Schendel, 2004). Nous allons voir que la particularité du cadre juridique et législatif français le rend incomparable aux autres pays du Nord.

Contrairement aux autres pays, le modèle français a autorisé les médecins à immédiatement exercer dans le secteur hospitalier (jusqu'en 2010[13]) avant même qu'ils n'aient passé une procédure de reconnaissance de leur diplôme. Dès leur arrivée en France les PADHUE pouvaient travailler sous des statuts précaires (Denour et Junker, 1999a), bien que leur diplôme de docteur en médecine ne soit alors pas reconnu par les autorités françaises compétentes (cf. chapitre 2). C'est seulement après plusieurs années d'expérience qu'ils ont été autorisés à passer des concours afin de pouvoir exercer la médecine au même titre que les médecins diplômés en France ou en Union européenne.

En 2008, les membres d'un syndicat (FPS[14]) ont estimé le nombre de PADHUE en France à environ 17 000 individus[15] (Dalkilic, Meric et Trujillo Guiterrez, 2008). Ce nombre est approximatif, car les médecins qui ne possèdent pas la plénitude d'exercice ne sont pas autorisés à s'inscrire au tableau du CNOM. À ce jour, aucun organisme d'État (Agence régionale de santé, Centre national de gestion, etc.) ne possède de données précises sur les PADHUE exerçant en France. Aujourd'hui, ces effectifs ne peuvent être connus que par l'intermédiaire des registres des ressources humaines des établissements hospitaliers qui les emploient. Bien qu'elle soit approximative, l'estimation de la FPS illustre de manière significative la force de travail et la place cruciale de ces praticiens dans le système de santé français.

1.3. Les PADHUE : un objet de recherche

Préalablement à l'état de l'art sur les médecins diplômés hors UE dans le domaine scientifique, il me semble essentiel de définir l'appellation PADHUE (Praticiens à diplôme hors Union européenne) et d'expliquer les raisons pour lesquelles j'ai choisi d'utiliser ce terme plutôt qu'un autre dans cette présente recherche. L'acronyme PADHUE n'est pas une appellation officielle, dans le sens où elle n'apparaît pas dans les textes juridiques français. Les dénominations présentes dans les textes de loi sont le plus souvent : les « médecins titulaires d'un diplôme obtenu dans un État non membre de l'Union européenne » ou les « médecins titulaires d'un diplôme hors Union européenne ». Exclues des travaux de recherche en raison de leur longueur excessive, les appellations officielles laissent place à des termes génériques dont l'utilisation peut faire débat.

[13] Les PADHUE, qui n'ont pas exercé en France avant le 3 août 2010, ne sont pas autorisés à travailler en France. (cf. frise chronologique).
[14] La Fédération des praticiens de santé (FPS) est un syndicat de PADHUE.
[15] À titre indicatif, 215 0288 médecins étaient en activité en France au 1er janvier 2008 (CNOM, 2008).

1.3.1. Interrogations sur les catégories

L'appellation la plus communément employée dans la recherche scientifique, comme dans les médias, est celle de « médecin étranger ». L'utilisation de ce terme s'avère pourtant inappropriée de par son inexactitude du point de vue de la réglementation, car c'est le diplôme qui est « étranger » et non pas le médecin. Le manque d'allusion au diplôme de médecine dans cette appellation peut induire le lecteur à penser que la nationalité française est la seule et unique frontière entre les médecins autorisés à exercer pleinement en France et ceux qui ne le sont pas. Pourtant, un praticien de nationalité française avec un diplôme de médecine obtenu dans un pays non membre de l'UE entre dans la catégorie PADHUE.

Les autres dénominations sont issues de l'apparition et de l'évolution des syndicats de médecins diplômés au-delà des frontières européennes. Un premier syndicat dénommé le Comité des médecins à diplôme étranger (CMDE) a été créé en 1993 puis un second syndicat dénommé le Syndicat national de praticiens adjoints contractuels (SNPAC) a été créé en 1996. Au fil des années, ces deux dénominations ne semblaient plus appropriées et elles ont été progressivement abandonnées.

Tout d'abord, l'appellation « médecins à diplôme étranger » était trop large, car elle englobait les praticiens ayant obtenu leur doctorat de médecine en UE et hors UE. Cette qualification pouvait laisser croire qu'un médecin diplômé en Allemagne est confronté à la même législation qu'un médecin béninois, puisque c'est le caractère « étranger » du doctorat de médecine qui semblait primer. L'absence de référence à l'Union européenne a rendu obsolète cette dénomination.

Ensuite, l'acronyme PAC (praticien adjoint contractuel) est également tombé en désuétude puisqu'il n'est plus possible d'acquérir ce statut hospitalier depuis 2002. La dernière session permettant d'obtenir le statut de praticien adjoint contractuel s'est déroulée en 2001 (cf. frise chronologique). Depuis cette date, ce statut disparaît au fur et à mesure que les médecins, qui exercent sous celui-ci, partent à la retraite ou changent de statut. Le syndicat en question a donc changé de nom en 2003 pour devenir la Fédération des praticiens de santé (FPS).

Enfin, un dernier syndicat dénommé Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union européenne (SNPADHUE) a été créé 2005[16]. L'acronyme PADHUE apparaît plus précis que les précédentes dénominations. Il indique clairement qu'un médecin appartient à ce groupe uniquement s'il a validé son doctorat de médecine dans un pays ne faisant pas partie de l'Union européenne. J'ai retenu l'acronyme PADHUE dans le cadre de cette recherche, car cette appellation me paraît pertinente vis-à-vis des individus concernés. Cette dénomination présente tout de même deux limites. Premièrement, l'élargissement de l'Union européenne n'est pas pris en compte dans cette désignation. Par exemple, depuis 1er juillet 2013, la Croatie est membre de l'Union européenne. Préalablement à cette adhésion, les médecins diplômés en Croatie étaient considérés comme des médecins à diplôme hors UE. Ainsi, un

[16] Site internet du SNPADHUE : http://www.snpadhue.com/.

praticien diplômé en Croatie, travaillant sous un statut de PADHUE depuis plusieurs années en France, sort du groupe des PADHUE dès l'instant où son pays adhère à l'UE. Ce médecin peut alors immédiatement demander son équivalence et son inscription au CNOM. Deuxièmement, cette qualification ne distingue pas les médecins possédant le plein exercice de la médecine de ceux qui ne l'ont pas. Tout au long de cette thèse, je m'attacherai à systématiquement préciser si le ou les PADHUE auxquels je fais référence possèdent ou non la plénitude d'exercice.

Le choix de cet acronyme a été fait dans un souci de compréhension du lecteur, mais aussi de justesse et de clarté vis-à-vis de la législation. Cette dénomination présente notamment l'avantage d'être connue et fréquemment employée par les administrations hospitalières.

1.3.2. Critique des sources

De nos jours, de nombreux types de sources sur les PADHUE sont disponibles, quelles que soient les désignations choisies par les auteurs. Pourtant, il est important d'indiquer qu'elles revêtent des enjeux différents en fonction de leur contexte de production.

Le premier type de sources sur les médecins diplômés hors de l'Union européenne est issu des rapports de synthèse produits par le CNOM et les mémoires produits à l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Le CNOM indique qu'il cherche par la réalisation de documents à apporter sa contribution et des ébauches de solutions à la problématique des PADHUE (Deau, 2006). Ces documents sont plutôt courts et assez généraux dans le sens où ils se contentent de rappeler la situation de ces médecins en France. À l'inverse, les étudiants de l'EHESP, qui sont de futurs ou actuels responsables administratifs d'hôpitaux, s'interrogent sur les politiques de recrutement des hôpitaux à l'égard des PADHUE (Drexler, 2008), mais également sur l'immigration des professionnels de santé en France en lien avec l'évolution du système de santé (EHESP, 2009). Ces mémoires apportent d'intéressantes données factuelles.

Le second type de sources est effectué par des membres de différents syndicats de PADHUE ou de l'Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France (APSR). Uniquement réalisés par des praticiens, les rapports mis en ligne sur des sites de syndicats présentent la situation des PADHUE en apportant quelques éléments statistiques (FPS, 2005 ; Dalkilic, Meric et Trujillo Guiterrez, 2008). Les autres articles, publiés par des médecins et juristes au sein de revues académiques, interrogent la législation spécifique aux praticiens diplômés hors UE, l'avenir de ces médecins en France (Ettahiri, 1994) et leur difficile intégration dans le système de santé (Hartzfeld, Boidé et Baumelou, 2009).

Le dernier type de sources rassemble des travaux menés sur les droits de ces praticiens. Il est de loin le plus fertile dans le cadre de cette recherche. On y retrouve d'abord quelques rapports et mémoires réalisés par Françoise Galabru[17] (2000), Danielle Rigaudiat (1991) et Sylvie Nicoleau (1996). Il réunit également de nombreux articles parus dans des revues académiques et universitaires, notamment ceux du juriste Cyril Wolmark (1999, 2001, 2004 et

[17]Conseillère technique à la direction de la population et des migrations.

2012), du politologue Marc-Olivier Deplaude (2011), d'économistes de l'IRES[18] (Lochard, Meilland et Viprey, 2007), d'économistes de l'IRDES (Couffinhal et Mousques, 2001) et de démographes (Denour et Junker, 1999a et 1999b ; Denour, Junker et Rigaudiat, 1991). L'ensemble de ces documents est d'un apport précieux pour comprendre et analyser l'évolution de la législation spécifique aux PADHUE ainsi que les différents changements concernant les diplômes à leur destination.

La majorité de ces travaux sont focalisés sur le cadre législatif. Afin de décentrer ce regard, la réalisation d'un documentaire en 2006 a ouvert le débat sur la situation de ces médecins en France (Jalbert, 2006 ; Alexandre, 2009). Récemment, un PADHUE a écrit un roman autobiographique (Souilamas, 2012) et un cinéaste a réalisé un film intitulé « *Hippocrate* » montrant le quotidien d'un jeune interne français et d'un faisant fonction d'interne algérien (Lilti, 2014). Dans ce contexte, il paraissait pertinent de construire une problématique centrée sur les PADHUE en associant les domaines des migrations internationales et de la géographie de la santé.

2. Thèmes de recherche et outils de la conceptualisation

Ce second temps de l'introduction générale vise à poser les bases théoriques de cette recherche. Après avoir expliqué ce qui m'a poussé à réaliser ce travail de recherche, je m'attacherai à présenter un état de l'art, à définir mes choix et la manière dont j'ai choisi d'aborder ce sujet.

2.1. Les prémices de la recherche : du choix du sujet à la problématisation

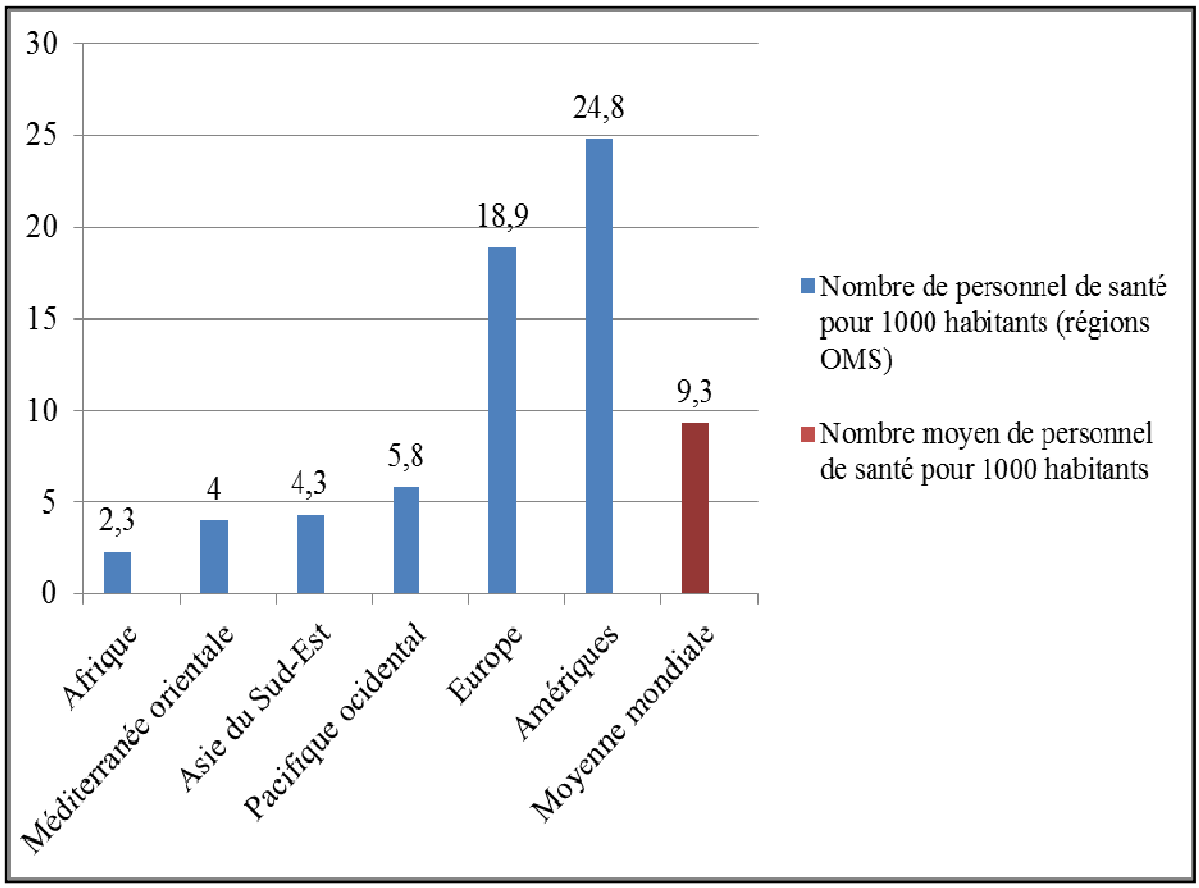
2.1.1 Les bases apportées par les grands débats sociétaux

Depuis plusieurs années, les migrations des professionnels de santé à travers le monde sont en constante augmentation (OCDE, 2007). Si les principaux pays d'origine restent l'Inde ou les Philippines, les données de l'OCDE indiquent un accroissement des flux en provenance de pays d'Afrique et d'Europe centrale et orientale. Cependant, le phénomène doit être analysé surtout sous l'angle des circulations du personnel de santé à l'échelle mondiale. Actuellement, des médecins diplômés en Roumanie partent exercer aux États-Unis, tandis que des médecins diplômés à Cuba vont pratiquer la médecine en Afrique du Sud, etc. Ces migrations de personnes hautement qualifiées engendrent un regain vigoureux des débats sur la fuite des cerveaux depuis une quinzaine d'années, puisque ce sont des professions considérées comme vitales pour les nations qui sont touchées (Krasteva et Vasilcu, 2014). Sur le graphique 1 (p. 22) est représenté le nombre de personnels de santé[19] pour 1000 habitants dans les grandes parties du monde. La moyenne de personnels de santé pour le même nombre d'habitants figure également sur ce graphique. De cette manière, il illustre de façon globale les déséquilibres aigus de professionnels de santé à travers le monde.

[18] Institut de recherches économiques et sociales

[19] L'appellation « personnel de santé » englobe toutes les personnes exerçant dans le domaine de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc.)

Graphique 1: Répartition du personnel de santé dans le monde



Source: OMS, 2006 ; réalisation : Victoire Cottereau

Selon J-B Meyer (2001), ces circulations planétaires de professionnels hautement qualifiés sont souvent présentées sous l'angle de la mondialisation et de l'internationalisation du marché du travail. Par ailleurs, elles échapperaient au contrôle d'entités isolées et aux interventions des États. Pourtant, les pays d'immigration jouent un rôle essentiel : le nombre de médecins formés par pays et leurs politiques d'immigration sont en grande partie responsables des déséquilibres majeurs dans la répartition mondiale des professionnels de santé.

Face à l'accroissement de la concurrence entre les pays de l'OCDE souhaitant attirer des travailleurs hautement qualifiés, un premier forum mondial sur les ressources humaines pour la santé s'est tenu à Kampala en Ouganda en mars 2008. Les débats ont abouti à l'adoption par consensus du « code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé », lors de la 63e assemblée de l'Organisation mondiale de la santé en 2010 (Braichet, 2010). L'objectif de ce code est de promouvoir des principes pour le recrutement international éthique des personnels de santé. Il donne des conseils de recrutement, rappelle les responsabilités des États membres et prône le développement et la pérennité des systèmes de santé. À titre d'exemple, l'article 3.5 mentionne que les États membres *« devraient promouvoir et respecter des pratiques justes en matière d'emploi pour tous les personnels de santé. (…) L'emploi des personnels de santé migrants et le traitement qui leur est appliqué devraient être exempts de toute distinction illégale quelle qu'elle soit »* (OMS, 2010, p. 6). Il

est conseillé aux États membres de se référer à ce code pour instaurer un cadre juridique et institutionnel pour le recrutement de professionnels de santé (OMS, 2010). Chaque pays reste donc libre de mettre en place les règles de recrutement de son choix.

Aujourd'hui, *« les données dont on dispose sur la mobilité internationale des personnels de santé sont encore peu nombreuses et de portée limitée, si ce n'est anecdotique. Ce manque de données a entraîné des problèmes d'interprétation sur ce phénomène déjà complexe et a altéré la possibilité de mettre en œuvre des politiques appropriées. Il est donc primordial de pouvoir s'appuyer sur des données fiables et comparables pour cerner le rôle joué par la mobilité internationale des travailleurs de la santé dans la structure des ressources humaines de la santé des pays de l'OCDE et appréhender ses répercussions dans les pays d'origine* » (OCDE, 2007, p. 172). La thématique des migrations des professionnels de santé est féconde, bien qu'elle soit encore peu explorée. Actuellement, il apparaît nécessaire de recueillir de nouvelles données pour pouvoir comprendre le phénomène dans sa globalité. C'est ce constat, allié à un intérêt personnel, qui m'a incité à travailler ce sujet.

Photographie 1 : Manifestation de PADHUE devant le ministère de la Santé le 4 mars 2009

Source : Photographie de Marie Piquemal

Mon intérêt pour les PADHUE est né en 2009 à la lecture d'un article du quotidien Libération intitulé « *Médecins étrangers : On nous exploite et on nous jette* »[20]. Cet article, rédigé par Marie Piquemal, parlait d'une grève menée par des médecins dits « étrangers ». La journaliste brossait un tableau rapide des difficiles conditions d'exercice de ces médecins, soulignait le fait que leur diplôme de médecine n'est pas reconnu en France et que le concours mis en place

[20] http://www.liberation.fr/societe/2009/03/04/medecins-etrangers-on-nous-exploite-et-on-nous-jette_463444 (consulté le 10/07/2009)

pour qu'ils obtiennent le plein exercice était extrêmement sélectif. La photographie jointe à l'article m'a particulièrement interpellé. Cet article et cette photographie ont été le point de départ de mes recherches de Master 2.

2.1.2. Les premières explorations thématiques et théoriques

Durant mon travail de M2, j'ai d'abord tenté de décrypter la législation spécifique aux PADHUE et d'effectuer un rapide état de l'art dans les domaines des migrations internationales et de la géographie de la santé. J'ai commencé à prendre en compte les recherches sur les mobilités spatiales et les migrations internationales qui accordent une place grandissante à l'individu. Ces travaux insistent sur les capacités d'initiatives individuelles, les compétences, les stratégies et plus amplement sur l' « autonomie » (Ma Mung, 2009a et 2009b) ou sur l' « agentivité » (Bertheleu, 2013). Mon attention s'est également portée sur la construction et l'évolution des projets et des parcours de ces médecins. J'ai retenu comme terrain de recherche le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), un hôpital général situé en région Poitou-Charentes (Cottereau, 2010). Durant ce travail, j'ai rencontré une vingtaine praticiens et plusieurs responsables de la structure hospitalière. Le mémoire fait ressortir que les PADHUE renforcent les structures hospitalières les plus délaissées, mais également les spécialités les moins attractives (urgences, psychiatrie, etc.). Les résultats de cette recherche ont soulevé de nombreuses questions et hypothèses concernant les parcours des médecins et les politiques des établissements hospitaliers à l'égard de ces praticiens. Dans l'objectif de répondre aux nombreuses interrogations nées durant ce travail de Master 2, j'ai décidé de poursuivre cette recherche à l'ensemble des hôpitaux publics (30) de la région Poitou-Charentes.

Cette thèse a fait l'objet d'une convention signée entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Université de Poitiers (janvier 2011-mai 2014). L'objectif de cette recherche a été de réaliser à l'échelle régionale, une étude fine de l'ensemble des structures hospitalières afin d'apporter des connaissances sur les PADHUE et de dresser un tableau des difficultés de recrutement rencontrées par les hôpitaux. L'intérêt fut de privilégier une approche liant la thématique de la santé à celle des migrations. Dans cet objectif, j'ai décidé de construire une question de recherche me permettant d'analyser les conséquences et les répercussions des circulations à différents niveaux d'échelles :

Dans quelle mesure le cadre juridique et législatif hospitalier français à destination des PADHUE configure-t-il les parcours et les projets migratoires de ces médecins, et en retour en quoi ces praticiens influencent-ils le fonctionnement des établissements hospitaliers publics ?

La problématique de la thèse est donc axée sur la mise en lien des questionnements actuels sur les politiques de santé et de démographie médicale avec les projets migratoires et les parcours de ces migrants hautement qualifiés. Pour cela, il convient d'abord de rappeler la distinction qui est faite entre la notion de projet et celle de parcours. Le projet est perçu comme une combinaison entre des représentations, des envies, des choix, etc., qui du point de vue de l'individu (et parfois de son entourage) peut orienter sa vie. Cette notion, sur laquelle nous

nous arrêterons dans le chapitre 4, est donc vue comme étant évolutive, car sans cesse remise en question en fonction des événements de la vie de l'individu (dimension subjective) (Ma Mung, 2009a). Le parcours, quant à lui, renvoie à un déplacement entre deux points dans un espace balisé, dont le tracé n'est pas forcément déterminé à l'avance (Zimmermann, 2011). Le parcours *« est fait de détours, de bifurcations, de retours en arrière, de blocages et d'avancées ; au total d'un ensemble de placements et de déplacements, dans un espace délimité par le travail et ses institutions »* (Zimmermann, 2011, p. 62). Un parcours ne se déploie donc pas à la seule initiative de l'individu. La présence d'une multitude d'éléments (opportunités, événements, etc..) lui donne forme et sens (Zimmermann, 2011). Dans le chapitre 7, nous verrons qu'il apparaît comme la réalisation effective des faits tels qu'ils ont été vécus et expérimentés (dimension objective).

L'étude des projets migratoires de ces médecins permet d'appréhender le contenu initial de ces projets et de saisir les facteurs d'ordre législatif, familial, relationnel ou encore générationnel qui les orientent et les modifient. L'analyse des parcours migratoires sert à extraire les facteurs et événements qui orientent et guident les médecins diplômés hors Union européenne. Elle permet d'identifier les opportunités rencontrées et/ou les stratégies mises en place par les praticiens durant leur carrière pour intégrer le corps médical français.

Cette approche permet d'étudier les différents enjeux rencontrés par les établissements hospitaliers tout en mettant l'accent sur les individus, sur leurs regards face aux conditions objectives du déroulement de leur carrière. Elle apparaît comme la plus pertinente pour étudier les migrations de PADHUE, car elle permet de saisir de front les dimensions professionnelles (économiques), familiales et relationnelles qui les caractérisent et donnent à comprendre le phénomène migratoire dans sa globalité, en ne privilégiant ni un déterminant unique ni une approche causale.

2.2 De la recherche documentaire aux axes de recherche

2.2.1 Les travaux mobilisés pour appréhender le contexte des migrations de PADHUE

N'ayant eu aucun rapport privilégié avec l'univers hospitalier, mes recherches se sont orientées vers une compréhension du contexte des migrations de ces praticiens. J'ai été amené à lire de nombreux rapports sur l'évolution de la démographie médicale principalement issus du CNOM (1991, 2008, 2011 et 2013), du ministère de la Santé (Berland, 2005), de l'ONDPS[21] (2004, 2005, 2009 et 2011), de la DREES[22] (Bessière, Breuil-Genier et Darrine, 2004a et 2004b) et de l'IRDES[23] (Bourgueil, Mousques, et Tajahmady, 2006a et 2006b; Attal-Toubert et Vanderschelden, 2009 ; Burdillat, 2009). Ces rapports et articles m'ont permis d'analyser l'évolution des effectifs de praticiens en France, mais également d'étudier les alternances entre les périodes de peur d'un accès de médecins et les périodes de crainte d'un

[21] Observatoire national de la démographie des professions de santé.
[22] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
[23] Institut de recherche et documentation en économie de santé.

manque de praticiens. J'ai notamment pu faire le lien entre ces différentes périodes et l'évolution de la législation spécifique aux PADHUE.

Une fois que ces premières fondations furent achevées, j'ai cherché à analyser les statuts réservés à ces médecins ainsi que les origines de la mise en place d'une législation spécifique à leur égard. Pour ce faire, j'ai consulté différents travaux d'historiens afin de comprendre le cadre et le contexte migratoire national dans lequel ces migrations ont été engendrées (Schor, 2004 ; Noiriel, 2001 et Rygiel, 2006 et 2007) ainsi que l'histoire du CNOM (Evleth, 2009 et Halioua, 2002) et de l'hôpital (Autret, 2004). Au vu de la rapide évolution de la législation hospitalière durant le siècle dernier, j'ai consulté un nombre important de textes de loi[24] ainsi que des travaux de juristes, de praticiens et de responsables administratifs de structures hospitalières. L'objectif principal était de saisir les changements opérés dans le fonctionnement et la gouvernance des hôpitaux (Imbert, 1982 ; Contandriopoulos et Souteyrand, 1996 ; Bonnici, 1998 ; Molinié, 2005 ; Mordelet, 2006 ; Panel, 2007 ; Rolland, 2007) ainsi que les modifications apportées à la législation spécifique aux PADHUE (Wolmark, 1999, 2001, 2004, 2012 ; Ettahiri, 1994). Afin d'avoir une vision d'ensemble du contexte dans lequel s'inscrit cette recherche, dont l'orientation est principalement gestionnaire et technique, j'ai élargi mes recherches documentaires à des travaux d'anthropologues (Vega, 2000 ; Pouchelle, 2005), de sociologues (Estryn-Behar, Leimdorfer et Picot, 2010 ; Sainsaulieu, 2007 ; Schweyer, 2000, 2006, 2010) et d'économistes de la santé (Djellal, Gallouj et Gallouj, 2004 ; Claveranne, 2003). Ces ouvrages et articles s'intéressent aux différents contextes propres aux établissements hospitaliers, de la gestion financière à la place des personnels. L'ensemble de ces travaux m'a ainsi permis des saisir le contexte dans lequel ces migrations se sont mises en place mais également de prendre connaissance de l'évolution des pratiques de management au sein des hôpitaux, de la hiérarchisation des professions jusqu'aux actuelles tensions financières.

2.2.2 Les axes et hypothèses de recherche

Plusieurs axes et hypothèses de recherche ont été privilégiés pour répondre à la problématique. Quatre principaux questionnements articulent l'appréhension du sujet de recherche.

Le premier axe interroge la répartition géographique des praticiens entre les différentes structures hospitalières publiques. Tout d'abord, la répartition des médecins diplômés hors UE diffère-t-elle de celle des praticiens diplômés en France ? Viennent-ils vraiment compléter les postes laissés vacants par les médecins diplômés en France ? Ensuite, l'attention est portée sur les politiques de recrutement appliquées par les structures hospitalières les plus en manque de personnel qui peuvent, aux côtés d'autres facteurs, orienter les parcours de ces praticiens. La

[24] Les textes de loi ont été consultés sur les sites internet suivants en juillet et août 2013: http://www.legifrance.gouv.fr/; http://vlex.com/; http://www.cofemer.fr/; http://www.journal-officiel.gouv.fr/; http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/; http://www.senat.fr/; http://www.assemblee-nationale.fr/; http://ec.europa.eu/; http://europa.eu/; http://eur-lex.europa.eu/; http://www.cng.sante.fr/; http://www.sante.gouv.fr/; http://www.irdes.fr/; http://www.conseil-national.medecin.fr/; http://www.aphp.fr/; http://www.fhf.fr/; http://www.la-fps.fr/; http://www.snpadhue.com/; http://med.unistra.fr/; http://www.gazette-sante-social.fr/; http://www.gisti.org/index.php; http://www.youscribe.com/; http://admi.net/jo/. (cf. frise chronologique)

possibilité d'obtenir plus facilement un poste, voire même de pouvoir réintégrer le corps médical (dans le cas où un médecin aurait dû provisoirement exercer un autre métier), influence-t-elle les PADHUE à aller travailler dans les établissements rencontrant d'importantes difficultés de recrutement ? Dans le sens où ils seraient obligés d'accepter des postes dans les structures les plus en manque de médecins pour pouvoir exercer, existe-t-il une certaine « ségrégation » spatiale des PADHUE en France ? Dans quels services hospitaliers les médecins à diplôme extra-européen sont-ils les plus nombreux ?

Le deuxième axe de cette recherche se focalise sur les acteurs de cette migration et sur les raisons qui les ont amenés à venir exercer la médecine en France. Je suis partie de l'hypothèse que la grande majorité des praticiens sont des migrants « volontaires », c'est-à-dire que « *ce n'est pas la contrainte, mais l'obligation personnelle qui a constitué le ressort de la migration* » (De Gourcy, 2005a, p. 22). En outre, la majorité des praticiens seraient autonomes dans la mesure où « *s'il* [le migrant] *ne part pas contraint et forcé (comme dans le cas des réfugiés) et qu'il réalise des actes positifs pour migrer, il réalise un acte autonome* » (Ma Mung, 1999, p. 47). Ce cadre a soulevé plusieurs questionnements : Quelles sont les obligations personnelles (raisons et motivations) qui ont incité les migrant(e)s à quitter leur pays d'origine ? Certains PADHUE sont-ils des migrants « contraints » ou réfugiés ? Dans ce cas de figure, quelles sont les raisons qui les ont poussés à quitter leur pays pour venir s'installer en France ?

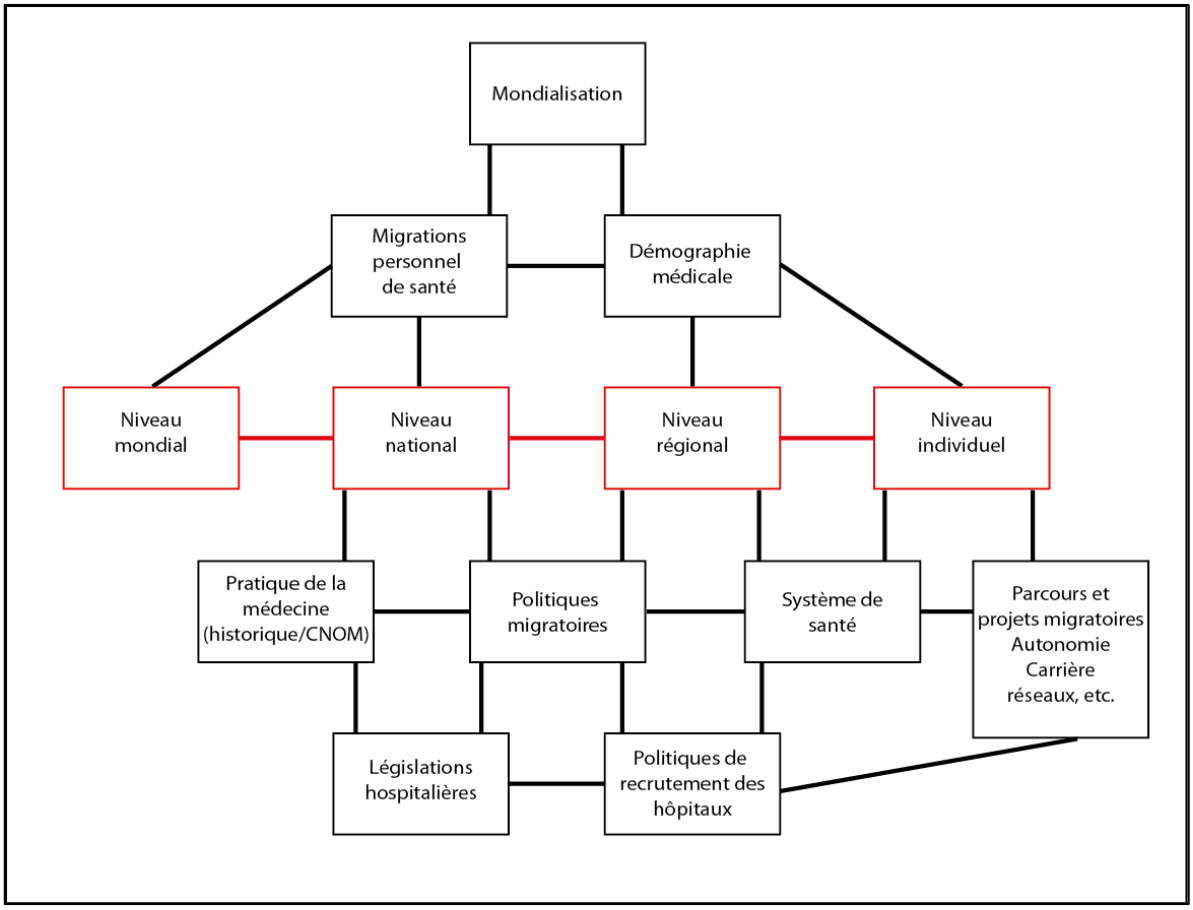
Une troisième ligne directrice concerne la réglementation réservée aux PADHUE et les conséquences de celle-ci sur le déroulement de leurs parcours. J'ai privilégié l'hypothèse que la réglementation, permettant aux PADHUE d'effectuer un diplôme de spécialité tout en travaillant dans les hôpitaux publics, a pu influencer de nombreux médecins dans leur décision de venir en France. Il est fort possible qu'elle ait également entraîné une certaine instabilité et précarité -voire même un déclassement par rapport au pays d'origine- des médecins qui ne possédaient pas la plénitude d'exercice. Cette situation les aurait-elle poussés à opérer des bifurcations par rapport à leur projet initial, à élaborer des stratégies, à saisir des opportunités ou encore à faire appel à leurs connaissances (famille, amis, compatriotes, etc.) ? Les contraintes rencontrées par les individus seraient-elles variables en fonction de la date d'arrivée en France, de la ville d'installation ou encore de la spécialité du médecin ? Quelles sont les contraintes et les difficultés rencontrées par les praticiens durant leur parcours en France ? Quels sont les stratégies et moyens mis en place par les PADHUE pour intégrer pleinement le corps médical français ? Pourquoi ont-ils fait le choix de rester en France plutôt que d'envisager un éventuel retour dans leur pays d'origine ?

Un dernier axe de cette recherche concerne l'obtention de la plénitude d'exercice. Au vu de la législation et des procédures de reconnaissance, il peut être très long et difficile d'obtenir le plein exercice de la médecine pour les PADHUE. Par conséquent, le fait d'obtenir l'autorisation d'exercice incite-t-il ces professionnels à s'établir et/ou à s'installer durablement en France ? La sécurité de l'emploi ainsi qu'un meilleur salaire amènent-ils ces individus à repenser leur projet de vie et peut-être à abandonner définitivement l'idée d'une

éventuelle réinstallation dans leur pays d'origine ? Les PADHUE continuent-ils ou non à exercer dans les hôpitaux publics après l'obtention de la plénitude d'exercice ?

En fin de compte, ces différents axes de recherche s'inscrivent dans différents niveaux d'analyse (cf. schéma 1). Face à ce constat, il me paraissait important de construire un regard à la fois large (multidimensionnel) et précis (spécificité du groupe étudié) pour répondre aux différents questionnements. Mêler les domaines des migrations internationales et de la géographie de la santé me semblait remplir parfaitement à objectif.

Schéma 1 : Représentation du système global dans lequel évoluent les PADHUE



Réalisation : Victoire Cottereau (septembre 2014©)

2.3. Des migrants titulaires d'un doctorat de médecine

Le migrant est souvent envisagé d'un point de vue économique parce qu'il a d'abord été étudié par le biais de lectures mécanistes. Pour le géographe Emmanuel Ma Mung ces travaux sont critiquables parce qu'ils sous-entendent que les migrations sont engendrées par des déterminations extérieures et intérieures (2009a). Les déterminations extérieures correspondent aux différentiels de niveau de vie entre le pays d'origine et le pays de destination tandis que les déterminations intérieures indiquent que les individus ont décidé de partir après avoir fait un calcul entre les coûts et les avantages. Il s'agit d'une vision déterministe des migrations, qui est employée dans de nombreux travaux portant sur les

migrants qualifiés connus sous le nom de *brain drain*. Toutefois, on observe depuis plusieurs années un renouvellement des approches portant sur les migrants qualifiés. Il convient ici de faire un point sur ces travaux puis de définir la terminologie et les notions employées par la suite.

2.3.1 Le renouvellement des approches portant sur les migrants qualifiés

Le domaine des migrations internationales connaît une véritable mutation depuis une trentaine d'années. La mondialisation a progressivement démultiplié et complexifié les figures du migrant, les espaces de circulation ainsi que les origines des migrations. Gildas Simon explique que cette notion, autant polymorphe que polysémique, peut être définie comme « *l'interconnexion croissante des individus, des systèmes économiques, culturels et sociaux et l'articulation des différents territoires à l'échelle de la planète* » (2008a, p. 4). Ce contexte mondial actuel entraîne une augmentation des migrations de personnes hautement qualifiées (Defoort, 2008). Pourtant, il semble que ces migrations soient un « *sujet assez peu étudié quand bien même il revient régulièrement au cœur du débat politique* » (Varrel, 2008, p. 6). Comme le mentionnent Gildas Simon et William Berthomière : « *le travailleur hautement qualifié n'est plus un migrant* » (2006, p. 82). En effet, les migrants diplômés sont principalement vus comme possédant une condition supérieure et ayant des traitements favorables de la part des États, ce qui a tendance à les mettre dans une catégorie à part du champ de recherche des migrations internationales. Pour Eleonore Kofman et Parvati Raghuram, il existait toujours en 2006 un manque de recherches envisageant les « compétences » en tant que migrants à étudier en fonction de problématiques similaires aux autres (2006). Des raisons méthodologiques seraient à l'origine de ce manque, notamment en raison de la domination de l'échelle macro et d'un manque de travaux qualitatifs.

Bien qu'encore limité, un renouvellement des approches est pourtant apporté ces dernières années par des études portant sur de nouvelles thématiques telles que l'éthique (Dumitru, 2009) ou le genre (Percot, 2005 ; Le Espiritu 2005). Centrées sur les migrations d'infirmières, ces dernières études commencent à analyser comment des individus et des groupes d'individus saisissent des opportunités et adoptent des stratégies appropriées pour pouvoir migrer. Dans une volonté de suivre le renouvellement des approches portant sur les migrants qualifiés, j'ai décidé d'étudier les PADHUE dans leur contexte global tout en accordant une place privilégiée à l'acteur-migrant. Je me suis notamment appuyée sur des études francophones récentes comme des travaux de sociologues (Bernard-Grouteau, 2007 ; Meyer, 2005, 2008 et 2009 ; Gaillard et Gaillard, 1999, Gaillard et Meyer, 1996 ; Wagner 1998), d'économistes (Docquier et Rapoport 2005 et 2007 ; Defoort, 2007 et 2008, Defoort et Docquier 2007 ; Docquier, 2007 ; Hugonnier, 2008), d'anthropologues et de juristes (Carrere, 2007 ; Ferré, 2007).

2.3.2 Des migrants hautement qualifiés ou une élite migrante ?

Au fil des décennies, la communauté scientifique a mis en lumière un type de migration très complexe, de par l'immensité du panel d'individus que la notion de fuite des cerveaux englobe. Cette complexité a fait apparaître une terminologie diversifiée dans la production scientifique anglophone. La notion la plus largement utilisée est celle de « compétence » (*skill*). Elle permet de catégoriser les migrants en fonction du fait qu'ils possèdent ou non des diplômes universitaires (Iredale, 2001). Cette notion a engendré la création de nouveaux termes correspondant à des sous-divisions hiérarchiques tels que migrants qualifiés (*skilled migrants*) et migrants hautement qualifiés (*highly skilled migrants*) (Mahroum, 2000) ou désignant des migrants en fonction que leur mode de vie et de leur revenu, comme les *global super rich* (Beaverstock, Hubbard et Short, 2004).

Dans la production francophone, la notion d'élite est également utilisée, mais de manière limitée. À titre d'exemple, Thierry Berthet (1998) emploie le terme d'« immigrant aisé » et Alain Tarrius (2000) utilise celui d'« élites ». Ces termes suggèrent souvent une classe sociale élevée et des ressources financières importantes. Hadrien Dubucs dit que d'une manière très générale : « *La catégorie d'« élite migrante »,* (…)*, désigne un ensemble de migrants internationaux résidant dans des métropoles internationales qui paraissent disposer d'une marge de manœuvre certaine pour faire face à la distance, notamment en assumant le coût économique des déplacements, le coût social de l'installation professionnelle, ou encore le coût symbolique du « regard » autochtone ou des disparités entre les contextes successifs de résidence* » (2009, p. 3). Les travaux français utilisant le terme d' « élite » ont tendance à allier la possession de diplômes universitaires à un capital social important. Comme le mentionne Aurélie Varrel : « *Les termes : « compétence » (skill), « talent », « cerveau » (brain) qui sont employés de manière « neutre » pour désigner les migrants au capital éducatif élevé, sont au final, dé-réalisants et peu précis* » (2008, p. 6).

Dans le cadre de cette recherche, j'ai privilégié le terme de « migrant hautement qualifié » dans la mesure où les migrants étudiés sont, au minimum, titulaires d'un doctorat de médecine. Cette terminologie ne sous-entend aucune appartenance à une classe sociale particulière ou un revenu minimum de la part des individus concernés.

2.3.3. L'autonomie dans la migration

Dans le domaine des migrations internationales, de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il faut trouver une alternative au modèle *push/pull*, lequel s'inscrit dans une logique cause/conséquence de type déterministe. En effet, comme l'explique Mihaela Nedelcu: « *si l'absence d'une infrastructure performante ou d'opportunités de développement dans le pays d'origine participe à pousser les spécialistes au départ, leurs trajectoires et projets de vie sont souvent très complexes, fruits de capacité des individus à négocier avec des infrastructures étatiques qui encadrent leurs migrations, à mobiliser des ressources variées et à adapter leurs attentes dans un jeu permanent des possibles* » (2005, p. 5) .

De la même façon, d'autres chercheurs révisent les explications dites « classiques » en donnant une place fondamentale aux notions d'autonomie, de projet et de stratégie (Ma Mung, 2009a ; Berthomière, 2009). La question de l'autonomie est notamment développée dans les travaux de recherche de Constance de Courgy (2005) et d'Emmanuel Ma Mung (1999, 2009a et 2009b). Pour ce dernier, l'autonomie a deux ensembles de sens. Elle est à la fois différenciation et distinction, mais également affirmation et initiative. « *Cette double forme s'exprime dans l'action et la pratique par un savoir-faire comme capacité de distinction et de différenciation du sujet (individuel ou collectif) et de constitution d'un monde, et par un pouvoir-faire comme capacité d'affirmation et d'initiative du sujet et de transformation de ce monde* » (Ma Mung, 2009a, p. 28). L'utilisation de la notion d'autonomie amène à partir du postulat que l'individu est acteur de sa migration et qu'il a une action sur les structures.

2.3.4. Les projets migratoires

Avant de définir le projet migratoire, il paraît nécessaire de préciser la notion de projet. Celle-ci étant transversale à de nombreuses disciplines et faisant l'objet de débats, j'ai retenu la définition de Jean-Pierre Boutinet. Ce psychosociologue définit le projet comme « *une identification d'un futur souhaité et des moyens propres à le faire advenir.*» (1990, p. 77). Le projet migratoire, quant à lui, est une notion rarement explicitée qui désigne généralement l'intention de quitter un lieu pour un autre et/ou l'accomplissement même de la migration quand elle a atteint son terme (Ma Mung, 2009a). Pour définir cette notion, je suis appuyée sur les travaux de plusieurs auteurs issus de différentes disciplines.

L'un des précurseurs de la notion de projet migratoire est Paul-André Rosental dans "*Les sentiers invisibles*" (1999). Dans cet ouvrage portant sur les migrations rurales au cours du 19e siècle, il réfute une dichotomie : la microéchelle, dont l'approche biographique exclut régulièrement le rôle de contraintes extérieures, ne s'oppose pas « mécaniquement » à la macro-échelle, dont la vision est souvent déterministe. L'auteur se met en rupture avec les visions « réductrices » de la migration et il présente le projet migratoire comme la notion permettant d'introduire une dimension temporelle de la migration tout en articulant les échelles macroscopiques et microscopiques. P.A Rosental fait du projet migratoire une notion et un outil « *permettant de donner une explication des migrations, plus pertinente que celle des modèles habituels, et de rendre compte de leur complexité* » (cité par Ma Mung, 2009a p. 33)

Dans ses travaux portant sur les migrations des Touaregs du Niger (2005), Florence Boyer insiste également sur le fait qu'il ne faut pas se focaliser sur les facteurs répulsifs propres à l'espace de départ. Partir de la notion de projet migratoire permet de redonner une place aux actions des hommes en partant du point de vue du migrant. Cette notion devient alors suffisamment large pour rendre compte à la fois des intentions de mobilité et des conditions de réalisation de cette mobilité. Selon F. Boyer, la notion de projet migratoire permet d'inscrire la migration internationale dans une vision dynamique, en articulant les différentes échelles sociales, spatiales et temporelles dans la mesure où chacune intervient dans sa formulation.

Selon E. Ma Mung (2009a), dans les travaux où le projet migratoire est élaboré en tant que notion, celle-ci permet de comprendre les migrations non plus comme des résultats de mécanismes agissant à l'insu du migrant, par exemple la combinaison de forces économiques, mais plutôt comme la réalisation d'une intention propre au migrant.

En s'appuyant sur la conception de ces auteurs, il apparaît que la notion de projet migratoire ne peut être abordée comme une simple projection dans le futur, mais qu'elle doit plutôt être vue comme une donnée qui est sans cesse amenée à être redéfinie en fonction du contexte et de stratégies sociales et/ou individuelles. Par conséquent, elle se présente comme une notion dynamique, car les migrants sont amenés à le redéfinir, par exemple vis-à-vis des connaissances dont ils disposent (qu'on leur donne et/ou qu'ils recherchent) ou face à leurs actions et réactions devant différentes situations économiques, politiques ou financières. Le projet migratoire s'articule autour de l'individu et du groupe (de migrants, de parenté, d'appartenance sociale). Il se construit par le dialogue et la confrontation de ces différents niveaux d'analyse. Le projet migratoire apparaît donc comme un outil de saisie du mouvement (De Gourcy, 2013).

Dans cette présente recherche, l'utilisation d'une matrice biographique conçue spécifiquement pour recueillir les projets migratoires de la population a été nécessaire pour connaître les contenus initiaux des projets migratoires des praticiens et pour saisir les évolutions que ceux-ci ont connues au fil de leur migration et de leur carrière. Nous verrons que cette méthode a permis d'analyser les opportunités et les différentes stratégies mises en place par ces migrants au cours de leur vie. En fin de compte, j'ai retenu la notion de projet migratoire car c'est un outil descriptif et analytique des modulations qui prend en compte, entre autres, le vécu dans le pays d'installation (De Gourcy, 2013).

2.4. Des acteurs de la santé des Français

Les questions de santé ont une place importante dans l'organisation de la vie quotidienne des Français et dans l'économie du pays. Aujourd'hui, la santé et les territoires sont fortement imbriqués en raison de l'importance de l'offre de santé et de son poids dans l'économie locale. Il est important de rappeler que l'hôpital y est souvent le principal employeur : une structure hospitalière arrive en tête des plus grands établissements régionaux dans 14 des 22 régions françaises métropolitaines (Vigneron, Corvez et Sambuc, 2001). Il participe au rayonnement de l'environnement social et au développement économique d'une cité ou d'une région (Mordelet, 2006). Pourtant, le système de santé connaît actuellement différents types de problèmes liés à son financement (Evin, 2009 ; Grimaldi, 2005), à des questions éthiques (Caillol et *al.*, 2010 ; Massé, 2012) ou encore à l'attachement des individus à des soins de proximité (Coppoletta et Le Palud, 2014). L'adoption de la Couverture médicale universelle (CMU) par le biais de la loi n° 99.641 du 27 juillet 1999 a été une avancée dans la réduction des inégalités sociales et économiques de santé, mais elle n'a pas pour autant réglé les déséquilibres du champ géographique. Les questions de santé revêtent des objectifs cruciaux en politique et les différents gouvernements n'ont de cesse de trouver des solutions pour mieux répartir l'offre de soins tout en diminuant parallèlement les dépenses de santé. Même si l'on sait par ailleurs que l'offre de soin ou le nombre de professionnels de santé disponibles

dans l'environnement immédiat des patients n'expliquent pas tous les faits de santé (Marmot et Wilkinson, 2005), ces segments des politiques publiques de santé concentrent l'attention toute particulière des autorités. Par exemple, le contrôle strict du nombre des praticiens formés, à partir des années 1970, a ouvert des questionnements sur le fonctionnement actuel et futur du système de santé français. Il convient ici que nous faisions un point sur les recherches actuelles en géographie de la santé et nous arrêtions sur le lieu dans lequel évoluent les PADHUE, à savoir l'hôpital public.

2.4.1. Le renouvellement des approches en géographie de la santé

Dans le *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé* (2001), H. Picheral définit la géographie de la santé comme la synthèse et l'aboutissement de la géographie des maladies et de la géographie des soins, mais elle ne se réduit pas à leur juxtaposition. Il souligne que la géographie de la santé a pour objet l'analyse spatiale des inégalités de santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé. Il mentionne également qu'après avoir été longtemps pratiquée à l'échelle nationale, la géographie de la santé est de plus en plus appliquée à une échelle de la région ou de la ville dans un objectif de planification sanitaire et d'aménagement sanitaire du territoire.

Des années 1980 à nos jours, plusieurs groupes de recherche tels que le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES) se sont développés. Ces équipes ont réalisé des travaux sur les inégalités spatiales de santé via des approches socio-économiques (Tonnelier, 1993 ; Faure et Tonnelier, 1991), mais également sur la répartition de l'offre, sur la consommation et l'accès aux soins (Lucas-Gabrielli et Coldefy, 2010 et 2013). Des Atlas de la santé au niveau national et international ont également été réalisés par Gérard Salem, Stéphane Rican et *al.* (2000, 2006, 2008) ainsi que de nombreux travaux sur l'aménagement du territoire issus de la Délégation à l'aménagement du territoire (DATAR) (Glatron, Jacob et Vigneron, 2000 ; Vigneron, 2000 et 2002). La prospective et les multiples diagnostics réalisés dans l'ensemble de ces travaux ont été utilisés pour développer la planification sanitaire française. Dès le début des années 1990, ces géographes ont influencé la mise en place des différents Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Enfin, en 2003, ils ont permis la création des territoires de santé, qui sont actuellement le maillon central de l'organisation sanitaire (Bourdillon, 2005).

La géographie de la santé a énormément évolué en quelques dizaines d'années. Elle porte désormais un intérêt grandissant à l'égard des modèles sociaux plus larges de la santé et des soins de santé, empruntant notamment des références et connaissances à la sociologie de la santé (Moon et Kearns, 2007). En 2007, une première publication de synthèse des travaux des géographes de la santé francophone a présenté un panorama des principaux enjeux de la santé (Fleuret et Thouez, 2007). Mais les auteurs de la synthèse ont constaté que leur ouvrage comporte la limite de présenter uniquement des travaux effectués dans les sociétés dites « occidentales ». Ce constat a été le point de départ d'un autre ouvrage dont l'objectif est de présenter de nouvelles visions de la santé éloignée des analyses « classiques » de l'état de

santé des populations ou des systèmes de soins construits majoritairement à partir d'approches statistiques (Fleuret et Hoyez, 2011). Cet ouvrage, mêlant des auteurs anglophones et francophones, est le reflet d'un changement progressif dans le champ de la santé, notamment avec des études sur les nouvelles pratiques (médecines complémentaires ou alternatives, etc.) ou encore sur des populations minoritaires (migrants, peuples autochtones, etc.). L'influence anglo-saxonne a ouvert de nouvelles perspectives qui sont plus théoriques et davantage axées sur les aspects sociaux et culturels. Le champ de la santé est étudié à travers de nouveaux filtres tels que le genre (Chasles, 2009), le corps (Hoyez, 2014), l'âge et le handicap (Chaudet, 2009 ; Fleuret, 2011) ou encore la santé des migrants et des étrangers (Hoyez, 2010 ; Hoyez et D'Halluin, 2012 ; Pian, 2012a ; Arab, 2013). Aujourd'hui, l'importance de ces travaux est telle qu'ils font désormais partie intégrante de l'actuelle géographie de la santé.

Le choix de mon sujet m'a conduit à adopter une démarche de travail associant un recueil de données quantitatives (méthodologie « classique » de la géographie de la santé) à un recueil de données qualitatives (méthodologie la plus répandue en géographie sociale et en géographie des migrations internationales). Dans cette recherche, j'ai souhaité m'inscrire dans la continuité des travaux de cette « nouvelle » géographie de la santé.

2.4.2. L'hôpital : un lieu complexe

« Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple »
(Tenon, 1788, p.1)

Étudier les PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics français nécessite de définir les principales fonctions de cette institution. De nos jours, l'hôpital a comme première fonction de soigner les patients qui lui sont confiés en leur prodiguant des soins de qualités en toute sécurité (Mordelet, 2006). Il est d'ailleurs souvent présenté comme étant *« le miroir de notre société »* (Panel, 2007, p. 1). L'hôpital est doté d'une organisation fixée par des législations et des règles complexes dont la lecture représente un exercice singulier et subtil pour le néophyte (Rolland, 2007). Il remplit également des missions d'enseignements et des actions de collaborations tout en opérant un maillage étroit du territoire. Alors que l'hôpital contemporain détient un rôle central dans l'organisation des soins, il a une *« image complexe dans l'imaginaire collectif »* (Sainsaulieu, 2007, p. 19). Il faut dire que l'objectif de maîtrise des dépenses de santé et la rationalisation des équipements soumettent l'hôpital à une contrainte financière forte qu'il se doit de concilier avec sa vocation de service public depuis près de 20 ans (Bonnici, 1998). Pour Dominique Schnapper (2003), on observe comme un divorce entre « mission humaniste » et « rendement » dans le secteur public. Les hôpitaux sont pris en étau entre deux normes auxquelles ils doivent obligatoirement répondre, l'ISA (Indice synthétique d'activité) qui est une norme de qualité et l'ISO (Normes internationales d'audit) qui est une norme de productivité (Bonnici, 1998). Cette situation installe les secteurs publics et privés dans une ambiance de concurrence exacerbée, elle amplifie la concurrence entre les médecins et renforce la hiérarchie médicale. Pour le sociologue Ivan Sainsaulieu, cette situation ne fait qu'amplifier les inégalités, la domination et la différenciation. Ainsi, l'hôpital contemporain est non seulement le reflet des inégalités sociales, mais aussi le

producteur d'inégalités engendrées par la propre logique de l'institution (Carricaburu et Ménoret, 2005).

Même si cette situation générale complexe touche l'ensemble des structures hospitalières publiques, chaque établissement est différemment concerné en raison de son caractère multiple et pluriel. Chaque hôpital est unique et possède une organisation complexe, ce qui le contraint de s'adapter en permanence (Mordelet, 2006). Aujourd'hui, entre des obligations nationales et une gestion locale, l'hôpital n'apparaît ni comme un rouage inerte d'une machine hospitalière nationale ni comme un organisme autonome allant où bon lui semble (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Toutefois, la gestion locale laisse encore aux directeurs une certaine marge de manœuvre au niveau de la maîtrise des recrutements et des carrières. Ce fonctionnement fait que la situation des personnels dans ces établissements est à la fois simple et complexe. Elle est simple dans le sens où la majorité des agents des hôpitaux sont placés en situation réglementaire de droit public (Bonnici, 1998). Elle est complexe parce que l'on trouve des salariés de droits privés dans les hôpitaux publics (agents contractuels), mais surtout parce que le personnel hospitalier (médical et non médical) bénéficie de statuts très variés faisant appel à des modalités de gestion lourdes en dépit de caractères communs quant aux droits et obligations statutaires (Lauret et Rivet, 2009).

Depuis sa création, l'hôpital est le théâtre de profondes mutations, car il se doit de se plier à des contraintes économiques tout en étant toujours plus efficace et performant. François-Xavier Schweyer (2003) souligne qu'en forçant le trait, l'hôpital s'est engagé en quelques décennies dans un processus qui l'a fait passer de l'hébergement sans soins, aux soins sans hébergements. Les différentes évolutions de l'hôpital font de ce lieu de soins à la fois un lieu de professionnalisme et de rentabilité. Les PADHUE évoluent donc dans un lieu complexe entremêlé d'enjeux, de normes, de valeurs et d'obligations contradictoires et/ou opposés. Cette complexité m'a renforcé dans l'idée qu'il est nécessaire d'analyser et de comparer le fonctionnement de plusieurs structures hospitalières pour pouvoir réellement éclairer la situation des médecins diplômés hors UE. Il convient maintenant d'exposer les raisons qui m'ont permis de délimiter mon terrain de recherche.

3. Délimiter le terrain

Ayant travaillé sur un hôpital de « campagne » durant mon année de Master 2, je devais élargir mon terrain de manière pertinente et juste. Dans une recherche, l'unité de base de l'objet peut être choisie à partir de différents critères, tels le groupe social (perspective généralement privilégiée par les sociologues) ou le lieu (perspective généralement privilégiée par les géographes) (Pian, 2012b). Ces deux options pouvant également être combinées (Marcus, 2010), j'ai finalement choisi d'étudier la catégorie des PADHUE à l'échelle d'une région française.

3.1. Une étude monographique

Durant mon étude menée en Master 2 (Cottereau, 2010), les responsables et les médecins m'avaient expliqué que les problèmes et les politiques de recrutement sont différents d'un

hôpital à l'autre. Ce constat m'imposait une comparaison entre plusieurs structures hospitalières dans le cadre de cette actuelle recherche. Je me suis donc interrogée sur les raisons pouvant justifier le choix d'étudier certains hôpitaux et d'en évincer d'autres.

J'ai retenu l'échelle régionale parce qu'elle fait partie d'un cadre politico-administratif et que l'organisation sanitaire s'effectue principalement au niveau régional. La loi du 31 décembre 1970 a créé le service public hospitalier, ce qui a instauré une planification sanitaire (Stingre, 2008). Ce système sanitaire a été alors déterminé par une carte sanitaire, elle-même complétée depuis la loi du 31 juillet 1991 par un Schéma régional d'organisation sanitaire et social (SROSS). Depuis, la planification sanitaire est limitée au seul schéma d'organisation sanitaire et elle est encadrée par les agences régionales de santé (ARS). Le système hospitalier français se découpe en « systèmes régionaux » où tous les hôpitaux locaux (HL) et les centres hospitaliers (CH) gravitent autour du centre hospitalier universitaire (CHU) situé dans la préfecture régionale. La région présente également l'intérêt d'être identifiée comme un échelon pertinent pour le pilotage de la politique de santé (Jabot et Demeulemesster, 2005). De nombreux géographes, tels que Emmanuel Vigneron (2002), mettent en avant l'approche régionale, car ils considèrent que c'est une bonne échelle d'analyse des politiques publiques et des pratiques sociospatiales des populations.

J'ai rapidement écarté l'idée d'étudier les PADHUE dans deux systèmes régionaux différents, car il était techniquement trop compliqué de réaliser deux terrains de recherche. Tout d'abord, en l'absence de données précises sur ces médecins, je souhaitais réaliser un recensement de ces praticiens à l'échelle régionale. Si j'ai effectivement pu obtenir une base de données complète sur les praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes, nous verrons que ce travail a été long et assez laborieux. Il aurait donc été compliqué d'effectuer ce travail simultanément dans deux régions. Ensuite, pour que le travail comparatif soit pertinent, j'aurai dû sélectionner une région ayant une densité démographique relativement différente de celle de la région Poitou-Charentes. Ce critère m'aurait incité à travailler sur la région Ile-de-France ou encore sur une région du Sud de la France. Pour des questions pratiques, l'éloignement géographique des deux régions aurait rendu difficile la réalisation des terrains de recherche. Je préférais saisir un système régional dans son intégralité, plutôt que de risquer d'en survoler partiellement plusieurs. Finalement, c'est pour l'ensemble de ces raisons que j'ai choisi de faire une monographie, soit l'étude minutieuse et longitudinale d'un seul cas (Guéranger, 2012).

La monographie est *« une sorte de présentation la plus complète et la plus détaillée possible de l'objet étudié »* (Zonabend, 1985, p.33). Plus précisément, il s'agit *« d'une démarche d'étude d'un phénomène ou d'une situation relatifs à une société déterminée, impliquant une enquête de terrain et l'observation directe (in situ) propices à reconstituer ce phénomène ou cette situation dans sa totalité »* (Dufour, Fortin et Hamel, 1991, p. 22). Déjà utilisée par Bronislaw Malinowski ou encore par les membres de l'école de Chicago, la monographie peut présenter l'intérêt de faire intervenir le point de vue des acteurs. Selon Howard Becker : *« Pour comprendre la conduite d'un individu, on doit savoir comment il percevait la situation, les obstacles qu'il croyait devoir affronter, les alternatives qu'il voyait s'ouvrir*

devant lui ; on ne peut comprendre les effets du champ des possibilités […] qu'en les considérant du point de vue de l'acteur » (1986, p. 106). Dans la mesure où elle est bien menée, *« l'étude monographique s'avère parfaitement en harmonie avec ces trois maîtres mots que sont décrire, comprendre et expliquer caractérisant toute démarche qualitative. (…)* [Elle permet] *de définir de façon précise le passage du local au global assurant à l'explication ainsi acquise une valeur de généralité »* (Dufour, Fortin et Hamel, 1991, p. 73). La monographie répondait parfaitement à ma volonté de replacer l'acteur-migrant au cœur de la recherche et d'effectuer une approche localisée permettant un basculement vers une compréhension globale. La malléabilité et l'adaptabilité de la démarche monographique me permettaient également d'effectuer une comparaison interne à ma propre monographie au travers de l'étude des différents établissements hospitaliers.

3.2. Le choix de la région Poitou-Charentes

L'étude que j'avais effectuée durant mon année de Master 2 avait comme terrain de recherche le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (cf. carte 2). Lorsque j'ai décidé d'effectuer une recherche doctorale, j'ai logiquement souhaité poursuivre ce travail à l'échelle de cette même région. Non seulement j'avais déjà quelques informations sur le système hospitalier, mais je connaissais plutôt bien cette région dont je suis originaire. Pour des raisons pratiques, ces critères ont fortement influencé mon choix d'étudier la région Poitou-Charentes. Elle compte un total de 30 structures hospitalières publiques[25].

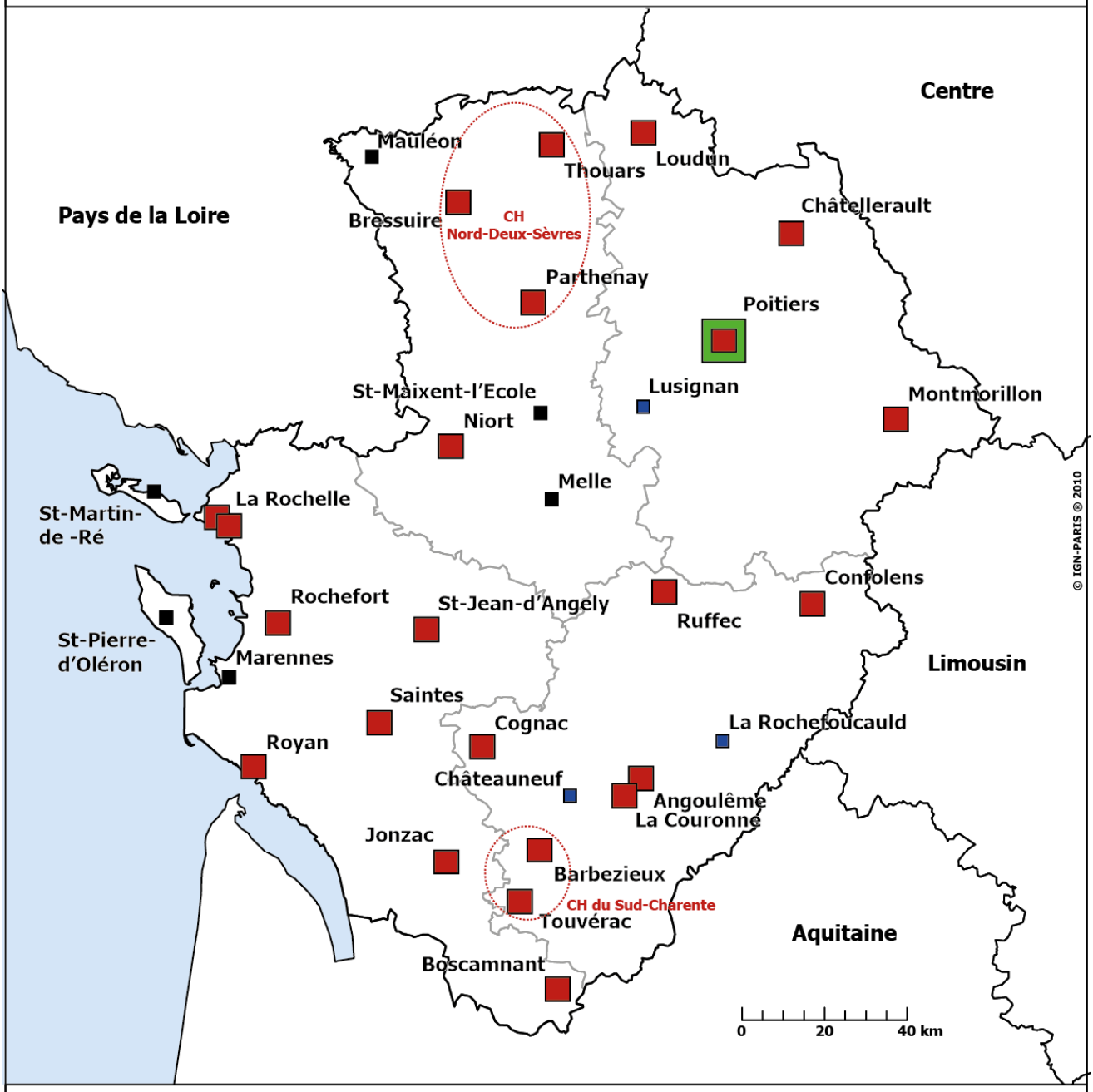
Cette région se compose de quatre départements (Vienne, Deux-Sèvres, Charente et Charente-Maritime) qui mêlent à la fois des zones attractives (littoral) où la densité de population est forte et des zones rurales moins attrayantes où la densité de population est plus ou moins faible. Selon les données de l'INSEE, entre 1999 et 2008, la population a augmenté de 12 000 habitants chaque année, soit de + 0,7 % par an. Ce dynamisme démographique, la région le doit à son attractivité, le solde naturel étant presque nul. La région occupe le 8e rang des régions françaises les plus attractives. La carte 2 (p. 38) représente la localisation des différents établissements hospitaliers publics au sein de la région Poitou-Charentes. Sur cette carte, nous pouvons voir qu'il existe différentes formes de structures puisque certaines d'entre elles sont réparties sur plusieurs sites distincts, par exemple le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres dont les trois sites sont situés dans les villes de Bressuire, Thouars et Parthenay.

D'autres éléments, non représentés sur la carte 2, ont eu une importance notable comme le fait qu'il existe différentes formes de direction (groupe hospitalier, direction commune, etc.). À titre d'exemple, les centres hospitaliers de Saintes et de Saint-Jean-d'Angély ont une seule et même direction située dans l'établissement de Saintes. Les capacités d'accueil des hôpitaux sont également disparates puisqu'elles vont de 35 places pour l'hôpital local de Melle à une capacité d'accueil de 1490 personnes pour le CHU de Poitiers. La région Poitou-Charentes m'offrait ainsi la possibilité d'étudier une grande diversité de structures hospitalières (de par leur localisation, leur taille ou encore leur fonctionnement).

[25] La liste des structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes est reproduite en annexe 4.

Carte 2

Localisation des structures hospitalières publiques en région Poitou-Charentes (2013)



Les types de structures hospitalières

- Centre Hospitalier Universitaire
- Centre Hospitalier
- Centre hospitalier (ex-hôpital local*)
- Hôpital local*
- Centre hospitalier reparti sur plusieurs sites géographiques

* La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 fait disparaitre la dénomination «hôpital local» au profit de celle d'établissement de santé à l'instar des CHU ou des CH. Toutefois, certains établissements en situation transitoire portent encore la dénomination «hôpital local».

Source: annuaire Politi (www.politi.com; consulté le 7 octobre 2013); Réalisation: Victoire Cottereau (octobre 2013 ©)

Enfin, elle présentait également l'intérêt de posséder une densité régionale de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre considérée comme faible par le CNOM. Ainsi, la localisation géographique, le profil socio-économique des populations, les structures hospitalières, la démographie ainsi que ma connaissance du territoire sont autant d'éléments qui ont confirmé mon choix et l'originalité de ce terrain.

Finalement, le choix de réaliser une approche monographique à l'échelle de la région Poitou-Charentes devait me permettre de saisir des processus observables dans d'autres régions françaises. Malgré la particularité de chaque région, les résultats issus de l'analyse de la région Poitou-Charentes autorisent une certaine généralisation aux autres systèmes régionaux, c'est-à-dire à l'échelle nationale.

4. La méthodologie mise en œuvre

« La méthode est à la fois expressive de la démarche subjective du penseur et du contenu objectif de ce qui est pensé. Mais c'est en dernière analyse par ce contenu que la méthode est « fondée » puisque si la méthode exprime la démarche de la pensée, celle-ci exprime la nature de ce qui est pensé.»

(Godelier, 1969, p. 34)

Les données sur la thématique de recherche étant lacunaires ou très imprécises, mon objectif initial était d'établir une méthodologie rigoureuse et la plus complète possible. J'ai choisi d'associer deux recueils de données distincts: un premier d'ordre quantitatif et un second d'ordre qualitatif. Une telle association nécessite une longue période de recueil de données et donne une place privilégiée (pour ne pas dire centrale), au travail de terrain.

4.1. Les grandes phases de la recherche et outils méthodologiques

La méthodologie de recherche a consisté à suivre trois grandes étapes (cf. schéma 2, p. 40). La première étape a été la recherche documentaire. Celle-ci m'a permis de collecter l'ensemble des études et des données relatives aux thèmes de recherche ainsi qu'à la région d'étude. Pour ce faire, j'ai fait usage de plusieurs ressources telles que les différentes bibliothèques universitaires et de laboratoires possédant des documents relatifs au sujet étudié, la littérature grise et les archives de l'ARS de la région Poitou-Charentes, de l'ONDPS, du CNG, du CNOM, des syndicats des médecins ou encore celles de l'EHESP.

Les seconde et troisième phases de ma recherche ont consisté à recueillir des données quantitatives et qualitatives. Dans un premier temps, le recueil de données quantitatives me paraissait nécessaire au vu de l'absence ou de l'imprécision des statistiques existantes. Selon l'économiste de la santé Jean De Kervasdoué, *« La médecine hospitalière est mal connue. Des statistiques existent, elles sont rarement systématiques et exhaustives. Le nombre de médecins travaillant dans les hôpitaux est estimé. Certes tous les médecins sont tenus de s'inscrire au*

répertoire administratif Adeli[26]*, mais une part non négligeable d'entre eux ne le fait pas.»* (2003, p. 241). J'ai donc établi en premier lieu une base de données fiable sur ma région d'étude afin de prendre connaissance de la réalité hospitalière au moment de ma recherche. C'est uniquement après avoir traité ces données quantitatives que je me suis autorisée à commencer ma recherche qualitative.

Schéma 2: Les différentes phases de la démarche méthodologique

Phase 1 **Recherche documentaire**	
Principaux objectifs	•Collecter l'ensemble des études et données (universitaire et législative) portant sur les PADHUE •Effectuer un état de l'art sur les différents thèmes relatifs à la recherche •Créer un support pour faciliter la lecture des législations (frise chronologique)

Phase 2 **Recueil de données quantitatives**	
Principaux objectifs	•Elaborer des outils pour réaliser un recensement des PADHUE et des médecins en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 •Recueillir les données auprès de l'ensemble des hôpitaux de la région étudiée •Effectuer une analyse statistique des données recueillies •Réaliser des tableaux et cartes des résultats issus du recensement

Phase 3 **Recueil de données qualitatives**	
Principaux objectifs	•Elaborer un outil (matrice biographique) et des grilles d'entretien afin d'effectuer une enquête biographique auprès de PADHUE et des médecins diplômés en Roumanie •Elaborer une grille d'entretien à destination des responsables administratifs des hôpitaux (directeurs, DRH, responsable des affaires médicales, etc.) •Réaliser les entretiens •Retranscrire et analyser les entretiens •Réaliser des cartes de parcours de praticiens

Réalisation : Victoire Cottereau (septembre 2014©)

[26] ADELI signifie Automatisation Des Listes. *« C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil – situation professionnelle – activités exercées). Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence. »* http://www.sante.gouv.fr/repertoire-adeli.html (consulté le 05/04/2015)

J'ai cherché à concevoir l'enchaînement de ces trois phases de façon à ce que chacune d'entre elles vienne nourrir la suivante. Mon choix de cumuler différents types de recueils de données vient d'une volonté de saisir ma thématique avec un souci du détail. À ce titre, je me suis rendue au 15e Congrès national de la Fédération des praticiens de santé (FPS) qui s'est tenu le 19 novembre 2011 à l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris. Ce congrès syndical, qui rassemblait également des responsables du CNOM et du ministère de la Santé, interrogeait l'avenir des médecins à diplôme étranger en France ainsi qu'un éventuel changement législatif. La participation à cette journée de débats m'a permis de me rendre compte des revendications des médecins, mais également des multiples enjeux qui se tissent autour de leur place dans le système de santé français. Par la même occasion, j'ai pu lever quelques doutes sur certaines applications législatives et renforcer la précision de mes données.

J'ai également construit une frise chronologique qui réunit toutes les principales législations concernant l'hôpital public, les conditions d'exercice de la médecine en France ainsi que les diplômes et les procédures d'autorisation d'exercice ouverts aux PADHUE. Réalisée à partir des archives du CMDE[27] et de recherches documentaires, cette frise chronologique offre au lecteur une clé de lecture des différentes législations françaises évoquées dans cette recherche doctorale. Par ailleurs, les données quantitatives et qualitatives m'ont également servi à réaliser des traitements statistiques, mais surtout une importante collection de cartes. Deux différents types de cartes sont présents dans cette recherche. Premièrement, les cartes réalisées à partir des données quantitatives recueillies auprès des hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes représentent notamment la répartition des PADHUE par établissement, par pays d'obtention du doctorat ou encore par service d'affectation[28]. Deuxièmement, les cartes élaborées à partir des données qualitatives représentent les parcours professionnels et résidentiels de différents praticiens (cf. partie III, p. 209). L'ensemble de ces outils a pour but d'illustrer mon propos tout en long de cette thèse et d'éviter au lecteur de se perdre en raison de la grande complexité de la législation hospitalière.

4.2. Le recueil et la compilation de données quantitatives

La première année de cette recherche a été consacrée au volet quantitatif à travers la réalisation d'un recensement des médecins en exercice dans les hôpitaux de la région au 1er janvier 2011, avec une attention particulière portée sur les PADHUE.

4.2.1. Élaboration des outils pour le recensement

Une partie des données collectées auprès des structures hospitalières sont des informations qui ne sont pas disponibles auprès d'administrations ou d'institutions (CNOM ou encore ministère de la Santé). La multiplicité et la complexité des statuts hospitaliers sont à l'origine de ce flou qui existe aujourd'hui en France. Le CNG[29] connaît les effectifs précis des médecins nommés à titre permanent (titulaires), mais ces praticiens ne représentent qu'une partie des effectifs des hôpitaux. Tous les médecins recrutés à titre temporaire ou par voie

[27] Comité des médecins à diplôme étranger.
[28] Ces cartes sont reproduites en annexes 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25.
[29] Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

contractuelle ne sont pas enregistrés au CNG. Les registres du CNOM sont également incomplets, car les PADHUE ne possédant pas la plénitude d'exercice ne sont pas autorisés à s'y inscrire. Les effectifs exacts de médecins qui exercent dans les hôpitaux ne sont donc connus précisément que par les établissements qui les emploient. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de recueillir les données auprès de chaque structure hospitalière publique afin d'obtenir des données inédites sur les PADHUE et l'ensemble des praticiens hospitaliers à l'échelle de la région Poitou-Charentes. Pour ce faire, trois tableaux[30] ont été mis au point et envoyés au responsable des affaires médicales de chaque établissement.

-Le tableau concernant les effectifs globaux des hôpitaux au 1er janvier 2011 et au 1er janvier 1995 : L'objectif de ce premier tableau était de connaître le nombre total de praticiens qui exerçaient dans les structures hospitalières de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 et au 1er janvier 1995 (cf. annexe 5 et 6, p. 336). Ce premier tableau est composé de deux volets distincts, un premier pour l'année 2011 et un seconde pour l'année 1995. Ces tableaux s'intéressaient également à la répartition par sexe, au nombre de praticiens diplômés en Union européenne et hors Union européenne ainsi qu'aux pays dans lesquels les praticiens diplômés en UE ont obtenu leur diplôme de médecine. L'ensemble des structures hospitalières m'a fourni les données pour l'année 2011. À l'inverse, quelques établissements n'ont pas été en mesure de donner les informations pour l'année 1995, principalement parce que leurs archives ne sont pas informatisées.

-Le tableau concernant les PADHUE exerçant dans les structures hospitalières au 1er janvier 2011 : L'objectif de ce second tableau était d'établir un recensement des PADHUE qui étaient en exercice dans les hôpitaux au 1er janvier 2011. Ce second tableau était composé de 17 variables afin d'apporter un maximum d'informations sur les PADHUE (cf. annexe 7, p. 338).

-Le tableau concernant les PADHUE exerçant dans les structures hospitalières au 1er janvier 1995.

L'objectif de ce troisième tableau était d'établir un recensement rétrospectif des PADHUE qui exerçaient dans les hôpitaux au 1er janvier 1995. Plusieurs hôpitaux étant dans l'incapacité de me communiquer ces données, j'ai décidé d'abandonner la comparaison des deux périodes de recensement à l'échelle régionale.

-Le manuel de remplissage : L'objectif de ce manuel était de faciliter le remplissage des tableaux de recensement et de limiter les erreurs (cf. annexe 8, p. 339).

4.2.2. Le recueil des données auprès des hôpitaux

Le travail de collecte de données auprès des structures hospitalières a été découpé en plusieurs étapes distinctes. J'ai dû effectuer à plusieurs reprises quelques ajustements et modifications afin de pouvoir atteindre mon objectif initial : un taux de participation de 100 %.

[30] Tous les documents concernant ce recensement sont reproduits dans les annexes 5 à 8.

J'ai d'abord contacté par téléphone les services des affaires médicales de chaque structure afin de me présenter, d'expliquer brièvement la recherche et de demander à quelle(s) personne(s) je devais envoyer un courrier officiel. Ensuite, je leur ai adressé des courriers comportant : une lettre expliquant le sujet de la recherche, une lettre de recommandation de mes directeurs de recherche, une lettre de recommandation du directeur général de l'ARS Poitou-Charentes (Monsieur François-Emmanuel Blanc), une fiche explicative sur la recherche doctorale.

Enfin, j'ai envoyé par courriel les tableaux de recensement aux administrations de tous les hôpitaux. Au bout de deux mois, seules cinq structures avaient complété les tableaux (dont quatre hôpitaux locaux). J'ai alors décidé de changer de stratégie de collecte afin d'obtenir davantage de réponses positives de la part des structures hospitalières. J'ai rappelé fréquemment les responsables administratifs afin d'obtenir des renseignements sur l'avancée du remplissage des tableaux. Voyant que certains d'entre eux n'entamaient pas les recherches demandées, je leur disais que je pouvais me rende sur place afin d'effectuer le travail par moi-même. Six hôpitaux ont accepté et m'ont laissé accéder à leurs archives. Seules cinq structures hospitalières ont tardé remplir les tableaux et il a fallu que je les sollicite de nombreuses fois pour qu'ils acceptent de participer. Finalement, j'ai obtenu la collaboration de tous les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes, c'est-à-dire des 30 établissements.

4.2.3. Les difficultés rencontrées

- **Le manque de temps du personnel administratif** : Lorsque j'expliquais mon travail de recensement auprès des responsables administratifs des hôpitaux, presque tous m'indiquaient qu'ils étaient débordés, qu'ils manquaient de personnel et qu'ils recevaient de nombreuses enquêtes. J'ai donc pris la décision de les rappeler régulièrement afin que ma recherche ne tombe pas dans l'oubli.

- L'impossibilité de consulter les archives: Lorsque les hôpitaux tardaient à répondre, je leur proposais de venir sur place effectuer le travail par moi-même. Certains responsables administratifs ont refusé catégoriquement sous prétexte que les dossiers des praticiens sont confidentiels. Dans ce cas de figure, j'étais contrainte de faire preuve de patience et de rappeler régulièrement les hôpitaux jusqu'à ce qu'ils remplissent les tableaux.

- Les erreurs de remplissage : Certains responsables ont mal (voire pas) utilisé le manuel de remplissage, ce qui a entraîné des erreurs. Certains ont indiqué tous les médecins de nationalité étrangère, d'autres envoyaient les données uniquement sur les praticiens diplômés en Union européenne, d'autres encore oubliaient d'indiquer les informations sur les médecins exerçant sous le statut de praticien hospitalier. J'ai également constaté à plusieurs reprises que des effectifs globaux (tableau 1) n'étaient pas cohérents avec les données des tableaux 2 et 3. J'ai donc recontacté systématiquement les hôpitaux pour corriger les erreurs ou vérifier qu'ils n'avaient pas oublié certains praticiens.

- Un travail de recensement trop important : J'ai commis l'erreur de penser que toutes les informations demandées aux structures hospitalières étaient informatisées. Lors de mes

déplacements dans les hôpitaux, j'ai constaté que le recours aux dossiers papier était obligatoire pour rassembler les informations sur les praticiens. Les responsables administratifs devaient donc passer beaucoup de temps à rechercher les informations demandées. La lourde charge de travail demandée aux responsables explique le fait que certains d'entre eux ont tardé à remplir les tableaux.

La période de recueil des données, de la prise de contact avec les hôpitaux jusqu'à la réception de l'ensemble des tableaux, a été assez longue. Elle s'est étalée sur une année entière. Si je n'ai pas pu exploiter le recensement au 1er janvier 1995 en raison d'un grand nombre de données manquantes[31], le recensement au 1er janvier 2011 s'est avéré très fructueux puisque les 30 structures hospitalières de la région Poitou-Charentes ont fourni les informations demandées. Ce recueil m'a permis d'obtenir de nombreuses informations sur les médecins diplômés hors UE, sur leur répartition régionale et il m'a offert la possibilité de mieux préparer et appréhender les entretiens avec les médecins et les responsables administratifs des établissements.

4.3. Le recueil de données qualitatives

Les deuxième et troisième années de recherche ont principalement été consacrées au volet qualitatif avec la réalisation de 32 entretiens auprès des PADHUE (dont 4 diplômés en Roumanie arrivés en France avant 2007), 8 entretiens auprès des médecins diplômés en Roumanie arrivés à partir de 2007, 1 entretien auprès d'un médecin diplômé en Espagne et 16 entretiens avec des responsables administratifs de structures hospitalières. J'ai également exploité la vingtaine d'entretiens réalisés en 2010 durant mon année de Master 2. Le tableau 1 (p. 45) détaille l'ensemble des entretiens formels utilisés durant cette recherche doctorale. J'ai également effectué de nombreux entretiens informels qui m'ont permis d'obtenir de précieuses informations. Les entretiens auprès de l'ensemble des personnes rencontrées ont été réalisés dans 16 structures différentes, car je ne me déplaçais pas dans les hôpitaux locaux qui m'employaient aucun PADHUE. Dans ce cas de figure, un rendez-vous téléphonique informel avec un responsable de l'établissement était suffisant pour obtenir les informations désirées.

Au début de cette recherche, j'avais prévu de rencontrer uniquement des PADHUE et des responsables administratifs. Suite à l'analyse du recensement au 1er janvier 2011, j'ai élargi la population enquêtée aux médecins diplômés en Roumanie. Ces praticiens ont été inclus à cette recherche pour trois principales raisons :

- Selon une étude réalisée pour le Conseil de l'ordre, les praticiens diplômés en Roumanie sont les médecins à diplôme européen (hors France) les plus représentés en France (CNOM, 2012b).

[31] J'ai décidé de ne pas exploiter les données au 1er janvier 1995, car sept structures étaient dans l'incapacité de fournir les informations demandées et plusieurs établissements les ayant fournies ont précisé qu'ils n'étaient pas certains de leur exactitude.

- Selon mes propres données, les médecins à diplôme roumain sont également les praticiens diplômés en UE les plus nombreux dans la région étudiée. Au 1er janvier 2011, 26 médecins diplômés en Roumanie exerçaient dans 11 structures de la région Poitou-Charentes[32].

- L'effectif de ces médecins aurait fortement augmenté en Poitou-Charentes depuis le recensement du 1er janvier 2011. Plusieurs responsables des affaires médicales d'hôpitaux affirment avoir recruté plusieurs médecins diplômés en Roumanie durant ces dernières années.

Tableau 1 : Nombre et types de personnes rencontrées pour la recherche

Types de personnes	Effectifs
PADHUE	**52**
Médecins diplômés en Roumanie arrivés en France à partir de 2007	**8**
Médecin diplômé en Espagne	**1**
Responsables administratifs (directeurs, directeurs adjoints, directeurs des ressources humaines et responsables des affaires médicales)	**16**
Responsable de la DRASS	**1**
TOTAL	**78**

Réalisation : Victoire Cottereau (septembre 2014©)

4.3.1. L'enquête biographique

J'ai mis au point une enquête biographique en tenant compte de la littérature sur les différents outils d'enquête, tels que les travaux du groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB, 1999 et 2006), de Daniel Bertaux (2005), de Daniel Courgeau (1985 et 2004) ou encore Alain Blanchet et Anne Gotman (2010). J'ai élaboré un outil me permettant de recueillir le parcours biographique d'un médecin en une seule rencontre, un minimum de temps et de façon à ce que les données biographiques recueillies soient les plus fiables possible. Ma méthodologie est inspirée par l'enquête « Triple biographie : familiale, professionnelle et migratoire » réalisée par Daniel Courgeau en 1981 et par le questionnaire matriciel de l'enquête « Mobilité spatiale à Bogota et dans trois villes du Casanare (Colombie) » réalisé par Françoise Dureau et Carmen Elisa Florez dans les années 1990 (GRAB, 1999).

Rappelons que j'ai choisi ce type de méthodologie d'enquête parce qu'elle permet de récolter simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire). Elle permet également d'analyser les interactions entre les différents acteurs et

[32] La carte représentant les praticiens diplômés en Roumanie en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 est reproduite en annexe 23.

l'effet de l'hétérogénéité de la population sur ces comportements. L'objectif de ce type de méthodologie est de cerner comment un événement familial ou professionnel, pour un individu donné, modifie la probabilité des autres événements de son existence. Ce type d'enquête offre donc la possibilité de vérifier l'hypothèse que c'est l'interaction de facteurs qui engendre un espace/temps propre à chaque situation.

J'ai également associé à cette méthode d'enquête une matrice biographique, car elle permet *« de restituer l'enchaînement d'événements qui constituent autant de repères pour le sujet, mais qui correspondent aussi à des moments de basculement dans une situation nouvelle faisant appel à d'autres logiques d'action »* (Billiard, Debordeaux et Lyrol, 2000, p. 6). J'ai retenu ce matériau parce qu'il sert à savoir quel sens chaque individu accorde aux différentes périodes de sa vie, tout en apportant de précieuses informations contextuelles. Cette méthodologie présente l'intérêt d'articuler des données d'ordre structurel et d'ordre personnel, où interagissent des expériences subjectives et des faits objectifs (Billiard, Debordeaux et Lyrol, 2000). La matrice biographique est composée de deux grandes grilles et d'un tableau.[33]

- La première grille a permis de récolter toutes les informations concernant les lieux de résidence et les données professionnelles. Pour la partie s'intéressant aux lieux de résidence, je notais tous les changements de pays, de villes, mais également de logements, de type d'occupation du logement. Parallèlement je recueillais les informations de type professionnelles. Celles-ci concernent le parcours universitaire de l'individu suivi de son parcours professionnel ce qui inclut le ou les métier(s) de l'individu, son ou ses lieu(x) d'emploi et éventuellement ses différents statuts au sein des établissements qui l'ont employé et l'emploient actuellement. Enfin dans une colonne intitulée « autre », je notais les événements particuliers tels que l'obtention de la nationalité française.

- La seconde grille a servi à recueillir les données d'ordre familial. Ce tableau permettait d'obtenir des renseignements sur les parents de l'enquêté(e), sur le(a) ou les conjoints(es) de l'individu et enfin sur éventuellement ses enfants.

- Le tableau servait à noter des informations sur les frères et sœurs de l'enquêté(e).

J'ai également établi une liste de tous les thèmes abordés pour le remplissage de la matrice biographique afin de ne pas oublier des points importants durant les entretiens.[34]

4.3.1. Les grilles d'entretien

- **La grille d'entretien à destination des PADHUE[35]** : Après le remplissage de la matrice biographique, le rendez-vous prenait la forme d'un entretien semi-directif sur des thématiques telles que le système de santé dans le pays d'origine de l'individu ou son point de vue sur le système de reconnaissance des diplômes en France. J'ai donc également construit une grille d'entretien à destination des PADHUE.

[33] La matrice biographique est reproduite en annexe 14.
[34] La liste des thèmes abordés pour le remplissage de la matrice biographique est reproduite en annexe 15.
[35] La grille d'entretien à destination des PADHUE est reproduite en annexe 16.

- La grille d'entretien à destination des médecins diplômés en Roumanie[36] : Si la matrice biographique était identique pour les PADHUE et les praticiens à diplôme roumain, il existait quelques différences au niveau de la grille d'entretien, notamment parce que ces praticiens ne sont pas soumis à la même législation que les médecins diplômés en dehors de l'Union européenne. Celle-ci se concentre davantage sur les raisons qui les amènent à venir en France ou encore sur les éventuelles conséquences que ces départs peuvent avoir sur le système de santé roumain.

- La grille d'entretien à destination des responsables administratifs[37] : Cet entretien semi-directif avait pour objectif de connaître la situation globale de chaque structure (nombre de médecins, services, etc.). Il me permettait d'approfondir un certain nombre de thèmes tels que la place des PADHUE et des médecins diplômés en Union européenne dans l'établissement ou encore l'éventuel recours à des agences d'intérim.

4.3.2. Déroulement des prises de rendez-vous et posture adoptée au sein des hôpitaux

Durant mon travail de terrain, j'ai décidé de ne pas effectuer d'entretiens dans plusieurs hôpitaux à la fois. C'est uniquement lorsque j'avais j'achevé les entretiens dans une structure que j'en contactais une autre. À chaque fois que j'arriverai dans un nouvel établissement, je procédais de la même façon. Dans un premier temps je m'entretenais avec un responsable administratif. À l'issue de ce rendez-vous, le responsable me mettait généralement en contact avec des médecins, qui me mettaient eux-mêmes en relation avec d'autres collègues. Cette démarche me permettait de déclencher un effet « boule de neige » au sein des différents établissements. J'ai volontairement choisi de ne pas déterminer la taille de l'échantillon de médecins au début de ma recherche. Je partais du principe que la taille optimale de mon échantillon serait atteinte lorsque je verrais apparaître un effet de saturation, c'est-à-dire lorsque les dernières explorations n'apportaient plus de nouvelles informations. Dans un tableau (cf. annexe 9) sont présentées les principales caractéristiques des praticiens rencontrés. Pour des questions d'anonymat, les prénoms de médecins sont modifiés et je n'indique pas leurs lieux d'exercice. Par ailleurs, je ne fournis que de rares informations sur les responsables administratifs rencontrés, car je ne souhaite pas qu'ils puissent être identifiés.

J'ai dû élaborer quelques techniques afin de ne pas obtenir des silences et/ou des informations biaisées. Concernant les entretiens avec les médecins et les responsables administratifs, j'arrivais généralement à obtenir leur confiance par le simple biais de l'anonymat. Mais la situation est tout autre avec le personnel hospitalier (secrétaires médicales, infirmières, etc.) que j'étais amenée à croiser au quotidien. Comme je souhaitais pouvoir observer et circuler librement dans l'hôpital sans éveiller le moindre soupçon ou induire des changements de comportements, j'ai décidé très tôt d'adopter la technique de « l'invisibilité » et de ne pas

[36] La grille d'entretien à destination des médecins diplômés en Roumanie est disponible en annexe 17.
[37] La grille d'entretien à destination des responsables des affaires médicales est reproduite en annexe 18. Sous l'appellation « responsables administratifs » sont regroupés des directeurs d'hôpitaux, des directeurs adjoints, des directeurs des affaires médicales et des directeurs des ressources humaines.

réfuter les représentations que l'on se faisait de moi au sein des hôpitaux. En fait, c'est lorsque j'ai réalisé mon terrain de recherche de Master 2 en 2010 que j'ai adopté cette stratégie. À cette époque, j'avais remarqué que la plupart des personnes travaillant à l'hôpital me prenaient pour une représentante de laboratoire pharmaceutique (je veillais toujours à être bien habillée et à ne jamais me déplacer sans un gros cartable en cuir). Cette étiquette me permettait non seulement d'obtenir des rendez-vous plus rapidement avec les médecins, mais également de naviguer de service en service sans que personne ne se pose de questions. Concernant les prises de contacts par appels téléphoniques, la situation était encore plus facile, car les secrétaires me donnaient un rendez-vous ou me mettaient immédiatement en relation avec la personne demandée dès que je prononçais le mot « laboratoire » (pour « laboratoire Migrinter ») en me présentant.

4.3.2. Remplissage de la matrice biographique et déroulement des entretiens

> *« L'accès au terrain va […] impliquer la négociation préalable d'un contrat.* (…) *Ce qui importe, c'est l'existence d'un accord qui permette de mener l'entreprise à bien et pour commencer d'accéder aux individus et aux groupes qui font l'objet de la recherche »* (Abélès, 2002, p. 38).

L'ensemble des entretiens avec les médecins s'est déroulé de façon identique. La personne était systématiquement informée en premier lieu de l'objet et du cadre de ma recherche[38], et enfin sur la façon dont allait se dérouler l'entretien ainsi que sur le fait que celui-ci sera traité de manière totalement anonyme. J'expliquais à la personne qu'avant de l'interroger sur des points précis, j'allais d'abord remplir une matrice biographique dont le but est d'obtenir un appui visuel de l'ensemble de son parcours. Dans un second temps, après l'accord de la personne, je commençais à enregistrer la conversation au moment où je débutais le remplissage de la matrice biographique. Je recueillais toujours en premier les données d'ordre familial avant de passer à la reconstitution du parcours migratoire et professionnel. Une fois la matrice biographique remplie, j'opérais un basculement vers un entretien semi-directif. Celui-ci se compose de questions communes à l'ensemble des médecins et de questions spécifiques à chaque praticien en fonction de leur parcours. Tous les entretiens ont été effectués en tête à tête[39] au sein des structures hospitalières (salle de réunions, urgences, etc.). En moyenne, les entretiens duraient 1 heure 30 minutes. Même si quelques fois nous avons été dérangés (sonnerie du SMUR[40], appels téléphoniques, etc.), les rendez-vous se sont déroulés de manière très satisfaisante. Un seul médecin n'a pas souhaité être enregistré et un autre n'a pas voulu participer. À l'inverse, de nombreux médecins expliquaient l'intérêt qu'ils portaient à participer à cette recherche et ils n'hésitaient pas à raconter leur parcours sans tabous. Le manque de disponibilités des médecins a parfois entraîné quelques difficultés et limites. Par conséquent, ils acceptaient d'être rencontrés, pendant qu'ils étaient de SAMU[41] ou de SMUR

[38] Lors de la prise de rendez-vous par téléphone, la personne était déjà avertie de l'objet de recherche, mais je prenais le temps de le réexpliquer plus en détail lors de l'entretien.
[39] Un seul rendez-vous s'est déroulé avec une cadre de santé à la demande du médecin. Ce praticien diplômé en Roumanie était arrivé depuis très peu de temps en France et il ne parlait pas bien français au moment de l'entretien.
[40] Service mobile d'urgence et de réanimation.
[41] Service d'aide médicale urgente.

pour les urgentistes avec le risque de devoir partir à tout moment en cas d'urgence, avant ou après leurs consultations pour les autres. Il m'arrivait parfois de devoir longuement patienter ou de reporter des rendez-vous à cause d'un imprévu. Mises à part ces quelques difficultés liées à la profession des personnes rencontrées, je tire un bilan positif des entretiens avec l'ensemble des praticiens.

L'ensemble des entretiens avec les responsables administratifs s'est déroulé de la même manière. Comme pour les médecins, ils étaient d'abord informés sur la recherche, l'anonymat, etc. Le rendez-vous prenait la forme d'un entretien semi-directif où étaient abordées des thématiques communes pour tous les établissements. Toutefois, en fonction de la taille, de la situation de l'établissement et des réponses apportées par le responsable, je me laissais la liberté d'approfondir certains points ou de poser d'autres questions afin de saisir au mieux le fonctionnement et la situation de chaque hôpital. Tous les entretiens ont été effectués dans les bureaux des responsables administratifs. En moyenne, les entretiens duraient 1 heure 30 minutes. L'ensemble des rendez-vous s'est déroulé de manière très satisfaisante. Toutefois, il m'est arrivé de sentir un certain embarras de la part de certains responsables administratifs lorsque je les questionnais sur la politique de recrutement des PADHUE de leur hôpital, sur les conditions de renouvellement de contrats des médecins ne possédant pas le plein exercice de la médecine ou encore sur leurs échelons de rémunération. Quelques responsables n'ont d'ailleurs pas hésité à me dire que mon objet d'étude les dérangeait dans le sens où ils étaient conscients d'employer des médecins sous des statuts précaires.

4.4. Les limites méthodologiques

Au niveau du volet quantitatif, j'ai ressenti par moment que des responsables administratifs étaient gênés lorsque je leur demandais de me communiquer leurs effectifs de PADHUE et de médecins diplômés en UE. Il est possible que certaines administrations considèrent la présence de médecins diplômés à l'étranger comme un élément « sensible » dans les ressources humaines : la crainte du traitement de la question en mode « dépréciatif » semble toujours présente. Il est probable que certains responsables ont tardé à me renvoyer les tableaux pour cette raison. De plus, rappelons que le recensement des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics au 1er janvier 1995 n'a pas pu être exploitable en raison du nombre important de données manquantes. Un recensement rétrospectif aurait pourtant permis la réalisation d'une comparaison avec les données au 1er janvier 2011. Par exemple, cela aurait pu permettre de confirmer ou d'infirmer le fait que les PADHUE étaient beaucoup plus nombreux à travailler dans les établissements publics hospitaliers durant les années 1990 ou encore de comparer les services d'exercice des praticiens aux deux périodes.

Concernant du volet qualitatif, je n'ai pas pu m'entretenir avec une partie des praticiens diplômés en dehors de l'Union européenne. Tout d'abord, je n'ai pas pu rencontrer de PADHUE qui exercent d'autres métiers, tels que des infirmiers. Il aurait pourtant été intéressant de savoir si ce changement de profession est temporaire, définitif ou encore volontaire. De même, je ne me suis pas entretenue avec des PADHUE rentrés définitivement s'installer dans leur pays d'origine ou dans un autre pays. Il aurait fallu que je prévoie un

terrain de recherche dans l'un des pays d'origine les plus représentés (Maroc, Algérie, etc.) ou que j'envisage des entretiens par « *Skype* » ou par téléphone. J'ai assez rapidement écarté ces possibilités afin de me concentrer sur les PADHUE exerçant en France. Par ailleurs, plusieurs praticiens rencontrés connaissaient des médecins rentrés définitivement dans leur pays d'origine et ils ont généralement acceptaient d'expliquer pour quelles raisons leurs amis avaient décidé de rentrer. Toutefois, je me suis rendue compte avec le recul que cette initiative était insuffisante. Il aurait été pertinent que je rencontre quelques médecins qui se sont réinstallés dans leur pays de naissance afin de savoir s'ils se sont réadaptés facilement au système de santé, mais également pour qu'ils reviennent sur leur expérience professionnelle en France. Enfin, je pense qu'il aurait été intéressant que je réalise quelques entretiens auprès de confrères de PADHUE diplômés en France. Ils m'auraient notamment permis de connaître le point de vue de ces médecins sur les conditions de travail des PADHUE, mais également de savoir quels regards ils portent sur les médecins diplômés à l'étranger ainsi que sur leur place et leur rôle au sein du système de santé français.

5. Chapitrage de la thèse

La première partie de cette thèse s'attache à présenter les origines de la mise en place de cette filière migratoire complexe ainsi que la façon dont elle est organisée. Le chapitre 1 étudie le contexte historique dans lequel ces migrations de médecins ont pris place. Il présente notamment la profession médicale, l'instauration du *numerus clausus* et de réformes médicales ainsi que leurs impacts sur l'ensemble du système hospitalier français. Le chapitre 2 interroge les statuts et la législation spécifique aux PADHUE. Nous verrons qu'une analyse fine de l'évolution de ce cadre juridique amène à comprendre le rôle et la place actuels de ces médecins dans les hôpitaux français. Le chapitre 3 vient renforcer les deux chapitres précédents par la présentation des résultats issus du recensement effectué auprès des établissements. En s'arrêtant notamment sur leur répartition géographique ou encore sur leurs principaux services d'affectations, ces données inédites mettent en évidence le poids de ces médecins dans le système de santé français ainsi que leur fonction d'ajustement au sein des services. Cette première partie a pour objectif de donner au lecteur les clés de lecture de la naissance et de l'évolution de cette migration de personnel médical hautement qualifié.

La seconde partie examine les projets migratoires des PADHUE. Le chapitre 4 s'intéresse aux raisons qui ont amené ces praticiens à venir en France. Leurs projets initiaux sont non seulement nourris de raisons personnelles, mais également influencés par une législation permettant la venue de médecins diplômés à l'étranger en France. Le chapitre 5 s'arrête sur le point de vue des migrants sur la législation spécifique à leur égard ainsi que sur leur fonction au sein de l'hôpital public. Le cadre législatif a de multiples conséquences sur la pratique professionnelle et le comportement des médecins. Le chapitre 6 analyse les raisons qui ont entraîné l'installation définitive de ces praticiens en France. Cette partie se situe au cœur même de la problématique puisqu'elle met en avant l'influence de la législation dans la construction du projet migratoire et dans la redéfinition de celui-ci au fil de la carrière professionnelle des praticiens.

La troisième partie s'applique à étudier les parcours des PADHUE. Le chapitre 7 s'efforce de montrer la complexité et le caractère unique des parcours professionnels de ces médecins au travers de la notion de *carrière itinérante*. Le chapitre 8 apporte un éclairage sur les profils de praticiens rencontrés grâce à la réalisation d'une typologie. Ces deux chapitres mettent en avant les contraintes et les opportunités rencontrées par les médecins au fil de leur parcours. Le chapitre 9 présente et questionne les solutions adoptées par les structures hospitalières pour remplacer les médecins à diplôme extra-européen. Cette dernière partie interroge l'autonomie et l'adaptabilité des praticiens tout en analysant l'influence et les retombées de leur présence au sein du système de santé français.

Partie I
L'organisation d'une migration complexe : les médecins à diplôme étranger dans les politiques françaises

« Voici que le vocabulaire marchand
gagne ce qu'il y a en nous de plus intime,
de plus obscur »
(Pontalis, 2000, p. 148)

Introduction de la partie I

La profession de médecin fait partie des corps de métiers fermés aux étrangers en France. Historiquement, la profession a commencé à se réglementer à la fin du 19e siècle. À cette époque, les difficultés économiques et les réflexes xénophobes affectaient la situation juridique des étrangers. *« Les débats parlementaires sont ponctués d'argumentaires ouvertement xénophobes, comme l'illustre cet extrait de l'exposé des motifs d'une proposition de loi : « l'étranger est partout, il envahit la banque, les professions libérales, il accapare à son profit certains commerces, certaines industries qui jusqu'alors étaient entre les mains des Français »* (GED, 2000, p. 6). Puis, c'est dans les années 1930 que les professions libérales ont orchestré une importante mobilisation en faveur de restrictions. Les fondements de l'exercice de la médecine en France étaient alors marqués par la loi du 21 avril 1933, appelée plus fréquemment loi Armbruster (cf. frise chronologique). Cette législation signait la fermeture de la profession aux étrangers, en instaurant une condition de nationalité et de diplôme.

Dans les années 1970, la mise en place du *numerus clausus* a eu pour conséquence d'entraîner une diminution drastique du nombre d'internes dans les hôpitaux publics. Face à cette situation, les pouvoirs publics devaient rapidement trouver des médecins pour les remplacer et continuer à faire fonctionner normalement les établissements hospitaliers. L'exercice de la médecine en France a été ouvert dès 1975 aux médecins diplômés en UE dans le cadre de la construction européenne. Pourtant, ces praticiens étaient peu nombreux à venir s'installer en France. C'est dans ce contexte que l'État a finalement trouvé une solution en créant une législation et des statuts spécifiques aux praticiens diplômés au-delà des frontières européennes au début des années 1980. Ils pouvaient désormais être recrutés dans le secteur public en tant que contractuels. Les PADHUE devaient alors être une main d'œuvre de complément ponctuelle. Or, l'évolution du système de santé ainsi que de la démographie médicale française ont poussé les établissements hospitaliers à prolonger l'exercice des PADHUE, devenus progressivement indispensables au fonctionnement normal de nombreux hôpitaux publics. Finalement, la place de ces médecins en France s'est pérennisée au fil des années.

Cette première partie décrit le cadre général des migrations de PADHUE. Dans cet objectif, le chapitre 1 tâche de présenter et d'interroger le contexte historique dans lequel sont apparues ces migrations. Construit de manière chronologique, il s'arrête d'abord sur la fermeture de la profession médicale aux étrangers ainsi que sur l'instauration du *numerus clausus* et de réformes médicales. Dans un second temps, nous allons chercher à étudier les impacts du

numerus clausus et des réformes sur le système hospitalier français, mais également sur le rôle et les fonctions des PADHUE au sein des hôpitaux. Le contexte historique étant posé, le chapitre 2 cherche à éclairer la catégorie des PADHUE. Pour ce faire, nous nous arrêterons sur les statuts auxquels ils sont soumis lorsqu'ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine ainsi que sur l'évolution du cadre juridique et de la législation créée spécifiquement pour eux. Enfin, le chapitre 3 présente les résultats issus du recensement effectués auprès des établissements hospitaliers de la région Poitou-Charentes. Ces données inédites offrent de nombreuses informations sur les profils des médecins et sur leur localisation géographique. Nous verrons qu'elles donnent également à comprendre la place ainsi que le rôle de ces praticiens au sein des structures hospitalières étudiées.

Finalement, l'objectif de cette première partie est d'éclairer le lecteur sur cette migration de personnel de santé hautement qualifié, du contexte historique à la situation actuelle dans une région française, en passant par le cadre juridique et législatif.

Chapitre 1
Un contexte particulier à l'origine de la situation des PADHUE

« Nous avons, en effet, en quelques dizaines d'années, créé et bouleversé tant de choses aux dépens du passé, en le réfutant, en le désorganisant, en refaisant les idées, les méthodes, les institutions , que le présent nous apparaît comme une conjoncture sans précédent et sans exemple, un conflit sans issue entre des choses qui ne savent pas mourir et des choses qui ne peuvent pas vivre »

(Valéry, 1936)

Introduction du chapitre 1

Au 1er janvier 2013, l'effectif total des médecins inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre est de 271 970, dont 215 865 actifs et 56 105 retraités (CNOM, 2013). En une année, le nombre de praticiens retraités a augmenté de 8 % alors que le nombre de médecins inscrits en activité a légèrement diminué (- 0,12 %). Selon les projections effectuées en 2004 par l'ONDPS, l'âge moyen des médecins sera de 50,6 en 2015 alors qu'il était de 47,5 en 2008. En 2020, il devrait y avoir 250 médecins pour 100 000 habitants, contre 307 en 2010 (Darriné, 2002). Ce constat est l'une des conséquences sur le long terme de l'instauration et de l'évolution du *numerus clausus*. Toutefois, lors de son instauration dans les années 1970, le *numerus clausus* a également eu des impacts immédiats et souvent ignorés sur le secteur hospitalier. Manquant rapidement de médecins, les hôpitaux ont rapidement complété leurs effectifs par des praticiens diplômés en dehors de l'Union européenne. Dans le cadre de ce premier chapitre, nous allons voir dans quel contexte sont nés et se sont pérennisés ces migrations de PADHUE vers la France du début des années 1980 à nos jours.

Puis, entre un corps médical qui cherche à se « surprotéger », un État qui prévoit difficilement les futurs besoins de sa population et un hôpital qui se réforme en permanence, car vivant au diapason des demandes et des besoins de la société et des patients (Rolland, 2007), nous verrons comment les PADHUE se sont rendus indispensables dans un environnement particulièrement complexe.

1.1. Une profession qui se protège: une histoire ancienne

Au début du XIXe siècle, la loi du 10 mars 1803 (ventôse an XI) régit l'organisation de la profession médicale en France (Guillaume et Hœrni, 2003). Afin de rétablir l'ordre dans la société française ébranlée par la Révolution, le Consulat instaure de nombreuses mesures par le biais du code Napoléon. La révolution de 1789 est marquée par l'abolition des privilèges de la noblesse, mais surtout elle signe la fin des corporations médiévales, y compris celle des chirurgiens et des médecins. La loi du 10 mars 1803 a donc l'objectif d'organiser la pratique de la médecine et d'en limiter son exercice aux seuls titulaires d'un diplôme officiel (Evleth, 2009). Bien que bicentenaire, il est important de préciser que cette loi est toujours valable aujourd'hui.

L'article premier du texte indique que des grades sont désormais nécessaires pour pouvoir exercer la médecine : *« nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi ».* Cette loi abolit la distinction entre les médecins et les chirurgiens, elle crée des écoles de médecine, mais surtout elle instaure deux classes de médecins, les docteurs et les officiers de santé. Contrairement aux médecins, les officiers de santé pratiquent la médecine à la campagne de manière restreinte avec une rémunération moindre et ils ne peuvent exercer que dans les limites du département où ils ont été reçus. Cette législation présente également la particularité d'être antiféministe. Si elle ne leur interdit pas formellement l'exercice de la médecine, elle écarte le plus possible les femmes de la profession (Léonard, 1977). Finalement, cette loi est à l'origine de la constitution d'un monopole de droit sur la pratique de la médecine en France.

Bien que désormais régie par une législation, la médecine française n'est alors ni chapeautée par des associations ni par une unité ou une quelconque organisation. Ce n'est que plusieurs dizaines d'années plus tard, en 1840, qu'une crise amorce les premières étapes hésitantes de la construction d'un code des devoirs professionnels (Nye, 2006). À cette époque, les praticiens commencent à s'inquiéter d'une surabondance de personnel médical. Ils se préoccupent également de la diminution de leur honoraire en raison d'une concurrence exacerbée avec les officiers de santé et les « praticiens illégaux ». Plus concrètement, les professionnels de santé se sentent menacés par les savoirs profanes en milieu rural (guérisseurs, voyantes, etc.) (Edelman, 1995). Cette première crise scinde alors les professionnels en deux clans, ceux qui défendent la liberté de pratique et l'autonomie professionnelle et ceux qui souhaitent une intervention de l'État afin de protéger leurs revenus et leur profession (Nye, 2006). *« Il y avait cependant une chose sur laquelle tous les praticiens étaient d'accord : leur profession était une profession noble, qui revendiquait depuis longtemps un statut élevé et une utilité sociale ; elle se distinguait des autres professions et métiers par sa mission désintéressée, courageuse et honorable. »* (Nye, 2006, p. 22). Ce sentiment d'unité a pour conséquence de resserrer les liens entre les membres du corps de métier et de renforcer le souhait qu'ils doivent être protégés par l'État. C'est dans ce contexte qu'apparaît pour la première fois l'idée d'une « institution ordinale médicale » lors d'un « Congrès médical de France » qui se tient à Paris en 1845 (Pouillard, 2004). La profession médicale entre alors dans une nouvelle aire d'organisation avec la création d'une première association de médecins en 1858 : l'Association générale des médecins de France (AGMF).

La loi du 30 novembre 1892 marque un deuxième tournant dans l'histoire de l'organisation de la profession médicale. Elle autorise les médecins à se constituer en associations syndicales. Les associations ont désormais des activités et une portée légale beaucoup plus étendues que précédemment. Appelée communément loi Brouardel, cette législation porte également sur l'exercice de la médecine et la répression du charlatanisme. Elle interdit l'exercice de la médecine à toute personne dont le diplôme n'a pas été délivré par le gouvernement français et elle supprime les officiers de santé (Hœrni, 1998). Œuvre de compromis, cette loi met fin à une médecine à deux vitesses et signe un retour à une logique corporative de la profession

(Guillaume et Hœrni, 2003). Si elle apporte un certain soulagement aux médecins, celle-ci s'avère de courte durée en raison d'importantes vagues d'inscriptions dans les institutions et les Facultés de médecine à la fin du siècle. *« En 1889, 590 diplômes avaient été décernés, en 1901 le nombre atteignait 1152, selon Paul Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, 5000 étudiants y étaient inscrits en 1902 »* (Nye, 2006, p. 30). Les premières peurs d'un futur surnombre de médecins apparaissent dès la fin du XIXe siècle.

Le début du XXe siècle est marqué par un grand congrès de déontologie organisé à Paris en 1900 (Nye., 2006). Durant ce congrès, les médecins expriment leurs revendications et leurs craintes. Celles-ci se concentrent principalement sur la concurrence engendrée par les nouveaux diplômés, les femmes et les médecins étrangers. Les femmes sont au cœur des revendications, notamment parce que l'une d'entre elles obtient son doctorat de médecine en 1875. La législation les autorise également à passer le concours d'externat à partir de 1881 et le concours d'internat à partir de 1885 (Léonard, 1977). Cette nouvelle concurrence a pour conséquence d'accroître la cohésion au sein de la profession.

En 1881, une nouvelle organisation syndicale voit alors le jour : l'Union des syndicats médicaux. Née de la fusion de plus de cent syndicats issus de l'ensemble du territoire français, cette fédération remporte un grand succès auprès des médecins puisqu'en 1910 plus de 50 % d'entre eux (environ 20 000) y sont inscrits (Nye, 2006). Avec l'apparition de nombreux syndicats, les années 1900 marquent en quelque sorte l'âge d'or de la syndicalisation médicale. En 1929, l'Union des syndicats médicaux devient la Confédération des syndicats médicaux français. Selon Robert Nye et le professeur Jean Bernard, cette réorganisation est occasionnée par les inquiétudes concernant la surpopulation médicale ainsi que par l' « argent », qui est au cœur des préoccupations médicales à cette époque. Afin de remédier aux problèmes de sureffectifs et à d'autres soucis déontologiques, le gouvernement Poincaré envisage d'ailleurs en 1929 de subventionner un Ordre des médecins, mais le projet est rapidement avorté. En 1930, alors que de 80 % des médecins français ont adhéré à la Confédération, *« la base des adhérents n'était guère favorable à la constitution d'un appareil disciplinaire centralisé. Les praticiens locaux ne voulaient pas que l'élite médicale parisienne critique leur comportement éthique ni leur impose un ensemble de règles déontologiques qui s'accordaient mal avec les conditions d'exercice de la médecine provinciale »* (Nye, 2006, p. 32). Malgré cette opposition à la création d'un Ordre, les manifestations et les discours virulents à l'encontre des médecins étrangers, et tout particulièrement des Juifs étrangers, sont de plus en plus abondants. La médecine n'échappe alors pas à la généralisation de la xénophobie en France.

Il est important de rappeler que les mouvements xénophobes s'intensifient en France au lendemain de la Grande Guerre. Déjà très forte au sein des milieux ouvriers depuis les années 1880, la xénophobie s'étend à toutes les professions (commerçants, artisans, médecins, etc.), suite à une importante vague migratoire dans les années 1920. *« Avant la Première Guerre mondiale, l'étranger, c'était pour l'essentiel le travailleur immigré européen. S'ajoutent désormais deux autres figures de l'étranger tout autant rejetées : le juif et le (travailleur)*

colonial » (Dornel, 2014, p. 303). La xénophobie est visible au travers de violentes manifestations, mais elle s'exprime également par des projets de loi visant à protéger le travail national. À titre d'exemple, 139 textes sont consacrés aux étrangers à la Chambre des députés entre 1919 et 1930, contre 200 pour la décennie précédente (Dornel., 2014). À cette époque, les discours haineux contre les « indésirables » et les « métèques » touchent tous les corps de métiers et tous les pans de la société.

Photographie 2 : Manifestation d'étudiants parisiens devant la Faculté de médecine le 1er février 1935

Photographie de Roger Viollet / source : www.histoire-immigration.fr/dix-themes-pour-connaitre-deux-diecles-d-histoire-de-l-immigration/terre-d-accueil-france-hostile/le-temps-des-indesirables-1931

Dans ce contexte, le professeur Victor Balthazard, président de la Confédération des syndicats médicaux, affirme en 1931 *« Sans l'afflux d'étrangers, la pléthore médicale serait inexistante »* (Halioula, 2002, p. 32). L'un des objectifs des manifestations est de mettre fin au « privilège roumain » (Nahum, 2008). Grâce à un accord datant du Second Empire qui institue une équivalence entre les baccalauréats français et roumain, de nombreux jeunes juifs étrangers (majoritairement roumains) viennent faire leurs études médicales en France à partir des années 1920, car l'antisémitisme les empêche d'étudier la médecine dans leur pays d'origine. Ce qui pose problème aux médecins français, c'est que ces praticiens étrangers sont

autorisés à s'installer en France dès qu'ils ont terminé leurs études, puisqu'il n'existe alors pas de critère de nationalité pour pratiquer la médecine. Tandis que le nombre de praticiens s'accroît dans les années 1920-1930, les doyens de facultés et les syndicalistes médicaux dénoncent la « pléthore » médicale, s'alarment sur la paupérisation des médecins et accusent les « métèques » d'incompétence (Nahum, 2008). Face à de multiples grèves, manifestations et campagnes de presse (cf. photographie 2, p. 60), le gouvernement Daladier propose de nouvelles lois supprimant le « privilège roumain » et renforce considérablement les critères permettant l'exercice cette profession.

La loi 21 avril 1933, plus connue sous le nom de loi Armbruster, rend obligatoire la nationalité française pour exercer la médecine en France. À cette législation, s'*«ajoutent des instructions ministérielles visant à refuser la naturalisation française aux jeunes médecins qui la demandent, juifs pour la plupart »* (Nahum, 2008, p 42). Bien que restrictives, ces différentes mesures ne mettent pas un terme aux peurs d'un surplus de médecins et ne stoppent pas les manifestations contre les médecins étrangers. Jusqu'en 1940, c'est une attitude de laisser-faire qui prévaut entre la médecine et l'État. Cette situation change sous le régime de Vichy. Celui-ci impose alors une solution de l'extérieur qui arrête temporairement les conflits qui minent la profession (Nye, 2006).

En 1940, tout comme les autres confédérations, celle des syndicats médicaux est dissoute par le maréchal Pétain sous le régime de Vichy. La France connaît alors une véritable clameur xénophobe (Schor, 1985). Le régime commence à réorganiser la profession en appliquant des mesures anti-juives et anti-étrangers (Nahum, 2008). Dès le 17 juillet 1940 est votée une loi qui stipule que, désormais, pour être employé par une administration publique, il faut posséder la nationalité française à titre originaire. À partir de cette date, *« Les étrangers ne peuvent plus être employés par une administration publique ; avant la guerre, de nombreux jeunes médecins étrangers, juifs pour la plupart, venaient se former dans les hôpitaux français ; en septembre 1939, ils avaient suppléé les jeunes Français appelés sous les drapeaux et avaient assuré la marche des hôpitaux ; avant la fin de l'année 1940, ils sont licenciés sans ménagement* (Nahum, 2008, p. 50). Afin d'exclure davantage de médecins, les lois du 22 juillet et 16 août établissent un processus de révision des naturalisations acquises depuis 1927. Elles imposent la condition d'être de nationalité française à titre originaire, comme étant né de père français, pour pouvoir exercer la médecine. Finalement, bien après la Chambre des médecins en Allemagne (1937) et le Conseil général de la médecine britannique (1858), la création d'un Ordre des médecins le 7 octobre 1940 achève la restructuration de la profession (Autret, 2004). Conforme aux idéaux corporatistes du régime, cet Ordre n'est pourtant pas du goût de tous les médecins et les conflits éclatent. « *Cette subordination à l'État est l'objet de vives tensions dans la profession médicale et oppose républicains et corporatistes. Les syndicats, divisés en deux courants, s'opposent sur des idées préventives ou curatives. Cette logique curative est plus rentable économiquement, plus rémunératrice. (…) La conséquence majeure de la création de l'Ordre réside dans le fait que les médecins sont désormais des professionnels qui font partie de l'État : ils relèvent du droit public. »* (Autret,

2004, p. 180). Toutefois, d'après la direction du corps médical, il semblerait que cette perte d'autonomie professionnelle soit compensée par l'expulsion des Juifs et autres professionnels « étrangers » (Nye, 2006).

Capture d'écran 1 : Titre d'un article paru dans le quotidien *Le Matin* du 26 janvier 1942

JUIFS ET MÉTÈQUES
doivent être exclus
de notre corps médical

par le Dr F. QUERRIOUX

Source : www.thyssens.com/01chrono/chrono_1942.php

Dans l'objectif de renforcer les mesures contre les médecins juifs et/ou étrangers, le régime de Vichy instaure deux *numerus clausus* en 1941. Composée de deux mots latins : l'expression *numerus clausus* signifie « nombre fermé ». Selon le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), il s'agit d'une *« limitation, par voie d'autorité ou en vertu d'un règlement, du nombre de postulants à certains emplois, du nombre de candidats reçus à un examen ou à un concours. […] Sous le terme de numerus clausus, la Russie avant 1917 et l'Allemagne nazie après 1933 mirent en place une politique de discrimination envers les Juifs et les minorités nationales»*[42]. Historiquement, un *numerus clausus* est une mesure discriminatoire, souvent antisémite, mise en place par des pays pour limiter l'accès aux Juifs ou à des franges de la population à certaines études ou professions (Karady et Kemény, 1980 ; Badinter, 1997).

Le 11 août 1941, un décret institue un premier *numerus clausus* autorisant 2 % de médecins juifs par département. Il n'est pas calculé sur le total des médecins, mais sur le nombre de médecins non juifs auquel il faut ajouter *« une mesquinerie supplémentaire : si, dans un département donné, le calcul du numerus clausus aboutit à un nombre fractionnel, on ne tiendra compte que de la partie entière de ce nombre ; par exemple, si on trouve 2,9, seuls 2 médecins juifs seront autorisés, si on trouve 0,7, aucun médecin juif ne pourra exercer »* (Nahum, 2008, p. 45). Dans la continuité logique, la loi du 21 juin 1941 instaure un second *numerus clausus* de 3 % pour les étudiants. La législation revêt de nouveau un caractère

[42] http://cnrtl.fr/definition/academie9/numerus%20clausus.

pervers puisque le pourcentage est calculé non sur la totalité des étudiants, mais année par année, cela signifie qu'un étudiant juif peut être admis en première année de médecine et ne plus l'être l'année suivante malgré le fait qu'il ait validé son année. (Nahum, 2008).

Après l'effondrement du régime de Vichy, le gouvernement provisoire de la République française à Alger dissout le Conseil Supérieur de l'Ordre et pose les bases du nouvel ordre (Evleth, 2009). De façon rationnelle, les lois d'exception de Vichy sont abrogées l'été 1944. Les médecins, qui avaient été destitués de leur poste hospitalier ou de leur cabinet, sont invités à les récupérer et les réinvestir dans la mesure du possible. À l'aube de la création de l'actuel Conseil national de l'Ordre (CNOM), les mesures obligatoires pour pouvoir exercer la médecine en France sont de posséder un diplôme validé par l'État français et avoir la nationalité française.

Le présent Conseil de l'Ordre est créé par l'ordonnance du 24 septembre 1945. Il se voit *« chargé du maintien des principes de moralité, de probité, et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine…et à l'observation des règles dictées par le code de déontologie »* (Pouillard, 2004). Les premières élections du Conseil ont lieu en décembre 1945. Or, en raison d'une mauvaise organisation et d'un abstentionnisme important, le Conseil démissionne dès son élection pour organiser un nouveau suffrage. En mars 1946, les secondes élections de Conseil de l'Ordre sont marquées par un incident. « *Raymond Tournay, secrétaire général de la xénophobe et antisémite Fédération des associations amicales de médecins du Front, qui est en train d'être épurée pour cause de collaboration, arrive en cinquième position, avec 2135 suffrages. Il est immédiatement déclaré inéligible, mais le fait même qu'un xénophobe et antisémite déclaré, officiellement discrédité, puisse atteindre un tel score est la preuve que les attitudes antisémites présentes dans une partie de la profession médicale n'ont pas disparu.* » (Evleth, 2009, p. 75). Ainsi, dès sa création, le CNOM revêt un caractère particulièrement cloisonné et fermé.

Pendant trente années, les conditions d'exercice de la médecine restent inchangées en France. Toutefois, dans le cadre de la construction européenne, l'exercice de la médecine a dû être élargi aux praticiens diplômés en UE à partir de 1975. À compter de cette date, seuls quelques rares assouplissements des conditions d'exercice de la médecine ont été accordés. Pourtant, une proposition de loi, visant à supprimer les conditions de nationalité qui restreignent l'accès des travailleurs étrangers à l'exercice de huit professions libérales ou privées (dont celle de médecin), est déposée au Sénat le 21 janvier 2009. Adoptée au Sénat le 11 février 2009, elle est finalement rejetée en première lecture à l'Assemblée nationale le 23 juin 2010.

Si les médecins ne prétendent plus aujourd'hui qu'il manque aux femmes et aux étrangers *« ce caractère chevaleresque, cette générosité native, ce désintéressement universellement commun, cette bienveillance inépuisable, qualités éminemment françaises »* (Raynaud, 1894, p. 24) pour exercer la médecine, il est clair que les conditions drastiques cumulatives exigées par le CNOM font des praticiens un corps de métier particulièrement protégé.

En fin de compte, selon le Groupe d'étude sur les discriminations (GED), les principales raisons ayant engendré la mise en place des interdictions concernant les métiers de la fonction publique en France peuvent se résumer ainsi :

- *« La volonté de protéger l'activité économique des nationaux contre la concurrence étrangère et la logique politique de « clientélisme » visant à répondre aux craintes de certaines catégories professionnelles vis-à-vis de la main-d'œuvre étrangère*

- *La défense des intérêts vitaux à l'égard de l'influence étrangère, voire « ennemie »*

- *La peur de l'étranger et de son influence jugée néfaste sur les travailleurs nationaux, avec le corollaire, la stigmatisation du comportement des étrangers dont on dénonce le défaut de moralité*

- *Tout fonctionnaire est considéré comme participant à l'exercice de la souveraineté et de la puissance publique, et ne peut donc être que de nationalité française »* (GED, 2000, p. 7-8)

Ces règles ne posaient pas spécifiquement de problèmes tant que le système de santé français fonctionnait normalement et possédait suffisamment de personnel. Les difficultés ont commencé à se profiler lorsque les principes de la profession réglementée sont entrés en confrontation avec les évolutions sociétales, médicales ou encore hospitalières qui ont engendré un manque de praticiens dans les hôpitaux publics français à partir des années 1970. Nous allons voir que l'ouverture d'un exercice limité de la médecine aux PADHUE n'est pas l'œuvre d'un assouplissement du CNOM, mais une solution mise en place par l'État pour compenser un manque de médecins dans les établissements hospitaliers causé par des évolutions sociétales et l'instauration d'un *numerus clausus*.

1.2. Naissance et évolution du *numerus clausus*

À la fin des années 1960, le contexte économique français est plutôt prospère et les étudiants sont de plus en plus nombreux à l'université. À cette époque, il suffit d'obtenir un examen à l'issue de la première année d'études pour passer en deuxième année de médecine. « *Entre les années 1960-61 et 1969-70, le nombre d'étudiants en médecine a véritablement explosé, passant de 22 500 à 89 500. En 1969, 25 616 étudiants sont inscrits en première année de premier cycle (PCEM[43] 1, alors qu'on compte environ 60 000 médecins en activité). Ces chiffres étonnent, ou effraient »* (Wallach, 2011 p. 9). Pour le corps médical, il paraît alors nécessaire d'adopter une stratégie permettant de limiter le nombre de médecins en formation afin de conserver un revenu confortable aux praticiens en exercice (Autret, 2004). Comme le souligne le romancier et médecin Martin Winckler : *« le monde médical lui-même était sens dessus dessous : assailli, depuis quelques années, par des étudiants venus des couches les plus vulgaires de la société, il nourrissait en son sein des praticiens traîtres à leur caste, et prêts à se rebeller contre l'ordre établi. La révolte grondait jusque dans les facultés »* (Winckler, 2006, p. 41). À cette explosion d'inscriptions d'étudiants dans les Facultés de médecine, il faut ajouter la suppression de l'externat de médecine en 1968. À compter de cette

[43] Premier cycle d'études médicales.

date, tous les étudiants de médecine doivent désormais exercer pendant trois ans des fonctions d'externe. À la fin des années 1960, non seulement l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine entraîne une saturation des universités, dont les places sont limitées, mais elle fait réapparaitre la peur d'une future pléthore au sein du corps médical. Face aux revendications des praticiens et à l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, le gouvernement en place décide de limiter le nombre d'inscrits en instaurant le 4 juin 1971 un outil de régulation spécifique : le *numerus clausus*. À partir de cette date, la démographie médicale française devient donc gérée par des quotas d'étudiants, fixés annuellement par le gouvernement.

Il est important de préciser que de nos jours l'expression *numerus clausus* ne fait plus référence à une mesure discriminatoire, mais au nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études de médecine à la fin de la première année de faculté. Ce terme apparaît pour la première fois dans le *Quotidien du médecin*[44] du 22 juillet 1971, quelques semaines après l'instauration d'une sélection en fin de première année de médecine. Il est employé par le conseil de gestion du centre universitaire des Saint-Pères[45] qui s'oppose au principe de la sélection et qui déclare : « *C'est un numerus clausus et pas une sélection* » (Wallach, 2011, p. 23). Bien que cette appellation soit très éloignée de son sens historique, tout le monde se met à l'employer. Victime de son succès, ce terme se pérennise au fil des années à un tel point qu'il devient un usage commun désignant la sélection en fin de première année de médecine.

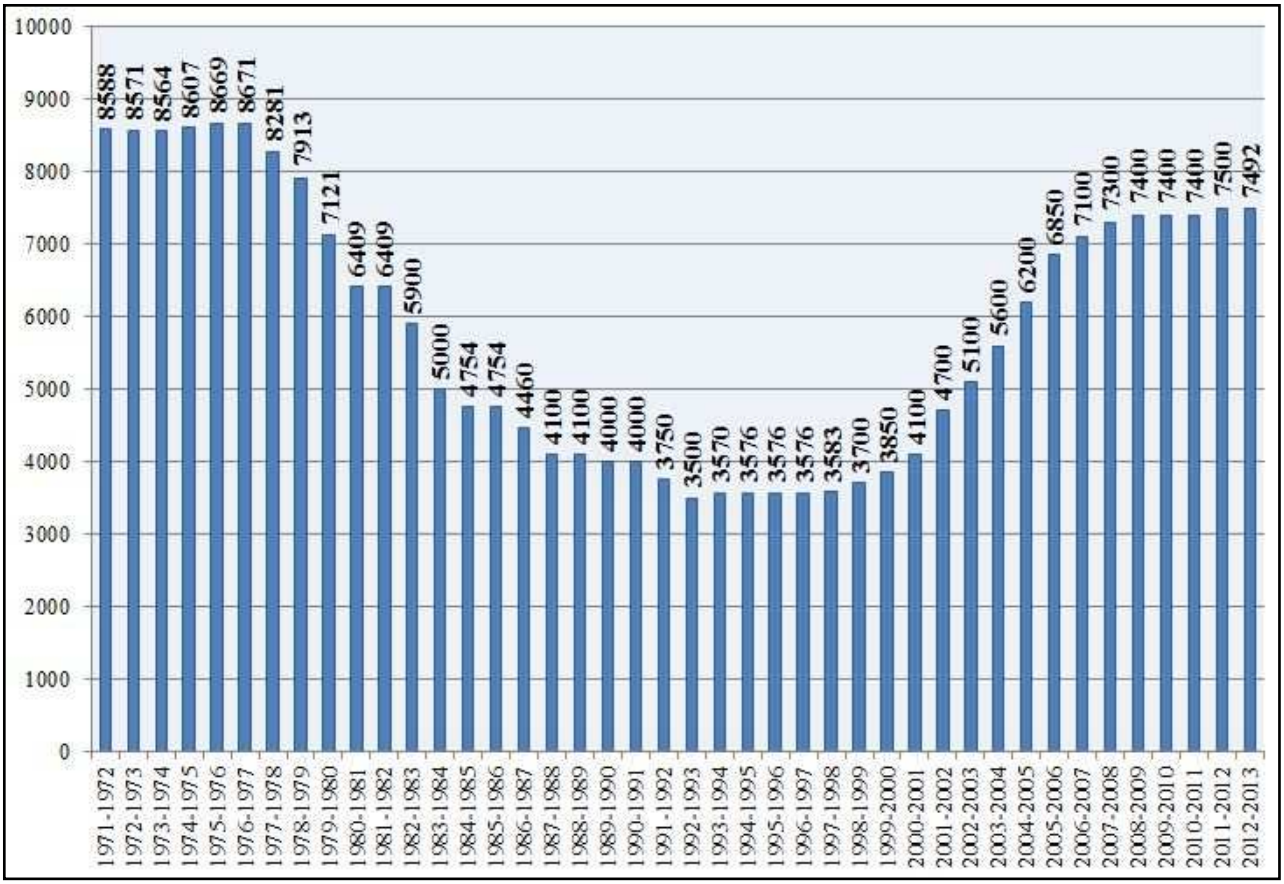
Le premier *numerus clausus* mis en place à la rentrée universitaire de 1971 est fixé à 8 588 étudiants. Dans l'objectif de diminuer les dépenses de santé tout en répondant aux revendications du corps médical, les différents gouvernements ne cessent de baisser les quotas du *numerus clausus* jusqu'à début des années 2000. *« Du côté de la direction du Budget, de la direction de la Sécurité sociale et des gestionnaires de l'assurance maladie, le numerus clausus est vu comme un instrument de maîtrise des dépenses : moins les universités formeront de médecins, moins ceux-ci seront nombreux à peser sur le budget de l'assurance maladie. De manière concomitante, le gouvernement souhaite limiter le développement de la médecine spécialisée et former une proportion plus élevée de généralistes, dont les soins sont jugés moins coûteux que ceux des spécialistes »* (Déplaude, 2011, p. 215-216).

Le graphique 2 (p. 66) montre que le *numerus clausus* s'effondre continuellement de 1971 à 1992 (année où il est fixé à 3500), puis il reste très bas jusqu'aux années 2000. Cette constante baisse du *numerus clausus* se produit, quel que soit le gouvernement en place. Le nombre annuel de nouveaux diplômés en constante augmentation continue de provoquer un réflexe de peur : peur de l'apparition d'une concurrence sauvage dans la médecine de ville, peur du manque de postes dans les services hospitaliers (Bui Dang Ha Doan, 2005). Sous la pression des syndicats médicaux qui annoncent des futurs médecins pauvres et/ou au chômage, mais également des responsables de l'assurance maladie et d'économistes qui

[44] Le quotidien du médecin numéro 110 du 22 juillet 1971.
[45] Ce centre universitaire est situé à Paris.

pensent faire des économies en supprimant des prescripteurs (Grimaldi, 2009) l'État français forme progressivement de moins en moins de praticiens sans prendre en compte les futurs besoins en médecins (CREDES, 2001) et les évolutions sociétales.

Graphique 2: Évolution du *numerus clausus* des études de médecine en France



Source : Publications annuelles du Journal officiel : réalisation : Victoire Cottereau (octobre 2013©)

Alors que les directeurs des hôpitaux généraux et les doyens des universités dénoncent un manque d'étudiants et de personnel dès les années 1980, ce n'est que dans les années 1990 que les différents acteurs du monde médical commencent à prendre conscience que ce système est en train de générer une future pénurie de médecins. Dès 1992 un numéro du *Quotidien du médecin* a pour titre « *La France va-t-elle manquer de médecins ?* » où M. Bui Dang Ho Doan, directeur du centre de sociologie et de démographie médicale, répond de manière positive. Pourtant, ce n'est qu'en 1998, après quelques années de réflexion où le *numerus clausus* reste stagnant et très bas, que la courbe du *numerus clausus* commence réellement à s'inverser. Pour l'année universitaire de 2012-2013, le *numerus clausus* est fixé à 7492, ce qui signifie qu'il se rapproche enfin de ceux des années 1970. Ainsi, pendant près de trente ans, le pays a formé de moins en moins de médecins. Cette situation a comme conséquence immédiate d'entraîner une forte baisse du nombre d'internes dans les structures hospitalières et comme conséquence à long terme d'ôter de nombreux médecins à la France. *« Si aujourd'hui tout le monde s'accorde à penser qu'il fut* (le *numerus clausus*) *une erreur, la quasi-unanimité qui a accompagné cette erreur interpelle tous les partenaires de la*

profession. Les gouvernants, de droite comme de gauche, les économistes, adeptes du secteur public comme du secteur privé, les syndicats médicaux, tous ont approuvé pendant de nombreuses années une politique de restriction du nombre d'étudiants en médecine qui a abouti à priver la France d'aujourd'hui d'environ 50 000 médecins. » (Wallach, 2011, p. VII). En fin de compte, nous venons de voir qu'il paraissait nécessaire de mettre en place un outil de régulation des étudiants de médecine au début des années 1970. Toutefois, une utilisation trop drastique a engendré d'importants déséquilibres au sein de la démographie médicale française.

1.3. Diminution du nombre de médecins : les autres facteurs

À ce jour, tous les acteurs de la communauté médicale s'accordent à dire que le *numerus clausus* a incontestablement une grande part de responsabilité dans les actuels problèmes de démographie médicale. Néanmoins, il ne faut pas réduire le déséquilibre démographique à la sélection en fin de première année de médecine. De nombreux autres facteurs bouleversent la démographie médicale française. Ceux-ci peuvent se décomposer en deux groupes : les autres moyens mis en place afin de limiter le nombre de médecins et les changements sociétaux peu anticipés. Les solutions instituées pour limiter le nombre de médecins durant ces dernières décennies sont des modifications des études de médecine ainsi que des incitations à une reconversion professionnelle ou à un départ à la retraite anticipée de praticiens.

Les études de médecine sont profondément modifiées au cours des vingt dernières années et les changements se concentrent surtout sur l'articulation entre le deuxième cycle et le troisième cycle (Wallach, 2011). Ici, nous nous arrêtons uniquement sur la principale modification : la mise en place de l'internat de spécialité en 1984. Avant cette réforme, il existait deux façons d'acquérir une spécialité : une voie universitaire et une voie hospitalière. La voie hospitalière est l'internat des hôpitaux, très souvent appelée la « voie royale » (Escande, 1975), qui ne concerne alors qu'une petite partie des étudiants puisqu'en moyenne seuls 10 % d'une promotion pouvait intégrer l'internat. La voie universitaire, qui est la plus répandue, permet l'obtention d'un certificat d'études spécialisées (CES). À l'époque, ce diplôme se prépare pendant trois ans après l'obtention du diplôme de médecin généraliste. Pour devenir spécialiste, il faut valider des examens théoriques et réaliser des stages. Cette voie, qui permettait de former de nombreux spécialistes, est alors très critiquée, car il est reproché aux détenteurs de CES d'être spécialistes sans avoir eu de fonctions hospitalières.

En 1984, ces deux voies d'accès sont ainsi remplacées par une voie unique : l'internat de spécialité. *« La réforme de 1982, mise en œuvre à partir de 1984-1985, consiste à fusionner l'ensemble des concours d'internat existants au profit d'un concours national, et à faire de ce concours la seule voie d'accès aux formations spécialisées. Le nouveau concours de l'internat permet donc de contingenter strictement l'accès à la médecine spécialisée, puisque désormais l'accès aux formations spécialisées se fait dans la limite d'un quota »* (Déplaude, 2011, p. 216). Celui-ci est accessible par un concours organisé chaque année à la fin du second cycle avec un nombre de postes fixés pour chaque discipline. Ainsi, la réforme de 1984 a pour

conséquence d'instaurer une seconde sélection au sein des études médicales ayant comme impact direct de limiter le nombre de spécialistes.

La fin des années 1980 et le début de la décennie 1990, la crainte d'un sureffectif de médecins est toujours unanime. Durant cette phase, les différents acteurs disent qu'il y a entre 20 000 et 30 000 médecins de trop en France. Par conséquent, de nombreuses incitations de reconversion et de départs anticipés à la retraite sont mises en place (Dormont et Samson, 2008). Le résultat, bien que coûteux et peu efficace, entraîne surtout le départ à la retraite de médecins exerçant les spécialités les plus difficiles et de généralistes travaillant dans les régions les plus isolées. Cette mesure contribue donc à diminuer le nombre de praticiens dans les secteurs qui en ont le plus besoin.

Alors que les différents gouvernements baissent fortement le nombre de médecins formés durant la décennie 1990, de nombreux changements sociétaux ne sont pas anticipés lors des discussions et débats sur la démographie médicale, tels que l'augmentation et le vieillissement de la population française, la féminisation de la profession médicale, l'évolution du temps de travail et le changement de représentations du métier par les jeunes praticiens.

Depuis plusieurs décennies, la population française est en constante augmentation. À ce titre, elle compte environ 57 millions d'habitants en 1990 contre environ 65 millions en 2013. On observe ainsi une augmentation la population française. Toutefois, la tranche qui connaît la plus forte hausse est celle des personnes de plus de 65 ans. Cette tranche représente environ 14 % de la population en 1990, contre près de 17 % en 2013. Ce phénomène devrait s'intensifier dans les années à venir. Selon des projections de population 2005-2050 (Robert-Bobée, 2006), réalisées pour l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), une personne sur trois aurait 60 ans ou plus en 2050. Les personnes âgées de 60 ans ou plus seraient 22,3 millions en 2050 contre 12,6 millions en 2005. Le vieillissement inéluctable de la population française entraîne une demande accrue auprès du système de santé et oblige celui-ci à s'adapter en recrutant de nouveaux médecins et en créant notamment des services de gérontologie et de gériatrie (Bliez, 2006).

Alors que la demande en personnel de santé s'accroît au fil des années, les pouvoirs publics instaurent les lois n° 98-461 et n° 2000-37[46], dont l'objectif est de réduire le temps de travail des praticiens. À titre d'exemple, ces législations conduisent notamment à intégrer les périodes de permanence sur place (les gardes) dans le temps effectif de travail. Par conséquent, la réduction du temps de travail entraîne des impacts réels sur la disponibilité des professionnels de santé (Tonneau, 2003).

D'autre part, malgré la présence de quelques rares femmes médecins dès la fin du XIXe siècle, un processus de féminisation s'amorce véritablement en France à partir des années 1970 (Lapeyre et Le Feuvre, 2005). Dans les années 1990, les femmes représentent environ 30 % des médecins contre plus de 40 % des praticiens dans les années 2000 (Lapeyre et Le

[46] La loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail et la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail.

Feuvre, 2005). En médecine, la parité devrait être atteinte à l'horizon 2020 (Niel, 2002). Selon l'ONDPS (2004), les femmes représenteraient 52 % des médecins en activité en 2025. Or, cette féminisation de la profession médicale nécessiterait de former davantage de médecins, car les femmes sont plus fréquemment demandeuses d'emplois à temps partiel que leurs collègues masculins (Bessière, 2005 ; Hardy-Dubernet, 2005 ; Vilain, 1995). De plus, elles souhaitent généralement travailler moins longtemps qu'eux, notamment pour dégager du temps pour leur vie privée.

Mais cela ne concerne pas uniquement les femmes, car on observe également un changement de représentation du métier par les jeunes praticiens (Lévy, 2011). Actuellement, les nouvelles générations de praticiens ne conçoivent plus leur travail d'une manière aussi engagée que leurs aînés. Ils ne veulent plus être disponibles de manière permanente et se dévouaient de manière inconditionnelle à leurs patients. Aujourd'hui, de nombreux médecins, hommes et femmes, souhaitent pouvoir concilier leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Cette évolution a deux principales conséquences sur la profession médicale. Tout d'abord, elle occasionne une défection pour les zones les plus isolées, afin que le conjoint du praticien puisse trouver un emploi. Ensuite, les praticiens choisissent de moins en moins les spécialités qui laissent peu de place à la vie de famille, comme la psychiatrie ou la médecine générale (Bessière, Breuil-Genier et Darrine, 2004a).

En plus des faibles quotas du *numerus clausus*, de nombreux autres facteurs liés à des évolutions sociétales ou à des transformations au sein du cursus universitaire ont contribué à restreindre le corps médical sur du long terme.

1.4. Les impacts de ces mesures sur le secteur hospitalier

L'ensemble des mesures visant à réduire le nombre de médecins en France, combinées aux nombreuses réformes des études médicales, a engendré de multiples problèmes de fonctionnement dans le système de santé français[47].

Les premières difficultés se sont fait ressentir dans les structures hospitalières, et plus spécifiquement dans les hôpitaux généraux[48]. Rappelons qu'au début des années 1980, le *numerus clausus* commence à fortement baisser, ce qui a pour conséquence d'entraîner une diminution rapide du nombre d'internes disponibles durant les années suivantes. Étant donné que le *numerus clausus* décroît jusqu'à la fin des années 1990, le nombre d'internes diminue également d'année en année du milieu des années 1980 jusqu'aux années 2000. Cet abaissement, qui ne se fait pas ressentir dans les CHU où les postes sont toujours pris d'assaut par les étudiants, est rapide dans les centres hospitaliers qui observent immédiatement des vacances de postes d'internes. À cet amoindrissement des effectifs d'internes liés au *numerus clausus*, s'ajoutent notamment les diminutions d'internes liées à l'instauration de l'internat de spécialité et à la suppression des CES. Dès le début des années 1980, les directeurs et

[47] Il est important de préciser que seuls les impacts sur le secteur hospitalier sont abordés. Les problématiques rencontrées dans le secteur libéral ne sont ici pas traitées.

[48] Les hôpitaux généraux sont fréquemment appelés des hôpitaux périphériques par les responsables administratifs des structures hospitalières.

administrateurs d'hôpitaux s'inquiètent et tentent alors de prévoir les effets sur leurs effectifs de médecins. « *En septembre 1981, l'Union hospitalière du Nord-Est […] s'essaie à des simulations : en 1981, la région* (région Est du nouvel internat qui inclut les CHU de Nancy, Strasbourg, Besançon, Dijon et Reims) *compte 785 postes d'internes de CHU, 403 d'internes en psychiatrie, 1460 d'internes de régions sanitaires dont 256 occupés par des CES faisant fonction, et 1227 stagiaires internés. Après la réforme* (nouvel internat et suppression des CES)*, il y aura 855 étudiants de P2 en 1981-82 (pour les cinq facultés), et, selon les prévisions 700 en 1983. Ce qui fera, en 1988, 280 internes et 420 résidents. Autrement dit, le nombre d'internes en poste passera de 660 à 280, et le nombre de résidents de 1227 à 420. On doit donc s'attendre à une grande diminution du nombre de stagiaires internés/internes de régions sanitaires, de l'ordre de 55 % entre 1980 et 1988. »* (Wallach, 2011, p. 162)*.* Finalement, les différentes simulations effectuées par les hôpitaux se révèlent très proches de la réalité. Une enquête réalisée par la direction des Hôpitaux en 1985 fait apparaître qu'il y avait 900 postes de médecins hospitaliers vacants (sur 6900) dans les hôpitaux généraux (Déplaude, 2011). Les internes étant une main-d'œuvre indispensable et peu coûteuse pour les établissements hospitaliers, ceux-ci ont dû alors chercher une solution immédiate pour continuer à fonctionner normalement sans entacher leur budget. Finalement, une réponse est trouvée par le biais d'une « migration de blouses blanches » venant de pays ne faisant pas partie de l'Union européenne. *« Face à ces difficultés de recrutement, les hôpitaux publics ont la possibilité réglementaire d'embaucher des médecins à diplôme extracommunautaire en réallouant les sommes budgétées pour les postes non pourvus d'internes ou de praticiens hospitaliers »* (Wallach, 2011, p. 218)

Dans ce contexte de « pénurie localisée », l'État français publie deux décrets en 1981 et 1987 permettant aux PADHUE d'exercer dans les hôpitaux publics sous certaines conditions et il crée également dès 1985 des diplômes de spécialité à destination des praticiens diplômés hors UE. Ces diplômes leur permettent d'exercer dans les hôpitaux publics français[49], sous des statuts de faisant fonction d'interne (FFI) et d'associés, bien que leurs diplômes ne soient pas reconnus par le CNOM. En raison d'une politique de coopération universitaire incitant les PADHUE à venir compléter leur formation en France, les candidats étrangers sont alors nombreux à s'inscrire à ces diplômes avec l'objectif de suivre un cursus de spécialité en France. La création des diplômes interuniversitaires de spécialité permet aux hôpitaux de rapidement compenser le nombre insuffisant d'internes de spécialité. Logiquement, ces médecins prennent le relai des étudiants en CES. Ce manque d'internes ne concerne pas exclusivement les services de spécialité. Les PADHUE, qui viennent en France avec leur diplôme de médecine générale et qui se présentent directement dans les hôpitaux, sont également recrutés par les administrations en quête de médecins pour leurs services de médecine, d'urgence ou encore de gériatrie.

[49] Les praticiens qui préparaient un DIS n'étaient pas autorisés à exercer dans les hôpitaux publics français à l'issue de leur formation. Lors de l'inscription à ce diplôme, les médecins s'engageaient à retourner pratiquer leur métier dans leur pays d'origine. Or, face au manque des praticiens dans les hôpitaux français, de nombreux établissements ont gardé ou recruté des PADHUE titulaires de DIS, bien que cela ne soit pas légal.

À cette époque, ce sont les services d'urgence, alors une pleine mutation, qui recrutent le plus de PADHUE généralistes. Historiquement, la circulaire du 5 janvier 1949 fait des urgences un service autonome des autres services existants. Pourtant, le plus souvent, les médecins spécialistes se rendent aux urgences pour voir les patients arrivés, en fonction de leurs blessures ou symptômes. Les hôpitaux continuent longtemps à fonctionner de cette manière et ce n'est qu'avec lenteur que le concept d'un service autonome, dirigé 24h sur 24 par un unique chef de service motivé avec une équipe médicale spécifique, s'impose (Menthonnex et Menthonnex, 2010). Jusqu'au début des années 1980, les services des urgences ne sont que rarement composés d'une équipe à part entière et très peu de médecins se consacrent exclusivement aux urgences. L'instauration de deux législations accélère alors la transformation de ce service. En 1986, une loi définit l'aide médicale urgente puis, en 1987, un décret précise les missions et l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente (cf. frise chronologique). Cette nouvelle réglementation entraîne une refondation totale des services d'urgence qui deviennent des services à la recherche de nombreux candidats au moment où le pays en forme de moins en moins. *« L'organisation des urgences est donc un phénomène récent* (depuis les années 1980). *Les services d'accueil des urgences ont progressivement acquis un statut propre, en même temps que leur mission s'est à la fois précisée, spécialisée, et élargie sous le poids de la crise sociale de la dernière décennie »* (Bertrand, 1997, p. 6). Les établissements recrutent alors les PADHUE récemment arrivés en France pour faire fonctionner ces services en plein développement. Nous verrons que les nombreuses contraintes induites par la législation spécifique aux PADHUE les orientent principalement vers les « cases » vides des établissements. Le recrutement de ces praticiens permet d'apporter une réponse immédiate au manque de médecins dans les hôpitaux généraux. Comme parallèlement une « super-sélection » est imposée aux étudiants français, l'État français fait en sorte que ces médecins ne puissent pas s'inscrire au CNOM, ni exercer en secteur libéral afin de ne pas provoquer la colère des étudiants. Comme le souligne le médecin André Grimaldi : *« Comment trouver normal que l'on colle définitivement en première année des étudiants motivés et ayant eu 14/20 de moyenne au concours pour ensuite accepter comme faisant fonction d'interne n'importe quel médecin étranger muni d'un diplôme de docteur sans avoir évalué ses compétences préalablement à son embauche ? »* (2005, p. 95).

Dès les années 1985-1990, l'important recours aux médecins diplômés hors UE dans les hôpitaux généraux démontre que *« le numerus clausus ne constitue pas un outil de régulation suffisant de l'offre médicale. Il permet, à la hausse comme à la baisse, des variations du nombre global de médecins, mais il n'encadre pas leur répartition, ni entre les territoires ni entre les spécialités »* (ONDPS, 2009). Pourtant, les acteurs médicaux et gouvernementaux continuent à faire chuter le *numerus clausus.* Ces multiples facteurs sont à l'origine d'un déséquilibre de la démographie médicale et de nombreux bouleversement dans un secteur hospitalier qui ne s'institutionnalise qu'à la fin des années 1950. Elles ont pour conséquence d'amplifier le manque de médecins dans les hôpitaux périphériques, d'accroître l'inégale répartition des médecins et de pérenniser la place des PADHUE en France. Nous allons voir

que la situation de ces médecins contractuels est particulièrement révélatrice des difficultés de fonctionnement des structures hospitalières et, au sein de celles-ci, entre services.

1.5. Quand l'évolution du secteur hospitalier pérennise les PADHUE

Institutionnalisé dans les années 1950, le secteur hospitalier français présente la particularité d'être relativement jeune (cf. frise chronologique). La réforme de la médecine, initiée par le professeur Robert Debré, se concrétise par l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, relative à la création de centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. Elle instaure la fusion de la Faculté de médecine et de la clinique au sein de CHU et crée un corps de professeurs hospitaliers et universitaires (PU-PH). Pour F-X. Schweyer (2006), le secteur hospitalier connaît trois grandes phases depuis sa création. Une première phase, appelée « *hôpital-silence* » en raison de l'absence d'articles sur l'hôpital à cette époque sur laquelle nous ne nous arrêterons pas, s'étend de 1946 à 1969. Une seconde phase, intitulée « *la modernisation de l'hôpital* », s'étale de 1969 à 1990. Enfin, une troisième phase, dénommée « *l'hôpital travaillé par les réformes* », débute en 1990 et ne s'est pas encore achevée.

La phase de « *modernisation de l'hôpital* » se décompose en deux périodes ; une première correspondant au développement du secteur hospitalier et une seconde incarnant la complexification de ce même secteur. Entre 1960 et 1975, la France est marquée par une forte croissance économique. Cette période correspond à une phase de construction d'établissements favorisée par une politique d'aménagement et de quadrillage du territoire par des infrastructures et des équipements lourds (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Avec un travail de modernisation, de mobilisation et de construction, cette époque correspond à l'âge d'or de l'édification du secteur hospitalier (Schweyer, 2010). Dans les années 1970, appelées le *Far West* hospitalier (Maillard, 1986), la croissance est consensuelle et le projet de modernisation est collectif.

Le milieu des années 1970 est marqué par les bouleversements économiques induits par la crise pétrolière. La fin « des trente glorieuses » est affectée par la mise en place de politiques visant à maîtriser les dépenses de santé. Dans les années 1980, l'hôpital est devenu le pivot du système de santé, mais il est également une source majeure de dépenses. À partir de 1983, l'instauration du budget global, qui se substitue au prix à la journée, modifie radicalement le mode de financement des hôpitaux (Carricaburu et Ménoret, 2005). Ce nouveau mode de financement institue une contrainte forte sur l'activité devant théoriquement permettre de limiter les dépenses hospitalières. L'instauration d'une contrainte économique place les centres hospitaliers au cœur d'une contradiction : l'évolution médicale pousse les hôpitaux à se doter d'un plateau technique[50], mais en même temps une politique nationale leur demande de maîtriser les dépenses (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). À cette époque, de nombreux instruments de rationalisation des dépenses sont mis en place (réduction de la durée d'hospitalisation, généralisation de l'outil informatique, etc.) et poussent les hôpitaux à

[50] Un plateau technique inclut la chirurgie, l'obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, les explorations fonctionnelles et les disciplines interventionnelles, l'imagerie et la biologie. Son but est de permettre un accès à des soins de qualité 24 heures sur 24 pour la population du territoire concerné.

s'adapter et à évoluer face aux changements structurels (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Les établissements hospitaliers doivent désormais s'impliquer dans un système de soins local tout en révisant leur gestion dans le cadre de financements limités. Ils deviennent un « *l'hôpital stratège* », devant composer avec des partenaires internes et externes (Carricaburu et Ménoret, 2005). Les fonctions des hôpitaux étant peu précises et peu orientées, chaque structure devient actrice de sa propre transformation et élabore sa propre dynamique en se confrontant aux contraintes financières, à la spécialisation médicale ou encore aux évolutions des données techniques (Contandriopoulos et Souteyrand, 1996). Dans la décennie 1980, l'hôpital public connaît ainsi une période de transformation majeure, ce qui a pour conséquence d'entraîner une modification rapide du paysage hospitalier.

Après une période de conquête de l'autonomie, les structures hospitalières entament une phase de dépendance économique (Bonnici, 1998). Le contexte budgétaire très contraint engendre une véritable mutation de l'hôpital public français. Ni complètement dépendant, ni complètement autonome, l'hôpital paraît encastré dans un fonctionnement complexe dans le sens où il est obligé d'évoluer en tenant compte des déterminations économiques, sociales et politiques qui l'entourent et le pressent au quotidien (Sainsaulieu, 2007). Finalement, c'est à l'heure où les hôpitaux commencent à manquer d'internes tout en étant bercés par des obligations économiques, financières et budgétaires, qu'ils entreprennent de recruter des PADHUE.

Dans les années 1980-1990, au moment où le secteur hospitalier rentre dans une grande phase de réformes, les hôpitaux recrutent un grand nombre de médecins diplômés hors UE. C'est d'ailleurs à cette même époque que la notion de contrainte financière commence à se faire sentir fortement dans les services soignants (Sainsaulieu, 2007). Les années 1990 marquent le commencement d'une ère de restructuration, faite de reconversions, de fermetures et de redéploiements, dont le but est de rationaliser le système de santé (Bonnici, 1998). Alors que les contraintes économiques et politiques pèsent de tout leur poids sur le secteur hospitalier, chaque hôpital se bat désormais pour son propre sort (Sainsaulieu, 2007). Les structures hospitalières doivent faire des économies, mais les champs d'intervention sont limités en raison de secteurs incompressibles tels que le matériel technologique moderne (Sainsaulieu, 2007). Toutefois, la gestion locale donne quelques marges de manœuvre aux directeurs notamment grâce à la maîtrise des recrutements et des carrières (Schweyer, 2010). Les dépenses de personnels, comme le nombre de salariés ou les niveaux de salaires, apparaissent comme l'un des secteurs les plus imputables (Sainsaulieu, 2007). *« Dans une situation de compétition exacerbée avec le secteur privé pour le recrutement des professionnels de santé, la logique contractuelle est introduite en 1991 pour l'emploi des médecins à l'hôpital »* (Tabuteau, 2010, p. 44-45). Face à un manque de médecins diplômés en France et à un besoin de rentabilité, les hôpitaux doivent recruter rapidement et à moindre coût. L'embauche de PADHUE répond parfaitement à ces critères, car ceux-ci sont employés sous des statuts offrant une rémunération bien inférieure à celles des praticiens hospitaliers. Bien que les statuts et les rémunérations aient beaucoup évolué entre les années 1990 et aujourd'hui, le

tableau 2 permet de se rendre compte des importants écarts de salaires qu'il existe entre un PH et un PADHUE qui exerce sous un statut d'associé ou de faisant fonction d'interne.

Tableau 2: Grilles salariales pour l'année 2014 des praticiens hospitaliers et des statuts ouverts aux PADHUE qui ne possèdent pas le plein exercice de la médecine

Échelon	PH temps plein (sans activité libérale)	Assistant associé généraliste	Assistant associé spécialiste	Praticien attaché associé	Faisant fonction d'interne
1er échelon	3815 €	1756 €	2042 €	2064 €	1258 €
2e échelon	3873 €	1756 €	2042 €	2171 €	-
3e échelon	3955 €	2042 €	2233 €	2363 €	-
4e échelon	4049 €	2042 €	2233 €	2694 €	-
5e échelon	4213 €	2233 €	2519 €	2937 €	-
6e échelon	4482 €	2233 €	2519 €	3089 €	-
7e échelon	4775 €	-	-	3298 €	-
8e échelon	4916 €	-	-	3439 €	-
9e échelon	5079 €	-	-	3500 €	-
10e échelon	5431 €	-	-	3586 €	-
11e échelon	5641 €	-	-	3684 €	-
12e échelon	6364 €	-	-	3852 €	-
13e échelon	6629 €	-	-	-	-
Rémunération nette mensuelle en euros					

Source : http://www.ph-parinteret.com/files/fhfremunerationmedecin.pdf /; réalisation Victoire Cottereau (janvier 2015©)

En 1989, l'État demande un effort financier supplémentaire aux PADHUE, malgré le fait qu'ils touchent déjà de bas salaires. L'arrêté du 27 janvier 1989 modifie l'indemnisation des gardes des attachés associés, c'est-à-dire celles effectuées par des médecins à diplôme étranger. À compter de l'instauration de cet arrêté, elle doit être calculée sur la base des taux fixés pour l'indemnisation des permanences à l'hôpital effectuées par les internes de 3e et de 4e années, soit moitié moins qu'auparavant (Ettahiri, 1994). Au vu des vives réactions de la part des médecins, une circulaire non publiée quelques semaines après ordonne le sursis à l'exécution de l'arrêté. Puis, en 1993, une circulaire rappelle que l'arrêté doit être appliqué et que désormais l'indemnité de garde des médecins étrangers est ramenée de 1324 francs (environ 202 euros) à 448 francs (environ 68 euros) (Ettahiri, 1994). Le ministre des Affaires sociales suspend finalement le 16 juillet 1993 l'arrêté de 1989 face à l'opposition des associations et des syndicats de praticiens.

Même si les hôpitaux qui emploient des PADHUE sans la plénitude d'exercice doivent payer des astreintes de sécurité, il est indéniable que le coût annuel de l'emploi d'un PADHUE est beaucoup plus faible que celui d'un PH. *« Les écarts sont considérables (…) avec les contractuels attachés ou les résidents qui n'ont guère d'occasions de cumul, sans parler des vacataires étrangers ou des internes, étudiants en spécialité, dont les revenus se rapprochent de ceux des employés »* (Penef, 2005, p. 229). L'embauche de médecins diplômés hors UE permet aux hôpitaux d'avoir une main-d'œuvre immédiatement disponible tout en faisant d'importantes économies. Le constat effectué par Jean De Kersadoué en 2003 confirme

l'inadaptabilité des actuels statuts hospitaliers, mais également le recours massif des hôpitaux à l'emploi de PADHUE. *« Beaucoup d'hôpitaux publics fonctionnement aujourd'hui grâce à l'activité de praticiens adjoints contractuels, qui sont des médecins étrangers ne pouvant exercer qu'au sein de l'hôpital, avec des contrats de 3 ans renouvelables. Ils forment dans certains hôpitaux une marge de manœuvre précieuse, notamment dans les services où les astreintes et gardes sont lourdes. Parmi les médecins hospitaliers, seulement 33 % sont des PH à plein temps, les autres sont des temporaires, des internes, des assistants, des contractuels, des attachés. C'est dire que de nombreux médecins sont en dehors du champ statutaire, preuve que le statut de PH est peu adapté. Leur recrutement national et annuel, pourtant simplifié en 1999, ne répond pas aux besoins de recrutements rapides des hôpitaux. Plus de 15 % des postes de PH sont vacants et dans certains hôpitaux dits de proximité, le pourcentage atteint 30 %* » (2003, p. 250).

Le recrutement de PADHUE ne semble pas pour autant se limiter à de simples intérêts économiques. Les données exposées dans le chapitre 3 (p. 109) montrent clairement que ces médecins sont principalement employés dans les services les plus difficiles tels que les urgences ou la psychiatrie. Rappelons qu'à partir des années 1990, chaque hôpital doit se développer des stratégies pour être attractif en raison d'une accentuation du phénomène de spécialisation compétitive. Les hôpitaux rentrent alors dans une stratégie de développement de leur plateau technique pour attirer des médecins talentueux qui seraient susceptibles de développer des créneaux attractifs (Carricaburu et Ménoret, 2005). Selon Antoinette Chauvenet (1978), il existerait à l'hôpital une « *médecine des classes* », c'est-à-dire que trois grands types de médecines hiérarchisées et cloisonnées coexisteraient au sein du secteur hospitalier. La première médecine correspond à « *la médecine de prestige à haute technicité* » pratiquée dans les CHU. Cette médecine porte un intérêt scientifique à une pathologie spécifique, car son but est de développer la production médicale. La seconde médecine est « *la médecine de masse* » pratiquée dans les centres hospitaliers et les services semi-spécialisés des CHU. Cette médecine soignerait principalement des personnes actives issues de classes moyennes. Enfin, la troisième médecine appelée *« la filière d'abandon médical et de relégation sociale* » se pratique dans les services de médecine générale des CH, dans les hôpitaux locaux et dans les hôpitaux psychiatriques. Cette médecine soignerait principalement la frange de la population la plus modeste par exemple les personnes âgées sans ressources. Le contexte de contrainte économique imposé aux hôpitaux amplifierait considérablement ce phénomène de classes. Logiquement, les hôpitaux chercheraient à investir dans la médecine de haute technicité et à limiter leurs dépenses dans les autres médecines. Or, la totalité des PADHUE que j'ai rencontrés exerce dans ce qu'A. Chauvenet appelle « *la médecine de masse* » et « *la filière d'abandon médical et de relégation sociale* » et ils ont presque tous affirmé que les services les plus pointus des CHU leur sont inaccessibles. Face à cette situation, il semblerait que des établissements choisissent de recruter des PADHUE dans les services les moins prestigieux afin qu'ils fonctionnement correctement et à moindre coût. L'objectif réel serait de libérer des fonds pour financer des services prestigieux et attirer des médecins de renom diplômés en France.

Depuis les années 1990, les réformes hospitalières se bousculent, les transformations de l'environnement sont particulièrement denses et l'hôpital public connaît des changements importants afin de s'adapter à une réalité sanitaire et socio-économique en perpétuelle évolution (Tabuteau, 2010 ; Mordelet, 2006). Dans un objectif de survie face à une concurrence exacerbée, l'hôpital serait producteur d'inégalités engendrées par la propre logique de l'institution (Carricaburu et Ménoret, 2005). À la fois économiques et conditionnés à certaines médecines, il semblerait que les PADHUE jouent un rôle bien plus important qu'il n'y paraît. Ces médecins auraient un rôle essentiel dans la mutation et le tournant que subit l'hôpital public. Rappelons qu'en un siècle, l'institution hospitalière voit simultanément son nombre de médecins disponibles diminuer, son nombre d'hospitalisations multiplier par 40 et une contrainte financière devenir de plus en plus forte. En fin de compte, le secteur hospitalier français aurait certainement eu de grandes difficultés à fonctionner normalement sans la présence des PADHUE (cf. chapitre 3).

Alors qu'aujourd'hui la crise de l'hôpital n'est plus dissociable de la crise plus générale du système de santé et du système de protection sociale, le recrutement de PADHUE est définitivement interrompue (cf. chapitre 2, p. 79). À une époque où les pouvoirs publics demandent aux hôpitaux de maîtriser leurs dépenses, les établissements ne sont plus autorisés à employer de nouveaux PADHUE et ils doivent envisager l'avenir sans les praticiens qui leur coûtent le moins cher. Aujourd'hui, *«un certain nombre d'établissements sont donc en situation de vulnérabilité. Ce constat nous conduit probablement à dire que l'hôpital est en crise. La quasi-totalité des CHU affiche un déficit. Le président de la République a déclaré que les comptes de tous les hôpitaux devaient être à l'équilibre en 2012. La situation financière des établissements fait ainsi l'objet de toutes les attentions. Cette vulnérabilité se retrouve également dans l'organisation des équipes, la garantie de la qualité des soins et la sécurité »* (Evin, 2009). Depuis son instauration en 2007, le nouveau mode de financement, appelé T2A, ne semble pas remplir son objectif consistant à diminuer les dépenses de l'hôpital. Aujourd'hui, il paraît de plus en plus difficile pour les hôpitaux de concilier leur vocation de service public avec la maîtrise des dépenses de santé et la rationalisation des équipements (Bonnici, 1998). Il semble clair que « *l'environnement de la santé se transforme. Les pouvoirs publics tentent de s'adapter à ces bouleversements quand ils ne cherchent pas à en faire les leviers de leur action. Derrière les inflexions récentes de la politique de santé, des ruptures majeures pourraient se profiler»* (Tabuteau, 2010, p. 43). À l'heure où les dirigeants hospitaliers ont l'œil rivé sur leur place dans le « palmarès »[51] des hôpitaux et où la question du temps médical s'impose comme l'une des chefs de la politique de santé, l'avenir de l'hôpital public français soulève de nombreuses questions (Tabuteau, 2010). (cf. chapitre 9, p. 267)

[51] Classement réalisé par les services de l'État au plan régional en fonction de la masse budgétaire qui leur est allouée annuellement rapportée aux pathologies qu'ils traitent.

Conclusion du chapitre 1

À travers ce premier chapitre, nous venons de voir que l'analyse du contexte historique français donne à comprendre les raisons de la mise en place d'une législation particulière et de statuts spécifiques aux PADHUE. Le recrutement de PADHUE est un moyen de compenser la diminution du nombre d'internes liée à l'instauration du *numerus clausus* ainsi qu'à des évolutions sociétales. Les conditions de recrutements réservées aux PADHUE ont été conçues pour répondre à un besoin immédiat de médecins supplémentaires dès le début des années 1980. Celles-ci répondent également aux attentes d'une profession médicale protégée et réglementée qui ne souhaite alors pas intégrer dans ses rangs des médecins diplômés à l'étranger. Comme le résume parfaitement Marc-Olivier Déplaude : *«ces recrutements peuvent être expliqué (…) par l'impact sur les hôpitaux de la réforme des études médicales de 1982 et de la politique gouvernementale en matière de démographie médicale, par l'accentuation des disparités internes au champ médical et par la présence en France d'un important vivier de médecins issus du Maghreb, du Proche-Orient et d'Afrique francophone, incités à venir en France pour y acquérir un complément de formation »* (2011, p. 229).

Initialement, la législation spécifique à ces praticiens a été pensée de façon temporaire. Mais, l'État a dû continuellement créer de nouvelles législations puisque des hôpitaux ont continué à employer de nouveaux PADHUE malgré les interdictions. Recrutés de façon temporaire, mais nécessaire de façon permanente en raison de l'évolution et de la mutation du secteur hospitalier, les PADHUE ont vu progressivement leur place se pérenniser au sein du secteur hospitalier français. *« De prolongation en prolongation, ces « temporaires » sont devenus des « quasi-permanents » sans avoir le titre, ni les droits »* (Bui Dang Ha Doan, 2004, p. 291). Finalement, nous venons de voir que c'est au cœur d'un cadre particulièrement complexe que les PADHUE sont venus progressivement grossir les effectifs des structures hospitalières publiques.

Dans un second chapitre, nous allons nous pencher sur l'évolution de la législation destinée aux PADHUE qui a parfois pu mener à des situations illégales et discriminatoires.

Chapitre 2
La législation et les statuts spécifiques aux PADHUE : les enjeux en termes de processus discriminatoires

---

« Comme toutes les législations contemporaines, la législation française oscille entre un principe universaliste d'égalité, qui conduit à proscrire les discriminations entre étrangers et nationaux, et un principe réaliste de souveraineté – et de protectionnisme – étatique, qui aboutit à réserver un certain nombre de droits et prérogatives aux seuls citoyens français. L'évolution du droit français tend pourtant vers une assimilation croissante des étrangers aux nationaux, et donc vers une plus grande égalité de droits dans la plupart des domaines »
(Robi, 2003, p. 15)

Introduction du chapitre 2

Depuis l'instauration de deux décrets dans les années 1980 et l'ouverture de diplômes de spécialisation (cf. tableau 5, p. 102), les hôpitaux ont recruté de nombreux PADHUE pour combler le manque de praticiens. Du vote de la loi du 30 novembre 1892 jusqu'au début des années 1990, les praticiens diplômés en dehors de l'Union européenne n'avaient aucune autre possibilité de faire reconnaître leur diplôme de médecine par l'État français, hormis par l'intermédiaire du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT)[52].Or, le CSCT n'offrait qu'un nombre dérisoire de places jusqu'à la fin des années 1990 (cf. frise chronologique). Sans reconnaissance, les PADHUE ne pouvaient alors travailler que dans les hôpitaux publics en tant que faisant fonction d'interne sous des contrats de six mois renouvelables, en tant qu'attaché associé sous des contrats annuels renouvelables ou en tant qu'assistant associé sous des contrats de deux ans renouvelables.

Face à une croissance continue des effectifs de PADHUE dans les hôpitaux, le gouvernement français a finalement décidé de mettre en place un système de reconnaissance afin d'intégrer complètement ces praticiens au corps de métier. Aujourd'hui, soit presque 15 ans plus tard, l'État fait en sorte que les médecins diplômés hors UE, qui ne détiennent pas encore la plénitude d'exercice, passent un examen pour l'obtenir. La législation actuellement en vigueur précise que tous les médecins, qui exercent sous des statuts d'associés, ne pourront plus exercer dans les structures hospitalières françaises s'ils n'ont pas obtenu la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) avant le 31 décembre 2016. De surcroît, l'État a présentement interdit à tous les établissements hospitaliers d'employer des PADHUE qui n'ont pas exercé en France avant le 3 août 2010. Dans la perspective où cette loi ne sera pas modifiée à la fin

[52] Les PADHUE pouvaient également choisir de reprendre leurs études de médecine en France.

de l'année 2016[53], cette dernière évolution de la législation prend une tournure de verrouillage et de fermeture quasi définitive du système de santé français à ces praticiens.

À travers ce second chapitre, nous allons exposer les raisons pour lesquels les PADHUE sont soumis à un cadre législatif particulier puis nous analyserons l'évolution de cette législation ainsi que les différents statuts réservés à ces médecins. Toutefois, le lecteur est invité à consulter la frise chronologique, car elle apporte des informations plus détaillées et elles présentent des procédures secondaires qui sont absentes du corps du texte et du tableau 5 (p. 102). Ce point législatif est indispensable, par la suite, pour comprendre la construction et l'évolution des parcours et des projets migratoires de ces praticiens.

2.1. Examen d'une discrimination légale

Créée en 2005 pour offrir une assistance juridique aux victimes de discriminations, la Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE) a attentivement étudié les statuts des PADHUE au début de l'année 2006. Le 27 février 2006, elle a conclu que les statuts spécifiques réservés aux médecins diplômés hors UE n'ayant pas la plénitude d'exercice sont au cœur d'un système discriminatoire :

> « *C'est dans l'exploitation qui est faite de leur absence de statut alors même que leurs responsabilités concrètes sont identiques, que la discrimination à leur égard trouve sa source. Celle-ci s'opère à raison de l'origine, dans l'accès à l'emploi et dans l'emploi […].* »[54]

Deux ans plus tard, Nicolas Sarkozy, alors président de la République, a confirmé cette situation en indiquant dans un discours officiel qu'il faut que ces médecins sortent de cette *« situation de non-droit »*.[55] Cette même année, la fédération des praticiens de santé (FPS) a dénombré 6788 PADHUE exerçant encore sous ces statuts au sein d'établissements publics de santé français. Pourtant, près de cinq années plus tard, ces statuts sont toujours utilisés dans les hôpitaux publics. Afin de comprendre pourquoi ces statuts discriminatoires sont employés depuis plus de quarante ans, nous allons nous arrêter sur le principe de non-discrimination en France ainsi que sur le type de discrimination dénoncé.

2.1.1. La discrimination dans le droit français

Le principe de non-discrimination s'est progressivement imposé en droit français à partir des années 1970. Pour Didier Fassin (2002), la discrimination prend acte de conséquences observables et les dénonce en s'appuyant sur des législations ou des jurisprudences. La loi n° 72-546 du 1er juillet 1972 introduit pour la première fois le principe de non-discrimination dans le Code pénal français (Bereni et Chappe, 2011).

> *« Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes (…) à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse,*

[53] La dernière session de la liste C de la PAE devait initialement se tenir en 2011. Face à une vive réaction des directeurs d'hôpitaux, cette législation a finalement été changée dans l'urgence en décembre 2011.
[54] Extrait de la délibération n° 2005-57 et 2005-56 du 27 février 2006.
[55] Nicolas Sarkozy, Discours sur la réforme de l'hôpital, 17 avril 2008, Neufchâteau, p. 7

de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur lieu de résidence, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée » (article 225-1 du Code pénal).

À la lecture de cet article du Code pénal, nous comprenons que son principe est de proscrire les différences de traitements arbitraires opérés entre des individus placés dans des situations identiques (Breni et Chappe, 2011). La non-discrimination correspondrait alors simplement au fait de respecter le principe d'égalité. Toutefois, la discrimination en tant que telle n'est pas définie au regard d'un texte de loi, ou d'une réglementation administrative. Relevant surtout d'une perception individuelle qui est socialement construite, la définition de la discrimination est sujette à de grandes variations. Patrick Simon (2000) et Danièle Lochak (2004) rappellent qu'étymologiquement la discrimination s'est faire une distinction, établir une séparation ou une différenciation. **«** *Distinguer est une activité permanente de la pensée, nécessaire à l'action, et fait partie de notre activité quotidienne. Nous passons notre temps à trier et à faire des choix. Mais sur ces mécanismes de choix peuvent venir se greffer des discriminations : la distinction qui est alors établie est considérée comme illégitime, soit au regard de critères relatifs à des usages sociaux. Cette distinction illégitime va se traduire par un traitement inégalitaire, rendant « anormalement limité » l'accès de personnes ou de groupes à des droits, des services ou de biens de consommation »* (Simon, 2000, p. 18). Ainsi, au sens très large, on peut qualifier toute différence de traitement de discrimination. Danièle Lochak (2004) souligne toutefois que le fait de traiter des personnes de façon différente n'est pas forcément discriminatoire, car il faut que le comportement ou l'acte tombe sous le coup d'une règle juridique.

2.1.2. Les emplois fermés aux étrangers

Tout d'abord, il est important de préciser qu'il existe plusieurs types de discriminations : les discriminations directes et les discriminations indirectes. La première résulte d'un agissement volontaire, d'une intention de discriminer tandis que la seconde a pour effet d'introduire une discrimination (Lochak, 2004). Les statuts spécifiquement créés pour les praticiens diplômés hors UE ne possédant pas le plein exercice sont fondés sur une discrimination plus complexe puisque celle-ci est légale. « *Il existe en effet des discriminations légales inscrites dans le droit »* (Simon, 2000, p. 19). Les PADHUE n'ayant pas le plein exercice de la médecine subissent une discrimination légale, car leurs statuts sont inscrits dans le Code de la santé publique.

En France, la profession de médecin n'est pas la seule qui engendre des discriminations légales. Les professions réglementées sont majoritairement des professions libérales organisées sous forme ordinale : avocats, médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, experts-comptables, architectes, les pharmaciens et les géomètres experts. *« Ces professions étaient souvent historiquement organisées au Moyen-Âge et sous l'Ancien Régime en corps de*

métiers, abolis à la révolution, mais dont le fonctionnement en « corporation » a souvent subsisté. Par exemple, les professions organisées en « ordre professionnel », possèdent leurs règles propres (médecins, avocats, notaires…). C'est pourquoi leurs opposants ne voient dans le combat pour conserver ces règles que du « corporatisme », cherchant à préserver des privilèges injustes. Au contraire, les tenants de la réglementation la justifient comme le seul rempart contre la logique de « marchandisation » de leur service qui n'aboutirait qu'à sa détérioration, et impliquerait des externalités négatives. Leur service ne doit pas être confondu avec un bien de marché comme un autre. » (Pellet, 2013, p. 247). Il existe deux niveaux de restriction : la condition de nationalité et la condition de détention d'un diplôme français. En 2000, un rapport réalisé par un groupe d'étude sur les discriminations (GED) relève qu'une cinquantaine de professions font l'objet de restrictions explicites liées à la nationalité et qu'une trentaine nécessitent la condition d'avoir obtenu un diplôme français. Certaines de ces professions, notamment dans les secteurs judiciaires et médicaux, font même l'objet d'une double restriction (condition de nationalité et de diplôme).

Mais les emplois fermés aux étrangers se dénombrent avant tout dans le secteur public. Les emplois de titulaires dans les trois fonctions publiques (État, hospitalière et territoriale) sont interdits aux étrangers non communautaires, ce qui représentait 5,2 millions d'emplois en 2000 (GED, 2000). Rappelons que la définition juridique d'étranger est issue de l'article 1 de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France : « *Sont considérés comme étrangers au sens de la présente ordonnance tous individus qui n'ont pas la nationalité française soit qu'ils aient une nationalité étrangère, soit qu'ils n'aient pas de nationalité* »[56]. Les étrangers ne peuvent pas accéder à la fonction publique parce qu'elle est considérée comme un droit civique et un attribut de la citoyenneté (Slama, 1999). S'il est compréhensible que l'État ne veuille pas que des étrangers représentent l'autorité étatique (police, armée, magistrature, impôt, etc.), il peut paraître surprenant que l'État n'accepte pas qu'ils occupent des postes de fonctionnaires consistant à accomplir des tâches qui ne leur confèrent aucune prérogative particulière et qui sont proches de celles qui sont dévolues au secteur privé (Slama, 1999). Il peut sembler incohérent que les étrangers « *peuvent être recrutés pour effectuer les mêmes tâches que des fonctionnaires, mais en tant que contractuels ou auxiliaires, c'est-à-dire dans le cadre d'emplois précaires, moins bien rémunérés et souvent à temps partiel* » (GED, 2000, p. 11). En fonction des fluctuations conjoncturelles et à titre exceptionnel, les étrangers peuvent être recrutés sur des emplois de fonctionnaires en tant que contractuels. Ainsi, *« Le droit légalisant l'exceptionnalité, confère au travail précaire une fonction d'ajustement entre activité et main d'œuvre »* (Cingolani, 2011, p. 36). Selon Serge Slama (1999), le recours à des agents non titulaires de nationalité étrangère est une pratique très fréquente dans certains secteurs de l'administration. Ils sont principalement recrutés pour accomplir les fonctions les plus ingrates, mais également pour aller travailler dans les secteurs géographiques les plus difficiles qui sont désertés par les nationaux. Or, les différences de traitement ne sont légitimes qu'à partir du moment où elles sont fondées sur des différences de situation ; « *or la*

[56]http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=5FFF3BE38831E1BF8885CD210B95557B.tpdila24v_1?cidTexte=JORFTEXT000000699737&dateTexte=19451104 (consulté le 20/01/2015)

nationalité n'est pas à elle seule constitutive d'une différence de situation en dehors du champ politique et du droit du séjour » (Lochak, 2004, p. 22). À ce titre, la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes (CJCE) condamne fréquemment la France pour le traitement différencié qu'elle établit entre Français et étrangers (Simon, 2000). Comme je l'ai déjà mentionné dans le chapitre 1, une proposition de loi, visant à supprimer les conditions de nationalité qui restreignent l'accès des travailleurs étrangers à l'exercice de huit professions libérales ou privées (dont celle de médecin), a été déposée au Sénat le 21 janvier 2009 puis finalement rejetée en première lecture à l'Assemblée nationale le 23 juin 2010 (cf. frise chronologique). Bien qu'elles soient une entrave à la libre entreprise et donc à la libre concurrence, les professions réglementées se protègent et ne souhaitent pas s'ouvrir aux étrangers. *« Les restrictions à l'entrée ou « barrières à l'entrée » permettent aux professionnels du secteur de bénéficier d'un relatif pouvoir de fixation du prix (exemple des médecins du secteur 2), qui peut dès lors être fixé au-dessus du prix d'équilibre en concurrence parfaite »* (Pellet, 2013, p. 246). Non seulement ces interdictions les empêchent de bénéficier de la fameuse « sécurité » et des « avantages », matériellement ou symboliquement, attachés à la condition de fonctionnaires ou aux emplois dans le secteur public, mais elles traduisent également une volonté de protéger l'activité économique des nationaux contre la concurrence étrangère (Slama, 1999 ; GED, 2000).

2.1.3. Quand les exceptions tendent à amplifier la discrimination

Nous venons de voir qu'historiquement les professions réglementées imposent la condition d'être de nationalité française et/ou de posséder un diplôme d'État français. En raison de l'intégration communautaire, les pouvoirs publics français ont été progressivement obligés d'ouvrir les emplois de la fonction publique aux ressortissants communautaires (Slama, 1999). Aujourd'hui, il existe donc dans le secteur de l'emploi public en France une véritable distinction entre les personnes originaires d'un pays membre de l'Union européenne et ceux qui ne le sont pas. Par ailleurs, comme la réglementation concernant la nationalité comporte de nombreuses exceptions au sein de chaque profession, nous nous concentrerons uniquement sur celles qui concernent la profession de médecin.

Actuellement, les conditions d'exercice de la médecine en France sont régies par l'article L4111-1 du Code de la santé publique modifié par l'ordonnance n° 2009-1585 du 17 décembre 2009-art.2 (cf. frise chronologique).

Trois obligations sont requises pour pouvoir pleinement pratiquer la médecine en France :

1. Être titulaire d'un diplôme obtenu en France, dans un pays membre de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), ou en Suisse.

2. Être de nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie.

3. Être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

Premièrement, nous remarquons que les dérogations en matière de diplôme sont rares. À l'époque où les diplômes européens n'étaient pas reconnus par l'État français, seules quelques dérogations ont été accordées dans le cadre de conventions signées avec des pays limitrophes : Luxembourg (1879), Suisse (1889) et Belgique (1910). Celles-ci autorisaient les médecins établis dans ces pays à exercer également en France dans des communes limitrophes, à condition qu'aucun médecin français n'y réside alors (et réciproquement) (Déplaude, 2011). Aujourd'hui, en dehors des médecins ayant obtenu leur diplôme en UE ou de EEE, seuls les praticiens diplômés en Suisse sont autorisés à exercer en France depuis la signature d'un accord le 21 juin 1999. Dans les faits, il existe deux autres exceptions qui ne sont pas citées au sein de l'article L4111-1 du Code de la santé publique en raison de leurs caractères très spécifiques. Les médecins diplômés au sein des universités suivantes ont également leur diplôme de médecine reconnu :

- Les Facultés de médecine d'Abidjan et de Dakar pour les diplômes de médecine délivrés jusqu'à l'année universitaire 1983-1984 à condition de produire une attestation de la faculté établissant le suivi d'un cursus d'études identique à celui prévu pour l'obtention du diplôme d'État français de docteur en médecine.

- L'Université Saint Joseph de Beyrouth.

Enfin, l'article L4311-1 2^{e}d du Code de la santé publique autorise la reconnaissance des diplômes pour quelques cas particuliers :

« Les titres de formation de médecin délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, l'ancienne Union soviétique ou l'ancienne Yougoslavie ou qui sanctionnent une formation commencée avant la date d'indépendance de la République tchèque, de la Slovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie ou de la Slovénie, s'ils sont accompagnés d'une attestation des autorités compétentes de la République tchèque ou de la Slovaquie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie ou de la Lituanie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Union soviétique, de la Slovénie pour les titres de formation délivrés par l'ancienne Yougoslavie, certifiant qu'ils ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet État. Cette attestation est accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que son titulaire a exercé dans cet État, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat. »[57]

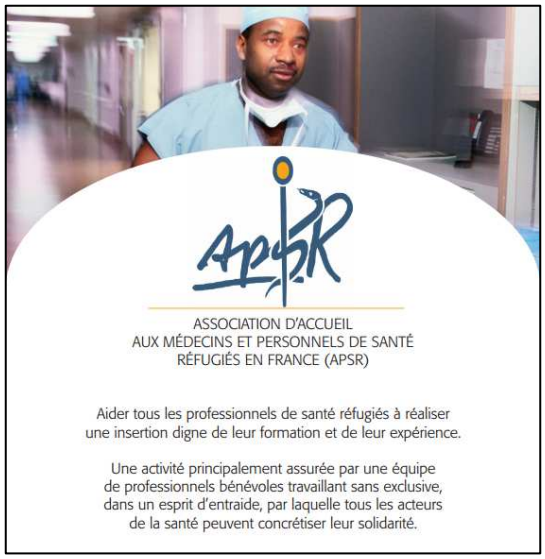
Deuxièmement, la réglementation portant sur la condition de citoyenneté comporte plusieurs dérogations, dont certaines datent d'avant-guerre. Dans les années 1930, des conventions d'établissement dispensaient de la condition de citoyenneté les ressortissants des états signataires tels que l'Italie ou la Roumanie. Puis, « *lorsque les colonies françaises acquièrent leur indépendance à partir du milieu des années 1950, des conventions analogues sont*

[57]http://www.professionmedecin.fr/medecins-etrangers/questions-relatives-aux-conditions-dexercice-des-medecins-etrangers-en-france/ (consulté le 23/01/2015)

signées avec les États qui en sont issus. Au début des années 1960, l'exemption de la condition de citoyenneté française dont bénéficient les Marocains et les Tunisiens est même inscrite dans le Code de la santé publique » (Déplaude, 2011, p. 210). Actuellement, les médecins de nationalités marocaines et tunisiennes peuvent s'inscrire au tableau du CNOM sans posséder la nationalité française. Toutefois, ils peuvent effectuer cette démarche qu'après avoir obtenu un concours ou un examen permettant de faire reconnaître leur diplôme de médecine.

In fine, un dernier groupe de cas particuliers fait exception dans la pratique de la médecine en France : les réfugiés et apatrides. Suite à des pressions internationales, la France a effectué quelques changements concernant l'accueil de certains médecins diplômés à l'étranger. « *Tirant argument du Protocole de New York en 1967, qui étend la Convention de Genève aux réfugiés issus des pays non européens, il* (le ministre français des Affaires étrangères) *demande au ministère de la Santé de faire adopter des dispositions en vue de permettre à des médecins réfugiés ou apatrides d'exercer leur métier en France »* (Déplaude, 2011, p. 212). À ce titre, la loi du 13 juillet 1972 a mis en place une commission consultative chargée d'attribuer des autorisations individuelles de plein exercice dans les limites d'un quota fixé par le ministre chargé de la Santé. Afin de faire reconnaître leur diplôme de médecine en France, les médecins réfugiés ou apatrides doivent tout de même passer des épreuves d'aptitude. Actuellement, ces médecins sont soumis à la Liste B de la procédure d'autorisation d'exercice pour faire reconnaître leur diplôme (cf. schéma 4, p. 105). Non seulement ils sont soumis à une procédure « simplifiée » car ils ne sont pas assujettis à des quotas et doivent seulement obtenir la moyenne. Les PADHUE-réfugiés ont également la possibilité d'obtenir des renseignements et de l'aide auprès de l'Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France (APSR) dont l'objectif est d'aider les personnels de santé à s'intégrer professionnellement.

Capture d'écran 2: Affiche de l'APSR



Source : apsr.asso.fr

Au fil des années, les conditions de diplômes et de citoyenneté française ont progressivement été vidées d'une partie de leur contenu suite à la signature de nombreuses conventions avec des États étrangers et à la multiplication des cas particuliers (Déplaude, 2011). Pour une partie des PADHUE, ces exceptions et particularités tendent à amplifier leur impression d'injustice et de discrimination. Ces multiples dérogations montrent le caractère injustifié et illégitime de l'obligation d'être de nationalité française, européenne, andorrane, suisse, marocaine ou tunisienne pour pouvoir pratiquer la médecine en France.

Dans un pays bercé par des principes républicains prônant une égalité entre les nationaux et les non-nationaux, il peut paraître surprenant que les emplois du secteur public ne soient ouverts qu'exceptionnellement aux étrangers en qualité de collaborateurs et de contractuels. Pour S. Slama (1999), ce constat révèle qu'il existe en France un régime discriminatoire à l'égard des étrangers, qui peut être rapproché du concept de « préférence nationale et communautaire ». Dans la pratique, les pouvoirs publics recrutent des étrangers pour assurer le fonctionnement du service public. Cette situation tend à donner aux étrangers *« la figure de la dernière roue du carrosse indispensable à la continuité du service public »* (Slama, 1999, p. 39). Pourtant, le préambule de la Constitution de 1946 (toujours en vigueur[58]) affirme clairement le principe de non-discrimination en raison de l'origine : « *Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi. Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances»*[59]. Au vu de la législation française, il apparaît que les conditions régissant l'exercice de la profession de médecin peuvent engendrer des discriminations. *« Les restrictions légales, plus par l'absence de cohérence du système en vigueur que par le volume qu'elles représentent, sont une importante source de discriminations. L'imbroglio réglementaire et législatif qui règne en la matière aide à étendre à l'infini le spectre déjà fort large des emplois réservés et tend à donner une légitimité sociale aux pratiques illégales. Puisque le flou est entretenu sur le principe qui établit la règle de droit en matière de restriction aux étrangers du marché du travail tant privé que public, la pratique discriminatoire échappe à toute verbalisation, voire culpabilité, y compris morale avant d'être judiciaire»* (GED, 2000, p. 12). Aujourd'hui, refuser que des personnes accèdent à un métier en raison d'une condition fondée sur l'origine nationale pourrait donc amener à une certaine institutionnalisation de logiques discriminatoires. Au-delà de l'aspect législatif limitant la pratique de la médecine aux PADHUE ne possédant pas le plein exercice de la médecine, nous verrons que cette situation a notamment d'importants impacts sur la pratique quotidienne des médecins à l'hôpital (cf. chapitre 5, p. 163). Pour l'instant, il semble nécessaire que nous nous arrêtions sur l'application et l'évolution du cadre juridique à destination des praticiens à diplôme extra-européen.

---

[58] Le préambule de la Constitution de 1958 reconnait celui-ci de la constitution de 1946 : « *Le peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la Déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946, ainsi qu'aux droits et devoirs définis dans le Charte de l'environnement de 2004* »
http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur.5074.html#titre13 (consulté le 17/02/2015)

[59]http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-de-1946-ive-republique.5109.html (consulté le 17/02/2015)

2.2. Les statuts réservés aux PADHUE

Nous avons vu en introduction générale que le caractère unique du système de santé français est d'avoir créé des statuts spécifiques aux médecins hors UE afin qu'ils puissent exercer dans les hôpitaux publics sans avoir eu besoin de faire reconnaître leur diplôme et sans qu'ils aient eu à passer le moindre test ou examen attestant de leurs compétences. Toutefois, ces statuts présentent la particularité de limiter leur pratique médicale et de les obliger à travailler la responsabilité d'un autre médecin.

Le Code de la santé publique définit ces praticiens de la façon suivante :

> *« Il s'agit de médecins étrangers, titulaires de diplômes obtenus hors Union européenne ou de l'Espace économique européen, qui sont recrutés par des établissements publics de santé (…)»* (article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture médicale universelle)

> *« Ces médecins assurent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou de l'un de ses collaborateurs médecins, inscrit au tableau de l'Ordre. Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante et sont associés à la permanence des soins (…)»* (article R.6152-538 du code de la santé publique)

À travers cette section, nous allons nous attarder sur les caractéristiques des différents statuts sous lesquels travaillent les PADHUE qui ne possèdent pas la plénitude d'exercice. En raison du caractère complexe de ces statuts, j'ai choisi de présenter de façon distincte les deux grandes catégories de statuts (les FFI et les associés) sous lesquelles ils exercent. La réalisation de deux tableaux exposant les diplômes de spécialité destinés aux PADHUE et les principales caractéristiques de leurs statuts a pour objectif de faciliter leur compréhension générale.

Enfin, rappelons que ces médecins ne sont plus assujettis à ces statuts spécifiques et obtiennent les mêmes statuts que les médecins diplômés en France à partir du moment où ils valident un examen ou un concours qui reconnaît leur diplôme de médecine et qu'ils sont inscrits au CNOM (cf. schéma 4, p. 105).

2.2.1. Les faisant fonction d'internes (FFI)

La première catégorie est constituée de médecins diplômés hors UE venus en France afin de suivre une formation spécialisée (cf. tableau 3, p. 90). Ces médecins étant alors considérés comme des étudiants, ils exercent sous le statut de faisant fonction d'interne qui est un équivalent du statut accordé aux internes français.

Initialement, le statut FFI n'a pas été spécifiquement créé pour les PADHUE. À l'origine, ce statut a été établi afin de permettre aux hôpitaux de recruter un médecin (à diplôme français

ou UE) sur un poste d'interne si celui-ci n'est pas pourvu par un étudiant de médecine[60]. Ce statut a été ouvert à tous les PADHUE suivant un diplôme pour devenir spécialiste en France lorsque les hôpitaux ont commencé à voir leurs effectifs d'internes fondre considérablement dans les années 1980.

> *« Dans le cas où un poste, dans une structure agréée, susceptible d'être offert à un interne ou à un résident (…) n'a pas été choisi, le directeur de l'établissement de santé peut, sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de service, de l'unité fonctionnelle ou de toute autre structure interne intéressée, décider de faire appel, pour occuper provisoirement ce poste en tant que faisant fonction d'interne, à un médecin, un étudiant en médecine, un pharmacien ou à un étudiant en pharmacie (…)Les étudiants ou praticiens faisant fonction d'interne sont nommés pour une durée allant de la prise de fonctions des internes jusqu'à la date correspondant à la fin de leur période de stage. Cette durée peut être ensuite renouvelée tous les six mois. »* (article R.6153-41 du code de la santé publique)

À cette époque, il suffisait aux médecins d'être inscrits à une formation préparant un diplôme de spécialité, à une capacité ou à un diplôme d'université (DU) pour pouvoir être recrutés comme FFI. En 1991, le nombre de PADHUE était évalué à 2500 sur un ensemble de 3500 FFI (Ettahiri, 1994). *« Les candidats à ces emplois sont nombreux, en raison d'une politique de coopération universitaire visant à inciter les médecins issus des pays étrangers à venir compléter leur formation en France. S'inscrivant dans une tradition ancienne, cette politique vise pour les autorités universitaires et diplomatiques françaises à favoriser les échanges pédagogiques et scientifiques internationaux »* (Déplaude, 2011, p. 218-219). Ainsi, jusqu'à la fin des années 1990, la majorité des PADHUE étaient employés sous ce statut offrant une faible rémunération (cf. tableau 2, p. 74). La quasi-totalité des responsables des affaires médicales indiquent que c'est durant les années 1990 qu'ils ont eu le plus recours à des FFI diplômés à l'étranger. D'ailleurs, un directeur des affaires médicales d'un CH situé en Charente-Maritime explique se souvenir que son établissement a employé jusqu'à 24 FFI par semestre au sein de sa structure durant les années 1990. Pour lui, bien que nécessaire, ce recours massif aux FFI n'a pas toujours eu que des avantages. Par exemple, il indique que les écarts de compétences peuvent être relativement importants d'un individu à l'autre.

> *« On devait recruter des FFI tous les 6 mois. Le problème était que c'était l'art ou la truffe.»* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

Bien que n'ouvrant pas le droit à l'exercice de la spécialité en France, le diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS) était le diplôme le plus prisé par les PADHUE dans les années 1980-1990 (cf. frise chronologique). Il était ouvert aux médecins étrangers titulaires d'un doctorat de médecine hors UE souhaitant devenir spécialistes. Pour s'inscrire à la première version du DIS, les médecins devaient uniquement valider un examen qui leur

[60] Chaque semestre, les universités de médecine proposent souvent un nombre de postes d'internes supérieurs au nombre d'étudiants disponibles.

permettait de suivre une Année élémentaire de préparation à la spécialité (AEPS) à la suite de laquelle ils commençaient réellement leur diplôme (cf. tableau 3, p. 90). Alors qu'initialement les pouvoirs publics ont facilité les recrutements de PADHUE, ils ont rapidement décidé de les limiter en raison des inscriptions de médecins diplômés hors UE dans les universités françaises. *« Au total, on compte, en 1992-1993,15 500 étudiants étrangers inscrits à un diplôme de troisième cycle dans les facultés de médecine françaises »* (Déplaude, 2011, p. 219).

À Partir de 1987, l'État a d'ailleurs publié différentes circulaires et décrets dans cet objectif, mais les pouvoirs publics ne réussissaient pas à les faire appliquer par les établissements hospitaliers. À titre d'exemple, le décret n° 91-1186 du 20 novembre 1991 rendait les conditions de recrutement des FFI particulièrement restrictives. Normalement, à compter de cette date, seuls les étudiants étrangers préparant un diplôme interuniversitaire de spécialité (DIS), une attestation de formation spécialisée (AFS) ou une attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA) pouvaient être recrutés comme FFI. Finalement, face à la place importante des FFI dans les hôpitaux, ce décret n'a été appliqué qu'au 1er novembre 1994 (Ettahiri, 1994). Dans l'objectif de restreindre la venue de PADHUE en France, l'accès au DIS a été limité par un arrêté (cf. frise chronologique). À compter de la rentrée universitaire de 1992, les candidats souhaitant s'inscrire à cette nouvelle version du DIS devaient constituer un dossier composé de nombreuses pièces. À titre d'exemple, celui-ci devait contenir un document émanant de l'autorité gouvernementale du pays d'origine du candidat, précisant, dans ce pays, les droits afférents au diplôme interuniversitaire de spécialisation. Une fois le dossier accepté, les candidats devaient subir une épreuve écrite de contrôle de connaissance. Selon la juriste Lucile Ettahiri (1994), cette épreuve d'admission était en pratique un véritable concours, au nombre de places très réduit, et auquel les médecins ne pouvaient s'inscrire qu'une seule fois. À compter de l'instauration de cette seconde version du DIS, le nombre d'étudiants suivant cette formation a donc été réduit de façon drastique jusqu'à sa fermeture du diplôme en 1999.

L'arrêté du 30 décembre 1992 a créé l'AFS et l'AFSA. Ces nouveaux diplômes à destination des PADHUE leur permettaient également de travailler sous le statut de FFI. Au même titre que le DIS, ces diplômes ne leur ouvraient pas le droit d'exercer la spécialité en France. Contrairement au DIS, les candidats devaient soit être déjà spécialistes, soit avoir commencé une formation de spécialiste dans leur pays d'origine pour pouvoir s'inscrire à ces formations (Hatzfeld, Boidé et Baumelou, 2009). Si ce critère limitait considérablement le nombre de candidats potentiels, il restait très simple de s'inscrire à ces formations pour les PADHUE spécialistes ou en instance de l'être. Lors de leur arrivée en France, ils n'avaient qu'à se présenter dans l'université de leur choix avec une attestation de connaissance de la langue française pour s'inscrire à l'AFS.

Tableau 3: Principales caractéristiques des diplômes de spécialité à destination des PADHUE en France

	Ancienne formation		**Ancienne formation**		**Actuelle formation**	
Périodes d'ouverture des formations	Les inscriptions à la première version de la formation ont eu lieu de 1985 à 1991. Les inscriptions à la seconde version de la formation ont eu lieu de1992 à 1999.		Les inscriptions ont eu lieu de 1992 à 2009.		Les inscriptions ont commencé à partir de 2010.	
Noms des formations	**DIS** : diplôme interuniversitaire de spécialisation	**DISC** : diplôme interuniversitaire de spécialisation complémentaire	**AFS** : attestation de formation spécialisée	**AFSA** : attestation de formation spécialisée approfondie	**DFMS** : diplôme de formation médicale spécialisée	**DFMSA** : diplôme de formation médicale spécialisée approfondie
Conditions préalables à l'inscription	-Être docteur en médecine (hors UE) -De 1985 à 1991 : Validation d'un examen permettant de suivre une année élémentaire de préparation à la spécialité (AEPS) -À partir de 1992 : Constitution d'un dossier à déposer auprès d'une université comportant au moins une unité de formation et de recherche en médecine ou auprès des services culturels des ambassades. Le dossier doit comporter de nombreuses pièces comme attestation de connaissance de la langue française. Après admission du dossier, les candidats doivent valider deux épreuves portant sur le programme du concours d'internat		-Être en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans son pays d'origine (hors UE). -Attestation de connaissance de la langue française délivrée par les services culturels de l'ambassade.		-Être en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans son pays d'origine (hors UE). -Constitution d'un dossier à déposer auprès de l'université de Strasbourg ou auprès du service de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France. Le dossier doit comporter de nombreuses pièces comme un certificat de nationalité ou un relevé détaillé du cursus de la formation spécialisée effectuée -Après admission du premier dossier, constitution d'un second dossier en vue d'obtenir une affectation dans une université.	
Durée minimale	2 semestres	1 semestre	2 semestres	1 semestre	2 semestres	1 semestre
Durée maximale	4 semestres	2 semestres	4 semestres	2 semestres	6 semestres	2 semestres
Statut du recrutement	Faisant fonction d'interne (FFI) Sur poste vacant à l'issue du choix des internes.		Faisant fonction d'interne (FFI) Sur poste vacant à l'issue du choix des internes.		Faisant fonction d'interne (FFI) Un arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur de la santé fixe, chaque année, le nombre de places par discipline et spécialité pour chaque interrégion.	
Convention	NON		NON		Convention entre l'établissement universitaire d'origine et l'université d'accueil.	

Toutefois, un problème s'est posé pour les pouvoirs publics. Ils se sont rendu compte que le statut de FFI servait fréquemment *« d'artifice juridique »* (Wolmark, 1999, p. 17). Alors que normalement ce statut est renouvelable dans la limite de deux ans, certains hôpitaux n'hésitaient pas à reconduire des PADHUE au-delà de cette limite. Des administrations hospitalières demandaient même à des médecins venant d'achever une formation DIS ou AFS/AFSA de s'inscrire à d'autres diplômes (DU ou capacité) afin de pouvoir continuer à les employer sous le même statut. Certaines structures n'hésitaient d'ailleurs pas à complètement braver l'interdiction de recruter des PADHUE qui ne suivaient pas de cursus de spécialité, car ils savaient qu'il n'y avait pas de contrôle.

Afin d'interrompre ces multiples « contournements », l'arrêté interministériel du 8 juillet 2008 a remplacé les AFS/AFSA par le diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) et le diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA) à partir de 2010.

Ces diplômes (DFMS / DFMSA) sont réservés aux médecins en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans leur pays d'origine. Sur le tableau 3 (p. 90), nous pouvons voir que ces nouvelles formations sont beaucoup plus réglementées que toutes les précédentes. Initialement, l'arrêté du 8 juillet 2008 prévoyait que les contrôles de connaissances des candidats devaient s'effectuer dans leur pays d'origine. Cette organisation étant trop complexe, les autorités ont finalement annulé cet arrêté et l'ont remplacé par l'arrêté du 3 août 2010. Ce nouvel arrêté change les contrôles des connaissances par la constitution de deux dossiers comportant de nombreuses pièces et justificatives. Ces nouveaux diplômes nécessitent également qu'une convention soit établie entre l'établissement universitaire du pays d'origine et celui du pays d'accueil. Ces multiples conditions à remplir pour pouvoir s'inscrire en DMFS/DMFSA limitent considérablement le nombre de candidats potentiels.

À titre d'exemple, pour l'ensemble de la région Poitou-Charentes, seuls deux médecins libanais étaient autorisés à suivre un DMFS au CHU de Poitiers à la rentrée universitaire 2012-2013. Désormais, à l'issue de la formation, les étudiants ont l'obligation de retourner exercer dans leur pays d'origine ou dans un autre pays. Aujourd'hui il n'est donc plus possible pour ces étudiants de se faire employer dans un hôpital public français une fois que leur formation est terminée. Ainsi, un médecin qui arrive en France sans jamais y avoir exercé précédemment n'a plus aucune possibilité de travailler dans le système de santé français s'il n'est pas inscrit à un DFMS/DFMSA ou s'il n'est pas reçu à la procédure d'autorisation d'exercice.

En fin de compte, nous remarquons que les PADHUE ont majoritairement été recrutés sous des statuts de FFI durant les années 1980-1990. De nos jours, peu de PADHUE exercent encore sous ce statut qui est devenu très réglementé.

Tableau 4 : Les caractéristiques des actuels statuts des praticiens à diplôme hors Union européenne ne disposant pas de la plénitude d'exercice

	FAISANT FONCTION D'INTERNE (FFI)	**ASSISTANT ASSOCIÉ (généraliste et spécialiste)**	**ASSISTANT ASSOCIÉ LAUREAT PAE (généraliste et spécialiste)**	**PRATICIEN ATTACHÉ ASSOCIÉ**
Conditions nécessaires pour le recrutement	Diplôme de docteur en médecine obtenu dans un pays n'appartenant ni à l'Union européenne ni à l'Espace économique européen préparant les diplômes DFMS ou DFMSA.	Diplôme de docteur en médecine obtenu dans un pays n'appartenant ni à l'Union européenne ni à l'Espace économique européen.		
		Avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 3 août 2010.	Réussite aux épreuves d'examen ou de concours de la PAE.	Avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 3 août 2010.
Lieu d'exercice	Les services agréés pour recevoir des internes.	Les centres hospitaliers, les hôpitaux locaux et dans les services de biologie des CHU.	Les services agréés pour recevoir des internes.	Le service public hospitalier.
Durée du contrat	6 mois	1 an maximum	3 ans	2 ans maximum
Caractère renouvelable du contrat	Dans la limite de 2 ans.	Dans la limite de 6 ans ; après le statut est changé en praticien attaché associé.	À l'issue des 3 ans, passage devant la commission d'autorisation. Si validation, fin du statut d'assistant associé.	Pas de limite après un renouvellement de 3 ans renouvelable.
Modalités d'exercice	Par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.	Sous la responsabilité directe du chef de service.	Sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont employés.	Sous la responsabilité directe du responsable de la structure où ils sont employés.
Périmètre d'exercice	Ils exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins.	Ils exercent les mêmes fonctions qu'un assistant à diplôme français	Ils exercent les mêmes fonctions qu'un assistant à diplôme français	Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante.

2.2.2. Les associés

La deuxième catégorie est composée de PADHUE déjà spécialistes ou généralistes dans leur pays d'origine. Contrairement aux FFI, ces médecins ne suivent pas de diplôme de spécialité en France et ne sont pas considérés comme des étudiants. Ces praticiens exercent en qualité d'associés. Ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine en France et ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre des médecins. Cette seconde catégorie rassemble actuellement trois statuts ayant des fonctions différentes.

-Les assistants associés (AA)

Le décret n° 87-788 a créé le statut d'assistant associé le 28 septembre 1987. Comme nous pouvons le voir sur le tableau 4 (p. 92), il existe actuellement deux statuts différents sous le nom d'assistant associé: ceux qui ont exercé en France avant le 3 août 2010 et ceux qui ont réussi l'examen ou le concours PAE.

-Le premier type d'assistants associés (AA)

Il correspond aux praticiens qui ne possèdent pas le plein exercice de la médecine, mais qui sont titulaires de titres qui leur permettent d'accéder à ce statut. La plupart des AA sont d'anciens FFI qui ont fini des diplômes complémentaires en France. Pour la plupart d'entre eux, une fois qu'ils ont terminé leur formation supplémentaire, ils pouvaient prétendre à un statut d'assistant généraliste associé (AGA) ou d'assistant spécialiste associé (ASA) en fonction de la formation suivie.

Le Code de la Santé publique indique que :

> *« Peuvent être recrutés comme assistants généralistes associés ou assistants spécialistes associés les praticiens qui (…) ont achevé leurs études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques »* (article R.6152-601 du code de la santé publique)

De plus, face au durcissement des conditions de recrutement des FFI au milieu des années 1990, de nombreux hôpitaux ont transformé des postes de FFI en poste d'assistants. Cette solution a alors entraîné un surcoût budgétaire et une importante réduction d'effectifs dans les centres hospitaliers (Ettahiri, 1994). Tandis que la majorité des PADHUE exerçaient sous des statuts de FFI jusqu'au début de la décennie 1990, la plupart des médecins ont basculé sous le statut d'assistant associé au milieu des années 1990 (cf. schéma 3, p. 95). Pour les médecins, ce statut présente l'intérêt d'être mieux rémunéré que celui de FFI et leurs contrats sont de plus longues durées (cf. tableau 2, p. 74 et tableau 4, p. 92). Les praticiens peuvent exercer sous ce statut pendant un maximum de six années. À l'issue de cette période, ils perdent ce statut et deviennent des praticiens attachés associés.

-Le second type d'assistants associés (AA lauréats PAE)

Il correspond aux médecins qui sont titulaires de la PAE et qui sont en train de réaliser les trois années de fonctions hospitalières obligatoires (cf. frise chronologique). Pour les médecins généralistes, ces trois années incluent des stages dans les services de médecine générale, de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique. À l'issue de ces trois ans, le candidat présente un dossier devant une commission pouvant émettre un avis favorable ou défavorable (cf. schéma 4, p. 105). Dans le premier cas de figure, l'autorisation d'exercice est accordée au médecin. Cela signifie qu'il peut faire les démarches pour intégrer pleinement le corps médical français. Une fois les démarches administratives effectuées, le praticien est soumis aux mêmes statuts que ces confrères diplômés en France ou en UE. Par contre, si la commission émet un avis défavorable, le médecin ne reçoit pas l'autorisation d'exercice et son statut d'assistant associé est renouvelé jusqu'à ce qu'il repasse devant la commission.

-Les praticiens attachés associés (PAA)

Le statut de praticien attaché associé est un statut récemment créé pour remplacer un ancien statut réservé aux PADHUE : celui d'attaché associé. Avant de présenter le statut de PAA, il est important que nous nous arrêtions sur celui d'attaché associé. Ce statut a été créé le 30 mars 1981 par le décret n° 81-291 (cf. frise chronologique). Les attachés associés étaient alors nommés par le directeur général ou le directeur de l'établissement sur proposition du chef de service intéressé dans la limite du nombre de vacations attribué au service. Ils présentaient la particularité d'être rémunérés mensuellement après service fait, c'est-à-dire en fonction du nombre de vacations effectué au cours du mois précédent. Ce statut a disparu en 2003 lorsque le décret n° 2003-769 du 1er août 2003[61] a abrogé celui du 30 mars 1981.

À partir de l'année 2003, le statut d'attaché associé est remplacé par celui de praticien attaché associé. L'objectif de ce nouveau statut est d'accorder aux PAA une place et un statut susceptibles d'être comparés à ceux des praticiens exerçant à temps partiel. Contrairement aux autres statuts spécifiques aux PADHUE, celui-ci autorise les médecins à exercer une activité rémunérée en plus de leurs obligations de service statutaires. Ce statut offre une meilleure rémunération que les autres statuts (cf. tableau 2, p. 74), mais surtout il apporte une certaine sécurité de l'emploi. Les PADHUE n'ont pas de limite de reconduction de leurs fonctions et ils bénéficient d'indemnités nouvelles, susceptibles d'être allouées lors de l'établissement d'un premier contrat ou en cas de non-reconduction dans leurs fonctions. Selon le décret n° 2005-1422 du 17 novembre 2005, les praticiens attachés associés peuvent d'ailleurs prétendre au titre de praticien attaché associé consultant au bout de huit années de fonctions consécutives au sein du même établissement.

Pour prétendre actuellement au statut de PAA, les médecins doivent obligatoirement avoir exercé des fonctions rémunérées avant le 3 août 2010.

[61] Par la suite ce décret a été abrogé. Actuellement ce statut est régi par le décret n° 2010-1137 du 29 septembre 2010.

Il existe trois manières d'acquérir ce statut :

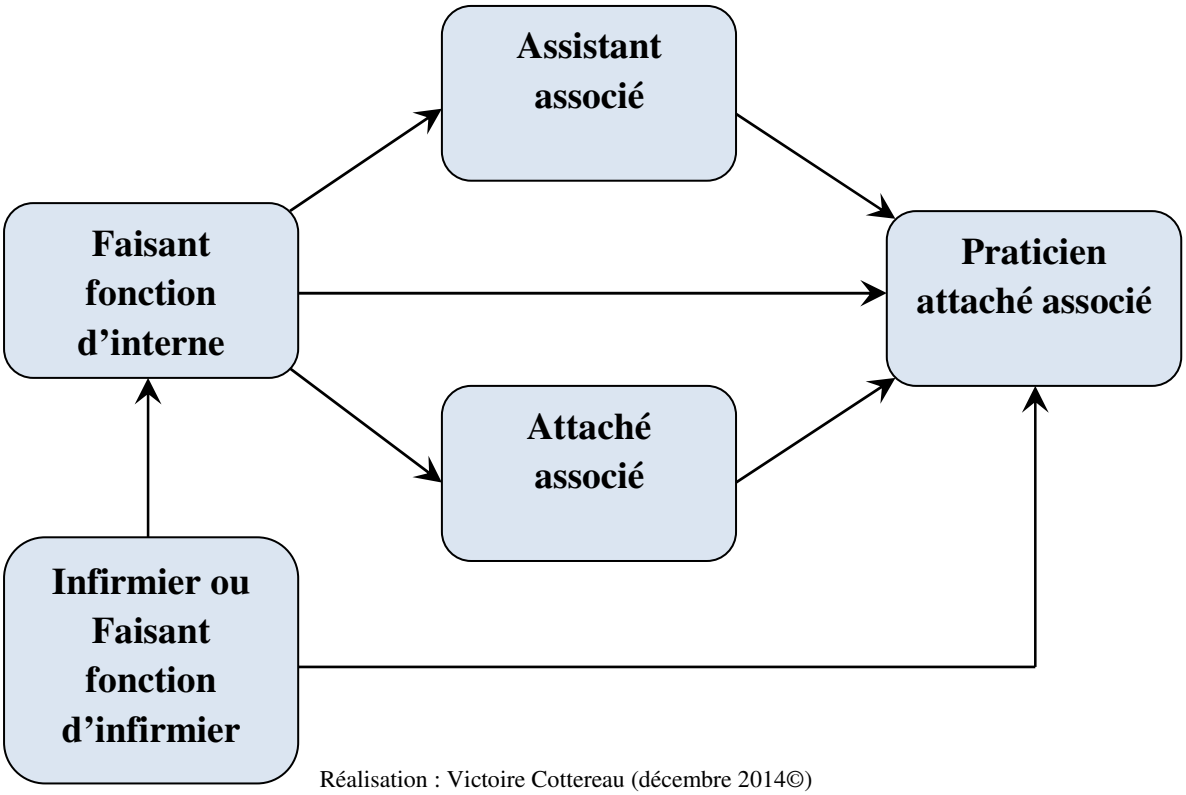
1. Tous les anciens attachés associés étaient automatiquement reclassés en qualité de praticiens attachés associés au 1er janvier 2003.

2. À l'issue de six années de fonctions en tant qu'assistants associés, tous les médecins deviennent obligatoirement des praticiens attachés associés. Généralement, il s'agit de praticiens qui ne réussissent pas à obtenir l'autorisation d'exercice ou de PADHUE qui ne souhaitent pas passer l'examen.

3. Après avoir exercé des fonctions d'infirmier, de faisant fonction d'infirmier ou encore de FFI en France, tous les médecins peuvent prétendre au statut de praticien attaché associé à partir de l'année 2007.

Même si ce statut est le plus avantageux de tous ceux créés spécifiquement pour les PADHUE, il limite tout de même leur exercice de la médecine. Dans les textes, ces médecins ne peuvent exécuter que *« des actes médicaux ou pharmaceutiques de pratique courante »* (décret n° 2010-1137). Dans la pratique, les médecins rencontrés expliquent qu'ils effectuent exactement le même travail qu'un praticien hospitalier.

Schéma 3: Représentation schématique des différents enchaînements de statuts des PADHUE ne possédant pas le plein exercice de la médecine.



Réalisation : Victoire Cottereau (décembre 2014©)

Le schéma 3 (p. 95) représente les différents enchaînements possibles de statuts que les PADHUE peuvent avoir au cours de leur carrière en France. Mis à part quelques cas particuliers, la grande majorité de ces praticiens ont commencé à exercer en France sous les statuts de FFI, d'infirmiers ou de faisant fonction d'infirmier. À la suite de ce premier statut, les PADHUE ont généralement obtenu un statut d'attaché associé, d'assistant associé ou de praticien attaché associé. Il est difficile d'être plus précis, car le passage d'un statut à l'autre est différent selon les périodes d'arrivées des médecins.

À titre d'exemple, il est devenu possible de passer des statuts de FFI, d'infirmiers et de faisant fonction d'infirmier au statut de praticien attaché associé qu'à partir de l'année 2007. Avant cette date, les médecins étaient obligés de passer par un statut d'assistant associé ou d'attaché associé avant de pouvoir prétendre à celui de PAA. De plus, il est important de préciser que des médecins font des choix pouvant remettre en cause l'enchaînement « classique » des statuts. Ainsi, certains praticiens ne souhaitent par exemple jamais quitter leur statut d'infirmier et décident de définitivement changer de métier (cf. chapitre 7).

Enfin, rappelons qu'à tout moment et avec n'importe quel statut, un médecin peut obtenir la plénitude d'exercice en validant un concours ou un examen et, qu'à partir de ce moment-là, il n'est alors plus soumis aux statuts réservés aux PADHUE. En fin de compte, le décryptage des différents statuts destinés aux PADHUE nous montre qu'ils ont été créés et qu'ils ont évolué au fur et à mesure que la législation spécifique aux PADHUE s'est modifiée. Nous allons terminer ce chapitre par l'étude de ce cadre législatif et des concours permettant à ces médecins de faire reconnaître leur diplôme de médecine.

2.3. La législation spécifique aux PADHUE : la fin d'une « escroquerie intellectuelle »[62] ?

Durant mon travail de terrain, j'ai systématiquement cherché à connaître l'avis des responsables administratifs des hôpitaux sur la législation spécifique aux PADHUE qui ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Un constat général s'est imposé puisqu'ils émettent tous des critiques sévères vis-à-vis de cette législation. Ils la décrivent le plus souvent comme étant injuste, hypocrite, dure ou intéressée. Selon eux, comme les PADHUE ont une place indispensable dans les hôpitaux, il est illogique de leur imposer des concours très difficiles en vue de faire reconnaître leur diplôme et, en attendant, de les laisser exercer sous des statuts précaires durant la période où ils ne sont pas reconnus. Ces extraits d'entretiens illustrent parfaitement le point de vue de l'ensemble des responsables administratifs rencontrés.

> *« Il y a une espèce de paradoxe voire même d'hypocrisie de ce système, on sait très bien qu'on ne peut pas fonctionner sans eux, comme certains services ne peuvent pas fonctionner sans les FFI. Mais on n'a pas les moyens de leur donner finalement un statut à la hauteur de leur travail, alors qu'il ne faut pas se voiler la face, ils bossent comme les autres, certaines fois plus que les autres d'ailleurs parce qu'il faut qu'ils gardent leur place dans l'établissement.[…] Je trouve qu'il*

[62] Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime.

y a un décalage quand même entre ce qu'on attend de ces personnes et ce qu'on peut leur offrir.» (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

« Il y a une escroquerie intellectuelle parce que ces gens viennent, mais ils ont un statut d'associé, ils n'ont pas la plénitude de l'acte pour s'inscrire au Conseil de l'Ordre et c'est tout un parcours du combattant parce qu'il faut passer par une PAE qui est encore plus élitiste que le concours de praticien hospitalier. […] On a comblé certaines cases avec ces gens-là à moindre coût sur des statuts précaires taillables et révocables à merci, c'est ça ! » (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

« Je trouve que c'est une non-reconnaissance, à un moment ou un autre, des efforts qu'ils ont pu faire. Ils sont venus se former en France, on leur a dit vous allez venir vous former en France, on les a gardés donc il y a un moment je trouve que cet examen, cette PAE c'est quelque part très frustrant pour eux. » (Responsable administratif d'un CH situé en Deux-Sèvres)

« Oui c'est dur parce que ce sont des gens qui ont des compétences certaines, mais il ne faut pas se leurrer, c'est vraiment une politique, ce sont des gens qui ne coûtent pas cher, on les exploite […] Ils occupent des postes, ça comble et tout le monde ferme les yeux, mais pour certains c'est l'enfer quand ils viennent avec leur famille, leurs enfants et qu'ils gagnent 1200 ou 1300 euros .[…] Et ça date depuis très longtemps cette histoire de médecins étrangers en France .[…] En fait ce sont nos petits ouvriers de l'hôpital qu'on maltraite .» (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

Si les responsables administratifs dénoncent les statuts sous lesquels exercent les PADHUE ne possédant pas le plein exercice, il est important de rappeler que l'embauche de ces médecins présente un intérêt économique certain pour les hôpitaux. Dans le chapitre 1, nous avons vu que les écarts de salaire entre le statut de PH et les statuts des PADHUE sont considérables (cf. tableau 2, p. 74). De surcroît, les structures hospitalières ont la liberté de payer les PADHUE associés à l'échelon salarial qu'ils souhaitent contrairement à tous les autres statuts hospitaliers qui sont réglementés et où la marge de manœuvre salariale est très réduite.

« Au maximum de la grille d'attaché associé, vous devez gagner en net 3800-3900 par mois. Quand vous savez ce que peut gagner un praticien hospitalier titulaire…il y a un enjeu financier qui est de l'ordre de 2000 euros par mois donc c'est énorme. » (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

Au-delà des discours des responsables administratifs dénonçant la fragilité des statuts accordés aux PADHUE, rappelons que ce sont les hôpitaux eux-mêmes qui sont à l'origine des situations de précarité dans lesquelles les PADHUE restent durant de nombreuses

années[63]. En effet, ce sont les directeurs d'établissements qui les ont gardés au sein de leur structure, alors qu'ils ne devaient être qu'une solution temporaire.

2.3.1. 1972 : la première procédure permettant d'acquérir le plein exercice de la médecine

Avant 1972, la seule solution permettant aux PADHUE d'exercer pleinement la médecine en France consistait à refaire une partie des études médicales françaises. Le médecin devait d'abord s'inscrire en 1re année de médecine en France et réussir le concours. Ensuite, il pouvait être dispensé de scolarité les années suivantes (et des stages correspondants) jusqu'à la cinquième année, mais il devait subir un examen de vérification des connaissances correspondant à ces années (Ettahiri, 1994). *« La loi du 13 juillet 1972 représente une véritable révolution, car elle a ouvert une possibilité de plein exercice à des médecins, des sages-femmes et des chirurgiens-dentistes, ne remplissant pas les conditions du code de la santé publique (CSP), considérées jusqu'alors comme absolues »* (Hatzfeld, Boidé et Baumelou, 2009, p. 95). Instauré en 1972, le Certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) a été la première (et longtemps la seule) procédure de reconnaissance ouverte permettant aux PADHUE d'obtenir la plénitude d'exercice. Après avoir validé des épreuves de vérification des connaissances, les candidats étaient autorisés à soumettre leur dossier à une commission ministérielle. Celle-ci sélectionnait les médecins les mieux classés dans les limites d'un quota fixé chaque année. Or, cette procédure s'est rapidement trouvée inadaptée et insuffisante en raison du nombre infime de places ouvertes : 82 autorisations sur 654 demandes ont été délivrées en 1986, et 100 sur 1887 en 1992 (Ettahiri, 1994).

Les autorisations individuelles étaient attribuées avec parcimonie. Le gouvernement se justifiait alors de ce faible nombre d'autorisations en raison de l'arrivée sur le marché de nombreux médecins diplômés en France issus d'importantes promotions de médecine (Déplaude, 2011). Soutenus par les syndicats, les PADHUE sont tout de même arrivés à obtenir une augmentation substantielle du nombre d'autorisations accordées : 400 pour 1200 dossiers en 1997 et 907 pour 960 dossiers en 1998. Mais cette augmentation restait insuffisante, car des praticiens devaient attendre de nombreuses années pour obtenir une autorisation d'exercice.

Face au nombre grandissant de PADHUE dans les hôpitaux, à l'impossibilité pour les structures de se passer de leur service et à la création de syndicats de PADHUE, l'État a finalement dû mettre en place des concours et examens afin de leur permettre d'acquérir la plénitude d'exercice. Plusieurs barrières se sont alors dressées sur le chemin de la reconnaissance. Tout d'abord, il était indispensable pour l'État de trouver un moyen d'orienter ces médecins vers le secteur public. Ensuite, l'État se heurtait au « corporatisme» des médecins qui s'opposaient majoritairement au fait de laisser ces praticiens s'inscrire au CNOM alors que parallèlement les étudiants français devaient passer un concours très difficile en fin de première année. C'est dans ce contexte que Madame Simone Veil a mis en

[63] Les PADHUE rencontrés, aujourd'hui inscrits au CNOM, ont mis en moyenne 12 ans à obtenir le plein exercice de la médecine en France.

place en 1995 un nouveau statut pour les PADHUE, celui de praticien adjoint contractuel (cf. frise chronologique).

2.3.2. 1995 : le statut PAC ou la vraie-fausse intégration des PADHUE

Dans le rapport de l'Académie de médecine adopté le 26 avril 1994, le professeur Mercandier a indiqué que les médecins à diplôme étranger étaient évalués à 7 900 personnes, soit 24 % des effectifs des hôpitaux publics français (Wolmark, 1999 ; Ettahiri, 1994). La question des PADHUE se posant en pleine récession économique, le ministre des Affaires sociales a choisi de retenir le projet de créer un statut spécifique pour ces médecins. Il a décidé que les bénéficiaires de ce statut allaient être recrutés sur une base contractuelle et qu'ils allaient toucher une rémunération inférieure à celle des PH (Déplaude, 2011).

Tout en interdisant le recrutement de PADHUE ne préparant pas un diplôme homologué par l'État[64], la loi n° 95-116 du 4 février 1995 a introduit la possibilité pour certains médecins[65] d'être intégrés en qualité de contractuels dans le service hospitalier public sous le statut de praticien adjoint contractuel (PAC). La création de ce nouveau statut devait alors être la porte d'entrée des PADHUE au CNOM français.

Pour devenir PAC, il fallait réunir deux conditions :

- avoir réussi un examen national (organisé annuellement)
- avoir exercé dans un établissement public de santé ou participant au service public pendant trois années successives sous des fonctions d'associé[66].

Une fois ces conditions acquises, les praticiens devaient se munir d'un contrat d'une durée de trois ans renouvelable un an puis l'adresser à la Direction générale de la santé (DGS) qui leur délivrait une autorisation d'exercice valable dans une seule région. Une fois PAC, les médecins disposaient d'une autorisation restreinte au secteur hospitalier, ils assuraient les mêmes fonctions que les PH et endossaient les mêmes responsabilités pour un salaire bien inférieur de celui d'un PH. La grille de rémunération était tellement faible que certains médecins subissaient une perte de salaire en passant d'un statut d'associé à celui de PAC (Worlmark, 1999). De plus, les praticiens adjoints contractuels qui arrivaient en fin de carrière touchaient, au mieux, le troisième échelon de la grille de praticiens hospitaliers (cf. tableau 2, p. 74). Les épreuves à valider ainsi que la liste des conditions requises pour devenir PAC ne permettaient même pas à la moitié des praticiens diplômés hors UE exerçant en France d'y prétendre au moment de sa mise en place. (Déplaude, 2011).

Dès 1995, la ministre Simone Veil a alors fait en sorte de limiter l'accès à la nationalité française aux PADHUE par le biais d'une circulaire. Nous pouvons constater qu'une phrase incite clairement à refuser la nationalité française aux médecins étrangers résidant en France

[64] Les praticiens ayant un statut de réfugié, d'apatride ou étant demandeur d'asile font également exception.
[65] Ces médecins sont soit étrangers et titulaires d'un diplôme d'un diplôme français, soit français ou étrangers titulaires d'un diplôme étranger, de valeur scientifique reconnue comme équivalente par le ministre chargé des universités.
[66] À partir de 1997, les fonctions de FFI sont également prises en compte.

au sein de la circulaire DPM n° 95-09 du 27 avril 1995 relative aux naturalisations, réintégrations dans la nationalité française et pertes de la nationalité française

> *« En revanche, les demandes d'étrangers qui veulent accéder aux professions réservées aux nationaux et aux ressortissants de certains États européens peuvent être refusées lorsque ces professions sont soumises à un numerus clausus […]. »*[67]

Or, un médecin qui se voyait refuser la naturalisation française n'était donc ni autorisé à passer le concours de PAC, ni celui de PH et ne pouvait donc pas prétendre à une pleine intégration professionnelle.

Jusqu'en 1999, les médecins titulaires du PAC étaient inscrits à l'Ordre des médecins sur une liste spécifique. Cette inscription leur interdisait, entre autres, de travailler dans les réseaux ville-hôpital ou de rédiger un certificat médical à un patient. La création du statut PAC a entraîné une grande division au sein des PADHUE qui sont scindés alors en deux grands syndicats : le Comité des médecins à diplôme étranger présidé par le docteur Ettahiri et le Syndicat national des praticiens adjoints contractuels dirigé par le docteur Tawil. Tandis que le docteur Tawil incitait les PADHUE à passer le PAC qu'il considérait comme une avancée dans la reconnaissance des médecins à diplôme étranger, le docteur Ettahiri dénonçait un statut discriminatoire, demandait aux PADHUE de boycotter le PAC et réclamait la suppression totale de ce statut.

> *« Le PAC […] vous allez le trouver dans un communiqué de presse, c'est comme une étoile jaune, c'est mettre aux médecins étrangers une étoile jaune, c'est-à-dire on vous spécifie que vous avez le droit d'exercer à l'intérieur de l'hôpital, mais vous n'avez pas le droit d'exercer à l'extérieur. Dire ça m'a coûté cher, que ce soit des remontrances de la part de l'académie de médecine, ça m'a coûté cher au niveau des critiques. […] J'avais dit aussi que c'était de la paupérisation et une nouvelle forme d'esclavagisme. »* (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

D'ailleurs pour la toute première fois le Comité des médecins à diplôme étranger et l'Association des attachés associés ont organisé deux journées de grève en 1995 pour contester contre le PAC (Déplaude, 2011). Le juriste Cyril Wolmark (1999) conclut à propos de ce statut que: *« Même retouchée, la loi du 4 février 1995 est donc peu satisfaisante à bien des égards. Elle n'intègre que partiellement des médecins qui ont exercé dans des hôpitaux français depuis au moins trois ans en 1995 (au moins six ans en 1998), dont la valeur scientifique du diplôme a été reconnue et enfin qui ont passé un nouvel examen : les épreuves du PAC. Elle perpétue des statuts précaires pour des médecins indispensables à la continuité des soins, ou les exclut tout bonnement. Enfin, elle n'atteint pas les objectifs affichés lors de son adoption et bafoue certains principes à valeur constitutionnelle.* »

[67] Extrait de la circulaire DPM n° 95-09 du 27 avril 1995 relative aux naturalisations, réintégrations dans la nationalité française et pertes de la nationalité française.

La création du statut PAC, qui est souvent montrée comme une grande avancée dans l'intégration des PADHUE en France, n'est en réalité qu'une sorte de leurre, de vraie fausse intégration de ces médecins diplômés hors UE afin qu'ils continuent à exercer dans les hôpitaux tout en les laissant à la marge du corps médical français.

2.3.3. 1999 : La mise en place de mesures pour que les PADHUE obtiennent la plénitude d'exercice

Dès la victoire des partis de gauche aux élections législatives de 1997, le secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner s'est penché sur la question des PADHUE et il a fait promulguer un décret assouplissant les conditions requises pour passer les épreuves PAC dès juillet 1997. Dans la continuité, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, appelée communément loi CMU, a supprimé la liste spécifique des PAC inscrits au CNOM et a fait disparaître la condition de nationalité jusque-là requise pour passer le concours.

Lors du vote de cette loi portant la création de la couverture maladie universelle, le gouvernement français prônait un objectif d'autosuffisance nationale de médecins. Cette loi interdisait aux hôpitaux de recruter de nouveaux médecins diplômés hors UE. Par la même occasion, l'État a décidé de mettre en place des mesures permettant aux PADHUE déjà en exercice dans les structures hospitalières françaises d'obtenir la plénitude d'exercice.

La loi CMU a marqué un pas décisif dans l'intégration professionnelle des médecins diplômés hors UE déjà présents dans le système de santé français, tant à l'hôpital que dans le secteur libéral. Cette loi a amélioré non seulement le statut PAC, mais elle a élargi également l'accès à l'examen pour devenir PAC. Alors que la dernière session des épreuves d'aptitude à la fonction de PAC devait se tenir en 1999, la loi a prévu l'organisation de deux autres sessions en 2000 et 2001. L'examen a alors été ouvert aux praticiens attestant de trois années d'exercice à l'hôpital avant le 1er janvier 1999. Les PAC ont également obtenu en 1999 l'autorisation de pratiquer la médecine générale en ville, à condition qu'ils aient exercé pendant trois ans des fonctions de contractuel ou qu'ils puissent justifier de six années de fonctions hospitalières rémunérées en tant que FFI, assistants associés ou attachés associés. Cette loi a permis aux médecins, qui ont commencé à exercer en France avant le 1er janvier 1996, de faire reconnaître leur diplôme de médecine. Par contre ceux qui sont arrivés entre le 1er janvier 1996 et le 1er janvier 1999 ne pouvaient pas se présenter à l'examen PAC, car ils ne pouvaient pas justifier de la période nécessaire d'exercice dans les hôpitaux français.

Tableau 5: Les principales législations à destination des PADHUE en France

1972	**Création de la 1re procédure permettant aux PADHUE d'obtenir une autorisation d'exercice en France**. Après vérification de la valeur du diplôme, les candidats étaient autorisés à subir deux épreuves de vérification des connaissances (écrit et oral). L'écrit était constitué par le **certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT)**, examen sanctionnant les six premières années des études médicales. Le succès aux deux épreuves permettait aux médecins d'être inscrits sur une liste d'attente pour obtenir le plein exercice. Les quotas étaient faibles et entraînaient un délai d'attente de plusieurs années. En 1998 et 1999, la voie du CSCT a été élargie par l'augmentation des quotas. Cette procédure n'est plus ouverte. (loi n° 72-661 du 13 juillet 1972; loi n° 99-641 du 27 juillet 1999)
1985	**Création du diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS).** Le DIS était un diplôme de spécialisation destiné uniquement aux PADHUE. Pour suivre un DIS, les étudiants devaient d'abord valider un examen qui leur permettait de suivre une année élémentaire de préparation à la spécialité (AEPS). Une fois cette année effectuée, le DIS durait entre 2 et 4 ans en fonction de la spécialité. Les étudiants de cette 1re version du DIS n'effectuaient pas de stage rémunéré, mais ils pouvaient occuper un poste de FFI (faisant fonction d'interne) resté vacant. Ces diplômes ont été remplacés en 1992 par le DIS (2nd version). (arrêté du 10 juin 1985 ; arrêté du 19 janvier 1987)
1987	**Création du diplôme d'études spécialisées (DES) à titre étranger et du concours d'internat en médecine à titre étranger**. Les étudiants hors UE peuvent faire un DES à titre étranger en cas d'admission au concours d'internat de spécialité. Les concours à titre français et à titre étranger portent sur le même programme. Les étudiants exercent sous le même statut d'interne (rémunéré) que les médecins diplômés en France. Ce diplôme est actuellement ouvert. (décrets n° 27 mars 1987 et n° 90-97 du 25 janvier 1990 ; arrêté du 19 juillet 2001)
1991	**Création du DIS (2nd version)**. Les démarches et les conditions d'admission étaient beaucoup plus compliquées que pour la première version du DIS (dépôt d'un dossier un an à l'avance, de nombreuses pièces justificatives à fournir, etc.). Lorsque les dossiers des étudiants étaient admis, ils étaient soumis à deux épreuves portant sur le programme du concours d'internat et sur la discipline présentée. Après réussite des épreuves, les étudiants étaient affectés à un poste de FFI rémunéré en fonction des capacités de la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et de leur rang de classement. Ce diplôme n'est plus ouvert. Les dernières inscriptions ont eu lieu à la rentrée universitaire de 1999. (arrêté du 1er août 1991)
	Création de l'attestation de formation spécialisée (AFS) et de l'attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA). Ces diplômes étaient réservés aux médecins en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans un pays hors UE. La formation AFS durait un maximum de 2 ans et la formation AFSA durait un maximum d'un an. Les médecins, ayant validé une AFS, étaient obligés d'avoir exercé au minimum 3 ans dans leur pays d'origine pour pouvoir postuler à une AFSA. Les médecins titulaires d'un DIS n'étaient pas autorisés à postuler à une AFS. Les médecins qui suivaient une AFS ou AFSA exerçaient sous le statut de FFI. Ces diplômes ne sont plus ouverts. Les dernières inscriptions ont eu lieu à la rentrée universitaire de 2009. (arrêté du 1er août 1991 ; arrêté du 30 décembre 1992)
1995	**Création du statut de praticien adjoint contractuel (PAC)**. Les PADHUE étaient autorisés à passer un concours pour être intégrés en qualité de contractuels dans le service public hospitalier. Cette possibilité était assortie de deux conditions: 1/ Avoir réussi un examen national organisé par discipline et par région, 2/ Avoir exercé dans un établissement public de santé pendant 3 années successives. Ces médecins pouvaient alors assurer les mêmes fonctions que les praticiens hospitaliers (PH), endosser les mêmes responsabilités, pour un salaire inférieur à celui d'un PH. Ce statut a connu plusieurs modifications. Il n'est plus possible d'acquérir ce statut depuis 2002. (loi n° 95-116 du 4 février 1995 ; décret du 30 juillet 1997 ; loi n° 99-641 du 27 juillet 1999)
	Interdiction de recruter des PADHUE. Les hôpitaux publics pouvaient employer uniquement les PADHUE suivant un diplôme de spécialité en France, et ce, uniquement pour la durée de la formation, ainsi que quelques cas particuliers. (loi n° 95-09 du 27 avril 1995)
1997	**Assouplissement du recrutement des PADHUE**. Tous les praticiens qui avaient exercé des fonctions hospitalières avant le 1er janvier 1996 pouvaient être maintenus à leur fonction ou être à nouveau recrutés par les hôpitaux publics. (circulaire n° 671 du 17 octobre 1997)
1999	**Interdiction de recruter des PADHUE**. Il a été de nouveau interdit aux établissements publics de santé de recruter de nouveaux PADHUE à compter de la publication de la loi. Ils pouvaient employer uniquement les médecins venant préparer un diplôme de spécialité en France, ce uniquement pour la durée de la formation, ainsi que quelques cas particuliers. (loi n° 99-641 du 27 juillet 1999)
	Création d'une commission de recours de 10 ans. Deux catégories de médecins pouvaient saisir cette commission dans le but d'acquérir le plein exercice de la médecine : 1/ Ceux qui avaient subi sans succès au moins une fois les épreuves du CSCT; 2/ Ceux qui avaient exercé des fonctions médicales dans un hôpital public pendant au moins 10 ans à la date du dépôt du dossier. La date limite pour déposer les dossiers était le 31 décembre 2003. (loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 ; arrêté du 20 mars 2002)
	Création de la nouvelle procédure d'autorisation (NPA). Cette procédure a mis un terme à toutes les précédentes et est devenue l'unique voie d'intégration des PADHUE dans le système de santé français. Initialement prévue en 2002, la 1re session du concours NPA ne s'est déroulée qu'en 2005. Chaque année, était publiée une liste des spécialités ouvertes aux PADHUE avec un quota. La NPA se composait en 3 étapes: 1/Un concours composé de plusieurs épreuves; 2/Le lauréat du concours devait exercer 3 ans de fonctions hospitalières dans des services agréés; 3/À l'issue des 3 années, le candidat présentait son dossier devant une commission en vue d'obtenir l'autorisation d'exercice. Cette procédure n'est plus ouverte. (loi n° 99-641 du 27 juillet 1999)
2006	**Création de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE)**. Elle a remplacé la NPA. La PAE instaure une distinction entre les médecins exerçant en France depuis de longues années et les «nouveaux arrivants». La liste A est ouverte à tous les PADHUE sans condition. Les candidats de la liste A passent un concours avec de faibles quotas. La liste B est à destination des médecins titulaires d'un diplôme hors UE ayant un statut de réfugié, d'apatride, etc. Les candidats de la liste B passent un examen où il faut obtenir la moyenne. La liste C est à destination des PADHUE justifiants de fonctions rémunérées dans un hôpital public en France avant le 03 août 2010. Les candidats de la liste C passent un examen où il faut obtenir la moyenne. Cette procédure a connu plusieurs modifications. Elle est toujours ouverte. (loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 ; décret n° 2007-123 du 29 janvier 2007 ; loi n° 2012-157 du 1er février 2012)
2008	**Création du diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) et du diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA)**. Ces diplômes ont remplacé les AFS/AFSA. Ces diplômes sont réservés aux médecins en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans un pays hors UE. Le DFMS dure un maximum de 3 ans et le DFMSA dure un maximum d'un an. Pour s'inscrire, les candidats doivent déposer un dossier auprès de l'Université de Strasbourg ou auprès du service de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France. Si le dossier est retenu, le candidat est invité à remplir un second dossier en vue d'obtenir une affectation dans une université. Les candidats retenus sont employés comme FFI. Les médecins titulaires d'un DIS ou d'une AFS ne sont pas autorisés à candidater. Ces diplômes sont actuellement ouverts. (arrêté du 8 juillet 2008)
2012	**Prolongement de l'exercice des PADHUE**. Il était prévu que la dernière session d'examen de la liste C devait avoir lieu en 2011 et que les médecins, n'ayant pas obtenu le plein exercice, n'auraient plus le droit de travailler dans les hôpitaux français à compter du 31 décembre 2011. Finalement, la liste C a été prolongée jusqu'en 2016 et les praticiens sans la plénitude d'exercice ont été autorisés à continuer à travailler sous leurs statuts actuels jusqu'au 31 décembre 2016. (loi n° 2012-157 du 1er février 2012)

*Ce tableau regroupe les principaux diplômes complémentaires de médecine destinés aux PADHUE, les procédures et concours ouverts aux PADHUE pour obtenir l'autorisation d'exercice de la médecine en France ainsi que la législation concernant le recrutement de ces médecins. Les législations sont synthétisées et simplifiées. Le lecteur est invité à consulter la frise chronologique qui réunit et détaille l'ensemble de ces législations.

Principales sources: http://www.legifrance.gouv.fr/ ; http://www.journal-officiel.gouv.fr/: Réalisation: Victoire Cottereau (2015 ©)

D'autres mesures ont également été mises en place ou élargies par la loi CMU. Premièrement, la voie du CSCT a été assouplie. Les détenteurs du CSCT ont obtenu l'autorisation d'exercer la médecine générale, hors quota, s'ils pouvaient justifier de plus de six années de fonctions hospitalières en France (Déplaude, 2011). Deuxièmement, l'arrêté du 20 mars 2002 a créé une commission de recours prévue par la loi CMU.

Deux catégories de médecins peuvent saisir cette commission :

- Ceux qui ont subi sans succès au moins une fois les épreuves du CSCT
- Ceux qui ont exercé des fonctions médicales pendant au moins 10 ans à temps complet ou partiel dans un établissement de santé publique ou participant au service public à la date du dépôt du dossier.

Toutes les mesures mises en place par la loi du 27 juillet 1999, et qui découlent de celle-ci, devaient permettre à tous les PADHUE en exercice en France d'obtenir le plein exercice de la médecine par le biais d'une de ces procédures. L'objectif était donc de mettre un point final à ce groupe de médecins « marginalisés ».

2.3.4. 2005 à 2016 : la voix unique de la reconnaissance

En cherchant à régulariser professionnellement les PADHUE en exercice dans les hôpitaux français, la loi CMU voulait également limiter et améliorer l'organisation des recrutements des futurs PADHUE. Tout en interdisant le recrutement de nouveaux PADHUE, comme celle du 4 février 1995, cette loi prévoyait la mise en place d'une nouvelle procédure d'autorisation d'exercice dénommée NPA (Déplaude, 2011).

La NPA prenait la forme d'un concours avec quota destiné à tous les médecins diplômés hors UE. Celle-ci devait initialement être mise en place en 2002. Finalement, la NPA n'a vu le jour qu'en 2005. Cette procédure avait pour objectif de permettre aux médecins diplômés hors UE recrutés après 1999 de faire reconnaître leur diplôme de médecine. Or, comme l'explique un médecin dans l'extrait suivant, les structures hospitalières ont continué à employer des praticiens à diplômes extra-européens malgré l'interdiction, car elles devaient composer devant le manque de personnel médical.

> *« Si les hôpitaux n'avaient pas violé la loi, il n'y aurait pas actuellement de problèmes de médecins à diplôme étranger parce que le problème il a été résolu en 1999, mais comme les hôpitaux continuaient à avoir un manque de médecins, ils ont continué à recruter. »* (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

Cette situation de « contournement » de la législation adoptée par les structures hospitalières après l'interdiction de 1999 de recruter de nouveaux PADHUE a alors généré un groupe de médecins diplômés hors UE ne préparant pas de diplômes autorisés par l'État, mais exerçant sous des statuts précaires. *« Six ans après la promulgation de la loi de 1999, une enquête*

conduite par la DHOS (Direction générale de l'offre de soins)*, à laquelle 76 % des établissements interrogés ont répondu, recense 6700 médecins employés sous des statuts de FFI, d'attaché associé ou d'assistant associé. Au milieu des années 2000, la situation préexistant à la loi du 4 février 1995 s'était donc reconstituée, donnant lieu à de nouvelles mobilisations et de nouvelles mesures de régularisation de la part des pouvoirs publics »* (Déplaude, 2011, p. 229). Face à cette situation complexe, la procédure NPA a été abolie après seulement deux sessions (2005 et 2006).

En 2006, sous la pression des syndicats des médecins diplômés hors UE, qui réclamaient qu'une distinction soit faite dans la procédure entre les médecins exerçant en France depuis de longues années et les « nouveaux arrivants », l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 a modifié la procédure qui a alors pris le nom de procédure d'autorisation d'exercice (PAE). La différence majeure entre la NPA et la PAE est la mise en place d'une distinction entre les « anciens PADHUE » et les « nouveaux PADHUE ». Tous les PADHUE, qui ont eu un poste de médecin en France pendant deux mois successifs avant le 3 août 2010, sont considérés comme des « anciens PADHUE ». Contrairement aux autres, ils sont soumis à une procédure simplifiée afin qu'ils intègrent pleinement le corps médical. L'objectif de la liste C est de faire disparaître ce groupe de praticiens qui se situe à la « marge » de la profession (cf. schéma 4, p. 105). Autre changement important, les médecins ne sont plus orientés vers des hôpitaux en fonction de leur classement au concours, ils sont libres de postuler dans l'hôpital de leur choix tant que celui-ci possède des services agréés.

Aujourd'hui, la PAE est la seule et unique procédure permettant aux PADHUE d'obtenir le plein exercice de la médecine[68]. Cette procédure est ouverte aux médecins issus du monde entier. Toutefois, les praticiens ont l'obligation de se rendre en France pour pouvoir passer l'Épreuve de vérification des connaissances (EVC) qui a lieu une seule fois par an au centre d'examen de Rungis (94).

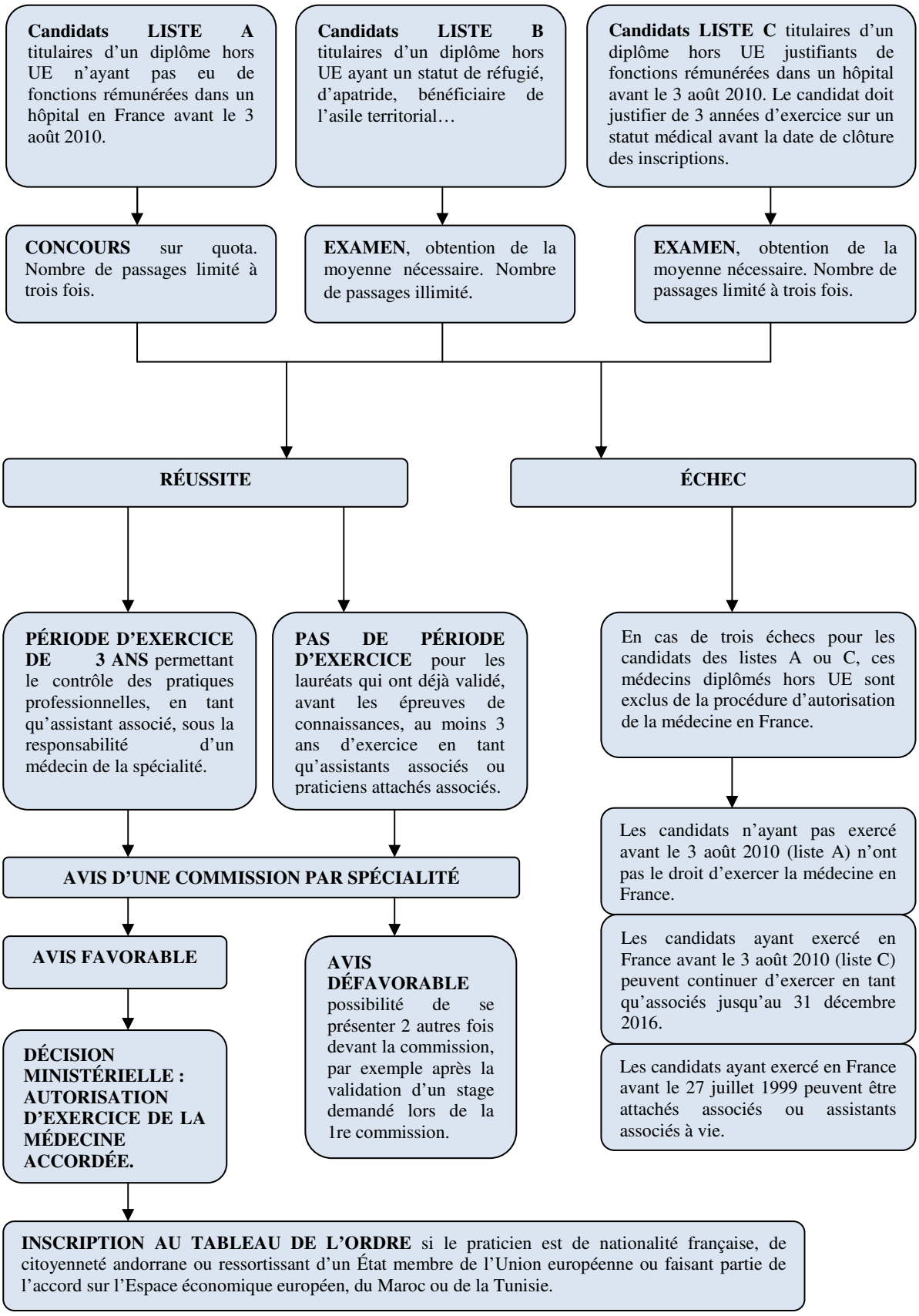
Le schéma 4 (p. 105) détaille la manière dont s'organise actuellement la PAE. Il est important de préciser que celle-ci a subi plusieurs modifications qui sont détaillées sur la frise chronologique. La PAE a la particularité d'être composée de trois listes différentes. Ce sont les statuts ou la période d'arrivée en France qui définissent à quelle liste les praticiens doivent s'inscrire. Sur le schéma, nous pouvons voir que l'épreuve de vérification des connaissances prend deux formes différentes :

- Un **concours** ouvert aux médecins du monde entier. Il est soumis chaque année à des quotas fixés pour chaque spécialité. Certaines années, des spécialités ne sont pas ouvertes.

- Un **examen** ouvert aux médecins ayant un statut de réfugié, d'apatride, etc., et aux PADHUE ayant exercé en France avant le 3 août 2010. L'ensemble des spécialités est concerné et il suffit aux praticiens d'obtenir la moyenne pour être lauréats.

[68] La procédure et les législations qui lui sont associées sont entièrement détaillées sur le site du CNG : http://www.cng.sante.fr/-Procedure-d-Autorisation-d-.html

Schéma 4: Organisation de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE)



Durant les trois premières sessions de la PAE (2007 à 2009), les PADHUE devaient également subir une épreuve de langue française. L'article 19 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a finalement supprimé cette épreuve et l'a remplacée par une attestation de maîtrise de la langue française que les praticiens doivent désormais joindre à leur dossier.

Capture d'écran 3: Affiche appelant à une mobilisation des médecins le 15 juin 2011

Source : Union des médecins maghrébins en France

La loi du 21 décembre 2006 prévoyait que la dernière session de l'examen PAE (liste C) devait avoir lieu en 2011. Elle stipulait clairement que tous les médecins, exerçants alors sous des statuts d'associés et qui n'auraient pas obtenu la PAE avant le 31 décembre 2011, ne pourraient plus exercer la médecine dans les hôpitaux français à compter de cette date. Normalement, seuls les médecins ayant exercé en France avant la date du 27 juillet 1999 devaient être autorisés à garder leur poste. Comme le montre la capture d'écran 3 (p. 106), les différents syndicats et associations de PADHUE se sont mobilisés et ont organisé de nombreuses manifestations durant l'année 2011. Finalement, face à la pression des syndicats de médecins diplômés hors UE et en raison de la nécessité pour les hôpitaux de conserver ce personnel, le gouvernement a instauré une nouvelle loi prolongeant l'exercice des PADHUE qui ne possèdent pas le plein exercice jusqu'au 31 décembre 2016.

La loi n° 2012-157 du 1er février 2012 prévoit que l'ultime session de l'examen (liste C) aura lieu en 2016 et elle interdit formellement aux hôpitaux de recruter des PADHUE qui n'ont pas exercé en France avant le 3 août 2010 (cf. frise chronologique). Comme en 1999, l'État décide de faire en sorte que tous les médecins travaillant dans les structures hospitalières françaises puissent obtenir le plein exercice et que disparaissent définitivement les PADHUE travaillant sous des statuts d'associés. Contrairement à celle mise en place en 1999, cette nouvelle interdiction de recruter de nouveaux PADHUE est respectée par les hôpitaux

publics. Désormais, mis à part quelques rares PADHUE qui valident le concours de la liste A ou l'examen de la liste B de la PAE, les médecins diplômés hors UE ne peuvent plus venir exercer en France. Seuls quelques PADHUE peuvent venir de manière temporaire et très réglementée par le biais des DFMS et DFMSA (cf. tableau 3, p. 90).

Cette dernière législation signe la fin de la migration des PADHUE en France. La principale conséquence engendrée par cette loi est une disparition progressive de ces praticiens des hôpitaux français au fur et à mesure qu'ils partent à la retraite. Les hôpitaux sont dorénavant privés d'une main-d'œuvre fidèle et efficace qu'ils emploient depuis une quarantaine d'années, ce qui leur impose de recourir à d'autres moyens de recrutement et de fonctionnement (cf. chapitre 9, p. 267).

Conclusion du chapitre 2

À travers ce second chapitre, nous venons d'analyser les statuts et la législation auxquels sont soumis les PADHUE qui ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Face à la complexité de ce cadre législatif, il paraît essentiel de résumer dans quel contexte et face à quelles circonstances il s'est mis en place.

Initialement, les centres hospitaliers ont commencé à manquer cruellement d'internes dès les années 1980. Cette situation nécessitant une réponse immédiate, les pouvoirs publics ont alors pensé à faire occuper ces postes par des praticiens venant de l'étranger, c'est-à-dire par des médecins-migrants. Mais les candidats diplômés en Union européenne étaient très peu nombreux. Les pouvoirs publics ont alors décidé d'élargir la zone d'origine des médecins, ce qui est en opposition avec la législation en place. En effet, il est clairement explicité dans le Code de la santé publique qu'il faut être de nationalité française ou européenne et titulaire d'un diplôme de médecine français ou européen pour pouvoir exercer en France. Les différents gouvernements ont également créé dès le début des années 1980 des statuts et diplômes à destination de praticiens diplômés hors UE, afin qu'ils puissent venir temporairement en France pour y obtenir un diplôme et/ou pour y avoir une expérience professionnelle. Bien que ces statuts leur confèrent un exercice limité de la médecine dans les hôpitaux publics, cette législation a été rapidement concluante, car de nombreux PADHUE sont venus en France et ont occupé les postes d'internes laissés vacants.

Toutefois, un certain nombre de difficultés se sont posées au fil des années. Cette réponse, devant être ponctuelle, s'est inscrite dans la durée à cause de nombreux facteurs (évolution de la démographie médicale, développement de services, etc.). Cette situation a été le point de départ du caractère complexe de la législation et des statuts de ces praticiens. À compter de cette date, ceux-ci ont évolué au gré des besoins des structures hospitalières, de l'évolution de l'hôpital public, des revendications des médecins, des différents gouvernements et hommes politiques au pouvoir.

En plus de trente ans, cette législation s'est modifié continuellement entre des périodes d'ouverture (il était simple d'employer des PADHUE) et des périodes de fermeture (les hôpitaux devaient trouver des failles permettant de contourner la législation pour les recruter ou les maintenir à leur poste). Dans les années 1990, la pérennisation de ces médecins a été marquée par l'apparition d'associations et de syndicats soutenant leur cause. Ceux-ci ont alors dénoncé la discrimination légale à l'égard de ces médecins et un accès trop limité et difficile pour intégrer pleinement le corps de métier. S'ils n'ont pas réussi à faire lever le critère de nationalité, ils ont tout de même réussi à faire mettre en place des statuts plus avantageux et des procédures leur permettant d'obtenir le plein exercice de la médecine.

L'actuel objectif des pouvoirs publics est donc d'intégrer professionnellement tous les médecins exerçant en France et de rendre impossible l'exercice de nouveaux PADHUE. Cette législation prend actuellement une posture de fermeture quasi définitive de la profession de médecin aux PADHUE. À ce stade, il semble pertinent que nous nous penchions sur une situation concrète : celle des praticiens diplômés hors UE à l'échelle de la région Poitou-Charentes.

Chapitre 3
Des migrants au cœur du système hospitalier : regard sur les PADHUE en région Poitou-Charentes

---

« Nous venons de vivre une révolution blanche, silencieuse :
l'ascension, dans les pays riches, tout au long d'un demi-siècle,
d'une profession qui est allée plus loin que toute autre
dans la mobilisation de ressources pour satisfaire
les « besoins » de la nation au nom de la « santé ».
(Penef, 2005, p. 23-24)

Introduction du chapitre 3

Le recensement des praticiens en exercice au 1er janvier 2011 dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes a permis d'obtenir de nombreuses informations sur les médecins, mais également sur les structures qui les emploient. La mise en relation de ces données avec les entretiens des responsables administratifs des hôpitaux offre des clés de compréhension des spécificités de chaque hôpital ainsi que des problèmes de recrutement rencontrés par chacun d'entre eux. Au cours de ce chapitre, il est question dans un premier temps de faire un état des lieux général des médecins dans les structures hospitalières de la région. Nous nous attarderons sur l'échelle départementale, car celle-ci permet d'introduire des éléments de contexte offrant une compréhension de l'environnement et des principales caractéristiques des établissements. Dans un second temps, nous nous arrêterons sur les profils des PADHUE ainsi que sur la place et le rôle qu'ils représentent dans les hôpitaux publics. Ces données inédites donnent à comprendre comment à l'échelle d'une région française des postes hospitaliers devenus vacants ont progressivement été occupés par des médecins diplômés au-delà des frontières européennes.

3.1. État des lieux des praticiens en région Poitou-Charentes

Au 1er janvier 2011, les données recueillies auprès des structures hospitalières comptabilisent 2088 praticiens en exercice[69] dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes. Parmi ces praticiens, 59,6 % sont des hommes et 40,4 % sont des femmes. Au sein de l'ensemble de ces médecins, 91 % sont diplômés dans un pays membre de l'Union européenne et 9 % sont diplômés hors Union européenne. Il est important de noter que le nombre de PADHUE est probablement un peu plus élevé dans la réalité. En effet, certains hôpitaux n'ont pas inclus dans cette catégorie des praticiens dont les pays font aujourd'hui partie de l'Union européenne, mais qui sont arrivés en France avant que leur pays n'adhère à l'UE. Bien que leur pays d'origine fasse aujourd'hui partie de l'UE, ces médecins sont considérés comme étant des PADHUE, car ils ont été obligés de passer des équivalences pour faire reconnaître leur diplôme. Des responsables administratifs reconnaissent qu'ils ont pu classer des

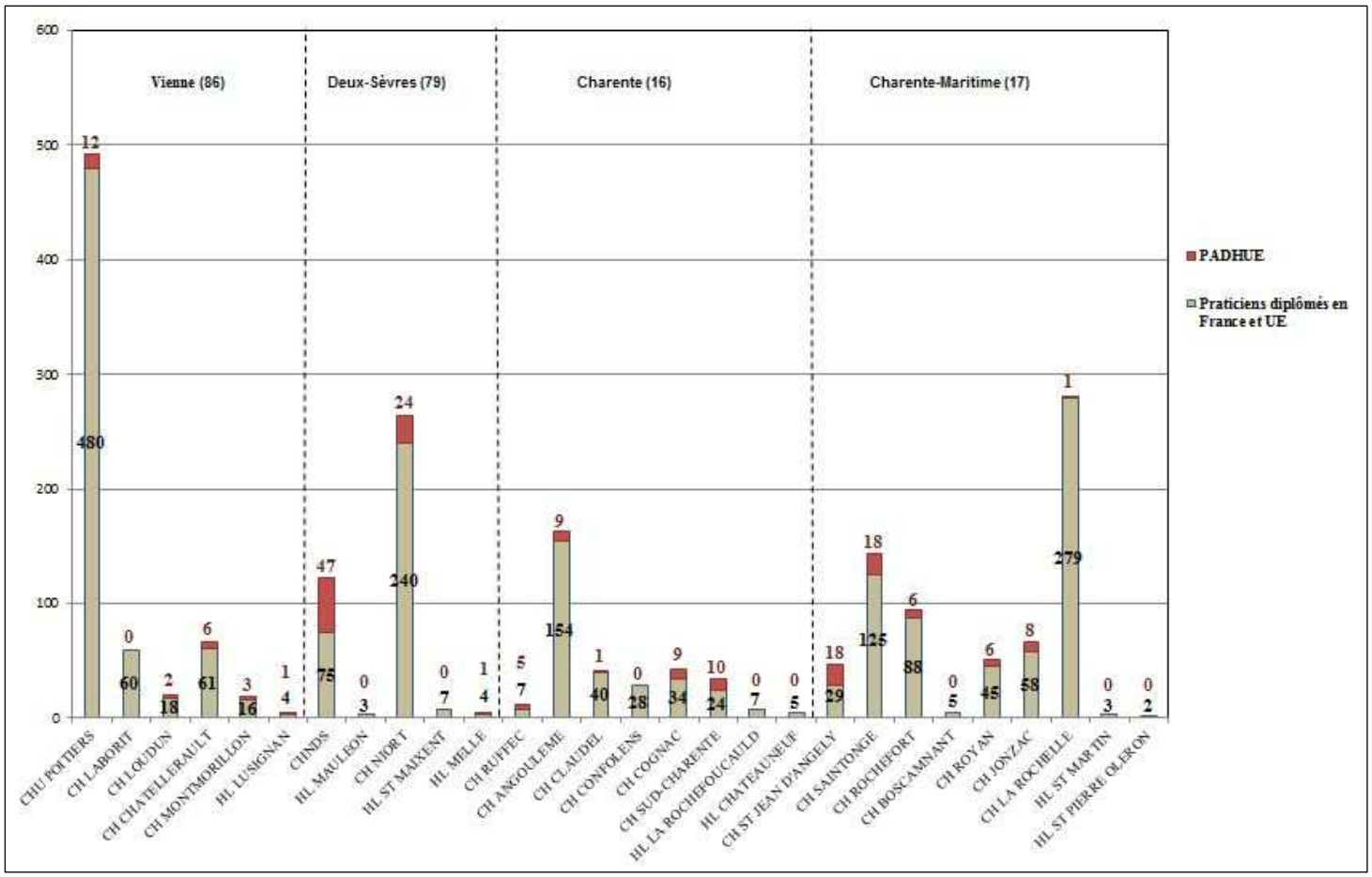
[69] Il s'agit de tous les praticiens en exercice dans les hôpitaux publics, qu'ils travaillent à temps plein ou à temps partiel.

PADHUE dans la catégorie médecins diplômés en France en raison de leur ancienneté et du fait qu'ils ignoraient qu'ils sont titulaires d'un diplôme étranger.

> *« J'ai découvert à l'occasion de votre venue que c'étaient des médecins à diplôme étranger. C'est significatif, car je suis quand même là depuis 2 ans, ce sont des médecins que je côtoie, dont on me parle et le fait qu'ils soient arrivés 10 ans auparavant avec un diplôme étranger au départ comme associé est effacé des mémoires […] C'est un élément qui paraît tellement secondaire, qu'il n'est plus évoqué. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

Même si ce recensement comporte certainement de rares erreurs et sous-estime probablement légèrement le nombre de PADHUE, le graphique 3 dessine les grands traits des effectifs de médecins de tous les établissements en distinguant les diplômés en UE et hors UE[70].

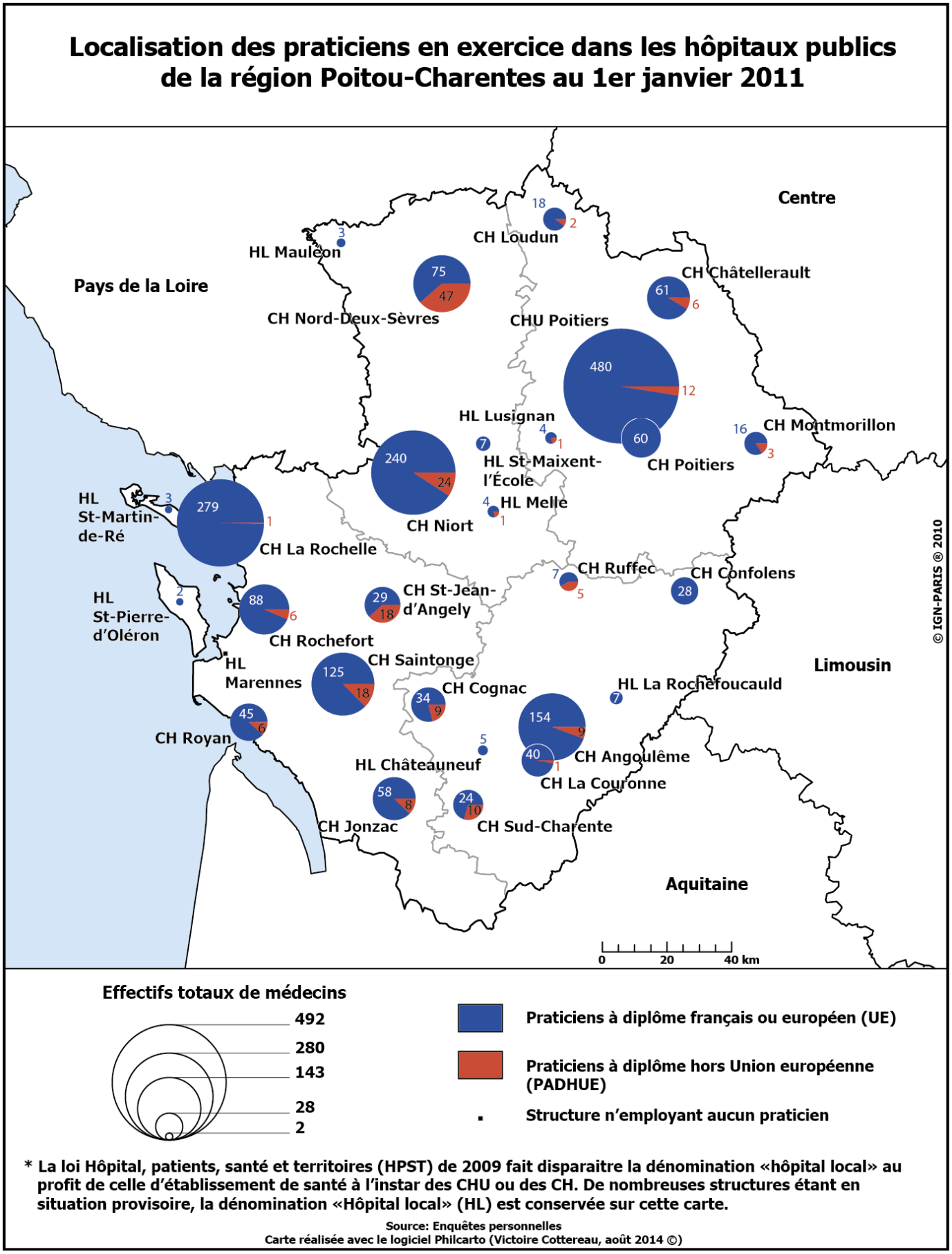
Graphique 3 : Effectifs des praticiens dans les structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011



Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (juin 2012©)

[70] Les tableaux exposant les effectifs précis de praticiens dans les départements de la région Poitou-Charentes ainsi que dans chacun des hôpitaux de la région sont reproduits en annexes 10,11, 12 et 13.

Carte 3


Localisation des praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011
Centre
Pays de la Loire
Limousin
Aquitaine
HL Mauléon
3
CH Loudun
18
2
CH Châtellerault
61
6
CH Nord-Deux-Sèvres
75
47
CHU Poitiers
480
12
60
CH Poitiers
HL Lusignan
4
1
7
HL St-Maixent-l'École
16
CH Montmorillon
3
240
24
CH Niort
4
HL Melle
1
HL St-Martin-de-Ré
3
279
1
CH La Rochelle
CH Ruffec
7
5
CH Confolens
28
HL St-Pierre-d'Oléron
2
88
6
CH Rochefort
29
18
CH St-Jean-d'Angely
HL Marennes
125
18
CH Saintonge
34
9
CH Cognac
HL La Rochefoucauld
7
45
6
CH Royan
154
9
40
1
CH Angoulême
CH La Couronne
5
HL Châteauneuf
58
8
CH Jonzac
24
10
CH Sud-Charente
0
20
40 km
© IGN-PARIS ® 2010
Effectifs totaux de médecins
492
280
143
28
2
Praticiens à diplôme français ou européen (UE)
Praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)
Structure n'employant aucun praticien
* La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 fait disparaitre la dénomination «hôpital local» au profit de celle d'établissement de santé à l'instar des CHU ou des CH. De nombreuses structures étant en situation provisoire, la dénomination «Hôpital local» (HL) est conservée sur cette carte.
Source: Enquêtes personnelles
Carte réalisée avec le logiciel Philcarto (Victoire Cottereau, août 2014 ©)

La carte 3 (p. 111) représente la localisation de l'ensemble des praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région étudiée, tout en distinguant les différents lieux d'obtention du doctorat de médecine (France, UE et hors UE). Cette représentation cartographique met en relief deux points essentiels. Premièrement, nous constatons que près d'un médecin sur dix (9 %) a obtenu son diplôme de médecine hors UE. Deuxièmement, nous remarquons que des PADHUE sont employés dans la quasi-totalité des établissements, à l'exception de quelques structures (ex-hôpitaux locaux). En outre, leur répartition est très hétérogène entre les départements et les structures hospitalières.

Dans la grande majorité des cas, il existe une université de médecine par région française. Chaque CHU est alors vu comme étant l'élément catalyseur situé au cœur du dispositif, tandis que les CH sont les éléments périphériques qui gravitent autour du CHU. Il paraît cependant important de rappeler que les CH sont indispensables dans la formation des futurs médecins, car ils accueillent de nombreux internes durant leur cursus médical. Toutefois, bien que le fonctionnement universitaire s'effectue à l'échelle régionale, ce niveau paraît trop large pour comprendre comment s'inscrit la répartition des effectifs de médecins hospitaliers dans les différentes structures. Une étude détaillée des effectifs de chaque structure hospitalière semble également peu judicieuse pour analyser le système dans lequel s'inscrivent les hôpitaux dans son ensemble. En fin de compte, nous allons nous pencher sur le niveau départemental.

Tableau 6: Effectifs des praticiens dans les départements de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011

DÉPARTEMENTS	EFFECTIFS UE	% UE	EFFECTIFS HUE	% HUE	TOTAL	% dans la région
VIENNE	**639**	**96,4 %**	**24**	**3,6 %**	**663**	**31,8 %**
DEUX-SÈVRES	**329**	**82 %**	**72**	**18 %**	**401**	**19,2 %**
CHARENTE	**299**	**89,8 %**	**34**	**10,2 %**	**333**	**15,9 %**
CHARENTE-MARITIME	**634**	**91,8 %**	**57**	**8,2 %**	**691**	**33,1 %**
TOTAL	**1901**	**91 %**	**187**	**9 %**	**2088**	**100 %**

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (juin 2012©)

L'observation et la comparaison des départements de la région font ressortir le fait que les effectifs de praticiens sont très inégalement répartis. Les principales données contextuelles sur chaque département permettent de mieux comprendre une telle hétérogénéité à l'échelle régionale, tant dans la répartition des praticiens que dans les problèmes de recrutement.

3.1.1. Vienne

Sur le plan de la population totale, la Vienne (424 354 habitants[71]) arrive en seconde position derrière le département de la Charente-Maritime. Avec un effectif de 663 praticiens (dont 625 diplômés en France, 14 diplômés en UE et 24 diplômés hors UE), ce département possède 31,8 % des médecins de la région. La Vienne dispose de six établissements hospitaliers publics, contre huit pour le département de la Charente. Pourtant, la Vienne a presque deux

[71] Données de l'INSEE (2008)

fois plus de praticiens que la Charente. Son pourcentage de PADHUE (3,6 %) est bien inférieur aux autres départements de la région. L'élément responsable du caractère particulier de ce département est la présence du CHU. Tout d'abord, l'implantation du CHU dans ce département explique pourquoi les effectifs sont plus importants qu'ailleurs. Le CHU emploie à lui seul 492 praticiens soit 23,6 % de l'ensemble des médecins exerçant dans les structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes. Ensuite, les CHU sont des établissements très attractifs pour les médecins qui voient un certain prestige à exercer dans ces structures. Celles-ci sont souvent mieux équipées en matériel de pointe et elles mêlent recherche et formation des futurs praticiens. Ces établissements ne sont que très faiblement touchés par des problèmes de recrutement. En tant que préfecture de la région, la ville universitaire de Poitiers offre de multiples services et possède de nombreux secteurs d'emplois. Ces éléments sont à prendre en compte pour expliquer l'attractivité des établissements implantés à Poitiers et par conséquent pour justifier la faible présence des PADHUE dans les deux structures de la ville.

Tableau 7: Effectifs des praticiens dans le département de la Vienne au 1er janvier 2011

ÉTABLISSEMENTS	EFFECTIFS UE	% UE	EFFECTIFS HUE	% HUE	TOTAL	% dans le département	% dans la région
CHU POITIERS	**480**	**97,6 %**	**12**	**2,4 %**	**492**	**74,2 %**	**23,6 %**
CH POITIERS	**60**	**100 %**	**0**	**0 %**	**60**	**9 %**	**2,9 %**
CH LOUDUN	**18**	**90 %**	**2**	**10 %**	**20**	**3 %**	**1,0 %**
CH CHÂTELLERAULT	**61**	**91 %**	**6**	**9 %**	**67**	**10,1 %**	**3,2 %**
CH MONTMORILLON	**16**	**84,2 %**	**3**	**15,8 %**	**19**	**2,9 %**	**0,9 %**
HL LUSIGNAN	**4**	**80 %**	**1**	**20 %**	**5**	**0,8 %**	**0,2 %**
VIENNE	**639**	**96,4 %**	**24**	**3,6 %**	**663**	**100 %**	**31,8 %**

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (juin 2012©)

Sur le tableau 7, nous constatons que le CHU de Poitiers n'emploie que 12 PADHUE sur 492 praticiens (soit 2,4 % de son effectif total). À l'évidence, ce faible effectif est la principale raison expliquant pourquoi le pourcentage de praticiens diplômés hors UE est beaucoup plus faible en Vienne que dans les autres départements. La fusion entre le CHU et l'hôpital local de Lusignan ainsi que la mise en place d'une direction commune entre le CHU et le CH de Montmorillon sont également à l'origine de la faible présence de PADHUE dans le département de la Vienne. Alors qu'auparavant des médecins diplômés en France refusaient d'exercer à temps plein dans ces structures, des praticiens acceptent aujourd'hui d'aller y travailler une ou deux journées par semaine uniquement parce qu'ils sont employés par le CHU.

> *« À Montmorillon, ils ont vraiment de grosses problématiques de recrutement, et c'est pour ça qu'on est en direction commune. Ils ne pouvaient plus recruter de médecins urgentistes donc ils faisaient venir des sociétés d'intérimaires qui leur*

faisaient payer énormément la journée. Du coup, c'était un centre qui était financièrement en difficulté. Avec la direction commune, désormais ce sont nos urgentistes qui vont à Montmorillon, c'est comme ça qu'on a résolu leurs problèmes de recrutement. Un médecin urgentiste, il accepte d'aller à Montmorillon parce qu'il est aussi au CHU de Poitiers, dans un grand CHU et qu'il peut revenir, etc. Il ne reste pas dans un centre relativement petit sans perspective d'évolution. » (Responsable administratif du CHU de Poitiers)

Ces rapprochements administratifs permettent de remédier aux problèmes de vacances de postes rencontrés par certaines structures. Par conséquent, moins les hôpitaux rencontrent des problèmes de recrutement, moins ils cherchent à employer des PADHUE ne possédant pas la plénitude d'exercice.

3.1.2. Deux-Sèvres

Le département des Deux-Sèvres (365 059 habitants[72]) possède au 1er janvier 2011 un effectif de 401 praticiens (dont 315 diplômés en France, 14 diplômés en UE et 72 diplômés hors UE). Ce département emploie 19,2 % des médecins de la région (tableau 8) et possède le plus faible nombre de structures (cinq dont trois hôpitaux locaux). Ce département compte peu de structures hospitalières en raison de la présence du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), qui assure les soins hospitaliers, pour un bassin de population de 150 000 habitants. Cet hôpital présente la particularité d'être réparti sur trois sites puisqu'il est né de la fusion des hôpitaux de Bressuire, Parthenay et Thouars le 1er janvier 1996. Il s'agit de la première opération de fusion en France de trois hôpitaux identiques sur des bassins de population différents. Préalablement à cette fusion, il existait trois CH différents dans la moitié nord du département. La seconde particularité des Deux-Sèvres est que ce département est celui qui emploie le plus grand nombre de PADHUE (72). Ces médecins représentent 18 % du nombre total de praticiens des Deux-Sèvres. Toutefois, il est important de préciser que ce sont les deux CH qui emploient la quasi-totalité de PADHUE.

Tableau 8: Effectifs des praticiens dans le département des Deux-Sèvres au 1er janvier 2011

ÉTABLISSEMENTS	EFFECTIFS UE	% UE	EFFECTIFS HUE	% HUE	TOTAL	% dans le département	% dans la région
CHNDS	**75**	**61,5 %**	**47**	**38,5 %**	**122**	**30,4 %**	**5,8 %**
HL MAULEON	**3**	**100 %**	**0**	**0 %**	**3**	**0,7 %**	**0,1 %**
CH NIORT	**240**	**90,9 %**	**24**	**9,1 %**	**264**	**65,8 %**	**12,6 %**
HL ST MAIXENT	**7**	**100 %**	**0**	**0 %**	**7**	**1,7 %**	**0,3 %**
HL MELLE	**4**	**80 %**	**1**	**20 %**	**5**	**1,2 %**	**0,2 %**
DEUX-SÈVRES	**329**	**82 %**	**72**	**18 %**	**401**	**100 %**	**19,2 %**

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (juin 2012©)

Non seulement touchés par les problèmes démographiques et de concurrence que l'on retrouve à l'échelle nationale, ces centres hospitaliers sont également victimes de leur

[72] Données de l'INSEE (2008)

proximité avec des établissements plus importants dotés par exemple de plateaux techniques plus grands ou de matériel plus performant, tels que le CHU de Poitiers ou le CH de La Rochelle. Toutefois, avec 24 PADHUE sur un total de 264 praticiens, le CH de Niort n'a finalement que 9,1 % de ces praticiens qui sont diplômés hors UE et il s'approche de la moyenne régionale de 9 % de PADHUE. La situation est toute autre au CHNDS qui emploie 47 PADHUE, soit près de quatre praticiens sur dix (38,5 %).

À lui seul, cet hôpital regroupe 30,4 % des PADHUE présents dans le département. Le CHNDS est un hôpital qui a des difficultés à recruter des médecins pour deux raisons qui lui sont propres : sa répartition dans trois villes et sa proximité avec le CHU de Poitiers. Depuis que les trois anciennes administrations ont fusionné, les conditions de fonctionnement de cet hôpital sont plus compliquées qu'un hôpital « classique ». Selon les responsables des affaires médicales de cette structure, cette situation constitue un facteur négatif à la venue de médecins.

> *« Les conditions de fonctionnement de cet hôpital sont très compliquées ce qui a sans doute entraîné certaines fuites de la part de PH français.»* (Responsable administratif d'un CH situé en Deux-Sèvres).

Au-delà d'un système de fonctionnement compliqué, l'agencement de cet hôpital sur trois sites entraîne d'autres facteurs répulsifs. C'est un établissement qui n'a pas de plateau technique, seulement de petites équipes, et donc beaucoup d'astreintes qui découragent les médecins. Par exemple, en chirurgie viscérale il n'y a que deux médecins qui, par conséquent, sont d'astreinte un jour sur deux. Il faut ajouter au grand nombre de gardes le fait que certains médecins sont obligés de faire quelques allers-retours entre les différents sites. En effet, chaque médecin est affilié à un seul site, mais dans certains cas ils sont obligés de faire des consultations sur les autres sites. *In fine*, il semble évident que la répartition de l'hôpital dans trois villes différentes joue en la défaveur du CHNDS dans le recrutement des médecins.

3.1.3. Charente

Au 1er janvier 2011, la Charente est le département qui possède le moins d'habitants (351581 habitants[73]) et qui emploie le moins de praticiens au sein de la région (15,9 % des médecins qui exercent en Poitou-Charentes). Un total de 333 praticiens sont employés au sein de huit structures hospitalières publiques (dont 284 diplômés en France, 15 diplômés en UE et 34 diplômés hors UE). Le pourcentage de PADHUE exerçant dans ce département (10,2 %) est légèrement au-dessus de la moyenne régionale. Trois établissements à faibles effectifs (CH Sud-Charente, CH Cognac et CH Ruffec) rassemblent plus de 70 % des PADHUE travaillant dans le département. La taille et la localisation de ces CH sont en partie à l'origine du faible attrait des médecins diplômés en France. Le CH Sud-Charente, situé à Barbezieux (commune de moins de 5000 habitants), se trouve à 31 km d'Angoulême (commune de moins de 45 000 habitants), le CH de Cognac (commune de moins de 20 000 habitants) se situe à 38 km

[73] Données de l'INSEE (2008)

d'Angoulême et le CH de Ruffec (commune de moins de 4000 habitants) se trouve à 46 km d'Angoulême. Le CH d'Angoulême, qui est un établissement de taille supérieure, fait en quelque sorte « de l'ombre » à ces hôpitaux en ce qui concerne les recrutements de médecins dans les services les plus enclins à des vacances de postes (urgences, radiologie, etc.) Enfin, la Charente est le département qui possède le plus grand nombre de praticiens diplômés en UE (hors France). À titre d'exemple, sur un total de 28 praticiens, le CH de Confolens a 5 praticiens diplômés en UE[74] soit 17,9 % des praticiens de cette structure.

Tableau 9: Effectifs des praticiens dans le département de la Charente au 1er janvier 2011

ÉTABLISSEMENTS	EFFECTIFS UE	% UE	EFFECTIFS HUE	% HUE	TOTAL	% dans le département	% dans la région
CH RUFFEC	7	58,3 %	5	41,7 %	12	3,6 %	0,6 %
CH ANGOULÊME	154	94,5 %	9	5,5 %	163	48,9 %	7,8 %
CH LA COURONNE	40	97,6 %	1	2,4 %	41	12,3 %	2 %
CH CONFOLENS	28	100 %	0	0 %	28	8,4 %	1,3 %
CH COGNAC	34	79,1 %	9	20,9 %	43	12,9 %	2,1 %
CH SUD-CHARENTE	24	70,6 %	10	29,4 %	34	10,2 %	1,6 %
HL LA ROCHEFOUCAULD	7	100 %	0	0 %	7	2,1 %	0,3 %
HL CHATEAUNEUF	5	100 %	0	0 %	5	1,5 %	0,2 %
CHARENTE	299	89,8 %	34	10,2 %	333	100 %	15,9 %

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (juin 2012©)

En fin de compte, le CH d'Angoulême a un rôle central au sein du système hospitalier charentais au même titre que le CHU de Poitiers. Contrairement à la situation en Vienne, l'autonomie administrative des hôpitaux situés autour d'Angoulême cause des difficultés de recrutements dans certains services. Néanmoins, d'autres éléments explicatifs (ville peu attractive, bâtiment jugé ancien, mauvaises réputations de certains services, etc.) sont à prendre en considération pour expliquer les problèmes de recrutements actuels de ces établissements tels que la fermeture des services de chirurgie des hôpitaux de Ruffec en 2010 et de Barbezieux en 2007.

3.1.4. Charente-Maritime[75]

Avec ses 611 714 habitants, la Charente-Maritime est le département qui possède la plus importante population de la région. Malgré son important nombre de structures hospitalières publiques (11 établissements), ce département emploie moins de praticiens que le département de la Vienne. La Charente-Maritime possède 691 praticiens (dont 631 diplômés

[74] Ce CH emploie un praticien diplômé en Belgique, un diplômé en Bulgarie et trois diplômés en Roumanie.

[75] L'appellation « CH La Rochelle » regroupe les deux structures hospitalières situées à La Rochelle : l'hôpital Saint-Louis et l'hôpital psychiatrique Marius Lacroix. Faisant partie d'un groupe hospitalier, la direction commune a fourni l'effectif total des praticiens sans distinguer leur répartition entre les deux établissements. Pour cette raison, les deux hôpitaux sont regroupés sous une seule et même appellation.

en France, 3 diplômés en UE et 57 diplômés hors UE), ce qui représente 33,1 % des médecins exerçant dans les structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes (tableau 10, p. 117). Sur l'ensemble des établissements, 91,8 % des praticiens sont diplômés en UE et 8,2 % sont diplômés hors UE. Ce département possède un pourcentage de PADHUE légèrement inférieur à la moyenne régionale. Or, l'analyse des effectifs montre que deux structures (CH Saintonge et CH St-Jean-d'Angély) rassemblent près des deux tiers des PADHUE du département (63,2 %).

Tableau 10: Effectifs des praticiens dans le département des Deux-Sèvres au 1er janvier 2011

ÉTABLISSEMENTS	EFFECTIFS UE	% UE	EFFECTIFS HUE	% HUE	TOTAL	% dans le département	% dans la région
CH ST JEAN D'ANGELY	29	61,7 %	18	38,3 %	47	6,8 %	2,3 %
CH SAINTONGE	125	87,4 %	18	12,6 %	143	20,7 %	6,8 %
CH ROCHEFORT	88	93,6 %	6	6,4 %	94	13,6 %	4,5 %
CH BOSCAMNANT	5	100 %	0	0 %	5	0,7 %	0,2 %
CH ROYAN	45	88,2 %	6	11,8 %	51	7,4 %	2,4 %
CH JONZAC	58	87,9 %	8	12,1 %	66	9,6 %	3,2 %
HL MARENNES	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0 %
CH LA ROCHELLE	279	99,6 %	1	0,4 %	280	40,5 %	13,4 %
HL ST MARTIN	3	100 %	0	0 %	3	0,4 %	0,1 %
HL ST PIERRE OLÉRON	2	100 %	0	0 %	2	0,3 %	0,1 %
CHARENTE-MARITIME	634	91,8 %	57	8,2 %	691	100 %	33,1 %

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (juin 2012©)

Le département de la Charente-Maritime a la particularité d'être très hétérogène dans la répartition des PADHUE entre ses hôpitaux. La présence du littoral est un facteur important d'attractivité pour les praticiens de santé. Seuls 13 PADHUE exercent au sein des sept établissements situés sur la côte atlantique. Mais, selon la quasi-totalité des responsables administratifs, les hôpitaux les plus prisés actuellement dans la région sont ceux de La Rochelle en raison de leur qualité, mais également de la ville en elle-même et du cadre de vie. À l'heure où le manque d'attractivité des hôpitaux est un problème d'ordre national, le « succès » des hôpitaux de La Rochelle permettrait à sa direction d'avoir une politique de recrutement très exigeante.

> *« Ils ont une devise à La Rochelle, « La Rochelle, ça se mérite ! »(…) il y a aussi « La Rochelle belle, mais rebelle », c'est aussi ça, c'est vrai, eux aussi quand ils recrutent, ils passent au tamis, je peux vous le dire ! »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime).

À l'inverse, les quatre structures implantées « dans les terres » recensent 44 PADHUE. La situation la plus probante concerne le CH de St-Jean-d-Angély. En direction commune avec le CH de Saintes, cet établissement emploie 47 praticiens dont 18 PADHUE, soit 38,3 % de l'effectif total.

Au-delà d'un état des lieux régional, une approche à l'échelle départementale présente l'intérêt d'exposer les spécificités des départements non seulement en termes d'effectifs de praticiens, mais aussi en termes d'organisation. Tandis que le département des Deux-Sèvres s'organise autour de deux principales structures, tous les autres départements possèdent un hôpital prédominant dont la place, le rôle et le fonctionnement influencent fortement l'activité des structures périphériques. Cette analyse à l'échelle départementale apporte notamment des éléments de réponse concernant la répartition des PADHUE et les politiques de recrutement des structures hospitalières publiques. Ces informations contextuelles associées aux données recueillies sur les PADHUE permettent d'exposer les principales caractéristiques de ces médecins, tout en apportant de précieuses informations sur les établissements étudiés.

3.2. Les profils des PADHUE

Les responsables administratifs des hôpitaux s'accordent unanimement pour dire que les PADHUE ont été et sont encore indispensables au fonctionnement des structures hospitalières françaises. Face à ce constat, nous allons nous arrêter sur les principales caractéristiques de ces médecins. Nous allons voir que l'étude des caractéristiques essentielles de ces docteurs met en lumière les problèmes engendrés par l'évolution de la démographie médicale française.

3.2.1. Sexe et âge

Sur un effectif total de 187 PADHUE, les hommes sont au nombre de 161 (86,1 %) et les femmes sont 26 (13,9 %). Le croisement des variables de sexe et d'âge fait ressortir nettement que ce sont les hommes ayant entre 50 et 54 ans qui sont les plus représentés avec 52 individus. Comme la quasi-totalité des médecins rencontrés sont arrivés en France vers l'âge de 30 ans, la primauté de la classe d'âge des 50-54 ans indique que la majorité des PADHUE sont venus dans les années 1980-1990, c'est-à-dire au moment où les hôpitaux manquaient le plus d'internes.

L'étude de ces données nous montre que la moyenne d'âge des médecins diplômés hors UE est plus basse (48,1 ans) que celle de l'ensemble des praticiens inscrits au Conseil de l'Ordre à l'échelle nationale (51,4 ans) à la même date (CNOM, 2011). Nous remarquons également que la part des hommes est beaucoup plus élevée chez les PADHUE (86,1 %) que chez l'ensemble des médecins en activité régulière inscrits au CNOM (59 %). Finalement, il apparaît que la présence des PADHUE permet très légèrement de rajeunir le corps médical.

Tableau 11 : Effectifs et pourcentages par sexe des tranches d'âge des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011

CLASSES D'AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL EFFECTIFS	POURCENTAGES
< 40 ans	25	4	29	15,5 %
40-44 ans	21	6	27	14,4 %
45-49 ans	32	6	38	20,3 %
50-54 ans	52	8	60	32,1 %
55-59 ans	24	2	26	13,9 %
60-64 ans	6	0	6	3,2 %
Donnée manquante	1	0	1	0,5 %
TOTAL	161	26	187	100,0 %
POURCENTAGES	86,1 %	13,9 %	100,0 %	

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (octobre 2012©)

3.2.2. Les procédures d'autorisation d'exercice

Au 1er janvier 2011, 128 PADHUE (68,4 %) travaillant dans les hôpitaux de la région étudiée sont titulaires d'une procédure leur accordant le plein exercice de la médecine. À l'inverse, 30 médecins (16 %) n'ont validé aucune autorisation d'exercice (tableau 12). Néanmoins, la situation de 28 praticiens (15 %) reste inconnue, car les administrations n'ont pas été en mesure de fournir ces informations. Malgré la présence de quelques données manquantes, il semble pertinent d'effectuer une comparaison entre ces données et les rares estimations nationales existantes.

Tableau 12: Effectifs et pourcentages des procédures obtenues par les PADHUE au 1er janvier 2011

PROCÉDURE OBTENUE	EFFECTIFS DE PADHUE	POURCENTAGES DE PADHUE
CSCT	4	2,2 %
NPA	3	1,6 %
PAC	56	30 %
PAE	64	34,2 %
PAS DE CONCOURS OU PROCÉDURE D'AUTORISATION D'EXERCICE OBTENUE	30	16 %
REPRISE DU CURSUS COMPLET DE MÉDECINE	1	0,5 %
DONNÉES MANQUANTES	29	15,5 %
TOTAL	187	100,0 %

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (octobre 2012©)

Dans son rapport de 2008, la Fédération des praticiens de santé (FPS) estime à environ 17 000 le nombre de médecins diplômés hors UE exerçant en France à la fin de l'année 2006 (Dalkilic, Meric et Trujillo Guiterrez, 2008). Parmi ces praticiens, 9 553 ont obtenu la plénitude d'exercice. Fin 2006, il reste donc un peu plus de 7 000 PADHUE (soit 40 % et 45 %) qui ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Rappelons que depuis 2007 la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) est la seule procédure d'accès à l'autorisation d'exercice (cf. schéma 4, p. 105). Actuellement, il est donc possible de connaître le nombre de PADHUE qui obtient chaque année cette procédure. Avec une moyenne de 850 reçus par an (toutes listes confondues), environ 3 500 PADHUE ont validé la PAE entre 2006 et 2011. En ajoutant cet effectif à l'estimation de la FPS, nous constatons qu'environ 13 000 PADHUE seraient titulaires d'une autorisation d'exercice au 1er janvier 2011 à l'échelle nationale. Sur un total d'environ 17 000 PADHUE, cela voudrait dire que plus de 75 % des praticiens diplômés hors UE qui exercent en France possèdent la plénitude d'exercice. Toutefois, il faut minimiser ce pourcentage, car les PADHUE qui sont arrivées en France entre 2007 et 2010 ne sont pas pris en compte dans ce calcul. Au 1er janvier 2011, les pourcentages de PADHUE titulaires et non-titulaires d'une autorisation d'exercice sont assez proches des pourcentages de la région Poitou-Charentes, soit entre 65 % et 70 % de titulaires contre 25 % ou 30 % de non-titulaires.

3.2.3. Les statuts

Au 1er janvier 2011, 52,9 % des PADHUE sont PH et 7,5 % sont PHC[76]. Au total, 60,4 % des PADHUE possèdent le plein exercice de la médecine et travaillent sous les mêmes statuts que leurs confrères diplômés en France. Toutefois, certains praticiens attachés associés sont également titulaires d'une procédure même s'ils ne sont pas encore passés devant la commission qui délivre le plein exercice (cf. schéma 4, p. 105). Le croisement des données des procédures obtenues et des statuts permet de savoir que 29 des 54 PAA sont titulaires d'une autorisation d'exercice (15,5 %) et que 20 ne sont pas titulaires d'une autorisation d'exercice (10,6 %). En cumulant les PH, les PHC et les PAA lauréats d'une procédure d'autorisation d'exercice, nous constatons que 142 PADHUE (76 %) possèdent le plein exercice de la médecine ou sont en voie de l'obtenir. Ainsi, seuls 44 PADHUE (23,5 %) n'ont validé aucune procédure d'autorisation d'exercice au 1er janvier 2011 au sein de la région étudiée.

[76] Praticien hospitalier contractuel.

Tableau 13: Effectifs et pourcentages des statuts des PADHUE au 1er janvier 2011

STATUT	EFFECTIFS DE PADHUE	POURCENTAGES DE PADHUE
AGA	4	2,1 %
ASA	8	4,3 %
FFI	5	2,6 %
PAA	54	29 %
PAC	2	1,1 %
PHC	14	7,5 %
PH	99	52,9 %
DONNÉES MANQUANTES	1	0,5 %
TOTAL	187	100,0 %

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (octobre 2012©)

En 2008, les résultats d'une enquête nationale menée par Armelle Drexler montrent que *« 84 % des établissements publics répondants* (65 hôpitaux publics) *reconnaissent recruter des médecins à diplôme étranger, car ils n'ont aucun candidat avec un diplôme français pour le poste recherché »* (Drexler, 2008, p. 5). Les entretiens avec des responsables d'établissements picto-charentais confirment ces résultats, même s'il paraît nécessaire de les nuancer. Les administrations des hôpitaux déclarent effectivement se tourner vers des médecins associés, c'est-à-dire qui ne possèdent pas le plein exercice, lorsqu'ils n'ont pas de candidats pour un poste. En revanche, ils insistent majoritairement sur le fait que le pays d'obtention du doctorat de médecine n'entre pas en ligne de compte lors d'un recrutement si le candidat possède son équivalence et son inscription au Conseil de l'Ordre. Plusieurs responsables expliquent que s'ils ont deux candidats pour un poste, un premier diplômé en France et un second diplômé hors UE, mais avec la plénitude d'exercice, ils recrutent celui qu'ils jugent le meilleur pour le poste. Pour les responsables d'établissements hospitaliers, il existe une réelle distinction entre les PADHUE avec et sans le plein exercice de la médecine.

> *« Je ferai clairement la distinction entre les PADHUE qui ont eu le concours de PH, qui sont dans notre établissement depuis assez longtemps, qui ont l'autorisation du plein exercice et puis les PADHUE recrutés plus récemment qui n'ont pas forcément l'autorisation d'exercice, qui sont sous des statuts de praticiens attachés associés et qui travaillent sous la responsabilité du chef de service. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

Les forts pourcentages de PADHUE travaillant sous des statuts de PH ou de PHC indiquent que les problèmes de recrutement des structures ne peuvent en aucun cas être établis par le nombre des PADHUE présents dans les établissements, car tous ces médecins possèdent le libre arbitre d'exercer où ils le souhaitent. Les PADHUE, sans le plein exercice, sont obligés de s'orienter dans les structures qui acceptent de les employer. Afin d'extraire les

établissements qui rencontrent d'importantes difficultés de recrutement, nous allons étudier la répartition des PADHUE, en distinguant ceux qui possèdent le plein exercice de la médecine et ceux qui ne l'ont pas (cf. carte 4, p. 124).

La première carte présente la répartition des PADHUE exerçant sous des statuts de PH et de PHC. Le principal constat est que leur répartition est assez homogène puisque la grande majorité des hôpitaux emploient des PH PADHUE. Il ressort tout de même que les effectifs les plus importants sont dans les hôpitaux situés dans le département des Deux-Sèvres, dans les structures hospitalières du département de la Charente-Maritime qui ne sont pas situées sur la zone littorale ainsi que dans celles situées dans des villes secondaires de la Charente. Face à ce constat, il est important d'étudier les raisons qui amènent ces nombreux médecins, libres d'exercer où ils veulent, à travailler dans des établissements peu prisés par leurs confrères à diplôme français.

Les entretiens avec les PADHUE révèlent que leur localisation dans les hôpitaux n'est pas le résultat d'installations récentes, mais plutôt d'installations durables dans les premiers établissements où ils ont commencé à travailler. Dans les CHU et les CH assez importants, un FFI peut être obligé de céder sa place, d'un semestre à l'autre, parce qu'un interne français prend le poste. Afin de ne pas devoir chercher un nouveau poste tous les six mois, de nombreux PADHUE disent avoir accepté stratégiquement des postes dans des structures périphériques ou dans des hôpitaux aux conditions de travail difficiles[77]. Ces praticiens espéraient alors voir leur contrat renouvelé le plus longtemps possible durant leurs premières années en France (cf. chapitre 7, p. 213). Or, les années sont passées, les praticiens ont tissé des liens sur place, ils ont construit leur famille et lorsqu'ils ont obtenu le plein exercice de la médecine, ils n'ont généralement pas cherché à partir s'installer ailleurs. Finalement, bien que la répartition de PH-PADHUE reflète les problèmes de démographie médicale rencontrés dans les années 1980-1990, il est clair que c'est par choix et attaches qu'ils restent dans les hôpitaux dans lesquels ils ont été orientés lors de leur arrivée en France.

> *« Franchement je ne regrette pas mon parcours professionnel parce que je me plais ici, j'ai un bon contact avec les chirurgiens, avec les autres médecins. […] Sur la vie pratique pour quelqu'un de mon âge, le calme de la ville, la tranquillité, ça aussi ça me plait. »* (Youssef, homme, 56 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1987)[78]

> *« Pour l'instant j'ai un statut, je gagne bien ma vie, il n'y a pas de soucis, mes enfants sont heureux, ils sont à l'école, ils réussissent bien pour l'instant, je ne cherche pas à trop compliquer la vie. » « Je n'ai aucun problème, je n'ai pas de soucis à me faire. […] Moi, si je lève ma main, je vais là où je veux ! »* (Kamel, homme, 49 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

[77] Les structures hospitalières périphériques ont des conditions de travail plus difficiles que de grands établissements, car elles ont souvent de petites équipes, ce qui augmente le nombre d'astreintes des médecins.
[78] Tous les prénoms des personnes rencontrées ont été changés par souci d'anonymat.

« Croyez-moi, j'ai tout à fait le choix pour partir ailleurs comme je veux, quand je veux et là où je veux en plus. […] J'ai tous les jours des propositions à Nice, Monaco, Paris. Moi, entre guillemets, petite revanche du petit étranger qui est entré il y a 18 ans de cela et qui ne valait rien du tout, ça me fait plaisir. » (Farid, homme, 47 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

La seconde carte représente la répartition des PADHUE exerçant sous des statuts d'associés ou de FFI. Comme pour les PH, presque tous les hôpitaux de la région emploient des praticiens qui ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Mis à part le CH Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), les effectifs d'associés sont faibles dans tous les établissements. Cette répartition apporte des informations sur les actuels problèmes de recrutement que rencontrent les hôpitaux. Lorsque les structures emploient entre 1 et 8 PADHUE sans la plénitude d'exercice, cela indique souvent que les difficultés de recrutement ne concernent qu'un ou deux services. Concernant le CHNDS, la présence importante de praticiens associés ne fait que confirmer que son implantation en zone rurale et ses particularités de fonctionnement créent un véritable frein au recrutement de PH.

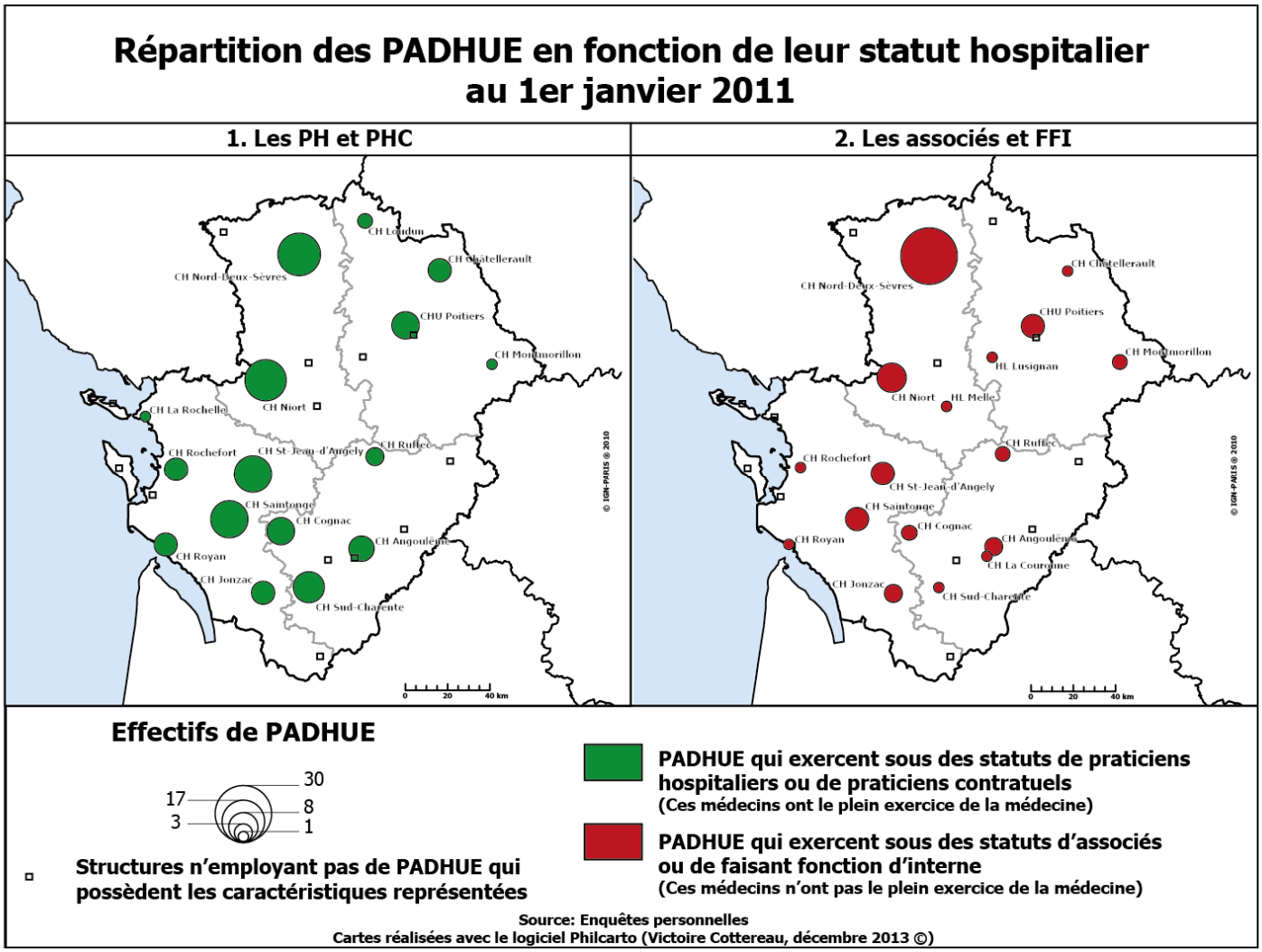
Toutefois, si la présence de médecins associés dans des hôpitaux souligne des difficultés de recrutement dans certaines spécialités, il ne faut en aucun cas penser que ces praticiens symbolisent un baromètre d'attractivité des structures. Il existe d'autres moyens pour les hôpitaux de faire fonctionner leurs services en mal de candidats sans avoir recours aux PADHUE qui n'ont pas la plénitude d'exercice.

Le recrutement de praticiens venant de pays ayant récemment adhéré à l'Union européenne par le biais d'agences de recrutement et le recours à des intérimaires sont des pratiques en pleine expansion afin de faire fonctionner correctement les services en manque de personnel (cf. chapitre 9, p. 267). Des politiques de recrutement très différentes sont affichées d'un établissement à l'autre, celles-ci étant souvent influencées par les expériences rencontrées au sein même des structures. Tandis que certains responsables disent préférer employer des PADHUE ayant des statuts d'associés à des médecins diplômés dans des pays d'Europe de l'Est, d'autres prétendent l'inverse.

« Non au niveau des PADHUE on n'a pas eu de difficultés. On a eu plus de difficultés avec des médecins polonais ou bulgares. Là vraiment du fait de la langue qu'ils ne maîtrisaient pas, on n'a pas pu les garder. Avec les PADHUE non on n'a pas eu de problèmes. » (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

« On a des difficultés en gynécologie où le chef de pôle refuse d'avoir des médecins diplômés à l'étranger. […] Il préfère travailler avec des petits bouts de PH statutaires. » (Responsable administratif d'un CH situé en Vienne)

Carte 4



Un hôpital peut n'avoir aucun PADHUE associé dans son effectif de praticiens alors qu'il rencontre d'importants problèmes de recrutement. Au-delà des politiques d'établissements, il existe également des enjeux financiers qui ne sont pas négligeables. À titre d'exemple, un hôpital peut faire le choix beaucoup moins coûteux de recruter un PADHUE juste le temps d'un remplacement, plutôt que d'avoir recours à des intérimaires. Cette politique, souvent appelée « *Kleenex* », est régulièrement dénoncée par des responsables administratifs.

> *« On a toujours dit qu'on ne voulait pas avoir une politique « Kleenex », c'est-à-dire les gens ils viennent, ils rendent service et après on les éjecte. Ça nous est arrivé par contre d'arrêter. On a eu des praticiens attachés associés en chirurgie, mais qui étaient des petites mains, c'étaient des « internes plus », même moins et là on a dit stop. On a arrêté un jour, on a dit non, on n'est pas d'accord sur cette politique-là. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Deux-Sèvres)

En fin de compte, si cette cartographie ne permet pas de dévoiler l'ensemble des problèmes de recrutement, elle présente l'intérêt d'en exposer l'évolution générale. En basculant le regard de la carte des PH à celle des associés, nous pouvons finalement voir les hôpitaux où les problèmes de recrutement se sont amplifiés et ceux où ils se sont atténués des années 1990 à aujourd'hui.

3.2.4. Pays obtention doctorat et spécialité

L'analyse des pays d'obtention du doctorat de médecine des PADHUE fait ressortir que la majorité des praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes sont francophones. En effet, ils sont majoritairement issus d'anciennes colonies françaises et de protectorats français[79]. Sur la carte 5 (p. 126), nous pouvons voir que ces médecins ont principalement obtenu leur doctorat dans deux pays du Maghreb : 56 praticiens sont diplômés en Algérie (29,9 % des PADHUE recensés) et 43 sont diplômés au Maroc (23 %). Avec un effectif total de 107 individus (57,2 %), nous constatons que la majorité des médecins sont originaires d'Afrique du Nord (Maghreb et Égypte inclus). Ensuite, les régions du monde les plus représentées sont l'Afrique noire, notamment en raison de la présence de nombreux PADHUE originaires de l'île de Madagascar, et le Moyen-Orient, dont l'effectif est en grande partie composé par des Syriens.[80] Tous les autres pays dans lesquels les PADHUE ont validé leur doctorat ont des effectifs relativement faibles. Toutefois, il ressort sur la carte 5, que quelques PADHUE ont obtenu leur doctorat de médecine en Russie.

Il est important de préciser que tous les praticiens qui ont suivi leur cursus universitaire dans ce pays sont des étudiants venus de République centrafricaine, du Cameroun et du Liban, ayant obtenu des bourses pour faire leur formation en ex-URSS[81]. Les médecins qui ont effectué leur cursus de médecine en Russie sont donc également francophones.

> *« J'ai eu une bourse de l'Union soviétique à l'époque, pour aller faire médecine en URSS. […] C'étaient des accords culturels entre le Centrafrique et la Russie, comme on en avait avec la France. […] Pourquoi l'URSS ? Parce qu'au début j'ai demandé la France comme tout le monde de Centrafrique. Le Centrafrique étant une colonie française, tout le monde veut venir en France. Mais on m'a dit non il n'y a pas assez de place, c'est fini, c'est complet pour la France. Cette année, la France n'avait accordé que 4 ou 5 places, les États-Unis 2 ou 3, le Canada 2 ou 3 aussi et il restait… on m'a proposé soit l'URSS soit la Roumanie, qu'est-ce que tu choisis ? Je choisis le plus gros. »* (Jules, homme, 60 ans, né en République Centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983)

L'analyse des pays d'obtention du doctorat révèle une multitude de pays, dont la majorité a des liens historiques forts avec la France. À l'inverse, l'étude des pays d'obtention de la spécialité dessine un tableau bien différent.

[79] Il est nécessaire de préciser que dans la grande majorité des cas, les praticiens ont fait leurs études de médecine dans leur pays d'origine

[80] Les tableaux détaillés des effectifs et pourcentages des pays d'obtention du doctorat des PADHUE sont reproduits en annexes11 et 12.

[81] Union des républiques socialistes soviétiques.

Carte 5

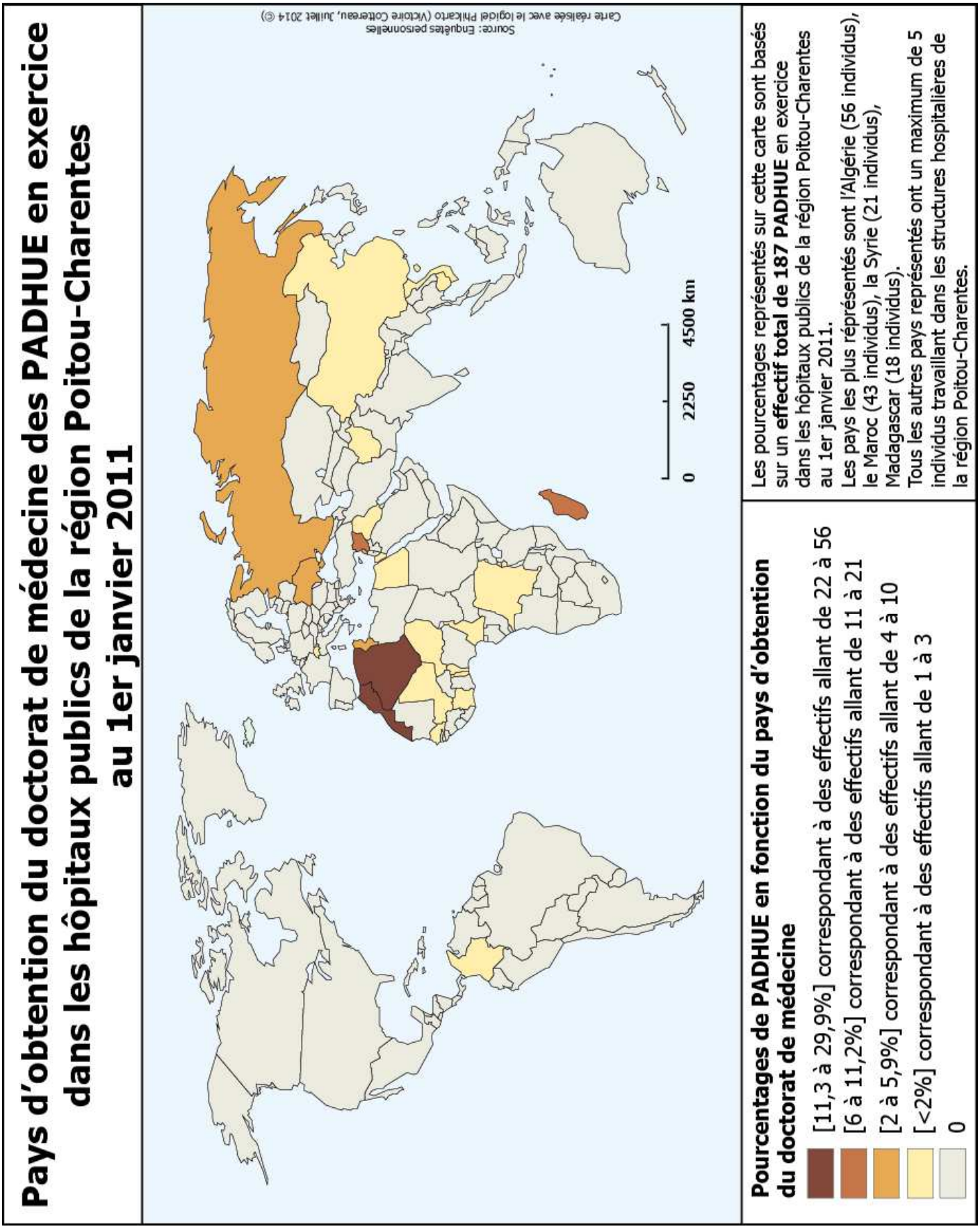

Pays d'obtention du doctorat de médecine des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011
Source : Enquêtes personnelles
Carte réalisée avec le logiciel Philcarto (Victoire Cottereau, Juillet 2014 ©)
0
2250
4500 km
Pourcentages de PADHUE en fonction du pays d'obtention du doctorat de médecine
[11,3 à 29,9%] correspondant à des effectifs allant de 22 à 56
[6 à 11,2%] correspondant à des effectifs allant de 11 à 21
[2 à 5,9%] correspondant à des effectifs allant de 4 à 10
[<2%] correspondant à des effectifs allant de 1 à 3
0
Les pourcentages représentés sur cette carte sont basés sur un effectif total de 187 PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011.
Les pays les plus réprésentés sont l'Algérie (56 individus), le Maroc (43 individus), la Syrie (21 individus), Madagascar (18 individus).
Tous les autres pays représentés ont un maximum de 5 individus travaillant dans les structures hospitalières de la région Poitou-Charentes.

Tableau 14: Effectifs et pourcentages par lieux d'obtention de la spécialité des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011

Lieux d'obtention de la spécialité	Effectifs	Pourcentages
France	93	79,5 %
Algérie	6	5,1 %
Liban	4	3,4 %
Syrie	4	3,4 %
Sénégal	2	1,7 %
Ukraine	2	1,7 %
Madagascar	1	0,9 %
Maroc	1	0,9 %
Russie	1	0,9 %
Cambodge	1	0,9 %
Suisse	1	0,9 %
Tunisie	1	0,9 %
TOTAL	117	100,0 %

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (janvier 2013©)

Le tableau 14 (p. 127) indique que 79,5 % des PADHUE spécialistes ont obtenu leur diplôme de spécialité en France. Ce constat indique que les anciens diplômes de spécialisation mis en place par la France à destination des médecins diplômés à l'étranger, notamment le DIS ont attiré énormément de PADHUE dès le début des années 1980. Ils ont trouvé une opportunité de faire leur spécialité en France[82] jusque dans les années 1990.

Initialement, ces diplômes avaient pour objectif d'améliorer la qualité de formation de PADHUE avant qu'ils ne retournent dans leur pays. Lors de l'inscription en DIS ou aux autres diplômes de spécialité à destination des PADHUE, il était clairement annoncé aux médecins que ces diplômes ne sont pas reconnus en France et qu'ils devaient retourner travailler dans leur pays à l'issue du diplôme. Dans les faits, la situation a été bien différente puisque 93 médecins ayant obtenu ce type de diplôme exercent aujourd'hui légalement leur spécialité dans les hôpitaux de la région Poitou-Charentes et la plupart d'entre eux sont inscrits au CNOM.

3.2.5. Services d'affectation et recrutements

Les responsables administratifs soulignent que l'hôpital public n'attire plus les jeunes médecins. Ceux-ci se tournent de plus en plus vers le secteur privé et les agences d'intérim, qui leur apportent des rémunérations nettement supérieures à celles promises par le secteur public (Malye, Houdart et Vincent, 2009).

[82] La carte des pays d'obtention du diplôme de spécialité des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 est reproduite en annexe 25.

« Moi je discute beaucoup avec les internes, parce qu'on a une vingtaine d'internes ici. Eux ils se mettent dans l'intérim. J'en ai plein qui sont dans l'intérim. Ils gagnent 600, 700 euros par jour. » (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

Selon plusieurs responsables administratifs, les jeunes docteurs n'ont aujourd'hui plus la motivation à embrasser une carrière hospitalière. La conséquence est une vacance de poste relativement importante dans les structures hospitalières françaises. Au 1er janvier 2010, le taux de vacance de postes est de 20,7 % pour les PH temps plein et de 37,2 % pour les PH temps partiel au niveau national (CNG, 2010). Ainsi, comme nous pouvons le voir sur la capture d'écran 4 (p 128), le recours à des publications d'annonces dans des revues médicales directement par les hôpitaux ou par le biais d'agences est désormais devenu presque systématique, bien que souvent inefficace.

À ce titre, le CHU est le seul établissement à être totalement éloigné de ce genre de problème. Son attractivité et son rayonnement lui permettent d'appliquer d'anciennes méthodes de recrutement basées sur les réseaux de connaissances.

« On ne recrute pas au nombre de candidatures si vous voulez. Pour un poste vacant, je ne reçois qu'une seule candidature en général parce qu'en fait c'est fait en sorte que nos médecins, le chef de service connaisse quelqu'un. Alors, soit c'est un interne qui est entre guillemets programmé soit c'est un interne qui est parti faire un clinicat ailleurs qui va revenir. […] Un chirurgien ne vient jamais s'il n'est pas coopté, c'est impossible ça, vraiment. » (Responsable administratif du CHU)

Capture d'écran 4 : Exemples d'annonces médicales

Sources : Annonces médicales extraites du site internet « annonces-medicales.com » les 01 et 09 décembre 2013

Le responsable du CHU indique pourtant que pour la première fois dans l'histoire de l'établissement, l'hôpital est obligé de recourir à l'intérim dans une spécialité depuis l'année 2012. Or, selon lui, si le CHU rencontre des difficultés de recrutement cela signifie que toutes les autres structures de la région doivent être dans des positions très inconfortables.

> *« Là on entre dans une phase où on commence à avoir de grosses difficultés de recrutement sur des postes de radiologie, d'anesthésie et d'oncologie. C'est vraiment les 3 secteurs où avant on arrivait à recruter facilement, mais là ces 3 secteurs c'est très délicat […] On voit bien une tendance que l'on va connaître que les établissements de la région connaissent déjà dans ces spécialités-là. »* (Responsable administratif du CHU)

Face à des difficultés grandissantes de recrutement de médecins spécialistes au niveau de l'ensemble de la région, l'analyse des services d'affectation des PADHUE apporte un regard plus fin sur les problématiques de recrutement anciennes, actuelles et futures. Comme nous pouvons le voir sur le tableau 15, les PADHUE sont nombreux dans les services de spécialités évoqués par les responsables d'établissements comme étant les services qui posent le plus de problèmes de recrutement tels que la radiologie, la gynécologie-obstétrique, la cardiologie, la psychiatrie et l'anesthésie-réanimation.

Tableau 15 : Effectifs et pourcentages des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 par service d'affectation

Services d'affectation	Effectifs	Pourcentages
Urgences	50	26,7 %
Cardiologie	24	12,8 %
Chirurgie	13	7,0 %
Médecine générale ou polyvalente	13	7,0 %
Radiologie-Imagerie médicale	10	5,3 %
Gynécologie obstétrique	9	4,8 %
Psychiatrie	9	4,8 %
Anesthésie-réanimation	8	4,3 %
Autres services (23)	51	27,3 %
TOTAL	187	100,0 %

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (octobre 2012©)

En dehors des services de spécialité, les PADHUE sont nombreux dans les services de médecine polyvalente (7 %) ainsi que dans les services d'urgence (26,7 % des PADHUE). Bien qu'ils soient la vitrine de l'hôpital, les services d'urgence n'attirent pas les praticiens ou justes ponctuellement en début de carrière afin d'acquérir une expérience dans un service réputé comme très formateur.

> « *Le turnover* (aux urgences) *est important. On n'a pas d'urgentistes pendant 20 ans sauf vraiment les purs et durs et il n'y en a plus beaucoup.* » (Responsable administratif d'un CH situé en Vienne)

Les arguments évoqués par les praticiens expliquant le manque d'attrait pour ce service sont nombreux : la pénibilité du travail, les nombreuses gardes, les patients difficiles ou exigeants, la non-reconnaissance de la médecine d'urgence comme étant une spécialité à part entière ou encore le manque de considération des autres médecins qui les voient comme les praticiens situés au plus bas de l'échelle hiérarchique des médecins hospitaliers.

> « *Je dis, vous prenez un entonnoir et vous mettez dedans tout ce que les gens ne veulent pas faire, vous mettez les urgences au-dessous. On ramasse tout ce que les gens ne veulent pas faire ou quand les médecins ne savent pas. Il faut prendre rendez-vous avec un chirurgien et ils ne veulent pas s'embêter, il dit au patient de passer par les urgences. Le patient veut un scanner, il lui dit de passer par les urgences…* » (Gabriel, homme, 52 ans, né et diplômé en Égypte, arrivé en France en 1988)

> « *À partir de minuit […] ça gueule partout entre les alcoolisés et les psys, il n'y a personne qui veut rester plus de 5 ans* (aux urgences) » (Olivier, homme, 45 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

L'analyse des services d'affectation des PADHUE montre à quel point ces médecins sont devenus une pièce maîtresse du système hospitalier français. Or, face à une législation

spécifique aux PADHUE qui se durcit depuis quelques années, nous verrons que les hôpitaux doivent s'adapter et trouver de nouvelles voies de fonctionnement (cf. chapitre 9, p. 267).

Conclusion du chapitre 3

Les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes ont offert un cadre privilégié pour l'étude de la situation des praticiens à diplôme hors Union européenne en France. La réalisation d'un recensement des praticiens en exercice dans les structures hospitalières publiques au 1er janvier 2011 a permis d'apporter des données inédites sur l'ensemble des praticiens (nombre, répartition, etc.) À travers ce troisième chapitre, il a été question de présenter les résultats statistiques, les cartes et tableaux réalisés à partir des informations qui ont été collectées sur les praticiens. Ces résultats permettent de présenter un état de lieux des médecins en exercice dans les établissements hospitaliers de la région étudiée au 1er janvier 2011, mais surtout de dresser un portrait relativement précis des PADHUE, de leur moyenne d'âge à leurs services d'affectation, en passant par leurs situations statutaires.

Avec un taux de réponse des hôpitaux atteignant 100 %, le recensement a non seulement permis de construire une base de données inédite sur les PADHUE, mais il a également dévoilé la répartition régionale et infra-départementale de ces médecins. Avec une part de près de 10 % de l'ensemble des praticiens de la région travaillant en secteur hospitalier, le recensement met en avant le rôle d'ajustement et la place indispensable des PADHUE au sein des structures hospitalières de la région Poitou-Charentes depuis une quarantaine d'années.

Les résultats issus de ce travail servent à souligner les aspects spatiaux (localisation géographique, proximité avec d'autres structures, etc.) et les aspects administratifs (politiques de recrutement) et structurels (taille, matériel et fonctionnement) expliquant la présence ou l'absence de PADHUE au sein des hôpitaux publics de la région.

Finalement, nous avons vu à travers ce chapitre que la réalisation d'un recensement apporte de nombreuses informations sur les structures hospitalières de la région Poitou-Charentes et offre une base de données unique sur l'ensemble des médecins diplômés hors UE exerçant dans ces établissements.

Conclusion de la partie I

L'objectif de cette première partie était d'exposer le cadre général de cette migration de professionnels de santé hautement qualifiés. Pour ce faire, nous nous sommes attardés dans un premier temps sur le contexte historique dans lequel les migrations de PADHUE vers la France se sont mises en place. Le chapitre 1 a mis en avant le fait que le corps de métier et le système hospitalier ont des objectifs et des intérêts parfois contradictoires : le premier cherchant à se protéger en limitant l'accès à la profession et le second souhaitant pouvoir recruter des médecins n'ayant pas obtenu leur doctorat de médecine en France en raison d'un important manque de personnels dans certains services. Face à ce constat, les pouvoirs publics ont conçu une législation et des statuts autorisant les praticiens diplômés hors UE à être recrutés comme contractuel dans les établissements publics hospitaliers. Cette législation ne devait alors être que de courte durée. Toutefois, dans la réalité, les faits ont été bien différents et la place de ces médecins s'est pérennisée et s'est consolidée au fil des années. Cette situation s'est finalement inscrite dans un temps long et a nécessité de nombreuses adaptations et changements législatifs et statutaires (Chapitre 2). Ces évolutions ont alors eu pour conséquence de rendre le cadre juridique et la situation des PADHUE de plus en plus complexe au fil du XXe siècle. Contraints d'exercer sous des statuts peu rémunérateurs et de courtes durées tant qu'ils ne possèdent pas la plénitude d'exercice, ces médecins disent avoir l'impression d'avoir été constamment sur « *un siège éjectable* »[83]. Malgré la mise en place par les pouvoirs publics de concours et diplômes leur permettant d'obtenir le plein exercice de la médecine, ces médecins restent « enfermés » sous ces statuts durant plusieurs années. Or, nous avons vu que la dernière législation en date devrait progressivement faire disparaître cette catégorie de médecins du système de santé français. Enfin, les résultats issus du recensement effectués auprès des établissements hospitaliers de la région Poitou-Charentes ont été présentés au sein du chapitre 3. Le but de ce chapitre était de renseigner le lecteur sur les profils des PADHUE, leur nombre et leur localisation géographique. Nous avons pu constater à quel point ils sont encore nombreux à exercer dans des secteurs clés des hôpitaux de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011. Finalement, cette première partie montre parfaitement comment un entremêlement de multiples facteurs a progressivement fait de la situation des PADHUE, une situation unique en son genre.

Cloisonnés pendant de nombreuses années dans des statuts précaires mêlant bas salaires et conditions de travail difficiles, nous allons maintenant voir pourquoi ces médecins sont venus, puis sont restés en France, mais surtout nous allons analyser le regard qu'ils portent sur leur situation.

[83] Mohammed, homme, 52 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1989.

Partie II
Les projets migratoires à l'épreuve du système de santé français

« La nécessité de rapporter l'un à l'autre, le passé et le futur, afin tout simplement de pouvoir exister, est inhérente à tout être humain. De manière plus concrète, tout homme, toute communauté humaine dispose d'un espace d'expérience vécue, à partir duquel on agit, dans lequel ce qui s'est passé est présent ou remémoré, et des horizons d'attente, en fonction desquels on agit »

(Koselleck, 1987, p. 9)

Introduction de la partie II

Cette seconde partie s'applique à présenter les résultats émanant de l'analyse des projets migratoires des PADHUE. Cette analyse repose principalement sur les entretiens réalisés auprès des médecins diplômés hors UE. Rappelons que ces entretiens biographiques retracent les parcours migratoires, professionnels et familiaux des praticiens de leur naissance jusqu'au moment de l'entretien. Ils portent également sur les facteurs, les causes et éléments qui se sont déroulés tout au long de la vie des individus rencontrés. Ayant une portée de projection, ces entretiens ont permis d'analyser les projets migratoires, de leur version initiale à leur forme redéfinie au moment de l'enquête.

Dans le domaine des migrations internationales, de nombreux chercheurs, tels que Geneviève Cortes et Laurent Faret (2009), s'accordent à dire que les migrations prennent actuellement place dans une grande complexité, de par la multitude de facteurs intervenant dans l'élaboration d'un projet. *« Dans le domaine des conditions de mise en œuvre du mouvement, les choix opérés par les individus, les modes de mobilité mis en œuvre et les attentes qui les sous-entendent apparaissent comme les résultantes d'une large gamme d'éléments, où l'on retrouve à la fois le jeu des opportunités et des contraintes qui caractérisent les environnements économiques et sociaux de la migration, mais aussi la transformation des univers législatifs et politiques des pays dans lesquels ces mouvements prennent place »* (Cortes et Faret, 2009, p. 7). De surcroît, de nouvelles formes migratoires seraient de plus en plus composites et variées dans un monde globalisé (Herzlich, Caillat et Lansade, 2004). Face à ce constat, j'ai donc cherché à étudier minutieusement les projets migratoires des médecins à diplôme extra-européen ainsi que l'évolution de ces mêmes projets. Les résultats issus de cette analyse m'ont servi à présenter les raisons et motivations de leur venue en France (chapitre 4). Durant les entretiens biographiques, les médecins ont évoqué leur ressenti et l'évolution de leur regard tout au long de leur expérience en France. L'ensemble de ces informations et données m'a permis d'analyser les satisfactions et/ou les désillusions de ces praticiens vis-à-vis du système de santé français (chapitre 5). Enfin, je me suis penchée sur les motifs de leur installation en France ou de leur futur départ dans leur pays d'origine ou dans un autre pays (chapitre 6).

Cette seconde partie a un triple objectif : montrer la diversité des profils de ces médecins, s'opposer à la théorie migratoire néoclassique qui se focalise sur les différences salariales et dénigre les dimensions professionnelles, familiales ou politiques, et exposer l'individualisation des projets migratoires des PADHUE.

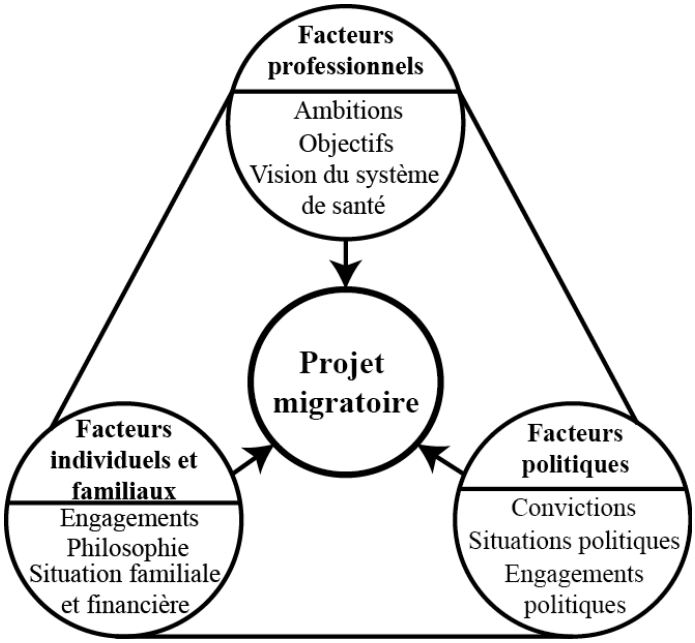
Chapitre 4
Les projets initiaux : entre autonomie et contraintes

« Le gros problème, c'est justement d'avoir des projets parce que c'est ne pas vivre dans la réalité concrète. C'est un peu schizophrène d'avoir des projets, c'est avoir la tête là où il ne faut pas, on doit avoir la tête aujourd'hui. »
(Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

Introduction du chapitre 4

Durant les entretiens avec les médecins, j'ai systématiquement cherché à savoir pour quelles raisons ils ont choisi de venir en France et dans quels objectifs. La majeure partie des médecins expliquent avoir eu comme projet initial de venir en France de façon temporaire, le plus souvent pour faire une spécialité, puis de retourner dans leur pays d'origine au bout de quelques années. Ces praticiens sont majoritairement des migrants « volontaires » dans le sens où ils n'ont pas été contraints de quitter leur pays d'origine. En migrant, ils réalisent donc un *« acte autonome »* (Ma Mung, 1999, p. 47). Pourtant, *« partir volontairement ne va, en effet, pas de soi et il s'agit d'examiner les modalités de cet engagement ainsi que les difficultés qui en résultent »* (De Gourcy, 2005b, p. 3). Nous allons voir que l'étude des projets initiaux des PADHUE permet de comprendre pourquoi ces médecins ont élaboré un projet migratoire et pour quelles raisons ils l'ont mis en application.

Schéma 5: L'élaboration du projet migratoire



Réalisation : Victoire Cottereau (octobre 2014©)

Le caractère autonome de la plupart de ces médecins associé au large capital social de ces migrants hautement qualifiés ouvre un large spectre de facteurs ayant pu influencer le projet. Il me semble important d'insister sur le fait que le projet de départ n'est pas uniquement un projet professionnel, mais aussi un projet personnel et familial qui peut se modifier en cours de route (Krasteva, 2014). Plus concrètement, je vois le projet migratoire comme la conjugaison de trois grands types de facteurs : les facteurs professionnels, les facteurs individuels et familiaux ainsi que les facteurs politiques (cf. schéma 5, p. 139). Derrière chacun d'entre eux se niche une multitude d'autres facteurs, pouvant aussi bien avoir un caractère inexistant comme central lors de la création du projet. Non seulement chaque type de facteurs réunit un nombre considérable d'éléments à prendre en compte, mais il peut également influencer les autres et avoir un caractère transversal. Je conçois ces différents types non pas comme des cases hermétiques, mais plutôt comme un tout dans lequel s'actionnent des mécanismes menant à un cheminement intellectuel qui permet l'élaboration puis la réalisation d'un projet migratoire.

Afin d'analyser les projets dans leur complétude, nous allons étudier l'ensemble des facteurs en prenant la précaution de ne pas évincer ceux qui sont les plus difficiles à saisir tels que les facteurs psychologiques. Comme le mentionnent Anna Krasteva et Despina Vasilcu : *« les facteurs psychologiques qui renvoient à la personnalité de chaque individu et aux conditions générales de vie dans le pays d'origine et qui assurent le sentiment de satisfaction remplissent aussi un rôle important dans les décisions d'émigrer* » (2014, p. 16). Bien qu'il soit difficile de saisir l'ensemble des facteurs qui constituent un projet migratoire initial, je m'attache durant cette partie de décrire le plus justement possible les motivations et les contraintes qui font naître la décision de partir. Ce chapitre a pour objectif d'analyser le plus finement possible les projets des médecins afin de rendre compte de leur complexité et de l'impressionnant panel de facteurs mobilisé par chaque individu lors de la conception de son projet.

4.1. Élaboration des projets migratoires du point de vue des mobilités estudiantines et/ou professionnelles

Sur les 52 PADHUE rencontrés, 17 sont arrivés en France avant 1990, 13 sont venus entre 1991 et 1999 et 22 sont arrivés entre 2000 et 2010. J'ai effectué un découpage en tranches de dizaines d'années pour deux raisons. Premièrement, afin de savoir quelles sont les périodes où les praticiens sont arrivés les plus nombreux. Deuxièmement, pour voir s'il existe une relation entre les périodes d'arrivées en France et les pays d'origine des médecins. Dans le tableau 16, nous observons une prédominance des médecins nés et diplômés au Maroc avant les années 1990, une majorité de praticiens nés et diplômés en Algérie dans les années 1990 puis une sur-représentation des médecins nés et diplômés à Madagascar dans les années 2000. Ces praticiens sont donc majoritairement issus de pays francophones.

Tableau 16 : Périodes d'arrivée en France des PADHUE rencontrés en fonction de leur pays de naissance

Médecins arrivés avant et en 1990		Médecins arrivés de 1991 à 1999		Médecins arrivés de 2000 à 2010	
Maroc	**9**	**Maroc**	**2**	**Maroc**	**2**
Algérie	**2**	**Algérie**	**6**	**Algérie**	**2**
Liban	**1**	**Liban**	**1**	**Liban**	**2**
Roumanie	**1**	**Roumanie**	**1**	**Roumanie**	**2**
Madagascar	**0**	**Madagascar**	**1**	**Madagascar**	**6**
République centrafricaine	**1**	**République centrafricaine**	**0**	**République centrafricaine**	**1**
Togo	**1**	**Togo**	**0**	**Togo**	**0**
Chine	**1**	**Chine**	**0**	**Chine**	**0**
Égypte	**1**	**Égypte**	**0**	**Égypte**	**0**
Colombie	**0**	**Colombie**	**2**	**Colombie**	**0**
Bénin	**0**	**Bénin**	**0**	**Bénin**	**2**
Irak	**0**	**Irak**	**0**	**Irak**	**1**
Niger	**0**	**Niger**	**0**	**Niger**	**1**
Tunisie	**0**	**Tunisie**	**0**	**Tunisie**	**1**
Syrie	**0**	**Syrie**	**0**	**Syrie**	**1**
France	**0**	**France**	**0**	**France**	**1**
TOTAL	**17**	**TOTAL**	**13**	**TOTAL**	**22**

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (mai 2014©)

La majorité des médecins déclarent avoir choisi la France comme destination à cause de la langue, des liens historiques forts entre leurs pays d'origine et la France ainsi qu'en raison de la renommée du système de santé français. Sur les 52 PADHUE rencontrés, 43 parlent couramment français au moment de leur arrivée en France, cinq parlent relativement bien et quatre pas du tout.

> *« Pourquoi la France ? Parce que déjà il y a beaucoup de liens qui nous lient à la France. Déjà du fait d'un passé commun, du fait de parler la même langue. »* (Sofiane, homme, 32 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 2004)

> *« Je pense à cause de la langue, je ne parle pas russe ! »* (Khalid, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1990)

La prédominance des PADHUE parlant français s'explique par leurs lieux de naissance, qui sont principalement des pays faisant partie de l'ex-empire colonial français. Sur les 187 PADHUE recensés au 1er janvier 2011 en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes, 169 sont nés en France (90,4 %), dans une ancienne colonie ou dans un ancien protectorat français[84]. Il est important de préciser que la plupart des pays d'où sont originaires les PADHUE possédaient déjà des Facultés de médecine avant la colonisation

[84] Le tableau détaillé des effectifs et pourcentages des pays de naissance des PADHUE est reproduit en annexe 13.

française. Toutefois, durant la colonisation, la France a rapidement remanié l'enseignement dans les pays sous son joug pour y instaurer un enseignement similaire à celui de la métropole. Ces praticiens expliquent qu'ils ont reçu tous leurs cours de médecine en français et que ceux-ci étaient majoritairement effectués par des professeurs venant de France.

> *« Culturellement, on est déjà plus près de la France que d'ailleurs. […] Nos profs là-bas c'étaient presque tous des Français à la fac, 80 % ils arrivent de Nancy, de Strasbourg ou de Paris. »* (Maamar, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1988)

Les liens historiques étroits et un enseignement calqué sur celui dispensé en métropole font de la France une destination privilégiée pour ces médecins. Au même titre, la Grande-Bretagne est actuellement la destination favorite des migrants issus de pays faisant partie de l'ancien Empire colonial britannique. En plus de cette proximité de la théorie et de la pratique médicale, de nombreux médecins déclarent avoir eu la volonté d'acquérir une expérience dans un des meilleurs systèmes de santé au monde. Ils évoquent notamment la qualité du matériel ou encore l'absence de pannes et de grèves à répétition dans les hôpitaux. Plusieurs médecins expliquent également qu'un diplôme et une expérience en France valorisent leur carrière dans leur pays d'origine.

> *« Quand je suis venu, je n'avais pas l'idée de rester, je voulais profiter du savoir-faire français, de la renommée de certains professeurs français. »* (Youssef, homme, 53 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1987)

> *« En Afrique, et plus particulièrement au Bénin, on est friand des diplômes étrangers, notamment français, et si tu veux être comme nos grands patrons, nos grands professeurs […] il faut avoir été professeur à la fac de Dakar puis après de Tours, etc. »* (Amadou, homme, 45 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

La possibilité d'effectuer une spécialité en France à partir de 1985 s'est ajoutée à tous ces facteurs. Cette opportunité a souvent été le point de départ de l'élaboration du projet initial. La volonté de se spécialiser en France est d'ailleurs la principale raison évoquée par les médecins.

> *« Moi l'objectif en arrivant ici c'était d'avoir ma spécialité en France, changer un peu d'air […] basta et je repars. Ça, c'était mon objectif. »* (Medhi, homme, 35 ans, né et diplômé en Tunisie, arrivé en France en 2001)

> *« Faire ma spécialité et rentrer. »* (Charif, homme, 54 ans, né et diplômé eu Maroc, arrivé en France en 1984)

Ce désir de se spécialiser en France était souvent lié à d'autres raisons, de la simple envie d'aller finir ses études dans un pays étranger, à l'absence de moyens financiers ou d'écoles de spécialisation dans leur pays d'origine. Parfois, cette volonté s'associait même à des raisons politiques ou à des conflits au sein du pays de départ. Une partie de ces praticiens a également

décidé de quitter leur pays uniquement pour fuir la guerre ou des situations inacceptables ou intenables à leurs yeux. Bien que ces migrations s'inscrivent majoritairement dans un cadre général mêlant, liens historiques forts, médecine, mobilité et francophonie, il est essentiel d'analyser les principales raisons évoquées par les médecins afin d'appréhender le projet migratoire dans son ensemble. Trois principaux facteurs sont apparus comme des éléments déclencheurs de la mise en application du projet migratoire. Ne pouvant pas faire du cas par cas, mais souhaitant apporter plus de clarté et de précision sur chacun d'entre eux, ils sont mis en lien avec des extraits de parcours de PADHUE.

4.2. Migrer pour des raisons professionnelles

Les facteurs d'ordre professionnel sont les plus fréquemment évoqués lors des entretiens avec les médecins. Toutefois, contrairement à la théorie *Push-Pull* qui se cantonne à des facteurs que l'on pourrait qualifier d'attirants ou de repoussants, nous constatons que ces facteurs s'établissent dans un cadre beaucoup plus complexe. Sans chercher à minimiser les propos élogieux des médecins à propos du système de santé français, les entretiens font ressortir que la migration pour des raisons professionnelles est souvent influencée par plusieurs effets de contexte qui tiennent aux conditions d'entrée dans le pays, aux profils sociologiques des individus dans leur pays d'origine, aux accords de coopération entre des facultés de médecine ou encore aux dysfonctionnements du système de santé dans le pays d'origine.

4.2.1. Les effets d'entraînement permis par la souplesse des conditions d'entrée dans les années 1980

Les conditions d'entrée sur le territoire français et d'inscription dans les Facultés de médecine françaises étaient très favorables jusqu'au début des années 1990. Celles-ci semblent avoir été un élément déclencheur à la venue en France de PADHUE, majoritairement maghrébins. Avant 1986, la France n'imposait pas de visa pour rentrer en France. Durant les années qui suivent cette date, il restait facile d'obtenir un visa étudiant après une inscription dans une université française depuis le pays d'origine. Plusieurs Marocains indiquent que cette facilité d'entrée sur le territoire français a renforcé à l'époque leur envie de faire des diplômes complémentaires et d'avoir une expérience professionnelle en France avant de rentrer s'installer dans leur pays d'origine.

> *« À l'époque au Maroc, c'était simple, il n'y avait pas de visa. Les gens ils arrivaient puis ils allaient à la fac, ils demandaient aux profs et ils s'inscrivaient. Donc c'était très facile, c'était libre ! »* (Larbi, homme, 49 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1984)

En plus des conditions d'entrée en France relativement souples, il était simple pour les PADHUE de s'inscrire à des diplômes de spécialité ou de spécialisation. Pour certains diplômes, comme le DIS, il fallait juste valider un examen pour pouvoir intégrer la filière. En revanche pour d'autres diplômes, tels que les DU, il suffisait d'aller s'inscrire directement à la faculté pour suivre le cursus. Durant les années 1980, ces conditions administratives

favorables pour les PADHUE ne passèrent pas inaperçues aux yeux des Marocains qui furent nombreux à chercher à acquérir une expérience en France.

> ***Extrait du parcours de Saïd : un diplômé marocain***
>
> C'est avec un grand sourire que Saïd raconte comment il s'est retrouvé médecin en France « *par coïncidence* ». Tout a commencé en mai 1990 lorsque Saïd a achevé ses études de médecine au Maroc. Alors marié, le médecin a expliqué à sa femme qu'il souhaitait voyager en France, notamment pour voir se pratique la médecine dans ce pays.
> *« Curiosité, voir comment ça se passe ici, voir comment les gens vivent, dans ce sens-là. Ma femme m'avait dit « va les voir !». J'avais qu'un visa de 3 mois au début alors je me suis dit je vais aller voir comment ça se passe (…) C'était vraiment la curiosité pure et simple au début. »* (Saïd, homme, 49 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1990)
> Encouragé par son épouse, il est parti et a résidé chez son cousin et chez sa tante qui habitaient tous les deux l'Ouest de la France. Quelques jours plus tard, Saïd a rencontré une compatriote, alors que celui-ci déambulait dans de grands magasins. Il lui a alors dit qu'il cherchait du travail et elle lui a expliqué que son mari travaille dans un hôpital qui cherche à recruter des médecins. Deux jours après cette rencontre, il a été le premier médecin diplômé à l'étranger à être employé par ce centre hospitalier. Par la suite, il n'a pas rencontré de difficulté pour faire changer son visa et faire venir sa femme. C'est dans ce même hôpital que Saïd m'a reçu 20 ans plus tard.

Les années de souplesse n'ont pas duré. Au début des années 1990, les médecins diplômés en Algérie, alors soumis à une guerre civile et à des instabilités politiques, se sont également rendus en France pour poursuivre leurs études ou se spécialiser.

> *« Moi, mon projet c'était clair. Je suis parti dans des circonstances assez difficiles parce qu'il y avait la montée de l'intégrisme en Algérie, il y avait l'instabilité, entre guillemets la guerre civile, c'était 1991. […] Dans ma tête je partais pour 4 ou 5 ans et je revenais en Algérie. »* (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Cependant, les conditions d'inscription dans les universités françaises ont drastiquement changé en 1992 avec la mise en place d'une mesure défavorable aux médecins diplômés en Algérie. À compter de la rentrée universitaire de 1992, les Algériens ne pouvaient plus s'inscrire en DIS, car il fallait désormais fournir un document émanant du pays d'origine qui reconnaissait la validité du diplôme de spécialisation dans le pays d'origine, ce qui n'était pas le cas de l'Algérie. De surcroît, *« au cours des années 1990, le nombre de visas de tourisme délivrés aux Algériens chutera considérablement. Les visas de long séjour, obligatoires pour toute introduction au séjour en France d'une durée supérieure à trois mois seront très parcimonieusement délivrés »* (Robi, 2003, p. 29). Si ces différentes mesures ont légèrement limité la venue de médecins voulant faire leur spécialité en France, elle n'a, en aucun cas,

empêché les médecins souhaitant fuir *« les années de braise »* de venir en France (Bozarslan, 2005). L'étude des différents diplômes de spécialité à destination des PADHUE montre que les inscriptions n'ont pas cessé de se complexifier à compter de ce premier durcissement des conditions d'inscription à la rentrée universitaire de 1992 jusqu'à ce jour (cf. frise chronologique).

4.2.2. Le rôle de la classe sociale dans le pays d'origine

Les entretiens dévoilent parfois que la classe sociale du praticien dans son pays d'origine a fortement influencé la construction du projet migratoire vers la France. Si une partie des médecins originaires de pays du Maghreb ont juste cherché à avoir une expérience professionnelle, pour d'autres venir en France était le seul moyen de devenir spécialiste. La grande majorité des Marocains et Algériens rencontrés sont issus de familles modestes. Le fait de pouvoir faire une spécialité tout en ayant l'autorisation de travailler en parallèle, ce qui est impossible au Maroc et en Algérie, était une véritable opportunité pour devenir spécialiste pour des médecins qui n'avaient pas les moyens de financer leur cursus de spécialité dans leur pays d'origine.

Extrait du parcours de Chakib : un diplômé algérien

Durant l'entretien, Chakib explique que son souhait initial était de devenir spécialiste en Algérie, mais il n'en avait pas les moyens financiers. Après avoir soutenu sa thèse en 1990, il a eu l'idée de partir faire sa spécialité dans un pays où il pourrait parallèlement travailler.
«Moi je n'avais pas trop les moyens pour préparer le concours. Pour moi c'était une facilité de venir ici dans le sens où ici le concours il n'était pas très dur, vu que c'était une équivalence en fait, et parce que je savais qu'on pouvait faire des petits boulots, chose que je n'aurai pas pu faire en Algérie, par rapport à la société et tout ça…[…] *Moi je ne suis pas d'une famille aisée donc il fallait se débrouiller et il fallait s'accrocher* » (Chakib, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990)
Chakib est arrivé à Paris en 1990 accompagné d'un autre ami médecin. Malgré des conditions de vie très difficiles durant les premières semaines (ils vivaient à quatre dans une chambre de 12 m²), il a suivi un cursus de spécialité tout en effectuant différents emplois. Face à la difficulté d'effectuer de front les études et le travail, Chakib n'a finalement jamais terminé sa spécialité. Mais il explique que la rencontre de sa femme a été un tournant dans sa vie. Pour lui, il s'agit d'ailleurs de la seule et unique raison pour laquelle il n'est jamais retourné en Algérie et il s'est installé dans une petite ville de province française.

À l'inverse, les médecins originaires de Madagascar ont des profils assez différents des Marocains et des Algériens. Alors que les Malgaches *« ne représentent qu'un infime pourcentage de la population immigrée globale »* (Crenn, 2013, p. 16), nous constatons qu'ils sont très présents au sein de la population enquêtée. Aux antipodes de la plupart des médecins

venant des pays maghrébins, les médecins venant de Madagascar sont majoritairement issus de la bourgeoisie ou de la noblesse malgache. Non seulement ces praticiens entretenaient la tradition de l'époque coloniale en venant parfaire leurs études universitaires en France, mais ils souhaitaient également quitter leur société qui subit une dégradation économique, politique et scolaire depuis le régime autoritaire du président Didier Ratsiraka (Crenn, 2013). Les autres médecins africains rencontrés provenant de différents pays (Bénin, République centrafricaine, Togo et Niger) ont des profils assez proches des praticiens malgaches, car ils sont majoritairement issus des hautes classes sociales de leur pays d'origine.

4.2.3. L'importance des coopérations internationales dans les cursus de médecine

La création tardive d'écoles de spécialité à Madagascar a fortement influencé la construction des projets migratoires des médecins d'origine malgache. Les écoles de spécialités ne sont apparues qu'au fil des années 2000, obligeant les médecins qui souhaitaient être spécialistes à venir faire leur spécialité en France.

> *« Je voulais faire radiologue ou anesthésiste parce qu'à notre époque il n'y avait pas encore l'école de spécialité à Madagascar. »* (Olivier, homme, 45 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

Actuellement, les facultés malgaches conseillent toujours fortement aux étudiants qui suivent des enseignements de spécialité de venir faire une ou deux années d'études en France. Il s'agit par exemple de conventions entre l'Université d'Antananarivo et les Universités de Bordeaux et de Strasbourg.

> ***Extrait du parcours d'Ando : un diplômé malgache***
>
> Au premier abord, c'est sans grande conviction apparente que j'ai été reçue par Ando pour me parler de son parcours en France. Très vite, le médecin souhaite indiquer la raison qui l'a amené à venir une première fois en France en 2007. Il explique que pour valider sa spécialité à Madagascar, il était obligé d'aller effectuer une année d'étude en France dans la cadre d'une convention. C'est ainsi qu'il s'est retrouvé affecté dans une petite ville située à côté de la frontière allemande pendant une année.
> *« J'étais en cours de formation pour ma spécialisation et il était plus ou moins obligatoire que je vienne ici, car il y a une convention entre l'Université d'Antananarivo et des universités de métropoles. […] Il y a certaines spécialités qui sont sur Strasbourg et puis il y a d'autres qui sont sur Bordeaux. Ensuite, c'est la faculté qui dispatche les internes parmi les postes de FFI disponibles. […] C'était tout organisé, c'est la faculté qui organisait tout. »* (Ando, homme, 28 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2007).
> À l'issue de cette année, Ando est retourné à Madagascar. Déçu par le contexte politico-économique de son pays d'origine, il explique qu'il a sérieusement envisagé de partir travailler à l'étranger, raison pour laquelle il a effectué une

démarche personnelle pour revenir faire une année d'étude complémentaire en France. Lors de l'entretien, le médecin m'a fait comprendre qu'il est plutôt déçu par les difficultés de reconnaissance en France et qu'il va peut-être envisager de partir dans un autre pays. Aujourd'hui, Ando fait carrière au Québec.

Lors de ces années d'études, des médecins ont découvert qu'ils pouvaient exercer au sein du milieu hospitalier français. Suite à cette découverte, beaucoup d'entre eux ont décidé de retourner à Madagascar pour soutenir leur thèse de médecine et de revenir en France pour y avoir une expérience de quelques années, voire même de s'y installer définitivement.

> *«En septembre 1995, je suis venu en France pour faire mes deux dernières années d'études dans le cadre d'une coopération entre la Faculté de médecine de Mahajanga et Strasbourg. Pendant les 2 années où j'étais boursier, j'ai fait mes travaux de thèse en fait puis je suis retourné soutenir à Madagascar. »* (Mahandry, homme, 41 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 1997)

Par ailleurs, l'absence d'écoles de spécialité, la présence de coopérations entre des universités africaines et françaises ou des enseignements de spécialités de médiocre qualité dans leur pays de naissance ont également été des motifs de départ couramment exposés par les médecins originaires de pays d'Afrique de l'Ouest.

4.2.4. Le poids des dysfonctionnements dans les systèmes de santé des pays d'origine

Bien que plusieurs praticiens émettent quelques critiques vis-à-vis du système de santé de leur pays d'origine (pannes, manques de moyens, etc.), seuls trois d'entre eux expliquent que ce sont les fondements d'un système de santé « défaillant » qui les ont incités à migrer. Ces trois praticiens sont tous originaires du même pays : le Liban.

> ***Extrait du parcours de Rahim : un diplômé marocain né au Liban***
>
> Après avoir fait ses études de médecine au Maroc, Rahim déclare être venu en France en 1986 pour faire une spécialité et économiser de l'argent. Après avoir mis un pécule de côté pendant une dizaine d'années en France, il est retourné au Liban. Ce retour au pays a été une désillusion. Après avoir acheté des parts dans une clinique pour exercer dans le privé, il dit s'être rendu compte que le système n'avait pas du tout évolué depuis sa jeunesse.
>
> *« Je ne voulais pas continuer dans ce système, je ne voulais pas, c'est un système de marchandage. »* (Rahim, homme, 56 ans, né au Liban et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1987)
>
> Il révèle qu'il est très difficile de se faire payer les actes médicaux et, par conséquent, d'avoir un salaire décent. Au bout de 10 ans, ce praticien a décidé de

retourner exercer en France en laissant derrière lui les parts et l'argent qu'il avait investi dans son pays d'origine.

Face à un secteur public peu développé, les praticiens d'origine libanaise affirment que le secteur privé est dominant, fermé, voire même *« assez mafieux »*. (Linda, femme, 35 ans, née au Liban et diplômée en Tunisie, arrivée en France en 2007)

> *« C'est la médecine privée qui domine. Le public, il n'y en a presque pas. […] C'est dans le privé où il y a la meilleure médecine dans tous les domaines […] et ce sont des mafias plus ou moins donc il faut pouvoir rentrer dans le système pour démarrer […] Moi j'ai pris ma décision parce que je n'avais pas le choix. Il fallait partir. Je parle du système. »* (Jean, homme, 43 ans, né et diplômé au Liban, arrivé en France en 1999)

Même si peu de PADHUE d'origine libanaise ont été rencontrés durant cette recherche, il semble que leur projet migratoire initial a principalement été élaboré dans le but de quitter leur système de santé. Contrairement aux autres médecins qui ont accordé une place assez mineure dans leur projet migratoire aux défauts du système de santé de leur pays d'origine, il semble que la composition des projets des médecins diplômés au Liban se rapproche de ceux des médecins diplômés en Roumanie.

Les principaux facteurs d'ordre professionnel sont variés dans le sens où ils mêlent opportunités et contraintes. En effet, si Saïd est venu en France de façon complètement autonome et volontaire, les autres médecins présentent tous la particularité d'avoir dû concilier liberté et obligation.

4.3. Quand partir semble être la seule solution : les raisons politiques et gouvernementales

Parmi tous les médecins rencontrés, un seul d'entre eux possède le statut de réfugié. Cet homme a dû se rendre en France avec sa famille, car il était en danger de mort dans son pays d'origine. De nombreux autres praticiens expliquent qu'ils ont quitté leur pays d'origine pour fuir une guerre, des conflits, des instabilités politiques, parce qu'ils se sont retrouvés en désaccord avec un gouvernement ou parce que leur religion les empêchait de pouvoir pratiquer la spécialité qu'ils souhaitaient exercer. *« Il y a des déplacements lestés du poids de la fatalité, des forces impérieuses qui surgissent comme un courant dont la puissance emporte ailleurs, arrache des racines d'existence, pousse à fuir, conduit à lâcher un monde »* (Breviglieri, 2010, p. 57). Les facteurs politiques et gouvernementaux ont parfois une place centrale dans la prise de décision d'émigrer de certains PADHUE.

4.3.1. Fuir et devenir réfugié ?

Comme déjà mentionné dans le chapitre 2, le fait de posséder le statut de réfugié permet d'obtenir le concours PAE en ayant la moyenne aux examens, contrairement aux candidats de la liste A qui sont soumis à des quotas (cf. schéma 4, p. 105). Pourtant, les faibles nombres de

lauréats du concours PAE inscrits en liste B[85] révèlent que très peu de praticiens possédant un statut de réfugié exercent en France. Un seul médecin originaire d'Algérie explique qu'il a souhaité faire une demande d'asile, mais il savait qu'elle ne serait pas recevable, car il était menacé par les opposants au pouvoir durant la guerre civile. Afin de quitter l'Algérie au plus vite, ce médecin s'est inscrit par défaut dans une université française pour obtenir un visa étudiant.

> *« Moi si je suis venu en France ce n'est pas par amour de la France. Je suis venu parce que j'étais menacé en Algérie par les terroristes. »* (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990)

Concernant les autres praticiens qui déclarent avoir quitté leur pays d'origine en raison d'une guerre ou d'un problème politique, j'ai systématiquement cherché à savoir pourquoi ils n'ont pas déposé une demande d'asile.

> *«Je ne voulais pas m'enfermer dans ce statut de réfugié politique sachant que j'ai des amis qui l'ont fait. C'est très douloureux, c'est difficile, c'est vraiment couper les liens avec le pays d'origine sachant que moi je n'étais pas engagé politiquement donc il n'y avait pas de raisons de faire ce choix-là.»* (Mourad, homme, 39 ans, né et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2001)

Qu'ils soient libanais, algériens ou encore syriens, ces praticiens expliquent tous que c'est le fait de se sentir en danger qui les a poussés personnellement à partir. N'étant pas en danger de mort immédiat et ne souhaitant pas couper définitivement les liens avec leur pays de naissance, aucun d'entre eux n'a envisagé l'idée de faire une demande d'asile. L'extrait du parcours de Carlos souligne la différence nette qu'il existe entre le médecin qui migre en raison de craintes personnelles et le praticien qui n'a d'autre choix que de partir ou mourir.

> ***Extrait du parcours de Carlos : un diplômé colombien***
>
> En 1982, Carlos est parti deux années au Mexique pour faire un Master en santé publique alors qu'il venait de finir sa spécialité en chirurgie. Ce jeune médecin, très utopiste à cette époque selon ces dires, souhaitait s'engager davantage politiquement dans l'objectif d'améliorer la situation de son pays.
> *« J'ai eu une réflexion personnelle, je me suis dit que je ne pouvais pas rester à jouer ce rôle de chirurgien qui opère 5-10 malades par jour. J'ai fait un compte assez bête de combien de patients je vais m'occuper dans ma vie et je me suis dit au mieux ça va être de l'ordre 10 000- 15 000 patients et comme j'avais cette vision politique, je voulais changer de registre d'activité parce que je considérais qu'une décision politique était plus impactante »* (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992).

[85] Dix candidats ont obtenu la PAE en étant inscrits en liste B à la session de 2010, 17 à la session de 2011 et 18 à la session de 2012. (Les résultats de la PAE sont disponibles sur le site www.legifrance.gouv.fr)

À l'issue de son séjour au Mexique, ce praticien s'est vu offrir des responsabilités nationales avec la charge du bureau de contrôle du service de santé de la sécurité sociale colombienne. Initialement responsable d'une enquête purement académique, Carlos s'est retrouvé au centre d'une affaire judiciaire d'une gravité énorme lorsqu'il a découvert un narcotrafic d'ampleur nationale dans lequel étaient impliqués de hauts dirigeants. Refusant d'écouter le conseil du ministre de la Santé de l'époque qui lui demandait d'étouffer l'affaire, Carlos a organisé une conférence de presse afin de se protéger et de médiatiser sa découverte.

« À cette période-là, je recevais des menaces donc j'avais reçu la protection de l'État. Ils m'ont mis des gardes du corps, des voitures blindées, je ne vous dis pas le cinéma (…) Quand on a mis en lumière tout ce bazar, la juge qui avait été nommée pour suivre ce problème a été tuée dans son appartement devant ces enfants et puis, bien entendu, j'étais la prochaine cible de ces gens-là. Le problème est que je ne savais pas d'où allaient sortir les balles si c'était de l'intérieur de la voiture ou de l'extérieur…» (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992).

Lors de cette conférence, il a rencontré une journaliste française qui lui a expliqué qu'il était un « homme-mort » et qu'il fallait qu'il se protège. Elle a alors lancé une démarche de protection auprès de l'ambassade de France, mais celle-ci a été rejetée, car Carlos n'était pas reconnu comme persécuté. Face à cette situation, Carlos a laissé sa voiture chez un garagiste et il a quitté précipitamment Bogota pour partir se cacher dans une autre ville. Quelques jours plus tard, le fils du garagiste mourrait dans l'explosion de la voiture de Carlos, qu'il avait empruntée. Celle-ci avait été plastiquée par le cartel de Cali. Le corps n'étant pas identifiable, la journaliste française a appris par les journaux la mort de Carlos. Finalement, elle a découvert que Carlos n'était pas mort et à force de persévérance, elle est arrivée à lui faire obtenir un statut de réfugié.

« Initialement je n'ai jamais pensé venir en France. Je n'ai jamais pensé quitter la Colombie pour aller m'installer ailleurs, jamais ! Je n'ai jamais pensé que la vie était ailleurs moi. Moi, ça n'a jamais été dans mes intentions, mais là, la vie fait que c'est comme ça ! » (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992).

Après cette tentative de meurtre en 1992, Carlos a quitté la Colombie en catastrophe sans sa famille et il s'est retrouvé dans un foyer de réfugiés dans un pays dont il ne parlait pas la langue et où il ne connaissait personne.

4.3.2. Le poids des conflits

Les médecins évoquent fréquemment des événements politiques comme raison ayant déclenché leur départ vers la France. Des médecins originaires du Liban ou des pays africains, notamment de Madagascar et de République centrafricaine, exposent notamment des situations d'instabilité politique récurrentes ainsi que les risques liés à l'expression d'opinions politiques.

« Il y avait un problème politique, on m'a menacé de m'arrêter, c'était en 2002 donc je suis parti. » (Bertin, homme, 47 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2002)

« J'ai été confronté aux difficultés du Liban même quand j'étais en médecine générale, que je travaillais là-bas, c'étaient des difficultés sur tous les niveaux, c'est la guerre, ce sont les conflits, c'est économique et c'est la vie affective… Tout ça, ce n'est pas facile. […] il faut fuir parfois. » (Bachir, homme, 42 ans, né au Liban et diplômé en Russie, arrivé en France en 2006)

L'événement politique le plus fréquemment évoqué par les médecins est la guerre civile algérienne. Même si elle est souvent associée à d'autres facteurs, la presque totalité des praticiens nés en Algérie évoque le poids important de la guerre civile lorsqu'ils ont pris de décision de partir.

Extrait du parcours de Mohamed : un diplômé algérien

Mohamed explique être parti en France alors qu'il venait d'être affecté pour effectuer son service militaire en 1989. Comme il a toujours souhaité finir ses études en France, il s'est inscrit en DIS et il pensait retourner en Algérie lorsque le calme serait revenu.
« Il y avait la guerre civile, moi je me suis dit entre le choléra et le sida, il vaut mieux choisir le choléra, car ça se soigne alors que le sida….Pour moi l'Algérie c'était le sida, invivable, je ne peux pas vivre là-bas donc je me suis sacrifié, donc j'ai fait la chirurgie thoracique ici. » (Mohamed, homme, 51 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1989).
Au bout de quelques années, il a décidé de rentrer voir sa mère en pensant qu'il ne risquait rien puisqu'un sursis était accordé aux étudiants et qu'il suivait alors un diplôme pour devenir chirurgien en France. À son arrivée en Algérie, il a appris qu'il avait été jugé par contumace par le tribunal militaire et qu'il devait se rendre dans une prison dès le lendemain pour purger sa condamnation de cinq ans. Le jour même, le médecin a payé un passeur qui lui a fait franchir illégalement la frontière marocaine de nuit. Dès le lendemain, il était dans un avion à destination de la France et a de nouveau été considéré comme déserteur par l'État algérien. Des années plus tard, lorsqu'une amnistie a été accordée aux médecins-déserteurs, Mohamed a considéré qu'elle est arrivée beaucoup trop tard et que sa vie était désormais en France.

4.3.3. Les choix politiques individuels

Certains PADHUE indiquent être partis de leur pays, car ils désapprouvaient l'État ou des actions menées par le gouvernement en place. La plupart de ces médecins sont diplômés dans des pays ne faisant pas partie de l'ex-empire colonial français, ce qui rend les facteurs très

divers. Pour certains médecins, le désaccord avec le gouvernement de leur pays d'origine provient d'une affectation non désirée.

> « *J'étais affecté dans un district sanitaire en zone désertique et je n'ai pas voulu y aller. Donc l'État m'a rappelé pour aller servir dans ce district, mais je ne voulais pas parce qu'en réalité c'est une zone désertique, il n'y a pas assez de couvertures sanitaires, pas assez de moyens.* » (Abdoulaye, homme, 51 ans, né et diplômé au Niger, arrivé en France en 2002)

> *« Ma particularité est que je suis parti du Maroc sans avoir soutenu ma thèse. Je n'avais pas soutenu ma thèse pour la simple raison qu'à l'époque il y avait la guerre dans le Sud du Maroc, et moi je n'étais pas trop pour cette politique, chose qu'à l'époque il ne fallait pas dire. Il fallait adhérer à 100 % au Sahara marocain et dès qu'on soutenait on allait pendant 2 ans faire notre service militaire dans les hôpitaux du Sud du Maroc donc on était un peu dans la guerre. Moi je n'étais pas pour cette idée-là. »* (Hassan, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1985)

Pour d'autres, l'opposition au gouvernement en place est née de législations ou de pratiques qui ne leur permettaient pas (ou ne permettaient pas à leur conjoint) d'exercer leur profession. À ce titre, un médecin originaire d'Égypte indique être parti, car sa religion l'empêchait d'accéder à certaines spécialités. C'est également le cas d'une autre praticienne diplômée en Roumanie qui explique être venue en France, car son mari libanais n'était pas autorisé à travailler sous le régime de Ceausescu et parce que leur projet de partir vivre au Liban avait été avorté par la guerre.

> « *Quand tu es chrétien il vaut mieux que tu partes […] c'est un examen oral* (pour entrer en spécialité)*, vous présentez une pièce d'identité où est marqué dessus votre religion […] en gros on vous pose des questions en fonction de votre religion.* » (Gabriel, homme, 52 ans, né et diplômé en Égypte, arrivé en France en 1988)

> *« Mon mari est parti au Liban pour pouvoir faire les formalités pour pouvoir s'installer là-bas (…), mais la guerre a ré-éclatée au Liban et il a été placé en garde à vue pendant une semaine parce qu'il était communiste, c'est-à-dire qu'ils étiquetaient les gens en fonction du pays où ils avaient fait leurs études* (en Roumanie) *(…) donc il est venu en France et on a changé nos démarches »* (Ana, femme, 56 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 1989).

D'autres PADHUE disent avoir décidé de partir par conviction politique.

> ***Extrait du parcours de Mourad : un diplômé syrien***
>
> En 2001, Mourad a décidé de venir en France dès qu'il a terminé son internat en Syrie. Pour lui, c'est une association de deux choses qui a fait grandir son projet de départ : son opposition au régime et sa passion pour l'art.

« Je voulais absolument quitter ce pays où je ne m'entendais pas très bien avec le système, avec le régime, mais il y avait aussi des raisons, on va dire intellectuelle. (…) Souvent ça se termine par ou aller en prison ou quitter le pays donc je préférais quand même quitter parce que j'avais pas mal de monde autour de moi qui ont terminé prisonniers politiques à l'époque. J'avais des proches qui étaient emprisonnés et je n'avais pas envie de terminer comme eux. » (Mourad, homme, 39 ans, né et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2001)

Bien que non francophone et sans contacts en France, Mourad a souhaité aller au bout de son idée en venant s'installer en France. Lors de l'entretien, il indique que la France est son pays d'adoption et qu'il n'éprouve aucun regret d'être parti de Syrie.

Finalement, les raisons d'ordre politique ont fréquemment poussé des PADHUE à quitter leur pays d'origine.

4.4. Le poids des engagements : les raisons personnelles et familiales

Les raisons personnelles et familiales sont fréquemment évoquées par les praticiens. Si pour certains, c'est un besoin et/ou une nécessité de se rendre en France pour accéder à son système de santé qui a été à l'origine de la migration, pour d'autres, c'est uniquement l'envie de rejoindre quelqu'un qui a déclenché le départ.

4.4.1. Les logiques touchant à la santé d'un membre de la cellule familiale

Plusieurs PADHUE déclarent qu'ils sont venus en France pour des raisons médicales. Deux médecins ont fait le choix de venir en France afin d'optimiser leur chance d'avoir des enfants. Leurs compagnes n'arrivant pas à avoir d'enfants, les deux couples ont décidé de venir s'installer en France, où les traitements leur laissaient la possibilité d'espérer un jour procréer contrairement à ceux disponibles dans leur pays d'origine.

« Je suis retourné en France, car on avait des problèmes pour avoir des enfants donc je suis parti avec ma femme en 2009. » (Bertin, homme, 47 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2002)

« Ce sont les problèmes de grossesses de ma femme. Elle ne pouvait pas du tout en avoir et je sais bien que ce n'est pas vraiment le point fort du pays donc on restait ici pour faire les traitements. » (Manjary, homme, 42 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

Pour d'autres médecins, c'est la lecture du diagnostic de leur conjoint ou de leur enfant qui a scellé leur venue pour la France. La découverte d'une grave maladie ne pouvant pas être soignée de façon optimale dans leur pays d'origine a causé le départ précipité de deux médecins vers un pays possédant un système de santé plus performant.

« Malheureusement, c'est juste la maladie de ma femme qui fait qu'on est venu en France […] Il fallait prendre une décision donc j'avais vendu ma voiture et avec

l'argent de la voiture, on a loué à un appartement en France » (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004)

Ces décisions personnelles peuvent parfois être prises dans la précipitation, ce qui a tendance à engendrer des situations familiales complexes.

Extrait du parcours de Malala : une diplômée malgache

La première venue en France de Malala date de l'année 2003, époque à laquelle elle était venue faire une année d'étude (AFS) dans le cadre d'une convention entre les Universités de Bordeaux et Antananarivo. À l'issue de cette année, elle est retournée à Madagascar où elle est devenue chef de clinique. En 2008, Malala est revenue en France pour officiellement faire une nouvelle année d'étude (AFSA) et officieusement faire diagnostiquer son fils.
«C'est plutôt très personnel parce que j'ai un enfant qui est malade et j'ai choisi de le soigner en France parce que chez nous il n'y a pas de structure qui soit adaptée pour lui […]. Il m'inquiétait vers la fin de sa 2e année (…) donc j'ai demandé à Bordeaux si je pouvais amener mon fils pour être diagnostiqué et pour faire des explorations. Je suis donc partie avec lui. Ici il y avait un professeur qui m'a aidé, ils ont fait le diagnostic, c'était plutôt sévère et du coup je ne suis pas repartie chez moi. » (Malala, femme, 42 ans, née et diplômée à Madagascar, arrivée en France en 2003)
À l'annonce du diagnostic de son fils, Malala a tout de suite compris qu'elle ne retournerait pas à Madagascar. À la fin de son AFSA, elle a donc cherché un poste de médecin. Praticien attaché associé au moment de l'entretien, elle en a profité pour me poser de nombreuses questions sur la procédure d'autorisation d'exercice et sur le regroupement familial. Lorsqu'elle est partie en France, Malala ne s'attendait pas à un tel diagnostic et elle pensait rapidement retourner dans son pays d'origine auprès de son mari et de son autre enfant. Même si son mari a une excellente situation à Madagascar, ils ont pris la décision qu'il allait la rejoindre définitivement en France dès que la situation le permettrait.

4.4.2. Les mariages

La dernière cause de départ fréquemment exposée par les praticiens est la rencontre et/ou le mariage avec une personne vivant en France. Ces rencontres ont presque toutes eu lieu dans le pays d'origine des médecins. Cependant, comme les conjoints ne souhaitaient pas partir s'installer dans leur pays d'origine, ils ont décidé de venir vivre et travailler en France.

« Moi ma vie a basculé en 2 mois. Donc le mari s'est présenté au mois de septembre 1992 et vite il fallait le mariage. Oui, en 2 mois, ma vie a basculé, je n'ai pas préparé le terrain ici. Moi je n'avais jamais pensé vivre en France, la preuve c'est que toute ma famille est là-bas et ça a été franchement tout un bouleversement dans ma vie. » (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

« Franchement venir en France, ça n'a pas été un choix, non. D'ailleurs à ma compagne, je lui avais dit qu'on partait en Centrafrique, il n'était pas histoire de vivre en France. » (Marius, homme, 40 ans, né en République centrafricaine et diplômé au Maroc, arrivé en France en 2003)

« Quand je suis entré à l'université, je ne comptais pas venir en France. […] Je devais rester au Maroc. Mais quand j'ai connu mon ex, j'ai changé d'avis parce qu'elle était en France. » (Abbad, homme, 47 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1992)

Ces extraits d'entretiens illustrent le fait que les projets migratoires ne se construisent pas principalement en raison de facteurs qui incitent l'individu à quitter son pays. Les projets peuvent s'élaborer par l'intermédiaire d'un élément déclencheur qui motive l'individu à se rendre dans un autre pays.

Extrait du parcours de Djamel : un diplômé algérien

En 2002, tandis que Djamel était médecin à Alger, il a rencontré une Française qui effectuait de nombreux allers-retours entre la France et l'Algérie dans le cadre de son travail. Ils se sont mariés cette même année, mais aucun n'acceptait de venir vivre dans le pays de l'autre. Djamel explique qu'en plus d'adorer son pays, il avait une excellente situation là-bas, car il cumulait deux emplois à mi-temps, dont un pour un laboratoire qui lui accordait une importante rémunération. Après une année à faire de multiples allers-retours, Djamel a accepté de venir vivre à Paris en 2003, mais il ne s'y plaisait pas et a décidé de retourner vivre à Alger au bout de 6 mois.
« Après 2 ans de négociation, je suis monté. Elle ne voulait pas venir en Algérie et je ne voulais pas venir en France, j'étais bien à Alger. » (Djamel, homme, 43 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2003).
En 2004, alors que sa femme est venue le voir en Algérie pendant des vacances, il a décidé de partir s'installer avec elle à Paris. Finalement, Djamel explique que c'est uniquement par amour pour sa femme qu'il a fini par accepter de quitter son pays.

Bien qu'il soit clairement ressorti des entretiens que la plupart des facteurs influençant le projet de départ concernent le domaine professionnel, nous remarquons que des raisons d'ordre plus personnel peuvent également avoir une place centrale dans la construction des projets initiaux. Par ailleurs, la comparaison des projets des PADHUE et des médecins diplômés en Roumanie permet de révéler de multiples dissemblances.

4.5. Les motifs de départs des médecins diplômés en Roumanie

Comme déjà mentionné en introduction, le choix de comparer les projets initiaux des PADHUE à ceux des médecins diplômés en Roumanie vient du fait que ces médecins occupent une place grandissante au cœur du système de santé français. *« Le nombre de*

médecins roumains inscrits au tableau de l'Ordre des médecins français a fortement augmenté au cours des dernières années, passant de 158 au 1er janvier 2007 à 819 au 1er janvier 2008 et 1160 au 1er janvier 2009. » (Séchet et Vasilcu, 2012, p. 67). Selon l'atlas de la démographie médicale française 2013, sur l'ensemble des médecins diplômés à l'étranger en activité régulière en France, les praticiens diplômés en Roumanie arrivent en seconde position (17,7 %) derrière les médecins diplômés en Algérie (22 %). Si les arrivées de médecins à diplôme roumain se sont multipliées depuis que la Roumanie est entrée dans l'Union européenne, les raisons de départ évoquées par les médecins arrivés avant et après 2007 sont pratiquement identiques. Quatre principaux motifs ressortent des entretiens avec ces médecins : les faibles revenus alliés à un manque de considération des médecins, l'absence de moyens et d'investissements dans le système de santé, l'omniprésence de la corruption dans le monde médical et le manque d'avenir et de sécurité en Roumanie. La seule différence notable est que les médecins arrivés avant 2007 avaient, comme la majorité des PADHUE, l'intention de faire une spécialité au moment de leur arrivée en France. Ils envisageaient leur projet de façon temporaire du fait qu'ils ne savaient nullement s'ils auraient une perspective de travail de manière durable en France. À l'inverse, aucun praticien arrivé à partir de 2007 n'a envisagé d'effectuer une spécialisation en France et leurs projets d'installation sont initialement conçus sur une temporalité longue, voire même définitive.

4.5.1. Faibles revenus et manque de considération des praticiens

« Sans ignorer l'importance des facteurs non économiques, la décision d'émigrer repose, dans la majorité des cas, sur des raisons financières, au vu des grands écarts concernant les rétributions entre les pays d'origine et les pays de destination du personnel médical. […] La motivation économique étant invoquée souvent comme principal facteur en faveur du départ » (Krasteva et Vasilcu, 2014, p. 16). La majorité des médecins diplômés en Roumanie déclarent que les salaires versés par l'État aux médecins sont beaucoup trop faibles (en moyenne 400 euros par mois). En raison de ces faibles revenus, une praticienne était obligée de demander une aide financière à ses parents pour vivre correctement en Roumanie. Trois autres médecins expliquent qu'ils étaient contraints de cumuler deux postes, l'un dans un hôpital le matin et l'autre dans une clinique l'après-midi, pour pouvoir finir financièrement le mois. Une autre praticienne affirme que sans le revenu convenable de son mari, leur situation aurait été difficile en Roumanie. En effet, elle explique qu'avec son salaire de médecin elle pouvait seulement payer sa carte d'abonnement au transport en commun et sa consommation de cigarettes. Si aucun médecin rencontré n'a effectué un second travail en dehors du secteur médical dans l'objectif d'arrondir ses fins de mois, certains déclarent que cette situation est malheureusement assez fréquente. Une femme cite l'exemple d'un de ses professeurs de médecine de faculté qui était chauffeur de taxi après sa journée de cours. La conséquence directe de ces faibles salaires est le manque de considération des médecins par la population.

> *« Du point de vue financier, on n'est pas super et d'un autre point de vue, celui de la reconnaissance des gestes, des actes, c'est zéro. […] Ce sont ces deux lignes-là qui m'ont gêné le plus. »* (Rodica, femme, 33 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2010)

Des praticiens soulignent qu'en Roumanie beaucoup de patients ne respectent pas les médecins et qu'ils ne souhaitent s'adresser fréquemment qu'au « grand » professeur du service. À ce titre, une femme chirurgienne indique qu'elle se sent beaucoup plus considérée en France que dans son pays d'origine.

4.5.2. Absence de moyens et d'investissements dans le secteur médical

« Le système de santé roumain est confronté à des difficultés structurelles depuis 1990 en raison de l'absence de stratégie dans l'organisation du système : l'incohérence de la législation, le sous-financement ; les bas salaires des professionnels de santé et les financements informels, la pauvre qualité des services médicaux primaires et ambulatoires sont les principales carences identifiées par la Commission présidentielle pour l'analyse et le développement des politiques de santé publique en Roumanie » (Dumitrache, 2014, p. 32-33). Cette situation engendre actuellement un manque de moyens financiers qui empêche l'État de pouvoir mieux rémunérer ses praticiens. Par conséquent, la Roumanie consacre de faibles budgets aux investissements dans le matériel médical des hôpitaux. Durant les entretiens, les médecins mentionnent qu'ils étaient souvent contraints de demander aux patients d'acheter le matériel pour leur propre opération ou encore de payer leurs médicaments s'ils voulaient être soignés.

> *« En Roumanie il arrivait souvent qu'on fasse des ordonnances pour que les patients eux-mêmes achètent des produits, des fois mêmes en chirurgie des fils de suture ou des pinces mécaniques. »* (Stela, femme, 35 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2005)

> *« Dans l'hôpital où j'ai travaillé, ils n'ont pas d'argent pour acheter des clichés radiologiques, ils n'ont pas d'argent pour acheter rien. L'appareil avec qui je travaillais c'était un général électrique, l'appareil il était bon, mais le tube radiologique était fissuré. On n'a pas eu la permission de faire des graphies, que de visualiser en direct parce qu'il n'y a pas d'argent pour changer le tube. »* (Oana, femme, 41 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2012)

Une femme oncologue explique notamment « l'enfer » qu'elle vivait au quotidien lorsqu'elle ne possédait pas suffisamment de traitements pour tous ces patients. Elle devait choisir ceux qu'elle allait soigner et par conséquent ceux qu'elle allait condamner.

> *« Ça m'arrivait assez souvent en Roumanie de faire un choix qui va mourir, qui va vivre. »* (Hélèna, femme, 43 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2011)

Cet important manque de moyens, lié aux dysfonctionnements du système sanitaire d'origine fonctionnelle ou institutionnelle (Krasteva et Vasilcu, 2014) a pour conséquence d'entraîner un certain découragement des médecins allant parfois jusqu'à l'envie de partir exercer dans un autre pays.

4.5.3. Une médecine décrite comme corrompue et soumise au clientélisme

Selon la majorité des médecins rencontrés, cette absence chronique de moyens à toutes les échelles du secteur médical entraîne une augmentation de la corruption et du *« népotisme »*[86] dans celui-ci. Tout d'abord, la corruption se déroulerait entre les médecins et les patients. Il serait pratique courante que les patients offrent des cadeaux aux médecins dans l'espoir d'être soignés en priorité ou tout simplement auscultés. En Roumanie, on emploie le terme de *şpaga*, qui signifie « poche » en russe et en serbe, pour désigner le montant illégal du paiement informel à fournir en échange d'un service (Nae, 2014).Un médecin explique avoir vu un praticien menacer un patient de ne pas le soigner et de le laisser mourir s'il ne lui versait pas un pot-de-vin. En Roumanie, *« La pratique de la şpaga est une réalité dure, indéniable, souvent exprimée de façon cynique »* (Nae, 2014, p. 57). À un second niveau, la corruption s'effectuerait lors de l'attribution des postes hospitaliers. Ces postes présentent la particularité d'être soumis à des concours. Or, il semble qu'ils soient régulièrement attribués à l'avance à une personne. Les médecins parlent de l'omniprésence d'un clientélisme privilégiant les connaissances ou les enfants des professeurs. Dans d'autres cas, certains jurys demanderaient aux candidats de verser une somme d'argent importante pour se voir attribuer le poste. Une praticienne affirme qu'on lui a demandé de donner 40 000 euros pour travailler dans un hôpital de renom.

> *« Un bon poste se paie. […] Il y a aussi des médecins qui demandent aux patients de l'argent pour les opérer d'une hernie en disant si on ne vous opère pas, vous mourrez. »* (Sylvia, femme, 45 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 1992)

> *« Le ministère ouvre le poste et puis il y a toujours quelqu'un connu par tel ou tel professeur pour lequel le poste a été ouvert. […] Il y a des favoritismes. […] Il y a des situations comme ça qui nous dégoutent un peu notre génération. Je pense que vu qu'on a des petits échappements comme ça vers la France….on part, on est vite saturé et on veut aller ailleurs. »* (Camelia, femme, 35 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2005)

Deux médecins insistent également sur les difficultés pour s'installer comme médecin généraliste. Actuellement, le gouvernement roumain n'accorde aucune aide à l'installation. De plus, la plupart des médecins revendraient leur liste de patients aux jeunes praticiens lorsqu'ils partent à la retraite.

> *« J'ai voulu changer pour faire la médecine générale de famille, mais ça n'a pas été possible parce que je n'ai pas trouvé de place. Même le médecin qui est parti à la retraite, il a vendu ses patients. Comment je peux vous dire… c'est comme un travail noir, c'est non officiel. […] Si tu as de l'argent, le médecin part à la retraite et tu lui paies une liste. Par exemple, il te donne 1000 patients contre telle*

[86] Hélèna, femme, 43 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2011.

somme d'argent. […] Ça ne m'a pas plu du tout ce système. » (Nicoleta, femme, 46 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2009)

L'installation comme médecin généraliste en Roumanie reviendrait très chère et resterait hors de portée des jeunes praticiens dépourvus de ressources économiques. Ainsi, la migration des médecins diplômés en Roumanie serait *« une réponse aux inégalités spatiales et sociales et aux besoins les plus légitimes de la personne humaine »* (Simon, 2008b, p. 8).

4.5.4. Manque de perspectives d'avenir et sentiment d'insécurité

Des médecins, issus de familles modestes et/ou qui n'ont aucun contact dans le milieu médical, disent que la corruption fait naître le sentiment prononcé d'une absence de perspective de carrière et d'avenir dans leur pays d'origine. Confrontés à un progressif effondrement économique de leur pays, à leur propre carrière verrouillée, beaucoup de médecins disent être partis pour offrir un avenir meilleur à leurs enfants et leur famille.

« J'avais l'intention de faire quelque chose pour réunir ma famille, et ça c'est impossible en Roumanie en ce moment parce que les ressources du pays sont presque nulles et il n'existe pas d'investissement. » (Oana, femme, 41 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2012)

Cette notion de famille est souvent associée à un besoin de sécurité au sens général du terme (emploi, santé, etc.). Pour plusieurs médecins, la révolution de 1989 n'a concrètement rien changé au pays, voire même elle aurait empiré la situation.

« En 1989 on a eu la révolution, pour moi les 2 années suivantes ont été suffisantes pour voir qu'en fait rien ne sera changé chez nous, ça a été suffisant pour moi en 1990 et en 1991, ça a été suffisant. » (Laura, femme, 49 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2009)

« Mon cousin à 30 ans il est mort d'un ulcère gastrique parce qu'il n'avait pas de sang pour le transfuser et parce qu'ils n'ont pas trouvé le chirurgien pour l'opérer qui était parti faire ses courses. » (Sylvia, femme, 45 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 1992)

Le bilan qui ressort des entretiens avec les médecins diplômés en Roumanie est que cette migration est principalement économique. Cette migration *« pour mieux vivre »*[87] est influencée par la fragilité économique de la Roumanie et par toutes les conséquences que celle-ci a sur la vie quotidienne et la pratique de la médecine. *« À la place d'une carrière professionnelle limitée en Roumanie et du manque de respect pour la valeur sociale de la profession médicale, le projet migratoire assure la reconnaissance sociale, la dignité*

[87] Oana, femme, 41 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2012.

professionnelle, la perspective d'une carrière médicale. Les facteurs familiaux renvoient au désir du regroupement familial, mais aussi à l'idée d'assurer de meilleures perspectives de travail aux adultes ainsi que de meilleures conditions d'éducation et de formation à leurs enfants » (Vasilcu, 2014, p160). Bien que trois médecins, travaillant dans des CHU ou dans le privé, déclarent qu'ils avaient de bons salaires en Roumanie et que l'aspect financier n'a en aucun cas influencé leur départ, il semble manifeste que la migration incarne l'espoir d'une mobilité sociale ascendante pour la grande majorité des médecins diplômés en Roumanie. D'ailleurs, *« les exemples de réussite professionnelle à l'étranger, la pression psychologique et économique des chasseurs de têtes, ainsi que les faibles coûts de formation en Roumanie ont augmenté l'attractivité des universités de médecine et de pharmacie roumaines auprès des lycéens »* (Popa et Lucheş, 2014, p. 83). Les résultats d'une enquête[88], réalisée par Nicolae Popa et Daniel Lucheş, soulignent l'importance de la perspective d'accomplissement professionnel par l'émigration dans le choix de s'inscrire en médecine. Dans 92 % des cas, les étudiants interrogés répondent avoir l'intention de quitter la Roumanie pour faire une carrière médicale à l'étranger. Au même titre que les Indiennes feraient des écoles d'infirmières pour migrer vers les pays du Golfe et l'Europe (Percot, 2005 et 2014), il semble que les Facultés de médecine roumaines se transforment progressivement en tremplin pour les pays d'Europe de l'Ouest et les États-Unis.

Conclusion du chapitre 4

Durant ce chapitre, nous avons vu que les projets migratoires des PADHUE sont forgés sur une articulation de facteurs (professionnels, politiques, individuels et familiaux) chargée de dimensions symboliques, existentielles ou encore psychologiques. Ce caractère multifactoriel des projets initiaux des médecins rend leur lecture délicate dans le sens où il paraît quasi impossible d'arriver à saisir l'intégralité des éléments qui mènent à l'élaboration et à l'application d'un projet migratoire. Par conséquent, les facteurs sont réunis en grandes catégories (professionnelles, politiques, etc.). Au sein de chaque catégorie sont ensuite exposés les principaux facteurs évoqués par les praticiens comme ayant été les éléments déclencheurs de la mise en œuvre du projet initial. Dans un objectif de clarté, chaque facteur est illustré avec un extrait de parcours de médecin. Entre Saïd qui est venue de façon complètement autonome et Carlos qui est arrivé en tant que réfugié, ces neuf extraits de parcours représentent les principaux profils de PADHUE au moment où ils ont migré. Tous les autres médecins apparaissent comme des individus autonomes, mais influencés par des facteurs contraignants. Les extraits de parcours montrent ainsi à quel point il est complexe de pouvoir placer un curseur entre l'autonomie et la contrainte. Par ailleurs, au-delà du fait que les motivations ayant entraîné le départ en France sont très différentes d'un individu à l'autre, il ressort clairement de l'analyse des projets initiaux des PADHUE que cette migration ne s'est que faiblement construite par l'intermédiaire de facteurs économiques.

> *« Il ne faut pas croire que les gens sont venus en France comme médecin en se disant « tiens je vais m'installer en France », non ce n'était pas le cas. C'est le*

[88] Cette enquête a été réalisée auprès de 385 étudiants de l'Université de Timişoara.

cas maintenant des Européens de l'Est. Là oui ils viennent s'installer pour travailler en France. Mais tous les Maghrébins, quand ils viennent ce n'est pas pour travailler en France, pratiquement 100 %. Je veux dire qu'ils venaient pour faire les études, pour faire leurs spécialités. Les gens, ce n'était pas pour rester, c'était pour se perfectionner, ils se disaient je vais travailler un peu quelque temps et puis rentrer après, voilà, ce n'était pas une migration économique. » (Larbi, homme, 49 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1984)

La comparaison des projets migratoires des PADHUE et des médecins diplômés en Roumanie révèle des intentions et des motivations bien différentes. Alors que les mobilités des médecins diplômés en Roumanie endossent aujourd'hui un caractère principalement définitif, la majorité des mobilités des médecins diplômés hors UE étaient envisagées de façon temporaire. Ce constat soulève de nombreuses questions sur le déroulement des parcours des PADHUE, sur le regard et la manière dont ils ont vécu cette expérience, mais également sur les raisons qui les ont amenés à modifier leur projet initial.

Chapitre 5
Désillusion et satisfaction d'exercer la médecine en France

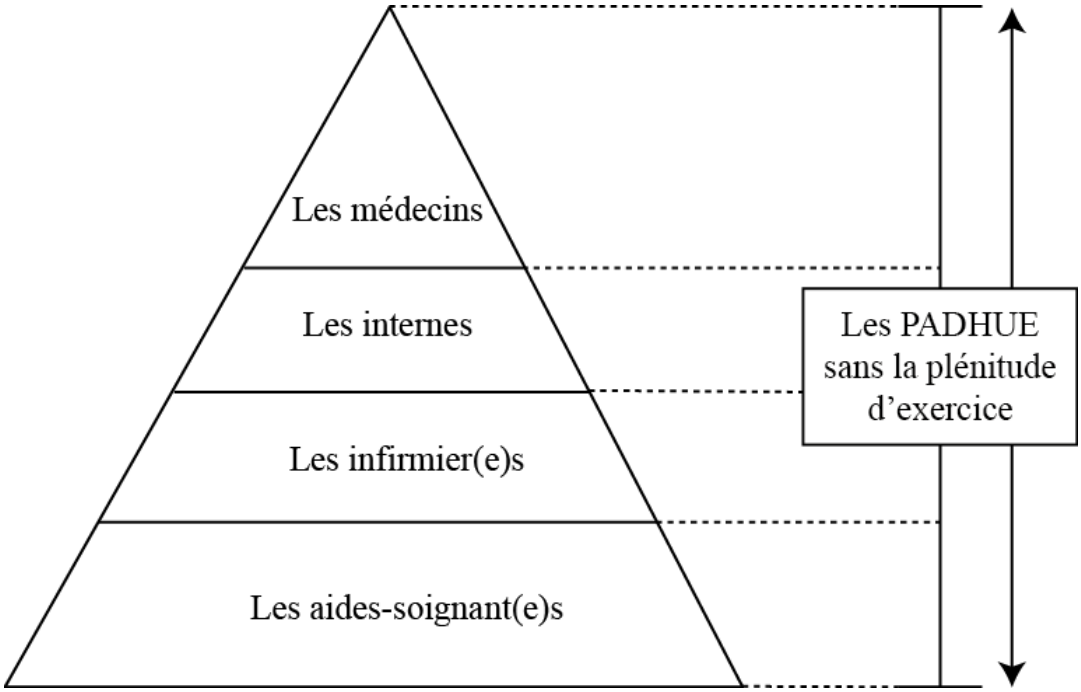
« Car je restais un étranger parmi les autres,
comme quelqu'un qui revient de chez les morts »
(Gide, 1960, p. 105)

Introduction du chapitre 5

Durant les entretiens, la grande majorité des médecins déclarent être déçus par les formations de spécialité, par la non-reconnaissance de leur diplôme et/ou par les conditions de travail en France. Cette déception vient principalement du fait que la société d'accueil opère une distinction entre ces praticiens et les médecins nationaux ou européens. En effet, cette différenciation s'effectue au travers de statuts précaires et de conditions de travail difficiles (cf. chapitre 2). Ces médecins incarnent alors en quelque sorte la figure de l'étranger tel que Georg Simmel en décrit la forme sociologique : l'étranger *« est fixé à l'intérieur d'un cercle géographique donné […], mais sa position y est déterminée surtout par le fait qu'il n'y appartient pas d'avance, qu'il y importe des qualités qui n'en proviennent pas et ne peuvent en provenir. La combinaison de distance et de proximité que contient toute relation entre humains arrive ici à un rapport dont la formulation la plus brève est : dans une relation, la distance signifie que le proche est lointain, tandis que l'étrangeté signifie que le lointain est proche »* (1999, p. 663). Dès leur prise de fonctions en France, la plupart des PADHUE ressentent souvent un traitement différencié et une certaine distance de la part du personnel hospitalier. La plupart des médecins rencontrés témoignent d'un déclassement institutionnel ainsi que d'une déqualification symbolique corrélée à des processus discriminatoires. (Lochard, Mailland et Viprey, 2007). Durant la plus ou moins longue période où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine, les médecins doivent lutter continuellement contre ces processus et contraintes pour justifier leurs compétences auprès de l'ensemble du personnel soignant. En fin de compte, la précarité engendrée par leurs statuts spécifiques agit comme « *une procédure d'inclusion paradoxale, puisque le précaire est cet inclus-exclu, celui qui étant encore dedans par l'une de ses propriétés sociales et quand même aussi possiblement, potentiellement dehors car son assise par les normes n'est pas assurée »* (Paugam et *al.*, 2011, p. 420). Nous allons voir que ces praticiens adoptent différentes postures et comportements afin de se positionner le mieux possible au sein de la hiérarchie médicale hospitalière (cf. schéma 6, p. 164). Toutefois, tant que le médecin n'a pas obtenu le plein exercice de la médecine, sa position reste incertaine et renégociable auprès de chaque hôpital ou service. Durant ce chapitre, j'ai cherché à dégager le sens donné par les personnes rencontrées aux différentes expériences induites par le lieu de validation de leur doctorat de médecine (non-reconnaissance du diplôme, racisme, etc.). Nous allons voir que l'analyse du ressenti des médecins de leur arrivée en France jusqu'au moment de l'entretien démontre les

mécanismes les faisant passer d'une grande désillusion à la satisfaction de faire partie du corps médical français.

Schéma 6 : Les PADHUE et la hiérarchie médicale hospitalière



Réalisation : Victoire Cottereau (octobre 2014©)

5.1. Entre utopie et imaginaire migratoire

Lors de leur arrivée en France, de nombreux PADHUE éprouvent une grande désillusion lorsqu'ils prennent connaissance de leurs nouvelles conditions d'exercice. Cette déconvenue découle de deux principales raisons : le manque d'informations et de renseignements sur le système de santé français lors de l'élaboration du projet migratoire et/ou une conception utopiste de la vie en France. D'abord, les médecins reconnaissent ne pas s'être suffisamment bien informés sur les conditions de travail des PADHUE lorsqu'ils ont décidé de venir en France. Or, plusieurs raisons ont poussé les médecins à ne pas entamer des recherches approfondies sur le système de santé français. Premièrement, ils se sont contentés de se renseigner sur les possibilités de travailler pendant les cursus de spécialité, en raison du caractère temporaire de leur venue en France. Deuxièmement, il était beaucoup plus compliqué d'obtenir des informations précises dans les années 1980-1990. La plupart des médecins indiquent qu'ils n'avaient pas ou difficilement accès à internet à cette époque. Ils se sont tournés le plus souvent vers leurs connaissances qui travaillent ou ont travaillé en France. Troisièmement, certains praticiens expliquent que des compatriotes vivants ou ayant vécu en France leur ont communiqué des renseignements erronés ou sont restés évasifs sur leur situation en France. Le résultat de l'articulation de ces différentes raisons a eu pour conséquence d'entretenir une certaine méconnaissance collective de la vérité objective de la vie en France pendant de nombreuses années (Sayad, 1999).

> *« Les gens qui sont allés ici ils ne te disent pas la vérité, personne ne dit la vérité, c'est pour ça qu'il y a beaucoup de gens qui se noient dans le truc. »* (Olivier, homme, 45 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

> *« Personne ne te dit, les gens ne parlent pas, rien du tout. J'ai un beau frère qui est là à Saint-Quentin.*[89] *J'ai plein d'amis ici, mais personne ne te dit rien. »* (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004)

Une partie des médecins, en particulier les plus âgés originaires de pays du Maghreb, avaient une vision relativement tronquée et idéalisée de la France au moment où ils ont quitté leur pays d'origine. Durant les entretiens, plusieurs praticiens déclarent que leur décision de venir en France a été influencée par l'idée de vouloir aller dans *« un pays qui clame la liberté, l'égalité et la fraternité ».* (Mourad, homme, 39 ans, né et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2001)

> *« Vous savez comment je regardais la France quand j'étais en Algérie ? Quand j'étais petit ? Pour moi c'était l'idéal, c'était le pays des droits de l'homme, le pays de la justice. »* (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Ce constat révèle que certains praticiens ont été largement influencés « *par la force de l'image et de l'imaginaire migratoire qui en découle »* (Wihtol de Wenden, 2002, p. 54). En effet, il est important de rappeler que l'imaginaire migratoire et le fantasme de l'Ailleurs ne sont pas reversés aux migrants les moins qualifiés. *« Les matrices des représentations et désirs de l'Ailleurs sont en effet plurielles et complexes, inscrites notamment dans une longue histoire d'acculturation progressive, de syncrétismes et d'extraversion (avec pour toiles de fond principales, les situations coloniale et postcoloniale, et le phénomène de globalisation culturelle)»* (Fouquet, 2007, p. 90). Pour une partie des PADHUE, le désir d'acquérir des diplômes français est souvent né d'une envie de réaliser des objectifs professionnels dans leur pays d'origine. La volonté de venir faire une spécialité en France a régulièrement été accompagnée d'une quête de prestige social et d'émancipation. Derrière le voyage migratoire se cachent des enjeux symboliques tels que la recherche d'attributs du prestige (Fouquet, 2007). Ces enjeux alliés à un imaginaire migratoire – aux formes changeantes et foisonnantes en fonction de chaque individu – constituent une base de représentations communément faussée et fantasmée. Ainsi, il paraît manifeste que l'imaginaire migratoire (Simon, 2008a) et le mensonge collectif (Sayad, 1999) ont influencé certains PADHUE dans leur décision de partir. Les désillusions éprouvées lors des premières années de travail en France sont le résultat d'un Ailleurs idéalisé entretenu par des compatriotes voulant certainement rester discrets sur leur situation en France.

[89] Nom de lieu fictif.

À l'heure actuelle, les médecins souhaitant partir exercer dans un autre pays ont accès à de très nombreuses informations entre les blogs et les réseaux sociaux. Selon Chistina Hermeziu, *« Il ne faut pas sous-estimer la mise en place d'un réseau de migrants professionnels qui nourrit « l'imaginaire migratoire » de la profession tout en fournissant des informations pertinentes aux candidats à la migration (le blog que la docteur Liliana Mihai anime à ce propos en dit long sur le réseau informel qui se tisse autour de l'implantation des médecins roumains en France) »* (2014, p. 222). Les entretiens avec les médecins roumains soulignent également que les connaissances des actuels candidats à la migration ont considérablement évoluées. Tous les praticiens diplômés en Roumanie rencontrés (arrivés en France à partir de 2007) expliquent avoir demandé ou donné des informations à des amis ou des compatriotes. Une femme, dont le petit fils vient d'achever son lycée à Iasi, indique que la majorité des étudiants choisissent de faire médecine pour pouvoir partir plus facilement à l'étranger. Selon elle, les étudiants seraient en contact avec de nombreux médecins diplômés en Roumanie exerçant dans le monde entier. L'objectif de ces réseaux serait de préparer au mieux le départ vers la destination choisie. Ainsi, les étudiants pourraient facilement obtenir des informations sur les systèmes de santé, mais également obtenir des annales pour préparer les équivalences et obtenir des autorisations d'exercice. Devenir médecin dans les pays d'Europe de l'Est serait donc aujourd'hui un véritable passeport pour l'Europe de l'Ouest et l'Amérique (États-Unis et Canada).

> *« Je pense que 70 ou 75 % des nouveaux médecins qui sortent de l'université veulent partir d'emblée soit en France soit ailleurs. »* (Laura, femme, 49 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2009)

En quelques années les réseaux professionnels de médecins se sont considérablement développés dans le monde. À titre d'exemple, les syndicats et des groupes de PADHUE ont tous aujourd'hui un site internet et/ou un compte *« Facebook »*[90] sur lequel les médecins ont accès à une multitude de renseignements. En seulement quelques minutes sur la toile, un PADHUE sait qu'il n'est plus possible actuellement de venir exercer en France. Le développement de l'information en ligne évite certainement à des médecins de connaître des désillusions en venant en France et de réorganiser leur projet dans une autre direction. Toutefois, l'imaginaire migratoire n'a pas pour autant disparu. Bien que transporté par de nouveaux médias, le discours de l'Ailleurs est toujours présent, il se meut et s'adapte continuellement au contexte actuel.

5.2. Entre la législation spécifique et les diplômes délivrés en France : un ressenti problématique

Durant les entretiens, presque tous les PADHUE expriment un mécontentement à propos des législations les concernant. Ces migrants hautement qualifiés sont contrariés du fait qu'ils sont ou ont été cantonnés dans des situations précaires durant de nombreuses années uniquement parce qu'ils ont validé leur doctorat de médecine dans un pays ne faisant pas partie de l'Union

[90] Exemples de pages internet et « *Facebook* » entièrement consacrés aux PADHUE : http://syndicat-fps.fr/; http://www.snpadhue.com/; https://www.facebook.com/PADHUE.France2011?fref=ts ; https://www.facebook.com/docteur.padhue?fref=ts ;

européenne. Qu'il s'agisse, pour certains, de la découverte de la non-reconnaissance de leur diplôme lors de l'arrivée de France ou encore du constat que des responsables de formation ne portaient aucun intérêt à leur enseigner une spécialité, nous allons voir que les médecins ont rapidement ressenti des sentiments d'injustice, de partialité ou encore d'exaspération vis-à-vis du système de santé français.

5.2.1. La non-reconnaissance des diplômes et le sentiment d'injustice

Toute personne de nationalité étrangère qui souhaite postuler à un emploi dans un pays d'accueil est automatiquement confrontée à la question de l'équivalence. *« Ainsi, une fois dans le pays d'accueil, l'étranger n'en a pas fini avec les frontières ; il doit encore affronter des frontières immatérielles, mais bien souvent tout aussi difficiles à franchir que des frontières réelles »* (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 84). Les PADHUE, comme toute autre personne ayant obtenu ses diplômes à l'étranger, doivent passer une série de procédures pour être pleinement admis au sein de la profession (cf. frise chronologique). Mais, au moment où ils ont migré, de nombreux médecins ont complètement oublié de se poser la question de l'équivalence où ils ne se sont pas rendu compte de la difficulté et de la longueur des procédures. Parmi les 52 PADHUE rencontrés, 22 affirment ne pas avoir été informés que leur diplôme de médecine n'est pas reconnu en France. Cette non-reconnaissance a non seulement été une découverte, mais également un étonnement voir une stupéfaction pour certains.

> *« Je ne savais pas, je ne serai jamais arrivé sinon. J'étais professeur assistant à l'université, j'avais une carrière donc voilà je ne savais pas que j'aurai tous ces problèmes-là. »* (Régis, homme, 43 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

> *« Du tout, mais alors du tout ! Pour vous dire quand je suis arrivé, je suis allé au Conseil de l'Ordre et ils étaient surpris parce que je leur ai dit que je venais faire une demande pour que je puisse exercer en fait. Ils m'ont dit « vous venez d'où ? ». Je leur ai dit que je viens du Maroc et que j'ai un diplôme marocain et ils ont dit « Oulala, doucement, doucement ». C'est là que j'ai compris que c'est très compliqué. »* (Abbad, homme, 47 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1992)

> *« J'ai tout découvert, la carte bleue, le chéquier, la non-reconnaissance du diplôme, etc., j'ai tout découvert ! »* (Ana, femme, 56 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 1989)

Certains PADHUE n'ont pas pensé à se renseigner sur la reconnaissance de leur diplôme et sur les conditions d'exercice au moment où ils décident de venir en France. Il leur semblait logique et évident qu'ils pourraient exercer au vu de l'enseignement quasi similaire au programme français qu'ils ont reçu dans les facultés de leur pays d'origine. L'enseignement en langue française effectué par beaucoup de professeurs français, mais également les liens

étroits entre des universités françaises et des facultés situées dans des pays faisant partie de l'ex-empire colonial français ont laissé penser à une partie des PADHUE qu'ils pourraient travailler librement en France. La découverte de la non-reconnaissance de leur diplôme a donc engendré une certaine déception voire même une amertume chez certains praticiens. Par contre, pour quelques-uns qui n'envisageaient pas de rester en France, cette découverte n'a eu aucune importance à leurs yeux.

> *« Non je ne savais pas parce que c'était facile avant. Les gens qui venaient faire les études, ils faisaient des diplômes, ils avaient du travail et ils rentraient donc on n'avait pas de notion de chercher à savoir s'il fallait reconnaître, pas reconnaître, on ne pensait même pas à ça. »* (Asad, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

La plupart des médecins au courant de la non-reconnaissance lors de leur arrivée reconnaissent n'avoir prêté aucune importance à cette information lors de l'élaboration de leur projet, car leur objectif était simplement de faire des diplômes complémentaires et/ou d'avoir une expérience professionnelle avant de retourner dans leur pays d'origine. Il paraît donc logique que la reconnaissance de leur diplôme ne les ait pas préoccupés. Deux autres profils, plus occasionnels, sont ressortis parmi les médecins informés sur la non-reconnaissance. Premièrement, il y a ceux qui étaient contraints de quitter leur pays en raison de leurs opinions politiques ou de conflits armés. Pour ces praticiens, la non-reconnaissance de leur diplôme leur paraissait totalement secondaire. Deuxièmement, il y a ceux qui souhaitaient venir exercer et s'installer définitivement en France même s'il fallait repasser des concours et des examens. Parmi ces médecins, la plupart pensaient qu'il suffisait de passer un simple examen et ils ignoraient la longueur et la complexité de la procédure.

Finalement, qu'ils aient été informés ou non que leur diplôme n'est pas reconnu par le système de santé français, la quasi-totalité des PADHUE exprime un sentiment d'injustice vis-à-vis de leurs confrères diplômés en Union européenne. Il leur paraît complètement illogique et aberrant qu'ils soient soumis à un long processus de re-certification tandis que les praticiens diplômés en UE doivent juste passer un entretien auprès du CNOM pour obtenir l'autorisation d'exercice.

> *« Il y a un peu d'injustice parce que si on prend un exemple tout simple, la Roumanie, en 2007, c'était un pays qui ne faisait pas partie de l'Union européenne donc les diplômes roumains n'étaient pas reconnus et du jour au lendemain ils se retrouvent reconnus comme s'il y avait quelque chose qui avait changé, ça ne veut absolument rien dire ! Un diplôme il vaut ce qu'il vaut ou alors il est reconnu depuis toujours ou alors il ne l'est pas. »* (Sofiane, homme, 32 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 2004)

> *« Pour moi ce n'est pas normal. Pour moi tous les médecins étrangers, du moment qu'ils n'ont pas un diplôme français, ils doivent passer un examen. Si on doit faire passer un examen aux médecins diplômés hors Union européenne, je pense que les médecins diplômés en Europe doivent le passer aussi parce qu'ils*

n'ont pas un diplôme français non plus. » (Sariaka, femme, 38 ans, née et diplômée à Madagascar, arrivée en France en 2003)

Durant les entretiens, les médecins insistent sur la non-équité au niveau de la reconnaissance des diplômes entre les PADHUE et les médecins diplômés en Europe. Certains d'entre eux sont tellement fâchés de cette situation qu'ils vont jusqu'à exposer de mauvaises expériences qu'ils ont eues avec des collègues roumains, bulgares ou encore polonais. D'autres disent que des médecins obtiennent souvent leur qualification ordinale alors qu'ils parlent mal français. Tous les praticiens proposent alors des solutions pour remédier à ce qu'ils considèrent comme une « injustice ». Ils s'accordent à dire que :

- Soit il faut une reconnaissance directe pour tous les médecins, quelque soit le pays dans lequel a été obtenu le doctorat de médecine.

- Soit il faut que tous les médecins diplômés à l'étranger passent et valident le concours de PH pour obtenir le plein exercice.

- Soit il faut que tous les médecins diplômés à l'étranger soient soumis à la même procédure de reconnaissance. Cela signifie que si un médecin diplômé en UE souhaite exercer en France il doit passer le concours PAE exactement au même titre que les PADHUE.

Les praticiens savent que ces propositions sont utopistes et ne seront pas appliquées principalement en raison de la dernière législation qui interdit le recrutement de nouveaux PADHUE. Par ailleurs, il semble évident qu'à travers ces recommandations, les médecins veulent exposer ce qu'ils auraient souhaité avoir comme procédure de reconnaissance. Il faut dire qu'il existe une certaine ambiguïté dans le système français concernant la re-certification des médecins. Les PADHUE sont tous soumis au même système de reconnaissance alors que de nombreux médecins ont eu une grande partie de leurs enseignements assurés par des enseignants français au sein de leur pays d'origine et que d'autres ont fait une partie ou la presque totalité de leurs études en France. En fait, tout médecin qui a effectué sa première année de médecine dans un pays hors UE est automatiquement considéré comme PADHUE, même s'il a effectué tout le reste de son cursus universitaire en France. Pour ces médecins, *« la re-certification apparaît alors comme une épreuve de validation supplémentaire et dès lors injustifiée voire injuste. Aux yeux des intéressés, il s'agit moins de re-certifier des compétences que de naturaliser un diplôme »* (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 87). Au vu de la particularité de la situation, nous comprenons pourquoi les PADHUE parlent avec une certaine aigreur de leurs confrères diplômés en Union européenne.

5.2.2. La déception face aux formations de spécialité

Quelques médecins expriment une certaine déception vis-à-vis des formations de spécialité qu'ils sont venus faire en France. Des praticiens déclarent qu'une bonne partie des praticiens et professeurs responsables de l'encadrement des diplômes de spécialité leur faisaient clairement comprendre qu'ils leur portaient peu ou pas d'intérêt, car ils partaient du principe qu'ils allaient retourner exercer dans leur pays d'origine. Les médecins expliquent que les

professeurs donnaient systématiquement la priorité aux internes français et qu'ils devaient faire preuve de patience et de stratégies pour pouvoir récupérer des gardes et trouver de bons stages.

> *« Cette spécialité je l'ai volée, je ne l'ai pas apprise, c'est-à-dire en forçant la main, je voulais vraiment apprendre, j'ai volé. Je n'ai jamais vu un chef qui m'a dit « allez viens je vais t'apprendre à faire quelque chose ». »* (Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

> *« C'était colonial parce qu'en même temps on dit « on vous fait un diplôme », en même temps ils ne s'occupaient pas bien de la formation du diplôme. Moi je me suis formé tout seul, je ne dois rien à personne, franchement. […] Ils* (les enseignants) *faisaient ça juste pour le titre de prof parce qu'ils sont responsables des DIS. Bon il y en a qui faisaient bien leur boulot, mais je pense que ce n'est même pas 1 %, donc en fait chacun se forme comme il veut. »* (Larbi, homme, 49 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1984)

> *« Oui j'ai été déçu de l'AFS, oui ce n'était pas ce que j'attendais. […] On est censé avoir les mêmes responsabilités au niveau travail que des internes français ce qui n'a pas eu lieu. Moi je passais mes semestres tranquillement, l'un après l'autre, 7 semestres à peu près sans avoir eu vraiment d'évaluations, d'examens ou d'encadrements. »* (Nahid, homme, 34 ans, né en France et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2004)

Des praticiens confient que les responsables de ces enseignements, principalement des DIS, étaient généralement très laxistes et ils laissaient les étudiants travailler où ils le souhaitaient. Selon leurs dires, il arrivait que des étudiants prennent des postes dans des services n'ayant rien à voir avec leur future spécialité parce que les services appropriés à leur formation ne les rémunéraient pas. Alors que certains médecins travaillaient gracieusement de jour dans leur service de prédilection et de nuit dans des services rémunérateurs, d'autres se retrouvaient spécialistes alors qu'ils avaient passé la quasi-totalité de leur temps dans des services inappropriés à leur formation, mais sources de salaires tels que les services d'urgence ou de psychiatrie. Cette tolérance permettait non seulement à des PADHUE d'aller jusqu'au bout de leur spécialité, mais elle a également eu comme effet d'entraîner une certaine dévalorisation de ces diplômes aux yeux de certains chefs de service diplômés en France. Même si la plupart d'entre eux sont plutôt fiers d'avoir appris une spécialité en « autoformation », ils regrettent que la France leur ait offert une formation au rabais parce qu'ils ont un diplôme de médecine étranger.

5.3. Une précarité durable

Durant les entretiens, les PADHUE mettent en avant le fait qu'ils ont été non seulement corvéables à merci et mal payés, mais également qu'ils ont été maintenus dans *« le flou total »*[91] dans le sens où ils ne savaient jamais si leur contrat allait être reconduit d'un

[91] Khalid, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1999.

semestre à l'autre. J'ai choisi de rejoindre une définition de la précarité afin d'étudier la situation dénoncée par les PADHUE. « *L'acceptation moderne de précarité renvoie principalement à ce dont l'avenir, la durée, la solidarité n'est pas assurée, à ce qui est instable et incertain, à ce qui est court, fugace ou fugitif, voire à ce qui est délicat et fragile* » (Cingolani, 2011, p. 5). Nous allons voir que la précarité des PADHUE puise son origine dans leurs statuts hospitaliers, qu'elle revêt un caractère durable et ne se limite pas au seul pan professionnel.

5.3.1. Des statuts précaires

Durant le chapitre 2, nous avons vu que les PADHUE subissent une discrimination légale puisqu'ils sont soumis à des statuts spécifiques tant qu'ils n'obtiennent pas la plénitude d'exercice. Selon David Robi (2003), les discriminations légales sont un facteur manifeste de précarisation des étrangers dans le domaine de l'emploi. En effet, en légalisant l'exceptionnalité, le droit confère au travail précaire une fonction d'ajustement entre activité et main d'œuvre (Cingolani, 2011). Le travail temporaire et le contrat à durée déterminée conviennent pour adapter l'hôpital aux variations du nombre d'internes d'un semestre à l'autre ainsi qu'aux fluctuations de l'activité saisonnière. Les statuts de ces médecins étant la source de leur précarité, il paraît nécessaire de définir la précarité de l'emploi. Tout d'abord, c'est la discontinuité et l'intermittence des contrats de travail qui apparaissent comme capitaux pour définir la précarité de l'emploi. Ensuite, l'emploi précaire expose également à de faibles revenus ainsi qu'à un déficit plus ou moins grand de protection. *« Il déroge aux règles statutaires, comme pour les auxiliaires de la fonction publique, ou aux conditions de licenciement, comme pour les contrats à durée déterminée »* (Cingolani, 2011, p. 25). Finalement, c'est la discontinuité du travail associé à de modestes revenus ainsi qu'à une médiocre - voire quasi-absence de - protection de l'État qui crée une situation de précarité de l'emploi. L'ensemble de ces critères ressort très distinctement dans les discours des PADHUE rencontrés.

> *« Nous sommes à usage unique, du personnel à usage unique. Il y a du boulot, on t'embauche, après il n'y a pas de boulot, tu vas dehors. […] La France est spécialiste en euphémisme, la figure littéraire pour laquelle on appelle d'une façon différente ce que l'on doit appeler un chat, un chat, mais on te donne des décorations donc on crée ce qu'on appelle pudiquement un statut, un statut. Le statut d'associé c'est la précarité, le statut c'est ça, vous êtes précaires, point barre ! »* (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

> *« Que les hôpitaux se permettent de les recruter avec des salaires de misère, ça, je ne suis pas d'accord et c'est des choses qui existent depuis 20 ans comme ça, c'est la grande hypocrisie ! »* (Ali, homme, 58 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1992)

> *« C'est voulu parce que pour eux c'est intéressant. Imaginez s'ils donnent le diplôme à tout le monde, plus personne ne reste à l'hôpital, il y a des hôpitaux qui mettent la clé sous la porte. Donc on garde ça, on garde cette pression, on te garde attaché et ainsi de suite pour te maintenir et avoir une main basse sur les médecins étrangers. »* (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990)

Les médecins dénoncent ces situations de précarité, mais surtout le fait qu'ils sont ou ont été « enfermés » dans cet état fragile et incertain durant de nombreuses années. Tandis que certains parlent d'une *« tricherie »*[92], d'autres évoquent un « *esclavage des médecins étrangers* »[93] dans le sens où « *ils veulent des médecins qualifiés qui assurent le travail et qui sont mal payés »*[94]. Par ailleurs, c'est le terme « hypocrisie » qui est le plus souvent utilisé pour définir leurs conditions d'emploi et leurs statuts. Plusieurs médecins disent même que leurs statuts sont tellement précaires que les infirmières, les sages-femmes ou encore les aides-soignantes qui travaillent sous leurs ordres sont mieux rémunérées qu'eux. *« Ce passage par l'emploi précaire est loin d'être facilement assumé par les personnes qualifiées et beaucoup le vivent comme une injuste régression »* (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 95-96). L'inscription dans le précaire a de multiples répercussions sur la vie des personnes en termes de difficultés financières, matérielles, administratives ou encore de conditions de travail. Le caractère précaire des statuts des PADHUE est à l'origine de refus de regroupement familial, de la nationalité française ou encore de location d'appartements.

> *« J'ai fait une demande de regroupement familial, mais on me l'a refusé. La seule explication qu'on m'a donnée c'est « vous êtes FFI et c'est précaire ». C'est précaire pour une famille, les enfants, tout ça.»* (Bachir, homme, 42 ans, né au Liban et diplômé en Russie, arrivé en France en 2006)

> *« Je reçois la réponse me disant « Monsieur, votre dossier de demande d'acquisition de la nationalité française est bien rempli, les impôts bien payés, il y a tout ce qu'il faut pour un dossier sauf que vous ne pouvez pas exercer la médecine de façon pérenne donc votre dossier est ajourné ». (…) Je ne vois pas pourquoi, j'exerce la médecine, je prescris à des gens, on est là l'hôpital on exerce et quand même on n'est pas reconnu. On est là, on ne travaille pas au noir, bref c'est une mentalité un peu hypocrite »* (Medhi, homme, 35 ans, né et diplômé en Tunisie, arrivé en France en 2001)

Le degré de la précarité induit par les discriminations légales varie considérablement d'un individu à l'autre, car de nombreux facteurs sont à prendre en compte. Cela peut aller d'une perturbation temporaire des équilibres familiaux à une déstabilisation durable (Robi, 2003). Finalement, l'inscription dans le précaire *« est porteuse d'effets durables. Ces situations sont lourdes non seulement de blessures d'amour-propre, les individus estimant leurs compétences*

[92] Rahim, homme, 56 ans, né au Liban et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1987.
[93] Larbi, homme, 49 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1984.
[94] Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991.

non reconnues, déniées par la société d'accueil, mais cette précarité d'entrée de carrière se traduit aussi par une différence sensible avec leurs confrères européens » (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 96). Au-delà des impacts de la précarité sur la vie quotidienne des praticiens, nous allons voir que ceux-ci sont particulièrement heurtés par le caractère durable de leur précarité qui leur semble intentionnellement organisée par les pouvoirs publics français.

5.3.2. Les difficultés d'obtention du plein exercice de la médecine

Parmi les 52 PADHUE rencontrés, 22 ont la plénitude d'exercice et 30 ne possèdent pas encore le plein exercice de la médecine.

Tableau 17 : Nombre d'années d'exercice sous les statuts spécifiques aux PADHUE des praticiens rencontrés possédant le plein exercice de la médecine

Nombre d'années d'exercice comme médecin de l'arrivée en France à l'obtention du plein exercice	**<5 ans**	**5 ans à 10 ans**	**11 ans à 16 ans**	**>16 ans**	**Total**
Nombre de PADHUE avec le plein exercice	**2**	**6**	**13**	**1**	**22**

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (février 2014©)

Les 22 médecins, qui ont pleinement intégré le corps médical français, ont en moyenne mis 12 ans pour obtenir la plénitude d'exercice. Le tableau 17 (p. 173) montre que la majeure partie d'entre eux ont exercé entre 11 et 16 ans en France avant d'obtenir ladite autorisation. Seuls 2 praticiens ont reçu le plein exercice en moins de 5 ans. Ces 2 PADHUE sont des cas particuliers puisque l'un d'entre eux a obtenu le plein exercice, car son pays est entré dans l'Union européenne et l'autre l'a obtenu par le biais d'une procédure particulière, la procédure Hocsman (cf. frise chronologique).

Tableau 18 : Nombre d'années d'exercice sous les statuts spécifiques aux PADHUE des praticiens ne possédant pas le plein exercice de la médecine

Nombre d'années d'exercice comme médecin de l'arrivée en France à l'entretien	**<5 ans**	**5 ans à 10 ans**	**11 ans à 16 ans**	**>16 ans**	**Total**
Nombre de PADHUE sans le plein exercice	**7**	**15**	**3**	**5**	**30**

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (février 2014©)

Les 30 PADHUE, qui exercent toujours au moment de l'enquête sous des statuts particuliers, travaillent en moyenne depuis 9 ans comme médecin en France. Il est important de préciser que seules les années d'exercice comme médecin sont prises en compte dans ces deux tableaux. Les années de travail dans d'autres professions n'y sont pas comptabilisées. Ces

données illustrent la difficulté et la longueur des procédures que dénoncent les PADHUE. Pour eux, il s'agit clairement d'une volonté de l'État de les garder le plus longtemps possible sous ce type de statuts précaires pour deux principales raisons. Premièrement, parce que ces statuts les obligent à exercer à l'hôpital public. Deuxièmement, parce que leurs salaires sont nettement inférieurs à ceux des médecins possédant le plein exercice.

> *« Qu'on mette des examens pour l'équivalence, qu'on mette des choses comme ça d'accord. Mais qu'on mette des barrières et qu'on mette des dispositifs administratifs pour bloquer les gens, non.»* (Ali, homme, 58 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1992)

> *« On rencontre des dispositions, des dispositifs, un système qui nous exclut constamment et on rame à contre-courant. […] Ceux qui sont arrivés avant le 3 août 2010 peuvent continuer à exercer, donc même parmi nous ils font de la discrimination, et même nous on fait des clivages en catégories, ceux d'avant, ceux d'après, mais pourquoi ? »* (Régis, homme, 43 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

Les médecins accusent l'État et les différents gouvernements d'avoir mis en place des procédures complexes et changeantes. Selon eux, ces procédures demandent de remplir un grand nombre de critères afin de les empêcher d'évoluer le plus longtemps possible. Les entretiens révèlent qu'il arrive que la démarche de reconnaissance dure plusieurs années après l'obtention de la procédure ou de l'examen en raison de problèmes administratifs. Parmi les PADHUE qui ne possèdent pas le plein exercice de la médecine, trois expliquent que le ministère a perdu leur dossier devant leur permettre de passer devant la commission de la PAE (cf. schéma 4, p. 105). Pour l'un d'entre eux, son dossier a même été égaré à deux reprises et ce bien qu'il ait écrit plusieurs fois à différents ministres. Ces deux pertes de dossiers ont systématiquement engendré un refus de la reconnaissance. Pourtant, cet homme a obtenu un examen, il a fait tous les stages exigés, il a 60 ans et il exerce en France depuis 28 ans.

> *« Une fois, on m'a dit qu'on a perdu mon dossier parce qu'ils avaient eu un déménagement au ministère. Alors j'ai refait un autre dossier et je l'ai envoyé puis j'attends toujours. Bientôt, je vais aller à la retraite et je ne serai jamais reconnu. […] Il faut avoir le cœur bien solide. D'ailleurs, j'ai fait un infarctus il y a un an pour ça. Parce qu'entre les soucis, les autorisations que je ne reçois toujours pas, le stress au bloc opératoire, les problèmes de ceci, de cela, à un certain moment ça a claqué. »* (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983)

> *« Moi j'ai passé des examens, j'ai passé le fameux NPA. J'envoie mon dossier, mon dossier s'égare, mon dossier disparaît. Je réussis à savoir que mon dossier a été égaré 1 an et demi après l'avoir déposé. J'appelle le ministère pour leur dire que mon dossier est égaré, que j'ai des preuves qu'ils l'ont reçu. […] Ils m'ont dit*

> *« Monsieur vous pouvez venir le chercher dans la poubelle au ministère parce qu'il y a tellement de choses qu'on perd ». C'était ma vie, mon destin !»* (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

Plusieurs médecins dénoncent également *« l'absurdité »*[95] du système qui exige que des PADHUE passent un examen et réalisent des stages pratiques pour obtenir la fameuse autorisation alors qu'ils travaillent en France depuis des dizaines d'années.

> *« L'exemple que je disais concernant le concours* (PAE)*, c'est : vous avez un chauffeur de bus qui conduit depuis des années et après plusieurs années on lui dit qu'il faut passer le permis de conduire. »* (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

Durant les entretiens, la majorité des médecins dénoncent la situation précaire dans laquelle ils sont cloisonnés durant de nombreuses années. Pour nombre d'entre eux, il s'agit d'une situation *« humainement pas acceptable »*[96] qui les oblige à faire quotidiennement preuve d'adaptation.

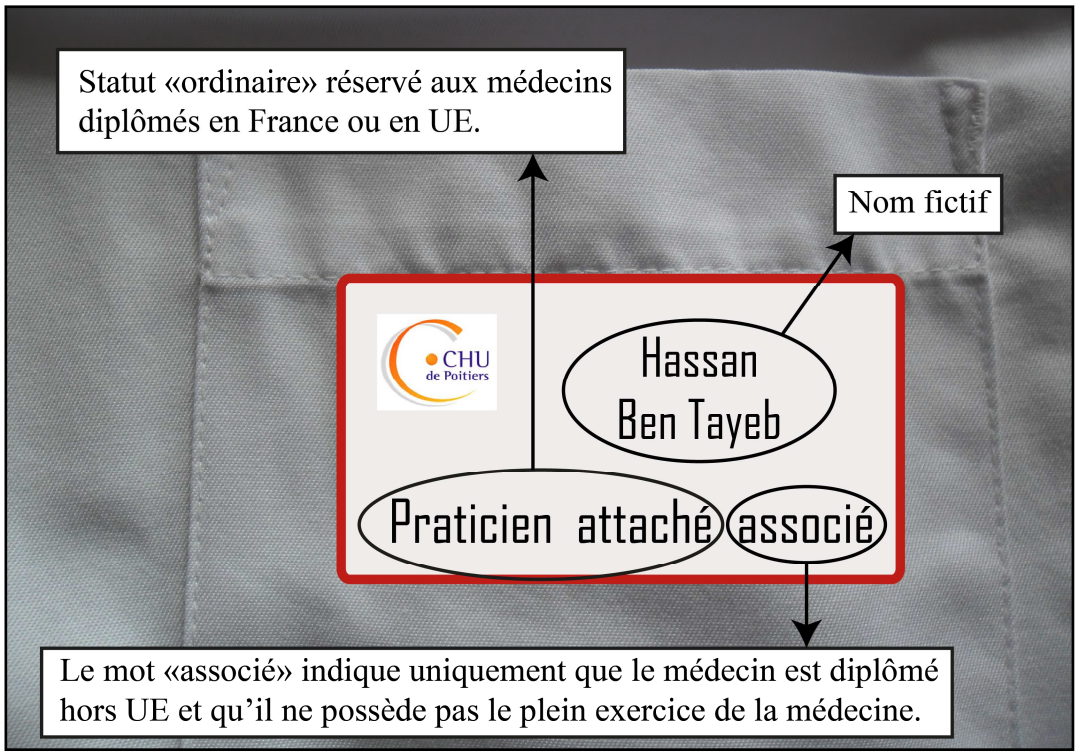
5.4. Les adaptations comportementales dues à une assignation symbolique produite par le droit

De manière générale, un changement de contexte professionnel peut avoir un impact positif (migration qualifiante), négatif (migration déqualifiante) ou neutre en termes de reconnaissance et de mise en œuvre des compétences professionnelles des migrants (Berset et *al*., 1999). Concernant les PADHUE, ils parlent de leur quotidien parfois éreintant en tant que médecins étrangers ou d'origine étrangère dans leur milieu de travail. Ils expliquent que le personnel hospitalier voit souvent leurs diplômes étrangers d'un mauvais œil et qu'il les soupçonne même parfois d'incompétence. Comme la notion de compétence est polysémique et relève depuis peu du vocabulaire scientifique, il me paraît nécessaire de la définir. J'ai retenu la définition de Sandra Bellier, professeur de gestion des ressources humaines. Selon elle, *« la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière intégrée »* (Bellier, 2011, p. 232). Lors de son arrivée en France, un PADHUE se reconnaît des compétences qu'il propose aux hôpitaux, par exemple une spécialité en radiologie. De son côté, l'hôpital attend également un certain nombre de compétences qui ne sont pas forcément les mêmes que celles offertes par le praticien. Se met alors en place un processus d'adaptation / négociation entre l'offre du médecin et les besoins de l'employeur (Berset et *al*., 1999). À leur arrivée dans les hôpitaux français, les PADHUE se voient donc soumis à une discrimination légale doublée d'un processus d'adaptation /négociation. Le problème est qu'ils ne peuvent que très difficilement sortir de cette situation en raison du caractère « affiché » de la discrimination. Comme nous pouvons le voir sur le schéma 7 (p.

[95] Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991.
[96] Xiang, femme, 49 ans, née et diplômée en Chine, arrivée en France en 1990.

176), les statuts spécifiques aux PADHUE sont clairement identifiables sur leur blouse. Ces désignations les font entrer dans des catégorisations administratives donc le but est « *d'en faire un groupe distinct,* (et) *de ne pas les assimiler au sort professionnel commun.* » (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 101). Ces médecins sont donc maintenus dans la différence et ils sont très distinctement classés à part, bien qu'ils présentent des caractéristiques très différentes (physique, langue, culture, religion, coutumes) (Lochard, Mailland et Viprey, 2007).

Schéma 7: exemple d'étiquette cousue à la blouse des PADHUE ne possédant pas le plein exercice de la médecine



Réalisation : Victoire Cottereau (novembre 2014©)

Visible par tout le personnel de l'hôpital, cet étiquetage des PADHUE sous des statuts dévalorisants ne se limite pas à la sphère administrative et engendre de nombreuses conséquences au quotidien. Tout d'abord, il procède à une certaine présomption d'incompétence, de préjugés et de dépréciations de la part des autres employés. Ensuite, il autorise les gens à les classer dans une catégorie inférieure aux médecins diplômés en France (cf. schéma 6, p. 164). Enfin, ces deux premières conséquences entraînent parfois des conduites et comportements discriminatoires envers ces praticiens. Finalement, « *force est de constater que ce classement à la fois distingue, met à part et infériorise. En même temps qu'il nomme, il minore et donc déprécie ceux qu'ils désignent comme des suppléants, des auxiliaires (« faisant fonction », « associé ») à côté des titulaires, de ceux qui exercent avec un titre* » (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 103). Durant les entretiens, les PADHUE dénoncent ouvertement cette logique catégorisante et ils révèlent les multiples impacts qu'elle peut avoir durant les années où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Face à une assignation symbolique produite par le droit, nous allons voir quels types d'adaptations

comportementales adoptent les médecins pour se faire accepter par le personnel hospitalier et obtenir une place décente au sein de la hiérarchie médicale hospitalière.

5.4.1. Justifier leur rôle et leurs compétences auprès du personnel hospitalier

La plupart des médecins expliquent qu'ils doivent travailler plus que les praticiens diplômés en France durant la période où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Ils disent que le fait de posséder un diplôme étranger non reconnu crée une sorte d'obligation de justifier leur présence et leurs compétences de façon quotidienne et permanente. Selon Marc-Olivier Déplaude, les responsables hospitaliers locaux cherchent avant tout à assurer le fonctionnement de leurs services et à maintenir des conditions de travail acceptables pour les médecins titulaires. C'est pour cette raison que ces derniers délèguent aux PADHUE une part importante du « sale boulot » hospitalier, comme les gardes, les urgences ou la psychiatrie (Déplaude, 2011).

> *« Comme tu es médecin étranger, tu dois faire encore plus pour pouvoir racheter une certaine reconnaissance. À l'hôpital de Mont-de-Marsan[97], pendant toutes ces années où j'ai été assistant, mon patron quand il partait en vacances moi j'étais là pour assumer la chirurgie, les gardes de chirurgie pendant son absence dans le service et de tous les collègues qui étaient dans d'autres services. Dès qu'il y avait une urgence vasculaire qui arrivait, même quand je n'étais pas de garde, ils savaient qu'ils pouvaient m'appeler. »* (Gabriel, homme, 52 ans, né et diplômé en Égypte, arrivé en France en 1988)

> *« Moi je suis toujours considéré comme la dernière roue du carrosse de l'hôpital qui est là à faire tout ce que les autres ne veulent pas faire. Je vous dis la vérité, si c'est trop sale, si ça pue, on me dit, ça te dit de faire ça ?»* (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983)

> *« Beaucoup de choses, il y a des critiques, des demandes, des choses. Dans les hôpitaux, il y a toujours des choses que les autres ne veulent pas faire donc ils t'envoient. Tu fais ceci-cela, tu restes tout le temps dans le service. Eux ils te disent : « nous on part manger à midi donc tu vas manger à l'internat parce qu'on veut quelqu'un sur place. » Tout ça, j'ai accepté ! »* (Xiang, femme, 49 ans, née et diplômée en Chine, arrivée en France en 1990)

> *« On me criait dessus, mais je ne répondais pas, car j'avais peur de perdre le poste. »* (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004)

Le fait que ces médecins fassent le travail que personne ne veut faire ou les horaires et les gardes les plus inconfortables ne révèle en aucun cas de la simple politesse ou gentillesse de la part des PADHUE. En réalité, ils font des concessions et acceptent d'avoir d'importantes

[97] Nom de lieu réel, car le parcours du médecin est cartographié (cf. carte 15).

charges de travail uniquement parce que les statuts sous lesquels ils exercent les mettent dans une position inconfortable. La peur de ne pas voir leurs contrats renouvelés pousse certains médecins à dire « oui » à tout ce que les PH titulaires leur demandent. « *D'après une enquête conduite par le ministère chargé de la Santé en 1994-1995, les médecins d'origine extracommunautaire accomplissent alors 6,1 nuitées de garde par mois en moyenne, contre 3,8 pour les médecins étrangers d'origine communautaire, probablement soumis à un régime proche de celui des médecins français. Compte tenu de la précarité de leur statut et de la faiblesse de leurs revenus, la grande majorité des médecins à diplôme extracommunautaire doivent accepter les postes délaissés par les internes et les médecins français et effectuer les tâches qu'ils rechignent le plus à accomplir* » (Déplaude, 2011, p. 221). De nombreuses anecdotes racontées par les PADHUE montrent que des titulaires profitent de cette situation. Par exemple, certains PH imposent à des PADHUE d'opérer à leur place et en leur nom durant leurs soirées ou leurs weekends de garde.

> *« En fait je faisais des gardes de nuit. Le chirurgien il était chez lui et moi je suis là. Les trucs que je peux faire toute seule je les faisais, mais si je juge qu'il y a une grosse intervention, là j'appelle le chirurgien. »* (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

Cette femme explique qu'elle faisait des gardes de nuit dans un service de chirurgie. Cela permettait au chirurgien de rester chez lui et de ne se déplacer que pour les interventions importantes. Pourtant, cette femme est médecin généraliste de formation et elle n'a jamais été chirurgienne. De surcroît, elle était employée dans une clinique privée qui n'avait aucun droit d'employer des praticiens à diplôme extra-européen.

Ce genre de situation non seulement illégale, mais potentiellement dangereuse pour les patients, est loin d'être un cas isolé. Plusieurs médecins avouent avoir travaillé dans ce genre de conditions sans n'avoir jamais rien dit, car ils avaient besoin de gagner de l'argent et parce qu'ils ne souhaitaient pas rendre encore plus difficile le chemin vers la reconnaissance. Quelques rares médecins avouent s'être tout de même opposés à leur chef de service. Le résultat le plus fréquent est le non-renouvellement du contrat du PADHUE, mais parfois certains de leurs collègues n'hésitent pas à leur proférer des menaces.

> *« Il* (son chef de service) *m'a même dit carrément si tu ne fais pas ce que je te dis, je dirai que tu as fait une faute professionnelle, tu ne pourras plus exercer en France et tu vas rentrer chez toi…voilà c'était carrément des menaces. Bon je ne pense pas que ce soit un cas isolé, car il est arrivé la même chose à un autre collègue qui est marocain. »* (Xiang, femme, 49 ans, née et diplômée en Chine, arrivée en France en 1990).

Au-delà des menaces de licenciement voire d'expulsion, les PADHUE expliquent être fréquemment victimes de racisme de la part de leurs confrères diplômés en France.

5.4.2. Expérience du racisme et de la violence

Dans leur quotidien, les médecins diplômés hors UE sont notamment confrontés à l'imaginaire de la société d'accueil qui nourrit des attentes stéréotypées à l'égard de cette catégorie de professionnels (Lochard, Mailland et Viprey, 2007). Dans l'inconscient collectif, le médecin est souvent vu comme étant un homme blanc.

> *« Ça arrive que le patient accepte mal que ce soit un noir qui est le médecin qui va le soigner. Par exemple une patiente arrive, l'infirmière l'installe et lui dit que le médecin va venir au bout de quelques minutes. J'arrive, je lui dis bonjour et je lui dis que je suis le docteur machin…et puis au bout d'un certain temps, elle me regarde et elle me dit, mais « où est le médecin ? » » Et puis bon ça se voyait que c'était une personne bien instruite, alors je lui dis : « Madame, est-ce que vous savez lire ? » et puis bon ça a remis les choses en place. Surtout que je me présente systématiquement… mais bon ça ne me dérange plus. On est rodé ! »* (Manjary, homme, 42 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

> *« Moi je n'ai jamais eu de problème avec les patients, mais j'ai eu des échos de certains collègues noirs. Par exemple j'ai un ami sénégalais très compétent à qui une femme qui sortait d'un examen lui a dit : « quand est-ce que vous allez me remonter ? » Elle le prenait pour un aide-soignant alors que c'était un médecin radiologue spécialiste. On ne peut pas généraliser à tout le monde, mais quand on voit un infirmier et une femme médecin, on a tendance à parler à l'homme comme médecin et à la femme comme infirmière. Ce sont des aprioris parfois que les gens ont. Donc s'il y a un homme et une femme, l'homme qui est brancardier on le prend pour le médecin et la femme qui est médecin on la prend pour l'infirmière, toujours ! »* (Youssef, homme, 53 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1987)

> *« Certains patients, ils le disent : « Vous êtes arabe et moi je ne veux pas me faire soigner pas une Arabe ». Et oui ils nous le disent comme ça les yeux dans les yeux « vous êtes arabe vous ne me touchez pas ».* (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

Toutefois, la majorité des PADHUE expliquent s'être habitués à ce type de réflexion et ne plus y porter d'importance. En revanche, ils indiquent être beaucoup plus affectés par les comportements et propos émanant de confrères. De nombreux PADHUE déclarent subir des réflexions racistes et/ou connaître des violences morales ou physiques de la part de médecins diplômés en France durant la période où ils n'ont pas plein exercice de la médecine. Le cas le plus fréquemment évoqué est les réflexions racistes lors des entretiens d'embauches. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas de racisme avéré, mais plutôt de réponses évasives ou dilatoires telles que « désolé, le poste vient juste d'être pourvu ». Or, lorsque le poste est fréquemment republié dans les semaines qui suivent, les médecins tirent souvent l'inévitable conclusion que le chef de service est raciste et qu'il n'accepte pas de travailler avec des

médecins originaires d'Afrique ou du Maghreb. Toutefois, dans certains cas, des chefs de service n'hésitent pas à exposer le fond de leur pensée, souvent nourrie de clichés.

> *« Il* (le chef de service du SAMU d'un hôpital) *me dit : nous on n'aime pas trop les Algériens parce que vous êtes des gens misogynes, vous vous comportez mal avec les femmes. »* (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie., arrivé en France en 1991)

> *« Le chef de service était un raciste et en voyant mon nom il croyait que ce n'était pas africain. Alors quand je suis arrivé, il m'a regardé et il m'a dit « vous savez on a eu beaucoup de problèmes avec des gens comme vous ». J'ai dit « ça veut dire quoi des gens comme moi ? Parce que je suis black ou parce que j'ai un diplôme étranger ? Qu'est-ce que ça veut dire des gens comme moi ? Je ne comprends pas, vous m'expliquez ? » J'ai dit « si c'est comme ça vous le gardez votre poste, je n'en ai pas besoin ». […] J'ai claqué la porte, je suis parti. »* (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983)

Dans les cas extrêmes, certains médecins disent que des collègues leur font des réflexions racistes au quotidien enfin de les forcer à quitter l'hôpital. Un PADHUE a même évoqué un cas de violence physique.

> *« Il y avait un chirurgien qui avait l'habitude avec les pinces de frapper les mains de l'aide qui était là, le FFI qui était là, de le taper parce qu'il était énervé parce que les choses ne se passaient pas comme il voulait. Alors il le frappait avec une pince métallique ! Ça faisait des hématomes ! Jusqu'au jour où il y a eu un Africain qui faisait deux mètres, dans les 90 kilos, qui a cramponné le chirurgien, il l'a collé contre le mur en pleine chirurgie, en intervention, il a dit « vous ne me tapez pas ! » Et attention, tu sais comment ça s'est fini ? C'est l'Africain qui a terminé à la porte sans travail, sans rien et l'autre, le chirurgien, il n'a pas été interpellé, rien, personne ne l'a touché, voilà comment ça se passe, c'est la réalité. »* (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

Durant la période où ils travaillent sous des statuts de FFI ou d'associés, presque tous les PADHUE disent supporter des réflexions désobligeantes, des situations vexantes, voire humiliantes, de la part de médecins diplômés en France. Ce quotidien éreintant ne cesse de leur rappeler qu'ils sont les *« bouche-trous »*[98] des hôpitaux. Le problème est que ces expériences personnelles peuvent réactiver les traumatismes de l'histoire et faire ressurgir un imaginaire colonial fait de vexations et d'infériorisation (Lochard, Mailland et Viprey, 2007). Cela explique que cette situation engendre chez beaucoup d'entre eux des déceptions, des regrets et un effondrement de l'imaginaire et de l'idéal qu'ils s'étaient construits de la France.

[98] Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993.

De façon plus ou moins consciente, ce contexte pousse de nombreux PADHUE à se sous-estimer et à limiter leurs ambitions professionnelles.

> *« Vous savez j'ai passé des années avant de pouvoir réaliser que je pouvais avoir un bureau comme ça, avoir une secrétaire, avoir une consultation, savoir que les gens vous respectent, et bé c'est horrible de passer votre vie à vivre comme ça. »* (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Dessin 1: Représentation caricaturale d'un PADHUE en train d'opérer

Source : Dessin de Jiho au sein de l'article « Médecins et bagnard » de Sarah Delattre paru dans le Siné Mensuel n° 23 de septembre 2013.

Dans la volonté de s'intégrer professionnellement et de ne plus être assimilé aux « médecins étrangers », un médecin explique qu'il a rencontré un PADHUE qui a fait le choix radical de changer de nom et de prénom. Mais ce genre de conduite adaptative ne fait guère l'unanimité parmi les médecins rencontrés. Aucun n'a souhaité la francisation de son nom ou prénom lors de l'obtention de la nationalité française.

> *« À la préfecture, ils m'ont demandé si je voulais changer de nom, j'ai dit « Non pourquoi je voudrais changer de nom ? Non, mais c'est vrai ! » « Et de prénom ? » « Non, je ne veux ni changer de nom et de prénom. » (…), mais je pense que derrière cette question c'est peut-être une crainte qui est relativement légitime donc moi je comprends un peu que cette personne me demande ça, c'est pour éviter un peu… enfin je pense que vous avez compris. »* (Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Finalement, la plupart des PADHUE font le choix de passer au-dessus des réflexions, préjugés et divers comportements racistes et de tout mettre en œuvre pour être reconnus pour les compétences médicales.

5.4.3. La quête de la reconnaissance

Les travaux sur le métier d'infirmière ou d'aide-soignante montrent que le prestige de ces fonctions dépend à la fois de la reconnaissance administrative, mais également des luttes quotidiennes pour faire valoir telle ou telle compétence. Selon Serge Paugam, *« il existe, en effet, entre les médecins, les infirmières, les aides-soignantes et les agents de service hospitalier une forte hiérarchie fondée sur une définition des tâches, des plus nobles aux plus subalternes. Chaque catégorie cherche à se débarrasser des activités les moins gratifiantes en les faisant réaliser par la catégorie inférieure »* (2000, p. 189). Le problème est que la place des PADHUE, ne possédant pas le plein exercice de la médecine, n'est pas clairement définie au sein de la hiérarchie hospitalière. Chaque médecin doit y créer sa place. Ainsi, il peut arriver que le personnel, ayant normalement une position inférieure au médecin, puisse prendre le dessus, au moins de façon provisoire (cf. schéma 6, p. 164).

> *« Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise, j'étais naïf tout simplement, naïf à un point que la nuit je travaillais avec une aide-soignante qui me commandait carrément. »* (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004)

Afin d'éviter ce type de relégation, les médecins doivent trouver les moyens de s'imposer et de se faire respecter par le personnel hospitalier. Le moyen le plus fréquemment employé par les médecins pour justifier leurs compétences est l'obtention de nombreux diplômes complémentaires. La majorité des PADHUE rencontrés cumulent un nombre parfois considérable de DU ou de capacités. Selon Yves Lochard et *al. « 90 % en possèdent au moins deux et 17,9 % en affichent plus que quatre contre seulement 1,6 % des médecins européens »* (2007, p. 95)

> *« Moi personnellement je dois me justifier tout le temps. Je dois être plus bardé de diplômes que les autres. Ma femme elle me dit « il y a un moment où il faut que tu arrêtes ! » Je ne compte plus mes diplômes, mais franchement, je ne les compte plus. J'ai des diplômes d'urgence, une feuille entière, j'ai des diplômes de réanimation, une feuille, j'ai des diplômes d'échographie, de médecine vasculaire, une feuille ! J'en ai marre, mais tout ça parce qu'il faut se justifier tout le temps. »* (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Si ce cumul de diplôme peut être vu comme un moyen de prolonger leur formation en France et de différer leur retour dans leur pays d'origine, il s'agit plus souvent d'une aspiration à montrer qu'ils sont au même niveau que leurs confrères nationaux (Coldefy, 1999).

Durant toute la période où ils ne possèdent pas la plénitude d'exercice, les PADHUE sont plongés dans une sorte de combat permanent pour faire reconnaître leurs compétences par le

personnel hospitalier. Malheureusement, parfois l'acquisition de multiples diplômes ou l'effort de perdre un accent ne suffisent pas pour que ces médecins soient reconnus à leur juste valeur. Comme le dit Emmanuel Lévinas, certaines caractéristiques sont *« irrémissibles »* comme la couleur de la peau (1998, p. 98). Ainsi, les PADHUE font parfois face à des frontières quasi infranchissables durant leur carrière en France pouvant engendrer une grande déception.

5.5. De la déception à la fierté

La plus ou moins longue période d'exercice sans la plénitude d'exercice fait régulièrement naître un sentiment de déclassement chez les PADHUE. Pour certains, cette impression de déclassement génère un sentiment de désenchantement, allant parfois jusqu'à transformer la déception en véritable amertume. En effet, *« pour des individus qui avaient la conviction que les études préservaient de l'échec professionnel et assuraient une place hiérarchique élevée, c'est la désillusion »* (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 97). Face à l'effondrement de leurs attentes et de l'image qu'ils avaient de la France avant de partir, de nombreux médecins ont l'impression d'avoir en quelque sorte été trompés. Pourtant nous allons voir que lorsque les praticiens intègrent pleinement le corps médical français, cette difficile période devient plus facile à relativiser. La plupart du temps la déception se mue en détermination, en persévérance pour aboutir à une certaine fierté.

5.5.1. Des parcours qu'ils ne referaient pas

La grande majorité des PADHUE avouent qu'ils ne seraient pas venus en France s'ils avaient su à l'avance toutes les difficultés auxquelles ils allaient être confrontés durant leur parcours professionnel. Au contraire, certains d'entre eux disent que s'ils avaient su cela, ils auraient choisi une autre destination ou bien ils seraient restés dans leur pays d'origine.

> *« Si je pouvais revenir en arrière, moi je ne serai pas allé ici, j'aurai été mieux chez moi, oui. »* (Olivier, homme, 45 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

> *« Je ne peux pas revenir en arrière, mais toutes ces années comme ça… perdues. Je pense que oui, si c'était à refaire moi je ne le referai pas quoi. Je ferai autre chose parce que j'avais beaucoup de projets, beaucoup de rêves qui ne se sont pas réalisés. Ce n'est pas que je ne suis pas satisfait de ma situation actuelle, non pas du tout, mais j'aurai pu faire plus. »* (Chakib, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990)

> *« Je n'aurai jamais dû poser les pieds en France. J'aurai dû rester en Algérie, être comme eux, être bien dans ma tête, il n'y a pas de stress, il n'y a pas d'angoisse, il n'y a pas besoin de courir partout pour ton parcours. […] Après quand je commençais à faire le bilan de ma vie depuis que je suis ici, arrivé en France, je n'ai pas fait grand-chose en fin de compte. »* (Mohamed, homme, 51 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1989)

La plupart des PADHUE affirment qu'ils ne feraient pas la même chose en raison de la législation spécifique à laquelle ils sont soumis. Celle-ci a des impacts différents sur la vie de chaque individu et ce sont le plus souvent ces conséquences qui forgent l'opinion que leur parcours ne mérite pas d'être refait. Tandis que certains regrettent des moments où ils sont éloignés de leur famille ou d'avoir abandonné leur spécialité de prédilection, d'autres mettent sur le compte de ce contexte particulier l'échec de leur mariage. Certains d'entre eux dénoncent également les difficultés pour leurs proches de venir leur rendre visite en France. *« Pour les étrangers extra-communautaires, il est souvent très difficile d'obtenir un visa pour des proches souhaitant leur rendre visite même temporairement »* (Robi, 2003, p. 39). Cette situation est principalement indiquée par les Algériens, car les visas de tourisme pour la France sont délivrés avec parcimonie depuis les années 1990 pour les personnes originaires d'Algérie.

> *« Mes parents étant Algériens, vous savez le visa est très dur à obtenir pour les Algériens. (…) Ma mère est venue une fois seulement chez nous en 2005. La pauvre pour avoir le visa, elle a dû aller au seul consulat qui était ouvert, c'est celui d'Alger. Il a donc fallu qu'elle fasse 500 km aller et 500 km retour et y passer presque toute la nuit, au lieu d'être à l'hôtel à dormir. Dès 4 h du matin il fallait faire la queue comme du bétail devant le consulat français pour pouvoir passer. Ceux qui viennent à 7h du matin, ils savent qu'ils ne passeront pas, donc vous voyez…ce n'est pas facile. »* (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

> *« Pire encore moi je suis français et mon père, même s'il a la nationalité algérienne, pour avoir le visa pour entrer me voir, on lui donne pas. (…) Je ne vois pas pourquoi mon père, on lui a accordé le visa 2 fois et là ça fait la 5e fois qu'on ne lui autorise pas de rentrer. Je ne sais pas soit on est des citoyens tous pareils ou non ? Mon père il a 70 ans et il n'a pas vocation à venir vivre en France, enfin bon. »* (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Finalement, quelles que soient les raisons, nombreux sont ceux qui déclarent être fatigués par ces années de *« galère »*[99] difficiles à supporter psychologiquement. Certains médecins admettent avoir eu de grandes angoisses, développer des problèmes de santé et parfois même avoir vécu des épisodes dépressifs.

> *« Tu sais c'est la souffrance permanente, c'est de se sentir minable en permanence, de se sentir exploité en permanence, de se sentir mal dans sa peau en permanence et puis on finit par avaler des cachetons pour croire que la réalité elle a une couleur différente, de « Lexomil », des conneries comme ça. »* (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

[99] Saïd, homme, 49 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1990.

> *« Il fallait que je parte* (dans son pays d'origine) *à ce moment-là parce que je commençais à avoir des réactions épidermiques et ça n'aurait pas été bon pour moi de rester à ce moment-là. Si j'étais resté, j'aurai fait une grosse connerie et j'aurai zigouillé quelqu'un. »* (Grégoire, homme, 53 ans, né et diplômé au Togo, arrivé en France en 1989)

Quelques médecins expliquent d'ailleurs qu'ils déconseillent aux jeunes diplômés de leur pays d'origine de venir tenter leur chance en France. Seuls de rares praticiens mentionnent qu'ils ne disent absolument rien à leurs cadets, car ils sont encore un peu amers que leurs aînés ne les aient pas prévenus des obstacles qui les attendaient en France.

5.5.2. La fierté d'avoir pleinement intégré le corps médical français

Lorsque j'ai demandé aux médecins de faire un bilan de leur parcours et de dire quel ressenti ils éprouvent au moment de l'entretien vis-à-vis de celui-ci, deux types de réponses sont ressortis. Premièrement, les PADHUE en début de carrière et/ou qui ne possèdent pas la plénitude d'exercice déclarent principalement qu'ils sont déçus, qu'ils envisagent de partir dans un autre pays ou qu'il est trop tôt pour pouvoir établir un bilan. Le deuxième type de réponse concerne surtout les PADHUE possédant la plénitude d'exercice et/ou étant en France depuis de nombreuses années. Ces praticiens disent éprouver un véritable sentiment de fierté par rapport à leur parcours. En fin de compte, pour la plupart des PADHUE l'obtention du plein exercice de la médecine est vécue comme un tel soulagement qu'ils relativisent et positivent la période où ils étaient bercés par l'incertitude et la précarité. Au vu des multiples barrières qui se sont dressées au fil de leur parcours, nous comprenons que pour certains médecins l'inscription au CNOM apparaît à leurs yeux comme un véritable exploit.

> *« En conclusion oui, je suis fier de ce que j'ai fait ! »* (Issam, homme, 37 ans, né et diplômé en Irak, arrivé en France en 2002)

> « *Oui, je suis fier de moi, honnêtement je suis fier de moi parce que malgré tous les obstacles je suis arrivé à m'en sortir. Bon moi je dis toujours le travail ça paye un jour ou un autre donc il n'y a pas de problème. »* (Assim, homme, 52 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1988)

Malgré des parcours semés d'incertitudes et d'embuches, certains médecins expriment même une certaine reconnaissance à la France pour leur avoir offert la possibilité de venir exercer dans son système de santé. Des PADHUE disent que cette ouverture vers la France leur a permis d'apprendre beaucoup de choses et que finalement ils sont bénéfiques aux hôpitaux français et inversement.

> *« C'est donnant-donnant pour l'hôpital, pour le système de soins français, pour le médecin aussi qui n'aspire qu'à ça. »* (Ando, homme, 28 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2007)

« Il faut dire la vérité, il ne faut pas cracher dans la soupe. On est quand même bien, on travaille bien, on a du matériel, on vit bien, on gagne bien. Non, je ne vais pas cracher dans la soupe, on est bien formé, on profite du système de santé le meilleur au monde aussi bien pour servir que pour travailler. » (Hassan, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en 1985)

« Même si c'est dur au début, je remercie la France déjà de nous avoir ouvert un petit peu la brèche pour rentrer. Après chacun il se débrouille comme il peut, mais je suis fier.» (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie en 1990)

Finalement, après avoir réussi *« un parcours du combattant »*[100], il paraît logique que la majorité des PADHUE ressentent un sentiment de fierté, voire même d'accomplissement.

Conclusion du chapitre 5

Durant ce chapitre, nous nous sommes penchés sur le ressenti et le point de vue des PADHUE sur leur place au sein du système de santé français. Les médecins dénoncent principalement la catégorisation administrative à laquelle ils sont soumis par le droit durant la période où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Il faut dire qu'en plus d'une faible rémunération et des statuts précaires, cette catégorisation présente la particularité de les laisser dans une position instable au sein de la hiérarchie médicale hospitalière. Celle-ci les pousse ainsi à adapter leurs comportements, à fermer les yeux sur certaines situations et à se « battre » pour obtenir une place respectable au sein de la hiérarchie hospitalière. Plusieurs conséquences découlent principalement de cette adaptabilité. Tout d'abord, ces médecins sont quasiment exclus de la « noblesse médicale » et ils sont appelés à travailler plus que leurs confrères nationaux afin de lever les soupçons d'incompétences qui pèsent sur eux (Balazs et Rosenberg-Reiner, 2005). Ensuite, ils sont bien souvent contraints d'occuper les *« interstices au sein de l'appareil hospitalier, des disciplines en partie délaissées par leurs homologues français, des catégories d'établissements ou des zones géographiques déficitaires »* (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 108). Enfin, ces praticiens doivent souvent subir sans rechigner des discriminations ou des réflexions racistes, sous peine de rendre le chemin de la reconnaissance encore plus difficile. Finalement, nous constatons qu'*« il existe une articulation entre la discrimination institutionnelle, inscrite dans les textes réglementaires (niveau de rémunération et conditions de travail, désavantages liés au statut) et les pratiques discriminatoires plus diffuses, plus difficilement perceptibles (nombre de gardes que les médecins étrangers se trouvent contraints d'accepter, relations difficiles avec le collectif de travail, défiance sur la compétence »* (Lochard, Mailland et Viprey., 2007, p. 108). Comme le souligne S. Paugam, c'est bien l'effet des processus d'étiquetage et du déni de reconnaissance qui génère l'invisibilité des PADHUE au sein de l'hôpital public français (Paugam et *al.*, 2011).

[100] Grégoire, homme, 53 ans, né et diplômé au Togo, arrivé en France en 1989.

Chapitre 6
Quand la mobilité se transforme en migration : les raisons de l'installation en France

---

« L'étranger (…) n'est pas ce personnage qu'on a souvent décrit dans le passé, le voyageur qui arrive un jour et repart le lendemain, mais plutôt la personne arrivée aujourd'hui et qui restera demain, le voyageur potentiel en quelque sorte : bien qu'il n'est pas poursuivi son chemin, il n'a pas tout à fait abandonné la liberté d'aller et de venir. »

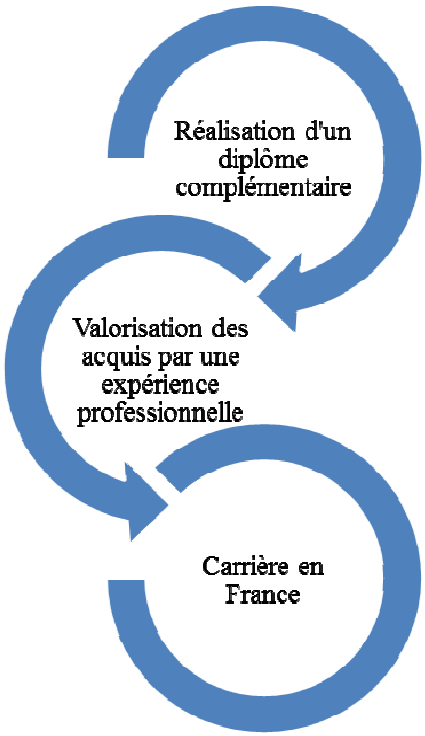
(Simmel, 1979, p. 53)

Introduction du chapitre 6

Parmi les PADHUE rencontrés, seuls quelques rares médecins disent avoir quitté leurs pays d'origine avec l'intention de s'installer définitivement en France. Initialement, la majeure partie des praticiens diplômés hors UE sont venus en France dans l'idée d'y travailler quelques années et/ou de faire un diplôme complémentaire avant de repartir exercer dans leurs pays d'origine (cf. chapitre 4, p. 139). Par la suite, les médecins ont souvent décidé de prolonger un peu leur séjour afin de valoriser les compétences acquises en France. Progressivement, ces praticiens ont donc glissé sur la lente pente menant à l'installation définitive.

La plupart des PADHUE n'ont pas décidé à un moment précis qu'ils allaient demeurer sur le territoire français. Cette décision s'est principalement prise au cours des années et des événements. Cet enchaînement d'événements a eu pour conséquence de progressivement déterminer l'installation en France et d'éloigner le projet de retour dans le pays d'origine de la quasi-totalité des PADHUE. Il faut dire que la question du sentiment d'appartenance influence énormément la décision de rester en France ou de rentrer définitivement dans le pays d'origine. D'une part, les médecins reconnaissent des avantages à vivre en France comme le fait d'exercer dans un système de santé performant. Mais ces avantages sont minimisés par un certain nombre d'inconvénients comme le fait de toujours se sentir considéré comme des étrangers par de nombreuses personnes. D'autre part, si la plupart des PADHUE revendiquent leur identité d'origine, ils ne se reconnaissent généralement plus dans la société où ils sont nés. Les médecins développent souvent un regard critique vis-à-vis de leurs sociétés d'origines qui ont souvent évolué pendant leurs migrations. Pour ceux qui ont toujours vécu dans l'intention d'un retour, c'est lorsque le moment fatidique se présente qu'ils se retrouvent directement confrontés avec la réalité de leur propre identité (Schaeffer, 2001). Durant ce chapitre, je ne vais pas m'arrêter sur la construction identitaire des migrants qui a déjà fait l'objet de nombreuses recherches telles que celles d'Abdelmalek Sayad (1999), de John W. Berry (1999) ou encore de Carmel Camilleri (1999). Ce qui m'intéresse ici, c'est de décrypter les étapes et facteurs qui rendent le retour définitif pratiquement irréalisable.

Schéma 8: Les principales étapes menant à la réalisation d'une carrière professionnelle en France



Réalisation : Victoire Cottereau (octobre 2014©)

Nous allons voir que certains médecins qui ont fait le choix de retourner travailler dans leur pays d'origine sont finalement revenus en France pour de multiples raisons. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'envisager l'avenir, et plus particulièrement la retraite, de nombreux migrants réactualisent et envisagent de nouveau le projet de retour. En effet, il paraît difficile de faire le choix de passer le reste de ses jours loin de sa terre d'origine, car cela *« revint à renoncer définitivement au projet de retour, et par là, à faire une croix sur l'élément fondateur du départ »* (Schaeffer, 2001, p. 166). Au fil de ce chapitre, nous allons voir comment cette mobilité étudiante s'est progressivement transformée en migration internationale. Pour ce faire, j'ai choisi d'analyser les arguments et justifications que les praticiens apportent sur l'évolution de leur projet migratoire. Nous nous arrêterons non seulement sur les facteurs qui ont modifié le projet, mais également sur les réponses envisagées par les PADHUE afin de ne pas complètement abandonner leur projet d'origine.

6.1. Les raisons qui incitent les médecins à rester en France

Aujourd'hui, le sujet de l'installation familiale des migrants à l'étranger est souvent abordé à travers le « mythe du retour ». *« En effet, il est de plus en plus rare de voir des chefs de famille rentrer définitivement dans leur pays d'origine, laissant là enfants et petits-enfants non désireux de s'installer au sein d'une société qui, même si elle a fait naître leurs parents, leur est devenue étrangère. »* (Schaeffer, 2001, p. 170). Si la plupart des PADHUE ont rencontré leur mari ou leur femme en France et y ont eu leurs enfants, le projet de retour au pays s'est souvent étendu à toute la famille. Le projet individuel devient alors un projet

familial à part entière. Afin de pouvoir réaliser ce projet, les parents s'investissent souvent en perspective de ce retour dans le pays d'origine, parfois en y achetant une maison ou en y faisant des placements financiers. Certains tâchent même « *de donner une éducation qui permette à leurs enfants d'y vivre un jour sans être trop « décalés », faisant parfois des efforts pour qu'ils s'y rendent régulièrement et ne perdent pas le contact. Mais au fil des années la réalité s'impose : la plupart des enfants resteront en France et les parents auprès d'eux* » (Robi, 2003, p. 110). Effectivement, les raisons qui incitent le plus les praticiens à rester en France sont d'ordre familial. 34 médecins expliquent s'être installés en France ou y être revenus en raison d'une rencontre, d'un mariage, de leurs enfants ou d'un problème de santé d'un membre de leur famille. Nous allons voir quels sont les différents motifs familiaux qui conduisent les PADHUE à suspendre leur projet de retour au pays.

6.1.1. Les mariages

La rencontre d'un(e) Français(e) est la principale raison, ayant modifié le projet migratoire. En plus des sept médecins qui sont venus en France pour rejoindre leur compagne ou compagnon, 15 autres médecins ont décidé de prolonger temporairement ou définitivement leur séjour en France en raison d'un mariage, d'un pacs ou d'un concubinage.

> « *On rencontre la femme de sa vie et puis voilà on reste, c'était ça.* » (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

> « *Si je ne m'étais pas marié, je ne serais pas là, je serais rentré.* » (Assim, homme, 52 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1988)

Plusieurs PADHUE disent qu'ils ont prévenu leur épouse que le mariage ne remettait pas en question leur choix de rentrer dans leur pays d'origine. Ainsi, en s'engageant dans une relation, les compagnes ont pleinement accepté le projet de retour des praticiens. Le projet individuel s'est métamorphosé alors un projet collectif. Pourtant, rares sont les couples qui ont vu aboutir ce projet.

À ce titre, les deux principaux cas de figure rencontrés sont très éloignés du désir et des objectifs initiaux. Tout d'abord, il y a ceux qui sont rentrés avec toute leur famille, mais qui sont finalement revenus en France au bout de quelques années. Puis, il y a ceux qui ne sont jamais retournés dans leur pays d'origine, car ils ont divorcé ou se sont séparés de leur conjoint. Les PADHUE dans cette situation ont alors été contraints de renoncer à leur projet de retour, car ils souhaitaient rester proches de leurs enfants.

> « *Je suis bloqué en France à cause de mon petit, je ne peux plus quitter la France.* » (Régis, homme, 43 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

Le mariage ou n'importe quelle autre forme d'engagement avec une personne française apparaît clairement comme un facteur de prolongement du temps de présence en France.

Pourtant, celui-ci ne marque que rarement un point final au projet initial. À l'inverse, nous allons voir que les enfants sont déterminants dans la redéfinition du projet migratoire.

6.1.2. Les enfants

Sur les 52 praticiens interrogés, 21 indiquent que leurs enfants ont été la raison essentielle du retour en France ou du non-retour dans leur pays d'origine. La plupart des médecins qui sont rentrés dans leur pays d'origine avec leur famille ont décidé de revenir en France pour la scolarisation de leurs enfants. Certains disent qu'ils ne voulaient pas faire subir à leurs enfants les mêmes difficultés qu'ils ont rencontrées à cause d'un diplôme non reconnu en France. D'autres expliquent qu'ils ne souhaitaient pas que leurs enfants grandissent dans un pays dans lequel les problèmes religieux ou politiques s'accroissent. Enfin, un praticien rapporte que les études des enfants auraient coûté beaucoup plus cher dans son pays d'origine qu'en France.

> *« Dès qu'on s'est connu, moi je lui ai dit que j'allais rentrer et elle était d'accord. Tous les deux on était d'accord. Et vraiment si on est revenu, c'est vraiment pour les enfants, pour moi c'est vraiment ça. […] Elle ce qui la dérangeait beaucoup c'est qu'elle avait peur que les enfants rencontrent les mêmes difficultés que moi pour les diplômes. »* (Hassan, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1985)

> *« Je suis revenu ici parce que là-bas les enfants grandissent, quand on s'est habitué ici, c'est plus difficile là-bas […] Ma femme elle ne voulait pas revenir, mais moi j'ai dit je ne veux pas continuer là-bas avec la montée de l'islamisme et tout. »* (Charif, homme, 54 ans, né et diplômé eu Maroc, arrivé en France en 1984)

Des médecins ont décidé de rester en France pour la scolarisation de leurs enfants, parce qu'ils ne voulaient pas les perturber ou encore parce qu'ils avaient peur qu'ils ne s'adaptent pas dans leur pays d'origine.

> *« Après avec l'arrivée des enfants, ça nous a scotchés. »* (Maamar, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1989)

> *« Moi je voulais repartir en Centrafrique, mais un enfant est né. »* (Marius, homme, 40 ans, né en République centrafricaine et diplômé au Maroc, arrivé en France en 2003)

> *« C'est par rapport aux enfants. Eux ils ont l'habitude un peu du luxe entre guillemets donc retourner là-bas pour y rester je ne pense pas qu'ils vont accepter. »* (Olivier, homme, 45 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

> *« J'ai pensé à repartir. J'ai pesé le pour et le contre. Moi je pourrais trouver un poste de médecin sans souci ou alors je me dis je vais ouvrir mon cabinet là-bas. (…) Les études en Algérie aujourd'hui c'est en langue arabe (…) donc j'ai réfléchi à ça. Mais franchement aujourd'hui ce sont mes filles qui priment sur*

moi, sur mon intérêt à moi. » (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

Plusieurs médecins, surtout ceux qui ont divorcé et qui n'ont pas refait leur vie, expliquent qu'ils ont toujours l'envie de retourner dans leurs pays d'origine. Ils ne repartent pas parce qu'ils estiment que leurs enfants priment sur leur projet et leurs envies. Comme l'explique David Robi : *« c'est avant tout par les enfants que s'impose la modification du projet de retour, c'est le parcours des enfants qui fait autorité parce qu'il prend le dessus, par la force des choses»* (2003, p. 111). Leurs enfants sont nés en France, ont toujours vécu en France et, à ce titre, il est impensable pour certains médecins d'envisager de les emmener dans un autre pays même si cela modifie complètement leur projet personnel.

6.1.3. Les problèmes de santé de membres de la famille

Quatre médecins ont fait le choix de venir temporairement en France pour traiter un problème de santé de leur compagne ou d'un de leurs enfants. Deux couples malgaches ont quitté leur pays d'origine parce qu'ils n'arrivaient pas à avoir d'enfant et qu'ils savaient que les techniques disponibles en France allaient croître considérablement leurs chances de concevoir. Le premier couple a réussi à avoir un enfant au bout de 4 ans puis un second au bout de 5 ans. Le second couple a réussi également à concevoir un enfant au bout de 4 ans. En raison de ces succès et des habitudes de vie prises en France, les deux couples ont finalement décidé de s'installer définitivement en France.

Deux autres médecins sont venus en France pour soigner des membres de leur famille. Les maladies dont souffrent leurs proches sont incurables et nécessitent à vie des soins qui n'existent pas ou sont de piètre qualité dans leur pays d'origine. Voulant offrir le meilleur traitement possible à leur proche, ces PADHUE ont laissé tout ce qu'ils avaient construit dans leur pays d'origine pour venir vivre en France.

> *« Maintenant il y a deux choses : il y a la maladie de ma femme et puis il y a mes enfants qui sont scolarisés ici donc c'est fini. Maintenant je peux plus revenir ou je vais revenir seul. Ils ne vont pas suivre, ça ce n'est pas possible, l'aîné il parle un petit peu l'arabe, la fille un tout petit peu, mais le petit rien du tout. »* (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004)

La famille apparaît comme un élément essentiel amenant certains médecins à remettre en question ou à reporter ultérieurement leur souhait personnel et leur projet migratoire initial. Envisager un retour définitif dans le pays d'origine peut signifier aux praticiens qu'ils abandonnent le monde familial, mais également social qu'ils ont construit en France (Schaeffer, 2001). De surcroît, la perte du caractère individuel du projet le rend simultanément plus complexe, car celui-ci inclut désormais plusieurs personnes qui peuvent avoir des souhaits différents. En fin de compte, la constitution d'une famille en migration rend la décision de retour beaucoup plus difficile - voire impossible à prendre- pour de nombreux

médecins. Mais pour certains, la décision du retour ne se joue pas au niveau familial, mais au niveau politique et gouvernemental.

6.2. Les raisons qui bloquent le retour dans le pays d'origine

Parmi tous les PADHUE rencontrés, un seul n'a absolument aucune possibilité de retourner un jour dans un pays d'origine en raison de son statut de réfugié. Pour beaucoup de médecins, les projets de retour dans le pays d'origine sont parfois modifiés ou repoussés en raison de conflits armés ou d'instabilités politiques. Le retour est donc possible au niveau juridique, mais inenvisageable au niveau personnel ou psychologique. Le cas le plus fréquemment rencontré est celui de médecins diplômés en Algérie venus en France au début des années 1990 qui avaient décidé d'attendre que l'Algérie soit pacifiée pour y retourner. Six praticiens ont espéré pendant plusieurs années le retour au calme dans leur pays d'origine pour envisager de rentrer. Finalement, le conflit ayant duré une dizaine d'années, les médecins ont construit leur vie en France et ils ne souhaitaient plus repartir au moment où l'occasion s'est enfin présentée.

> *« J'ai repoussé mon retour en Algérie parce que ça a duré quand même 5 ou 6 ans cette histoire* (la guerre civile)*. Puis c'est le mariage avec mon épouse. Puis c'était un peu difficile de changer complètement de vie parce que le fait d'être attaché à une personne et puis commencer à avoir des enfants, c'est un peu difficile de changer. Et puis le pays aussi il était quand même dans un état lamentable. »* (Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

> *« C'était on verra comment ça va se passe, chaque année, puis année après année, après année et malheureusement ça a duré longtemps. Malheureusement ça a duré plus de 10 ans et on vit. Après il y a les enfants, après qu'est-ce qu'on fait ? Ils sont scolarisés, on rentre ? On ne rentre pas ? Et après ce n'est pas la guerre civile en elle-même c'est les effets secondaires aussi. Après le pays il est à plat, il faut reconstruire, qu'est-ce qu'on va faire ? »* (Asad, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

> *« D'après les calculs en Algérie, il y a 6000 médecins qui sont à l'étranger. Donc le nouveau président Bouteflika, il voulait les récupérer et il nous a amnistiés quand il y a eu les élections. Il nous a facilité, il a dit si vous voulez investir dans les cliniques en privé, on vous donne le prêt. Mais c'était trop tard, nous c'est ce qu'on dit maintenant, ce n'est pas 15 ans après qu'on vient nous chercher, il fallait le faire avant. Il vaut mieux maintenant s'occuper des jeunes, nous c'est trop tard, nous on a fait notre vie. La majorité sont mariés et ils ont des enfants, ils sont scolarisés ici, voilà, donc c'est difficile. »* (Mohamed, homme, 51 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1989)

Il ressort des entretiens que la longueur de la guerre civile algérienne a eu pour conséquence l'installation définitive de nombreux médecins d'origine algérienne en France. Un des

médecins explique qu'il garde des nouvelles de ses camarades de promotion de médecine, et affirme ainsi qu'une bonne partie d'entre eux travaillent en France aujourd'hui.

D'autres raisons d'ordre politique et/ou militaire ont également eu raison du projet de retour de plusieurs PADHUE. Les changements de position par rapport au projet initial d'un retour dans le pays d'origine ont des sources variées. Quelques exemples illustrent la diversité de ces facteurs.

Extraits de parcours de PADHUE

Un médecin originaire de la République centrafricaine envisageait pendant plusieurs années de retourner exercer dans son pays d'origine. Il a changé définitivement d'avis lorsqu'il est retourné dans son pays en 1996 et qu'il s'est retrouvé au milieu d'un coup d'État durant l'enterrement de sa mère. *« J'ai changé d'avis quand j'étais aux obsèques de ma mère. Il y avait une sorte de coup d'État. L'armée nous a bloqués sur la route pendant qu'on allait au cimetière. Ils ont ouvert le cercueil de ma mère en pleine rue pour fouiller en dessous parce que soi-disant on avait des armes. Ça m'a tellement fait mal que quand je suis revenu j'ai dit « bon je n'y retourne plus ». »* (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983)

Un praticien d'origine irakienne a changé son projet du jour au lendemain lorsqu'il a appris la chute du régime de Saddam Hussein en 2003. *« Avant la chute du régime, je ne voulais pas rester ici. L'objectif c'est de faire une formation dans une spécialité et retourner au pays. 6 mois après le régime est parti et il y a eu la troisième guerre du Golfe en 2003. Là j'ai changé mon projet et je commence à réfléchir à rester en France ou partir ailleurs comme en Angleterre. »* (Issam, homme, 37 ans, né et diplômé en Irak, arrivé en France en 2002)

Un médecin d'origine colombienne est retourné vivre dans sa ville natale à Medellín[101] avec son épouse dans les années 1990. Au bout d'une année, ils sont revenus en France, car son épouse ne supportait plus la violence quotidienne et la sensation d'être suivie constamment. *« Il y avait la guerre contre le cartel de Medellín. […] Il y avait Escobar et compagnie et donc c'était un peu violent. Ma femme avait l'impression d'être suivie, car elle était française. […] Elle avait l'impression que les taxis attendaient pour voir où elle rentrait. Après on lui a dit de ne pas rester toute seule, de ne pas sortir toute seule et ça lui plaisait pas donc elle a dit à un moment donné j'en ai marre, je rentre en France. »* (Diego, homme, 51 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

[101] Nom de lieu réel, car le parcours du médecin est cartographié (cf. carte 10).

Finalement, de nombreux PADHUE ont décidé de s'installer, souvent temporairement, en France pour des raisons de sécurité. La plupart d'entre eux ont alors souvent eu l'espoir que la conjoncture allait s'améliorer dans leur pays d'origine et qu'ils pourraient retourner y vivre. Or, la pérennisation des instabilités dans le pays d'origine ou les conséquences de conflits, souvent associées à la construction d'une vie de famille en France, ont fréquemment abrogé le projet de retour au bout de quelques années.

6.3. Les craintes de ne pas se réadapter dans le pays d'origine

Plusieurs médecins expliquent avoir abandonné leur projet de retourner vivre dans leur pays de naissance, car ils estimaient qu'ils allaient rencontrer des difficultés pour se réadapter à différentes échelles. Une première explication *« réside à la fois dans les nombreux obstacles d'ordre économique, social, culturel, voire même politique auxquels se heurtent les candidats au retour définitif »* (Schaeffer, 2001, p. 166). Tandis que des praticiens d'origine malgache évoquent des problèmes liés à la dégradation économique de Madagascar, des médecins d'origine marocaine et algérienne mentionnent principalement des difficultés vis-à-vis de la mentalité et de la manière de vivre. Finalement, en plus d'avoir éloigné pour de multiples raisons les médecins de leur projet initial, la migration a également *« crée de la distance avec l'Autre-semblable, c'est à dire les proches restés au pays. Les trames principales de ces transformations s'inscrivent dans l'inévitable épreuve du réel qu'est la mobilité, et qui implique la déconstruction de l'Ailleurs devenu mythique »* (Fouquet, 2007, p. 90).

> *« Tout ça c'est fini ! Aujourd'hui on y part 2 fois par an. Ce n'est pas possible de s'y installer actuellement, c'est le contexte politique, on aura jamais de stabilité politique. On peut s'installer, mais au bout de 5 ans il y aura une rébellion… »* (Manjary, homme, 42 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

> *« Redémarrer une vie là-bas c'était trop tard. Les mentalités elles ont changé, le terrorisme il a changé tout le monde, c'est dommage. »* (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990)

> *« Maintenant j'ai l'impression que je ne connais pas ce pays parce que je n'ai pas d'amis. Les amis que je connais ils sont partis. Il y a la famille, bon la famille c'est bien, mais au bout d'un certain temps c'est bon. Enfin c'est la mentalité, je ne sais pas. Parfois moi j'ai envie de vivre tout seul, je n'ai pas envie de vivre avec mes frères. Moi si je vis là-bas ça va être très difficile, voire impossible, c'est impossible. »* (Mohamed, homme, 51 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1989)

Cette appréhension de repartir est souvent renforcée par de mauvaises expériences vécues par des amis ou des collègues. Selon les dires des médecins rencontrés, il semblerait que de nombreux praticiens ont tenté de rentrer dans leur pays au bout de quelques années. Malheureusement cette expérience se serait soldée par un échec pour beaucoup d'entre eux, ce qui aurait eu pour conséquence d'en dissuader d'autres d'essayer.

« Je me permets de vous parler de l'expérience d'un collègue (…) il a fait l'expérience de rentrer en Algérie il y a 2 ans. Je connais sa femme et on en avait discuté. J'avais essayé de la dissuader, mais elle m'a dit « bon écoute c'est un projet pour nous, dès que notre aîné fête ses 18 ans, on rentre ». J'ai dit OK. Il a passé son BAC, ils sont rentrés et ça a été un fiasco, carrément une bêtise. Le petit n'arrivait pas à s'adapter parce que tout était arabisé. Une année de perdue ! 3 mois après le père a renvoyé toute sa famille, sa femme avec ces 3 enfants, et lui est resté. Lui il attendait un petit peu pour rentrer définitivement. (…) Un an après tout le monde était revenu et ils ont décidé de rester en France. Trop difficile, système pas pareil du tout et surtout la langue… » (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

Huit médecins sont d'ailleurs retournés exercer dans leur pays d'origine et sont finalement revenus en France au bout de quelques mois ou quelques années. Parmi ces personnes, deux disent être revenues pour leurs enfants, une pour des raisons purement politiques, et les cinq autres parce qu'ils ont estimé qu'ils n'arrivaient pas à exercer correctement leur métier dans leur pays d'origine. Quatre d'entre eux dénoncent les conditions de fonctionnement du système de santé tandis qu'un seul n'a pas réussi faire fonctionner son cabinet médical.

« La psychiatrie, il n'y a aucune prise en charge. Moi j'avais des patients qui arrivaient pour des soins ; soit ils se soignaient soit ils ne se soignaient pas. Ils viennent une ou deux fois et après les familles les enferment chez eux. Surtout les fous, les schizophrènes, ils les enferment chez eux. Ou bien ils vont voir d'autres médecins parce qu'ils disent vous n'arrivez pas à le guérir donc ils vont voir quelqu'un d'autre. Il n'y a pas de moyens. Les gens ne sont pas bien formés et il n'y a pas de moyens. […] Ils donnent des médicaments et c'est tout. C'est un pays sous-développé par rapport à ici donc ce n'est pas la même chose. » (Charif, homme, 54 ans, né et diplômé eu Maroc, arrivé en France en 1984)

« C'était compliqué, quand on rentre, qu'on n'est pas connu, qu'il y a une concurrence qui est féroce dans la mesure où tout le monde, tous les médecins faisaient un peu de gynécologie. Donc moi je suis spécialiste alors que tout le monde tâtait un peu la gynécologie et donc je suis rentré, je ne suis pas connu donc ça n'a pas marché. » (Grégoire, homme, 53 ans, né et diplômé au Togo, arrivé en France en 1989)

Au vu des expériences racontées par leurs confrères, il paraît logique que la raison la plus régulièrement évoquée par les médecins soit la difficulté de se réaccoutumer au système de santé dans leur pays d'origine. Selon les PADHUE, plus le temps d'exercice en France est long, plus il est difficile de pratiquer la médecine dans leur milieu d'origine. Ils prennent un certain nombre d'habitudes lorsqu'ils travaillent en France qui ne sont pas transposables dans des pays aux systèmes de santé moins développés. Ils s'habituent à travailler avec du matériel très pointu de dernière génération et surtout ils n'ont pas besoin de limiter leurs prescriptions

et les examens complémentaires. L'absence de sécurité sociale dans la majeure partie des pays oblige les gens à payer eux-mêmes les frais médicaux. Les médecins doivent alors réfléchir à ne donner que les examens ou les médicaments essentiels pour que le patient puisse avoir les moyens de se faire soigner et/ou pour ne pas faire basculer sa famille entière dans la pauvreté (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Les moyens financiers quasi illimités que les praticiens possèdent en France pour soigner leurs patients font qu'il est plus facile de s'adapter dans le sens pays d'origine / France que dans le sens inverse. Pour certains médecins, le départ est parfois également amendé par la crainte d'investir dans du matériel coûteux, difficilement rentabilisable, ou parce qu'ils ont peur de ne pas arriver à se créer une patientèle.

> *« Je ne crois pas que je pourrais retravailler en Colombie, non. Non parce que j'ai toujours eu, depuis tout le temps, la vision de la médecine qu'il y a ici, c'est-à-dire soigner les gens sans regarder s'ils ont l'argent pour payer. En Colombie aujourd'hui je sais qu'il faut montrer au départ qu'on a l'argent pour payer. Ça nous est arrivé avec ma femme qui a eu un problème de santé en Colombie l'année où on y est allé. À l'hôpital la première chose qu'ils ont demandé avant de l'examiner c'est : est-ce que vous avez de quoi payer ? »* (Diego, homme, 51 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

> *« Sincèrement à cet âge-là ça serait difficile de rejoindre le système de santé. […)] Je n'ai plus l'habitude de travailler là-bas. […] Je n'ai plus cette mentalité et je ne pourrais pas me réintégrer dans mon propre pays dans le domaine de la santé. »* (Youssef, homme, 53 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1987)

> *« Je comptais repartir, mais les conditions étaient plus favorables et intéressantes ici. Et puis de retour au pays il fallait investir, surtout dans le privé et ce n'est pas facile de rembourser à la fin du mois et il y avait beaucoup de soucis pour essayer de monter un cabinet, de s'associer au groupe. »* (Youssef, homme, 53 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1987)

La peur de ne pas parvenir à se réhabituer, associée aux échecs de retours de plusieurs de leurs confrères ou compatriotes, a conforté beaucoup de PADHUE dans l'idée qu'il ne fallait pas qu'ils repartent. En effet, *« tout migrant sait qu'il ne pourra jamais retrouver le monde quitté qui, lui-même, a été affecté par le temps qui passe »* (Jankélévitch, 1974, p. 290). La plupart des PADHUE ne souhaitent pas retourner dans leur pays d'origine, car ils appréhendent de se confronter à des changements économiques et/ou politiques, mais également parce que chaque migrant qui choisit de revenir *« se confronte (…) à la reconstruction de lui-même comme un étranger au sein de sa société d'accueil »* (Fouquet, 2007, p. 93). Comme le dit Georg Simmel, l'étranger se trouve dans une position d'appartenance singulière : *« L'unité de la distance et de la proximité, présente dans toute relation humaine, s'organise ici en une constellation dont la formule la plus brève est celle-ci : la distance à l'intérieur de la relation signifie que la proche est lointain, mais le fait*

même de l'altérité signifie que le lointain est proche » (1979, p. 54). De nombreux PADHUE décident de rester en France afin de ne pas incarner de nouveau la figure de l'étranger, mais également pour ne pas se confronter aux évolutions et changements de leur société d'origine.

> *« Je voulais rentrer en Algérie, mais tout a changé. Je n'ai plus d'amis, j'ai ma famille certes, mais les choses ont changé et moi-même j'ai changé. En fait je suis entre deux rives, je suis ni ici, ni en Algérie. Je me dis que peut être que mes enfants seront mieux que moi, mais moi je suis mal dans ma peau ici et en Algérie. (…) quand j'ai pris ma valise quand j'avais 24 ou 25 ans en partant d'Oran c'était un déchirement et donc reprendre ma valise et repartir encore je ne veux plus revivre ça. »* (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Un seul praticien arrive à avoir des liens forts simultanément en France et dans son pays d'origine. Pour ce faire, il travaille comme médecin en France et possède un cabinet médical au Bénin. Face au manque de moyens dans le domaine médical dans son pays d'origine, ce praticien a ouvert un cabinet dans lequel il emploie plusieurs soignants afin d'offrir des soins assez proches de ceux du système de santé français. Ce praticien a acheté du matériel en France qu'il a envoyé par bateau au Bénin. Le choix d'avoir ouvert un cabinet « de luxe » destiné aux familles béninoises aisées et aux expatriés ne contraint pas cet homme à se soucier du coût des examens et des traitements et lui permet de rester dans un fonctionnement proche du système français.

6.4. Acquisition de la nationalité française et de l'autorisation d'exercice de la médecine : vers une installation définitive.

Les deux éléments qui ont le plus souvent mis un point final au projet de rentrer travailler dans le pays d'origine ou dans un autre pays sont l'obtention de l'autorisation d'exercice et de la nationalité française. Rappelons que ces deux éléments sont indispensables pour pouvoir s'inscrire au Conseil de l'Ordre et prétendre au concours de praticien hospitalier (cf. frise chronologique). Le statut de PH permet d'être un médecin titulaire au sein du secteur hospitalier. L'obtention de l'autorisation d'exercice et de la nationalité est la porte d'entrée de l'intégration du corps médical français et, par conséquent, un facteur essentiel dans la prise de décision de faire carrière en France. De nombreux médecins reconnaissent que l'acquisition de la reconnaissance, de la sécurité de l'emploi et d'une meilleure rémunération a stoppé leur projet de retour. La décision de demander ou pas la nationalité française pour de nombreux PADHUE est donc le résultat d'envies personnelles, mais surtout une décision étroitement liée aux avantages et inconvénients que la nationalité française leur procure au niveau professionnel (Robi, 2003).

> *« Dès que j'ai eu l'autorisation de passer le concours, j'y suis parti et je l'ai eu. À cette époque-là, je commençais à me poser des questions : « je rentre ? Je ne rentre pas ? ». Mais une fois franchement, dès que j'ai eu ma nationalité, la question ne se posait plus. J'ai dit à ma femme on a deux choix soit on a la*

nationalité et dans ce cas on reste sinon on s'en va. […] C'était la condition pour passer le PH, c'était la suite logique. Je ne serai pas resté sinon. » (Saïd, homme, 49 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1990)

En plus des difficultés pour faire reconnaître leur diplôme de médecine, plusieurs PADHUE insistent sur la complexité et les obstacles pour obtenir la nationalité française. La circulaire DPM n° 95-09 du 27 avril 1995 relative aux naturalisations indiquait clairement que les demandes d'étrangers souhaitant exercer des professions soumises à un *numerus clausus* peuvent être refusées (cf. frise chronologique). Par conséquent, de nombreux praticiens déclarent avoir été obligés de faire plusieurs dossiers et avoir attendu des années avant d'arriver à obtenir la nationalité française. Les PADHUE se voient fréquemment refuser la naturalisation française au motif que leur diplôme de médecine n'est pas reconnu. Pourtant, les médecins doivent obligatoirement obtenir la nationalité française (ou une nationalité européenne) pour pouvoir s'inscrire au Tableau de l'Ordre.

« Ma première demande a été rejetée sous prétexte que j'avais un poste précaire. » (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Comme la plupart des immigrés, ces médecins *« n'accèdent à la nationalité française qu'après plusieurs années de résidence en France et sont donc soumis, au moins temporairement sinon sur toute la durée de leur parcours, à un régime défavorable »* (Robi, 2003, p. 34). Plusieurs praticiens mentionnent que pour eux il s'agit d'un moyen mis en place par l'État pour les laisser le plus longtemps possible exercer sous des statuts *« sous-payés »*[102].

« C'était curieux quand j'ai fait la demande, car au départ ils m'ont donné le choix de faire un dossier par mariage ou par carrière de médecin donc j'ai choisi carrière de médecin et c'était très drôle, car c'était quatre fois plus longtemps et mon dossier a été ajourné. Moi je ne voulais pas avoir la nationalité juste grâce à un mariage, j'ai fait un parcours pratiquement sans fautes et bien c'était très drôle, c'était ajourné et on a bien lu les textes, le droit, etc. On a fait un recours et j'ai fait un dossier de 1 kilo ½ à peu près de tous mes diplômes, de toutes les pièces, etc. Heureusement, la réponse était positive. Mais à la place d'avoir la nationalité en 8 mois, j'ai mis 2 ans. » (Mourad, homme, 39 ans, né et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2001)

Mis à part ce médecin, sur les 19 PADHUE qui ont épousé un Français ou une Française, 18 ont demandé et obtenu rapidement la naturalisation par mariage. Parmi les 33 autres médecins rencontrés, une quinzaine ont acquis la nationalité par carrière de médecin, un par naissance, deux par réintégration et 15 ne possèdent pas la nationalité française. Il ressort deux principaux groupes de PADHUE en fonction du mode d'acquisition de la nationalité française : Ceux qui l'ont obtenu par mariage et ceux qui l'ont obtenu par carrière.

[102] Gabriel, homme, 52 ans, né et diplômé en Égypte, arrivé en France en 1988.

Les médecins qui ont obtenu la nationalité par mariage expliquent généralement que cette acquisition facile et rapide n'a nullement changé leur projet de retour. La plupart d'entre eux l'obtiennent d'ailleurs en amont d'une procédure de reconnaissance. Pour ces médecins, ce n'est donc pas l'obtention de la nationalité, mais la validation d'une procédure en vue de faire reconnaître leur diplôme qui a souvent été déterminante dans la décision de s'installer en France. La majorité des PADHUE expliquent qu'ils demandent la nationalité pour être plus stables, pour ne plus avoir besoin d'aller à la préfecture et pour pouvoir voyager plus facilement.

> *« Je l'ai demandé en fait c'est parce que tout simplement pour refaire le titre de séjour de 10 ans, non d'un an, pour le refaire à chaque fois c'est une galère pas possible. Il faut aller faire la queue, ils demandent même le ticket de métro enfin c'est un truc pas possible donc j'ai déposé une demande. »* (Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

> *« Ça ouvre des portes, ça ouvre beaucoup de choses pour le travail, pour les droits, pour voter, etc. Soit on vit ici et on s'intègre directement soit il ne faut pas rester. Moi je suis dans cette phase-là où j'ai commencé à plus rester ici et à moins retourner en Algérie. »* (Asad, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

> *« Moi le seul avantage que j'ai à avoir la nationalité française c'est que je peux voyager, j'aime les voyages et je peux voyager sans visa, c'est tout simplement ça.»* (Abbad, homme, 47 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1992)

Le choix de demander la nationalité française est plus ou moins difficile à prendre en fonction du pays d'origine du médecin. Cette décision est souvent simple pour la majorité des PADHUE car ils peuvent obtenir la double nationalité. Ils gardent donc les avantages de leur nationalité de naissance et acquièrent ceux de la nationalité française. À l'inverse, cette décision est beaucoup plus difficile à prendre pour les quelques praticiens devant obligatoirement renoncer à leur nationalité d'origine pour en obtenir une autre. L'acquisition de la nationalité représente alors soit un lien très fort avec la France soit une décision pour l'intérêt de la famille, car elle remet clairement le projet de retour en question.

> *« J'ai expliqué pourquoi je demande la nationalité française. Ce n'est pas un choix purement personnel parce que du coup j'ai perdu ma nationalité chinoise parce que la Chine n'accepte pas la double nationalité. Je dis que c'était un choix très difficile que j'ai fait vis-à-vis de mes enfants. Si je pars avec eux on a le même passeport, s'il y a un souci on est protégé par le même État. »* (Xiang, femme, 49 ans, née et diplômée en Chine., arrivée en France en 1990)

Mais l'acquisition de la nationalité française n'est pas toujours bénéfique. À leur stupéfaction, l'obtention trop rapide de la nationalité française a obligé deux médecins[103] à abandonner leurs projets de spécialisation. En effet, pour pouvoir s'inscrire à un diplôme de spécialisation pour les PADHUE, il faut avoir un diplôme de médecine validé hors UE et être de nationalité étrangère. Comme ces médecins ont obtenu la nationalité dès leur arrivée en France, ils n'ont pas eu l'autorisation de suivre un cursus de spécialisation.

> *« Quand je suis arrivé, j'ai obtenu en même temps la nationalité française ce qui fait que je n'avais plus le droit à la spécialité. Je suis arrivé, j'ai commencé à travailler un petit peu comme interne et puis j'ai dit je vais faire la spécialité. Je ne connaissais pas trop le système et on m'a dit « vous ne pouvez pas faire la spécialité », car je ne suis pas étranger, je suis français donc je ne peux pas passer la spécialité comme ça. Et en même temps j'ai dit « bon je peux exercer comme médecin » et on me dit non, car j'ai un diplôme étranger, vous voyez un peu le paradoxe. Donc j'étais coincé ce qui fait que pour passer la spécialité c'était très compliqué. Étant français avec un diplôme étranger, c'était très compliqué, il n'y avait pratiquement pas d'issue à l'époque. »* (Abbad, homme, 47 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1992)

À l'inverse, l'acquisition de la nationalité par carrière de médecins est généralement longue et laborieuse. La plupart des PADHUE déclarent avoir déposé plusieurs dossiers et avoir fait preuve de patience et de persévérance pour obtenir la nationalité française. La plupart des médecins obtiennent la nationalité française après une procédure de reconnaissance. Dans ce cas de figure, les médecins sont contraints de continuer à exercer sous des statuts d'associés tant qu'ils n'ont pas la nationalité française puisqu'ils n'ont pas le droit de s'inscrire au CNOM. Un médecin explique qu'il va déposer un deuxième dossier et que s'il n'obtient pas la nationalité il envisage de retourner en Tunisie.

> *« Je le dépose encore, mais je ne suis même pas certain de l'avoir donc si je ne l'ai pas je ne resterai pas. Voilà la conclusion. Non, mais on ne reste pas comme ça, c'est un statut ambigu, voilà. »* (Medhi, homme, 35 ans, né et diplômé en Tunisie, arrivé en France en 2001)

Contrairement aux PADHUE qui ont obtenu la nationalité par mariage, ceux qui l'ont obtenu par carrière sont souvent sensibles et influencés par cette acquisition dans la prise de décision de rester en France. En fin de compte, *« la décision d'acquérir la nationalité française s'accomplit alors prioritairement pour optimiser l'insertion (notamment professionnelle) des membres de la famille pour laquelle la nationalité est une ressource. Elle est aussi appréhendée comme une stratégie de prévention des risques liés à la précarité du statut d'étranger en France. Et elle s'inscrit enfin dans une stratégie de maintien de la cohésion familiale, car elle facilite les voyages entre la France et les pays du Maghreb en cas de résidence séparée des parents et des enfants, et unifie le statut juridique des membres de la famille»* (Robi, 2003, p112). Malgré tout ce qu'incarne l'acquisition de la nationalité

[103] Un médecin a obtenu la nationalité française par mariage et l'autre par réintégration.

française, ce n'est souvent pas la nationalité en elle-même qui attire les médecins, mais ce qu'elle symbolise. Elle est le dernier obstacle qui permet l'inscription au tableau du Conseil de l'Ordre. Celle-ci ouvre l'accès aux étapes ultimes de l'intégration complète au corps médical français : le concours de PH ou l'installation en secteur libéral. Finalement, qu'il s'agisse de la reconnaissance du diplôme de médecine ou de la nationalité française, la plupart des médecins reconnaissent que l'obtention d'un ou de ces deux éléments est souvent décisive dans la redéfinition du projet initial. Le projet est alors souvent réaménagé autour d'une probabilité forte : les enfants vivront en France et les parents y resteront ou y conserveront au moins des liens durables (Robi, 2003).

6.5. Maintien de rapports dynamiques entre mobilité et migration : ceux qui envisagent toujours de partir

Si pour toutes les raisons précédemment mentionnées la majorité des PADHUE rencontrés envisagent de rester vivre en France, 17 médecins indiquent toujours envisager un retour plus ou moins permanent dans leur pays d'origine. Parmi ces médecins, huit émettent la possibilité de retourner exercer dans leur pays de naissance et les neuf pensent y retourner lorsqu'ils seront à la retraite. Nous allons voir que si pour les premiers cette envie de partir est souvent liée à la précarité de leur situation au moment de l'enquête, pour les autres il s'agit d'un biais leur permettant de réactualiser leur projet initial.

6.5.1. Repartir exercer dans le pays d'origine

Parmi les huit médecins qui envisageaient repartir exercer dans leur pays d'origine au moment de l'enquête, sept ne possèdent pas la plénitude d'exercice. La seule praticienne possédant le plein exercice qui souhaite retourner dans son pays explique qu'elle ne peut pas partir en raison de ses enfants qui ne veulent pas quitter la France. En 2012, elle révèle que ses contacts pourraient lui permettre de trouver un bon poste en Chine, mais qu'elle ne peut pas rentrer sans ses enfants. Au 1er février 2014, elle exerce toujours dans le même hôpital en région Poitou-Charentes.

> *« Moi j'aimerai repartir, sentimentalement j'aimerai repartir.»* (Xiang, femme, 49 ans, née et diplômée en Chine, arrivée en France en 1990)

D'après les discours des PADHUE qui possèdent la plénitude d'exercice de la médecine, il semble logique de toujours envisager de partir tant qu'on exerce sous des statuts précaires et que l'avenir professionnel en France reste incertain. Face à ce constat, il paraît pertinent de présenter les motifs exposés par les médecins qui envisageaient de partir au moment de l'entretien puis de révéler leur situation professionnelle au 1er février 2014. Pour ce faire, j'ai dû effectuer quelques recherches sur les praticiens. J'ai obtenu ces informations par le biais de responsables administratifs de structures hospitalières, du moteur de recherche du CNOM, de sites internet d'hôpitaux et également du réseau social *« Facebook »*.

- En 2010, un premier médecin d'origine syrienne expliquait qu'il allait repartir travailler en Syrie ou exercer en Allemagne dans deux ou trois années au maximum. Au 1er février 2014, il

travaillait dans un centre hospitalier situé dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et ne possédait pas encore la plénitude d'exercice.

- En 2010, un second praticien d'origine nigérienne indiquait qu'il allait retourner au Niger d'ici deux ans lorsqu'il aurait validé sa CAMU. Au 1er février 2014, il exerçait toujours dans le même hôpital en région Poitou-Charentes, ne possédait pas la plénitude d'exercice, mais avait obtenu son diplôme.

- En 2010, un troisième PADHUE d'origine tunisienne se fixait la condition qu'il devait repartir s'il n'obtenait pas la nationalité française à sa seconde demande. Au 1er février 2014, il était titulaire de la nationalité française et de la plénitude d'exercice et il exerçait comme PH dans un centre hospitalier situé dans la région Basse-Normandie.

- En 2010, un quatrième médecin d'origine libanaise expliquait qu'il allait prochainement obtenir la plénitude d'exercice et qu'il projetait sérieusement de devenir directeur d'un établissement au Liban d'ici environ deux ans.

> *« J'ai plusieurs projets, entre autres il y a deux projets sur le Liban comme directeur de clinique privée soit dans le Sud vers mon village natal, soit dans une maison de retraite. […] Parce qu'il y a des gens de la famille qui construisent donc ils m'ont proposé et j'ai dit pourquoi pas. »* (Jean, homme, 43 ans, né et diplômé au Liban, arrivé en France en 1999)

Au 1er février 2014, ce médecin possédait la plénitude d'exercice et exerçait comme PH dans un autre CH situé en région Poitou-Charentes.

- En 2010, un cinquième praticien d'origine malgache mentionnait qu'il allait rentrer dans son pays ou partir exercer au Canada s'il ne validait pas la PAE, qu'il allait passer dans les mois suivants. Après son échec à la procédure d'autorisation d'exercice, ce médecin est rentré à Madagascar. Au 1er février 2014, il exerçait au Canada.

- En 2012, un sixième PADHUE d'origine algérienne expliquait qu'il allait rentrer en Algérie s'il rencontrait dans les mois suivants des difficultés à faire venir son épouse en France. Au 1er février 2014, il travaillait dans un CH situé en région Pays de la Loire et il ne possédait toujours pas la plénitude d'exercice, mais son épouse l'avait rejoint en France.

- En 2013, un septième médecin d'origine béninoise souhaitait développer le cabinet médical qu'il possède dans son pays d'origine et devenir enseignant dans son université après avoir obtenu le plein exercice de la médecine en France. Au moment de l'entretien, ce médecin prévoyait d'effectuer de nombreux allers-retours entre le Bénin et la France, car sa famille souhaitait rester vivre en France. Au 1er février 2014, il exerçait toujours dans le même CH de la région Poitou-Charentes alors qu'il possède la plénitude d'exercice.

Lors de leur arrivée en France, six de ces praticiens avaient comme projet initial de venir faire des diplômes complémentaires en France avant de repartir exercer dans leur pays d'origine. Pourtant, tous ces médecins exerçaient encore en France au moment de la rédaction de cette

thèse. Le seul qui ne souhaitait pas exercer dans son pays d'origine est le médecin malgache qui est parti au Canada. Il faut préciser que ce médecin a été le plus jeune praticien rencontré dans le cadre de cette recherche. Âgé de 28 ans, il était en France depuis seulement quelques mois. Il n'avait pas de famille, pas d'amis, ni de compagne en France. À l'inverse, tous les autres médecins étaient en France depuis déjà plusieurs années et ils y ont déjà créé des attaches. L'un d'entre eux est marié et a des enfants avec une Française et trois autres ont fait venir leur épouse et leurs enfants en France. Comme la majorité des PADHUE au moment de leur arrivée en France, ces praticiens projetaient à ce moment-là leur avenir professionnel ailleurs. Des événements tels qu'une rencontre, une naissance, l'obtention du plein exercice de la médecine ou encore des instabilités dans leur pays d'origine sont probablement à l'origine du remaniement de leur projet. À l'image de leurs aînés, nous pouvons supposer que ces PADHUE sont probablement en train de prendre le chemin de la progressive et lente installation en France.

6.5.2. La retraite dans le pays d'origine

Tous les médecins qui souhaitent retourner dans leur pays d'origine quand ils seront à la retraite imaginaient qu'ils ne feraient pas carrière en France au moment de leur arrivée. Seuls quatre praticiens parlent de repartir s'installer durablement dans leur pays de naissance. Toutefois, ces projets de retour ne se matérialiseront peut-être pas. Le projet de retour a pu se transformer au fil du temps en un « *mythe du retour* » parce que finalement *« l'idée de retour n'est jamais totalement abandonnée »* (Laffort, 2005, p. 110). Programmer sa retraite au pays peut être un moyen de réactiver le projet initial. Alors qu'un d'entre eux aimerait juste pouvoir réaliser le projet qu'il a toujours eu en tête, les autres médecins parlent de projets lointains ayant largement le temps d'évoluer du fait qu'ils ont tous les trois une quarantaine d'années et de jeunes enfants.

> *« D'ici 3 ans, j'aurai 58 ans. Pour quelqu'un qui n'avait jamais prévu de rester, c'est toujours un peu en suspens. Moi, mon parcours il s'est vraiment fait comme ça avec toujours l'espoir de revenir, de retourner un jour. […] Pendant les 8 ans que j'ai faits ici, tout ce que j'économisais c'était pour ma famille. Je relançais le commerce à mon père, j'ai fait tout ça pour mes frères et sœurs parce que je ne voulais pas qu'ils viennent ici tout simplement. »* (Hassan, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1985)

Cinq autres médecins pensent organiser leur retraite entre leur pays d'origine et la France. Ces PADHUE remettent ainsi à l'ordre du jour leur ancien projet de retour de façon plus souple. Ayant toujours envisagé de retourner dans leur pays, la retraite apparaît pour ces médecins comme un épisode de leur vie où se lèveront de nombreuses obligations, leur permettant d'accomplir enfin en partie leur projet initial. Une fois qu'ils seront libérés des contraintes de travail et que leurs enfants seront grands et autonomes, ils expliquent qu'ils pourront désormais partager leur temps entre leur pays d'origine et leur pays d'adoption. Lorsqu'ils seront retraités, ces médecins souhaitent s'installer dans *« « l'entre-deux », à la fois en raison de difficultés d'une réintégration dans la société d'origine et de la force des liens qui les*

attachent au pays d'installation, mais également parce qu'ils se sont forgé une identité multiple tout au long de leur vie en migration » (Schaeffer, 2001, p. 165). Ces projets montrent qu'après plusieurs années en France, « *les migrants se sentent tout d'abord « entre », c'est-à-dire ni tout à fait « ici », ni entièrement de « là-bas ». (…) Ainsi, le départ en retraite leur permet de satisfaire enfin pleinement cette double appartenance, ce besoin d'être à la fois en France et au « bled » et chacun entame, à son rythme, un long mouvement de balancier. »* (Schaeffer, 2001, p. 172). Pour ce faire, quelques-uns ont commencé à concrétiser leur projet en investissant dans des activités familiales, dans un terrain ou dans une maison.

> « *Quand je serai à la retraite, les enfants ils seront grands. Je ne prévoirai plus les choses, je ferai ce que j'ai envie de faire et les enfants ils suivent ou ils ne suivent pas. J'irai vivre avec ma grande famille là-bas, au Maroc. Il y a beaucoup de gens qui font moitié-moitié pendant la retraite, 4 mois, 4 mois et ils tournent entre les deux. Moi depuis longtemps je dis que je n'appartiens à aucun pays, j'appartiens à là où je travaille, où je peux vivre et c'est tout.* » (Charif, homme, 54 ans, né et diplômé eu Maroc, arrivé en France en 1984)

À ce stade, nous pouvons nous demander si la retraite partagée entre deux pays sera réellement effective. Finalement, ce n'est pas le fait que ces médecins passent réellement ou non la moitié de leur temps entre deux pays qui importe mais bel et bien la démarche et les projets envisagés par les praticiens.

> *« Ce qu'on pense ce n'est pas forcément ce qu'on fait. Ce qu'on projette ce n'est pas forcément ce qu'on fait. Donc ce sont des ruminations, ce sont des pensées, c'est le développement de pensées. L'application, elle ne va peut pas être effective. »* (Marius, homme, 40 ans, né en République centrafricaine et diplômé au Maroc, arrivé en France en 2003)

Bien que leur vie soit construite loin de leur pays d'origine, nous nous apercevons que la perspective de la retraite permet à ces médecins de remettre à l'ordre du jour leur projet initial de façon modernisé. Comme le souligne Catherine Negroni : *« Le passé n'est jamais échu et révolu dans la biographie, il est réintroduit dans la trajectoire, remanié, revisité par le point focal du présent qui du même coup donne à repenser le futur »* (2005, p. 314). En fin de compte, c'est comme si le projet n'avait jamais été amendé et que cette migration n'est en fait qu'une simple mobilité estudiantine un peu plus longue que prévu. La réappropriation du passé à la lumière du présent leur permet donc de revenir au but qu'ils s'étaient fixés malgré de multiples et parfois périlleuses bifurcations.

Conclusion chapitre 6

Durant ce chapitre, nous avons analysé les éléments, mais également les mécanismes qui ont finalement amené les PADHUE à rester ou à revenir en France. Initialement la plupart des médecins ont suivi le même projet : faire une spécialité en France avant de retourner au pays (cf. schéma 8, p. 188). À l'issue du diplôme de spécialité, les médecins ont généralement souhaité avoir une expérience de quelques années avant de repartir. Durant cette période de plusieurs années, les praticiens ont connu de nombreux événements d'ordre sociétal, familial, professionnel, ou encore personnel. Bien que souvent déçus par les diplômes ou les conditions de travail, ce caractère multifactoriel a eu pour conséquence d'engendrer chez ces médecins un report permanent du projet de retour et une difficile acceptation que celui-ci n'aura probablement jamais lieu. En effet, il est difficile pour ces praticiens de prendre la décision de passer le reste de leurs jours loin de leur terre d'origine au même titre qu'il leur est difficile d'abandonner un pays où ils ont tissé des liens forts. Comme pour de nombreux autres migrants, le retour définitif est devenu presque irréalisable pour ces praticiens. Plusieurs médecins dépeignent alors leur venue en France comme un *« cercle vicieux »*[104] où plus le temps s'écoule, plus la perspective de rentrer au pays s'éloigne.

> *« C'est un cumul d'événements qui a fait que malheureusement j'étais un peu coincé ici. Repartir là-bas, amener mes enfants ça aurait été très difficile surtout que mon épouse est française. Donc j'ai pris sur moi et je pense à refaire non, je ne le referais pas, j'ai très souffert, oui. »* (Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

La plupart des PADHUE admettent qu'ils finiront leur carrière professionnelle en France. Comme le souligne Michèle Leclerc-Olive (2002), toutes les formes d'installation stable en France, notamment avec l'achat d'une maison, ne signifient pas pour autant une rupture avec le pays d'origine. Nous avons d'ailleurs vu que certains médecins trouvent une réponse leur permettant de réactualiser leur projet en envisageant leur retraite dans leur pays d'origine ou entre celui-ci et la France. Cette solution leur évite de se confronter réellement au choix du retour ou de l'installation définitive en migration. Elle devrait les amener à s'installer dans une mobilité de va-et-vient entre leur pays de naissance et leur pays d'accueil (Schaeffer, 2001). Certains médecins souhaitent donc s'installer dans une forme de circulation entre la France et leur pays d'origine.

Finalement, au même titre que les autres migrants, nous avons remarqué que les PADHUE ont rencontré de multiples entraves qui ont orienté et marqué leurs projets et leurs parcours.

[104] Olivier, homme, 45 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000.

Conclusion de la partie II

Au cours de ce deuxième chapitre, nous avons examiné les projets migratoires des PADHUE et exposé le regard des médecins sur la construction de leur projet ainsi que sur les éléments qui engendrent la redéfinition perpétuelle de celui-ci. L'étude des projets initiaux met en avant deux principaux résultats (chapitre 4). Tout d'abord, la majorité des médecins sont venus en France de façon temporaire afin de réaliser des diplômes de spécialisation. Ensuite, au-delà de cette raison presque commune à tous les enquêtés, nous remarquons qu'une grande diversité d'éléments (personnels, politiques, historiques, etc.) est venu s'ajouter et compléter leur projet initial. La venue en France de nombreux PADHUE à partir des années 1980 est donc le résultat d'un large éventail de raisons individuelles associé à une législation permettant la formation de spécialistes diplômés à l'étranger en France. À travers le chapitre 5, nous avons analysé le point de vue de ces migrants, sur la législation à leur égard ainsi que sur leur place et leur rôle au sein du système de santé français. D'une manière générale, les médecins expriment avoir ressenti une certaine désillusion et déception lors de leurs premières années de travail en France. En effet, *« les salariés étrangers des hôpitaux français, en majorité originaires d'Afrique noire ou d'Afrique du Nord, sont la plupart du temps perçus comme une main d'œuvre utile, mais complémentaire, par défaut »* (Lochard, Mailland et Viprey, 2007, p. 93). En outre, ces praticiens connaissent des formes de précarisation liées à la discrimination légale qu'ils subissent durant la période où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine (Robi, 2003). La plupart des PADHUE disent vivre un quotidien éreintant durant cette période. Entre la « nécessité » de devoir justifier leurs compétences auprès du personnel hospitalier et les réflexions racistes de certains de leurs homologues français, des médecins expliquent avoir vécu des moments psychologiques difficiles, les poussant parfois à abandonner des projets ou à revoir leur carrière professionnelle à la baisse. Bien que de nombreux PADHUE disent que la législation spécifique les contraint pendant plusieurs années à être des médecins « invisibles et muselés » par des statuts précaires qui les rendent corvéables et révocables à merci, la plupart d'entre eux indiquent être fiers de leur parcours professionnel et de ce qu'ils accomplissent en France. Effectivement, la majorité des praticiens ressentent un soulagement, mais également une certaine fierté lorsqu'ils arrivent à intégrer pleinement le corps médical français. Cette intégration professionnelle est d'ailleurs une des principales raisons de leur installation en France (chapitre 6). Au fil du 6e chapitre, nous avons vu que ces médecins n'échappent pas à la « règle » du quasi impossible retour au pays qui touche tous les migrants de longue date. Entre les raisons qui les incitent à rester en France et les raisons qui bloquent le retour dans leur pays d'origine, la majorité des personnes rencontrées admettent qu'ils ne réaliseront pas leur projet initial et qu'ils finiront certainement leur carrière professionnelle en France. Ainsi, comme le dit Marc Breviglieri, *« en réalité, tout déplacement migratoire a la potentialité de réorienter l'existence et de marquer un tournant de vie radical et définitif »* (2010, p. 67).

Cette seconde partie met en avant le fait que le contexte français, la législation spécifique et les multiples facteurs ont consécutivement amené les PADHUE à venir temporairement

exercer en France, à devenir « invisibles » puis à redéfinir leur projet en intégrant le corps médical et en s'installant durablement en France.

Finalement, les projets de ces migrants hautement qualifiés associés à une législation spécifique ont engendré des parcours professionnels particuliers et uniques qui sont au cœur de la dernière partie de cette présente recherche doctorale.

Partie III
Les parcours de ces praticiens : une *carrière itinérante*

« Vivre, c'est passer d'un espace à un autre,
en essayant le plus possible de ne pas se cogner »
(Perec, 1974, p. 16)

Introduction de la partie III

À travers cette dernière partie, nous allons analyser les parcours des PADHUE. Durant leur carrière professionnelle en France, ces praticiens connaissent souvent de nombreux changements de villes et d'établissements hospitaliers, contrairement aux médecins diplômés en France qui ont une faible mobilité durant leur parcours professionnel (Picheral et Vigneron, 1993). Pour Yves Lochard, Christèle Meilland et Mouna Viprey, *« ce cadre réglementaire général dont dépend largement la question des médecins à DE* (diplôme étranger) *induit pour ces derniers des trajectoires professionnelles particulières, exposées à la précarité et à diverses formes de déclassement »* (2007, p. 85). Selon ces auteurs, le caractère spécifique des parcours de ces praticiens serait principalement lié à la législation à laquelle ils sont soumis. Face à ce constat, j'ai donc choisi de me focaliser sur le déroulement et les différentes étapes des parcours de ces médecins. Leur analyse permet d'extraire les facteurs et événements qui orientent et guident les médecins diplômés en dehors de l'Union européenne. Elle permet d'identifier les opportunités et les contraintes rencontrées par ces praticiens, ainsi que les stratégies qu'ils mettent en place durant leur carrière pour intégrer le corps médical français. Cette analyse sert notamment à saisir l'incidence de la législation spécifique sur chacune des étapes des trajectoires individuelles ainsi que sur les équilibres familiaux des individus. Dans un premier temps, l'ensemble de ces résultats nous offre la possibilité d'analyser les parcours des PADHUE à travers la notion de *carrière itinérante* (chapitre 7). Ce chapitre montre le passage d'une mobilité unidimensionnelle (mobilité universitaire) à la diversification et la complexification des parcours de ces praticiens. Il expose les principales formes prises par la *carrière itinérante* ainsi que les impacts de celle-ci sur les différents aspects de la vie des individus. Dans un second temps, nous nous arrêterons sur une typologie élaborée en fonction de la spécialité médicale des médecins rencontrés, ainsi que du service que lequel ils exerçaient au moment de la recherche. (chapitre 8). Cette typologie descriptive sert à saisir les différentes ressources et stratégies mobilisées par les praticiens pour pouvoir faire reconnaître leur diplôme de médecine et réaliser leurs projets de carrière de France. Elle permet notamment une description précise d'expériences vécues et offre la possibilité de dégager les principaux profils de PADHUE rencontrés. Une collection de cartes représentant des parcours de PADHUE vient illustrer les chapitres 7 et 8. Ces cartes permettent au lecteur de saisir la singularité de chacun de ces parcours. Ces deux chapitres montrent que le cadre juridique et législatif à destination de ces praticiens interfère sur le déroulement de leur parcours. Nous verrons notamment que pour intégrer pleinement le corps médical français, les PADHUE doivent être plus ou moins mobiles spatialement et/ou professionnellement durant la période où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Enfin, un dernier chapitre (chapitre 9) se penche sur les nouvelles méthodes de

fonctionnement et de recrutement des hôpitaux, suite à l'arrêt des migrations de médecins à diplôme hors UE vers la France. Face à l'impossibilité de recruter de nouveaux PADHUE, les hôpitaux publics ont actuellement un important recours à des solutions coûteuses, temporaires et pas toujours efficaces (intérim, agences de recrutement, etc.) pour continuer à faire fonctionner normalement leurs services. Ce dernier chapitre illustre clairement la manière dont les PADHUE interagissent dans le fonctionnement des hôpitaux publics français. Finalement, nous verrons que les trois chapitres de cette troisième partie soulignent clairement l'évolution des mobilités et des migrations de médecins à diplôme étranger vers la France des années 1980 à nos jours.

Au cours de cette dernière partie, nous allons d'abord prendre connaissance des résultats liés à l'analyse des parcours des PADHUE puis nous verrons comment les structures hospitalières publiques s'adaptent suite à l'arrêt des migrations de praticiens diplômés au-delà des frontières européennes.

Chapitre 7
Des médecins aux parcours complexes

Introduction du chapitre 7

Les parcours des PADHUE diffèrent de ceux des médecins diplômés en France en raison de la législation spécifique à leur égard. Celle-ci entraîne une instabilité et précarité - voire même un déclassement par rapport au pays d'origine- durant la période où leur diplôme de médecine n'est pas reconnu (cf. chapitre 5, p. 163). Les médecins sont souvent contraints d'effectuer des bifurcations ou un « détour » (Balandier, 1985) par rapport à leur projet initial, d'élaborer des stratégies, de saisir des opportunités, ou encore de faire appel à leurs connaissances (réseaux personnels et professionnels) afin de pouvoir exercer. Leurs trajectoires sont donc semées d'événements, de périodes de crise et de carrefours biographiques (Bidart, 2006). Comme le souligne M. Leclerc-Olive (1997), la façon dont les événements « travaillent » la biographie n'est que rarement élucidée en raison de leur caractère complexe. Selon elle, l'événement biographique est une articulation du biographique et du relationnel, du temporel et du structurel, du singulier et du monde, du syntaxique et du sémantique, ainsi que de la forme et du sens (Leclerc-Olive, 1997). Il s'agit donc d'un véritable tournant de l'existence, d'un moment où se noue une nouvelle modalité d'articulation entre une expérience réélaborée et de nouvelles attentes (Leclerc-Olive, 1997). Pour analyser ces processus sociaux complexes, il est nécessaire de disposer de données fines sur la vie des individus (Vivier, 2006). C'est dans ce but qu'a été élaborée une matrice biographique permettant d'obtenir la trame et l'ossature du parcours de vie des personnes rencontrées (cf. introduction, p. 39). Rappelons que cet outil sert non seulement à recueillir simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire), mais également à connaître le regard des individus sur leur propre biographie. De surcroît, cette approche rétrospective renseigne sur la façon dont ils constituent leur expérience et en particulier leur rapport au temps (Leclerc-Olive, 1997). Cette méthodologie offre la possibilité d'avoir une lecture plus individualisée des parcours et de confronter le sens que les individus confèrent au déroulement de leur vie. Les éléments factuels recueillis par cet intermédiaire constituent une véritable richesse d'informations pour l'interprétation des tournants et ruptures biographiques (Laborde, Lelièvre et Vivier, 2007).

Pour analyser le système de causalités et d'enchaînements des parcours des PADHUE, il est nécessaire d'en extraire les événements marquants, les bifurcations et les *turning point* (point d'inflexion biographique). Or, tous les auteurs ne s'accordent pas sur le sens accordé à chacune de ces notions. Comme le signalent Frédéric de Coninck et Francis Godard *« la bifurcation reste une boîte noire »* (1990, p. 36). Dans le cadre de cette recherche, j'ai décidé de retenir les définitions proposées C. Negroni, une sociologue spécialiste des reconversions professionnelles volontaires et des changements dans les parcours professionnels et de vie.

Pour cette auteure, il existe différents types d'événements, dont j'ai retenu les principaux. Tout d'abord, il y a l'événement marquant qui : *« à l'inverse du tournant de l'existence qui fait date et constitue le calendrier biographique, vient se propager dans l'ensemble de la biographie, il impose de revisiter toute la biographie à la lumière de ce qui vient de se passer »* (Negroni, 2005, *p. 315).* À l'inverse, le *turning point* est un moment de réorientation dans le parcours de vie d'un individu où il ne subit pas les événements et a la capacité d'intervenir sur le sens qu'il va lui attribuer (Negroni, 2005). Enfin, la bifurcation marque la concrétisation du processus de changement. Celle-ci est donc une modification brutale, imprévue et durable engendrée par l'individu lui-même, une personne tierce ou un événement. Elle est désignée par les individus concernés comme un point de basculement donnant lieu à une *distinction entre un « avant » et un « après »* (Hélardot, 2006, p. 66). Par des étapes et des phases successives, l'événement incite les individus à passer d'une position de contrainte, « objet de ce qui m'arrive », à une position d'acteur, « faire quelque chose » de ce qui m'arrive. Finalement, l'analyse des événements ouvre des perspectives éclairantes à la compréhension des parcours des PADHUE et permet d'en extraire les particularismes.

7.1. Du parcours à la *carrière itinérante*

Le parcours *« fait valoir la possibilité d'un chemin non linéaire, fait de sentiers transversaux et de changements de direction, sans pour autant gommer le poids des structures sociales et institutionnelles sur son déroulement. »* (Zimmermann, 2011, p. 86). Telle qu'elle est définie par C. Negroni, la notion de parcours semble pertinente pour étudier le déroulement biographique des individus ainsi que les éléments qui le composent. Initialement, la volonté de recueillir les parcours des PADHUE vient notamment du fait qu'ils articulent différentes temporalités (professionnelles, familiales, sociales et institutionnelles) dans le temps du récit biographique. Nous allons voir que les premières analyses réalisées à partir de ce matériau d'enquête permettent de déceler rapidement le caractère unique du parcours de ces médecins en France.

7.1.1. Un décryptage des parcours des PADHUE

En 2001, une enquête intitulée « Biographie et entourage » réalisée par l'Institut national d'études démographiques (INED) montre que *«la trajectoire des individus se structure autour de certains jalons factuels, en particulier ceux qui marquent la vie conjugale »* (Laborde, Lelièvre et Vivier, 2007). À l'inverse, les premières analyses réalisées à partir de mon matériau d'enquête ainsi que l'observation des différents temps des parcours - et des éléments qui les composent- font ressortir une situation propre aux médecins à diplôme extra-européen. Les événements structurant les parcours des PADHUE sont principalement d'ordre professionnel et ils se déroulent durant la période où les médecins n'ont pas le plein exercice de la médecine. Nous constatons généralement une véritable prégnance de la vie professionnelle dans les parcours de ces praticiens. Les PADHUE évoluent donc dans un contexte plus ou moins contraint les poussant à faire preuve d'adaptabilité pour pouvoir exercer leur profession. Le poids de la législation spécifique est tel que leurs parcours s'organisent en grande partie autour d'elle. Face à ce constat, j'ai donc décidé d'analyser minutieusement la partie de leur parcours qui s'étend de leur arrivée en France à leur

complète intégration professionnelle au sein du corps médical français. Pour ce faire, j'ai choisi d'utiliser le concept de carrière telle qu'il est définie par Howard Becker. La notion de carrière permet de mettre en lumière une situation singulière à laquelle tous les PADHUE sont confrontés à un moment de leur vie en France. Afin d'étudier cette « séquence » du parcours dans toute sa complexité et son intégralité, je propose une lecture à travers la notion de *carrière itinérante*.

Pour développer cette notion, je me suis appuyée sur le concept de carrière d'H.Becker (1985). H. Becker utilise principalement ce concept, issu de la sociologie du travail, pour l'analyse de la mobilité professionnelle. Ce concept présente l'intérêt de dépasser la conception classique de la carrière professionnelle, décrite comme une succession de postes ou d'emplois occupés. Pour lui, la carrière est un processus lent et complexe qui est fait de plusieurs étapes :

« Un concept utile pour construire des modèles séquentiels de divers types est celui de carrière. Dans les études de professions, où le concept a d'abord été élaboré, il renvoie à la suite des passages d'une position à une autre accomplis par un travailleur dans un système professionnel. Il englobe également l'idée d'événements et de circonstances affectant la carrière. Cette notion désigne les facteurs dont dépend la mobilité d'une position à une autre, c'est-à-dire aussi bien les faits objectifs relevant de la structure sociale que les changements dans les perspectives, les motivations et les désirs de l'individu. Les études consacrées aux professions utilisent généralement le concept de carrière pour distinguer ceux qui « réussissent » de ceux qui ne réussissent pas (quelle que soit la définition de la réussite professionnelle que l'on adopte). Mais on peut aussi l'utiliser pour distinguer divers types d'aboutissement des carrières, indépendamment de la question de « réussite » ». (Becker, 1985, p. 47)

Marco Martiniello et Andrea Rea (2011) ont démontré que l'usage du concept de carrière est pertinent dans l'étude des migrations. Selon eux, *« le concept de carrière convient très bien à l'étude des trajectoires immigrées : d'une part, la carrière migratoire se construit objectivement par un parcours juridico-institutionnel et socio-économique et, d'autre part, elle se construit aussi subjectivement, en fonction de la confrontation entre les attentes de départ et les réalités vécues au travers de l'expérience migratoire »* (Martiniello et Rea, 2011, p. 4) L'utilisation de ce concept permet donc de proposer un cadre inédit qui articule des niveaux d'analyse (macro, micro et méso), traditionnellement disjoints des recherches portant sur les migrations (Martiniello et Rea, 2011). Sur la base des précédents travaux s'appuyant sur le concept de carrière et de mon enquête menée auprès de PADHUE, j'ai souhaité proposer un cadre analytique renouvelé au travers de la notion de *carrière itinérante*. Celle-ci permet de se recentrer sur l'étude des carrières professionnelles s'inscrivant en dehors du cadre commun. Cette notion prend le contre-pied des recherches montrant que chaque métier détermine des carrières caractéristiques telles que les travaux d'Oswald Hall (1970) sur les étapes de la carrière médicale. Plus précisément, dans le cadre de cette recherche, il s'agit d'analyser les différentes étapes des parcours professionnels des PADHUE. L'objectif est

d'en faire ressortir les multiples moyens, les stratégies et opportunités saisies ou élaborées au cours de leur parcours professionnel, dont la finalité est de pouvoir intégrer pleinement le corps médical français.

J'ai décidé d'utiliser l'adjectif « itinérant » parce que, selon le Centre national de Ressources textuelles et lexicales (CNRTL), il désigne une personne *« qui se déplace dans l'exercice d'une charge, d'une fonction, d'une profession »*[105]. Dans le domaine scientifique, il n'existe actuellement pas de *« définition claire, exclusive, opérationnelle et faisant l'objet d'un consensus »* ce qui impose à *« toute recherche le choix d'une définition relativement explicite de ce qui constitue ou non l'itinérance est essentiel »* (Laberge et Roy, 1994, p. 94). En l'absence de théorie générale du phénomène, le nom « itinérance » et l'adjectif « itinérant(e) » sont utilisés par des chercheurs issus de disciplines différentes (géographie, sociologie, histoire, etc.) travaillant sur des thématiques de recherches très diversifiées (nomadisme, tourisme, vagabondage, artisanat, gens du voyage, religion, santé, etc.). Par ailleurs, ces terminologies sont régulièrement employées par des chercheurs français travaillant sur des migrations internationales. Ainsi, il est fréquent de voir des appellations telles que « communauté d'itinérance » (Escoffier, 2006) ou « tradition itinérante » (Bergeon, 2011). J'ai retenu l'adjectif « itinérant » parce qu'il est souvent associé au mouvement et/ou à la précarité (Laberge, Poirier et Charest, 1998)- des éléments omniprésents dans le déroulement des parcours des PADHUE -, mais également parce qu'il est fréquemment employé dans les recherches portant sur les migrations internationales.

7.1.2. Définition de la carrière itinérante

Je définis ici la *carrière itinérante* comme une succession d'étapes, d'emplois et de statuts professionnels s'effectuant dans une grande mobilité géographique et/ou avec des changements de positions disciplinaires, hiérarchiques (ascendants ou descendants) ou sectoriels (secteurs public et privé) au sein d'un domaine d'activités. L'objectif de la *carrière itinérante* est d'arriver à se maintenir dans ce même domaine dans l'attente d'une éventuelle reconnaissance des compétences et d'une intégration complète au sein du corps de métier. Toutes ces étapes se réalisent dans une grande incertitude. Les praticiens n'ont aucune assurance qu'ils pourront intégrer pleinement le corps médical français.

Les PADHUE peuvent connaître deux formes de *carrières itinérantes* différentes qui peuvent se cumuler :

-**La *carrière itinérante* au sens spatial** : le médecin est très mobile au sein du territoire français. Il va partout où il trouve des postes.

-**La *carrière itinérante* au sens hiérarchique, disciplinaire ou sectoriel** : le médecin est mobile au sein même du corps médical. Il peut changer de spécialité médicale, exercer une profession dans le secteur médical / paramédical ou travailler dans le secteur privé.

[105] http://www.cnrtl.fr/definition/itinerant (consulté le 21/01/2015)

La *carrière itinérante* prend différentes formes en fonction de plusieurs facteurs:

- Le moment de l'arrivée en France : La législation en vigueur permet ou non au praticien d'exercer sa profession;

- La ville d'arrivée en France : L'arrivée dans des zones mieux dotées en médecins incite à avoir une *carrière itinérante* et inversement;

- Les contacts et connaissances : Les connaissances peuvent conseiller des postes, renseigner sur les spécialités les plus délaissées par les médecins diplômés en France et ainsi limiter la *carrière itinérante* ;

- La spécialité : Le fait de posséder une spécialité très recherchée par les hôpitaux limite la *carrière itinérante* et inversement;

- Les centres hospitaliers dans lesquels les praticiens exercent au fil de leur parcours : Il existe des politiques d'établissements très hétérogènes. Certaines favorisent le recrutement de PADHUE et d'autres non;

- Les moyens financiers : Un praticien, qui peut se permettre financièrement de ne pas exercer pendant qu'il prépare son concours d'équivalence, obtient généralement plus rapidement son concours qu'un médecin qui est contraint de travailler à temps plein.

- Les objectifs, les attentes et la personnalité de l'individu : Certains médecins préfèrent être très mobiles et être moins bien rémunérés plutôt que d'exercer une fonction qui ne correspond pas à leur qualification telle que celle d'infirmier ;

- La situation familiale : Un praticien célibataire choisit généralement d'être mobile pour pouvoir continuer à exercer sa profession. À l'inverse, un médecin, marié avec des enfants, préfère majoritairement rester avec sa famille. Il choisit donc d'avoir une *carrière itinérante* au sein du corps médical ou du secteur médical et paramédical, ce qui l'oblige souvent à changer de spécialité, voir même temporairement de métier.

Avec son concept de carrière nomade ou « *boundaryless* », Karl Weick (1996) considère que, dans un contexte de transformation organisationnelle, les individus ont la possibilité de prendre en main leur parcours professionnel en misant sur la mobilité pour accéder plus rapidement à la réussite. À l'inverse, nous venons de voir que la *carrière itinérante* s'effectue dans un contexte plus ou moins contraint, en fonction des caractéristiques de chaque individu.

Il est important de préciser que les médecins ne sont en aucun cas forcés d'avoir une *carrière itinérante*. Certains praticiens ont d'ailleurs fait le choix de rentrer dans leur pays d'origine et d'autres ont décidé d'exercer une autre profession en France. Toutefois, le passage (plus ou moins long) par la *carrière itinérante* est nécessaire pour ceux qui souhaitent intégrer le corps médical français en qualité de médecins. Ces praticiens doivent donc exercer plusieurs années sous des statuts de FFI ou d'associés s'ils veulent obtenir le plein exercice de la médecine.

Durant ce chapitre, nous allons identifier les raisons et objectifs qui ont poussé les PADHUE à adopter une ou plusieurs formes de *carrières itinérantes* au cours de leur parcours professionnel en France.

7.2. La *carrière itinérante* au sens spatial

La législation à l'attention des médecins diplômés hors UE est mouvante et faite de cycles d'ouverture et de fermeture (cf. frise chronologique). Les PADHUE doivent ainsi faire preuve d'adaptation entre les moments où il est facile de trouver un emploi de médecin et les périodes où il est quasiment impossible de travailler comme praticien. Quelques rares médecins n'ont pas besoin d'élaborer de stratégies, parce qu'ils ont les moyens financiers de ne pas travailler lorsqu'ils préparent une procédure d'autorisation d'exercice ou parce qu'ils sont arrivés en France durant une période propice à l'embauche de PADHUE. Mais, la plupart des médecins doivent adopter différentes stratégies pour pouvoir continuer à exercer leur profession. Certains médecins font le choix d'être mobiles spatialement. Les mobilités sont différentes d'un individu à l'autre, car de multiples facteurs influencent chaque parcours. Nous allons nous pencher ici sur les principales stratégies de mobilité qui ont été identifiées à travers les entretiens.

7.2.1. Suivre l'offre et la demande

Jusqu'au début de la décennie 2010, la réglementation concernant les PADHUE venant en France pour obtenir des diplômes complémentaires les autorisait à occuper des postes d'internes sous le statut de faisant fonction d'interne (cf. chapitre 2, p. 79). En France, l'attribution des postes d'internes dans les hôpitaux français a lieu tous les six mois, en novembre et en mai. Chaque semestre, les internes suivant leur cursus de médecine en France choisissent l'endroit où ils souhaitent travailler. Avant la mise en place de la dernière législation, les postes restants étaient ouverts aux médecins diplômés hors UE lorsque tous les internes étaient affectés. En d'autres termes, si un PADHUE avait un poste de FFI[106] dans un CH depuis six mois, un an ou encore trois ans et qu'un interne français choisissait ce même hôpital, le praticien diplômé à l'étranger était obligé à lui laisser sa place. Le fonctionnement des attributions de postes d'internes avec une priorité absolue accordée aux internes inscrits dans les facultés de médecine françaises oblige les PADHUE à se déplacer pour prendre les postes laissés vacants. De nombreux médecins expliquent qu'ils ont été obligés d'être des *« médecins nomades »* pendant plusieurs années.

> *« C'est le changement d'internes, il n'y avait plus de postes, c'est pour ça que j'ai changé et je suis allé à Chartres [107]. »* (Maamar, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1989)

> *« C'est difficile dans les grandes villes parce qu'on attendait toujours le choix des internes français et on prenait les postes qui restaient. C'est un système qui fonctionnait comme ça et qui fonctionne encore comme ça, qui est très bizarre et injuste. […] La dernière semaine de chaque semestre, comme des médecins*

[106] La liste des sigles et des acronymes est reproduite en annexe 26.
[107] Nom de lieu réel, car le parcours du médecin est cartographié (cf. carte 16).

nomades, on partait à la dernière seconde pour débarquer dans de nouveaux endroits. » (Mourad, homme, 39 ans, né et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2001)

« On se débrouillait pour trouver les stages, on pouvait les trouver dans d'autres départements alors du coup ça nous obligeait à parcourir de longues distances. Parce qu'en fait on donnait les postes d'abord aux internes français et s'ils n'avaient pas choisi les postes alors là on pouvait aller chercher chez les étrangers. Donc on faisait tout ce parcours un peu bizarroïde. » (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983)

Selon les spécialités, la taille de la ville et l'attractivité de l'hôpital, les postes d'internes étaient plus ou moins convoités par les étudiants français. Un PADHUE qui obtenait un poste de FFI dans un CHU a de fortes probabilités de ne pas le conserver le prochain semestre. À l'inverse, un médecin exerçant sous le statut de FFI dans un CH, peu convoité par les médecins diplômés en France, pouvait garder son poste pendant plusieurs années. Le manque d'internes était tellement important dans les années 1980-1990 que le directeur d'un hôpital charentais aurait fait venir des PADHUE de Madagascar. Un autre établissement du même département aurait également employé des praticiens du Vietnam. Un médecin qui exerçait dans cette structure a cette époque indique que les recrutements de médecins vietnamiens se seraient soldés par un échec, car les praticiens ne se seraient adaptés ni à la langue ni au fonctionnement du système de santé français.

« Il y avait plein de postes partout dans les CH. Pour vous dire quand j'étais à Grenoble[108]*, il y avait un directeur qui recrutait des médecins de Madagascar, qui faisait venir des médecins de Madagascar parce qu'il n'arrivait pas à trouver ici et il nous demandait si on connaissait des médecins qui voulaient venir travailler en France parce qu'il s'occupait du titre de séjour. Il y avait un manque de médecins et les hôpitaux cherchaient à développer leurs services. »* (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

Rappelons qu'aujourd'hui les hôpitaux n'emploient plus les PADHUE sous des statuts de FFI mais sous des statuts d'associés, qui offrent des contrats de plus longues durées (cf. chapitre 2, p. 79). Toutefois, certains médecins sont toujours très mobiles pour deux raisons. La première réside dans une volonté d'occuper des postes dans des structures de taille importante. La seconde est liée à une méconnaissance du fonctionnement du système de santé français. Certains médecins ignorent que les hôpitaux généraux leur offrent des postes plus stables. À l'inverse, d'autres médecins sont moins ou pas mobiles du tout, car ils trouvent rapidement un poste jamais convoité par les médecins diplômés en France. Dans ce cas de

[108] Nom de lieu fictif.

figure, les hôpitaux cherchent généralement à les fidéliser et à les garder le plus longtemps possible.

> *« Les hôpitaux où il y avait le plus de besoins, ce sont les hôpitaux qui ont essayé de me garder. »* (Nahid, homme, 34 ans, né en France et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2004)

Deux couples de médecins n'ont pas pu être regardants sur la région ou la ville où ils postulaient, car ils souhaitaient impérativement trouver deux postes dans le même hôpital. Nous remarquons qu'il est difficile pour un couple de PADHUE de trouver des postes dans une même ville ou peu éloignés. La carte 6 (p. 221) représente le parcours d'Issam de sa première arrivée en France en 2002 jusqu'en 2013. Il a exercé dans cinq régions différentes en une dizaine d'années en raison des difficultés à trouver deux postes dans deux spécialités différentes dans un même hôpital pour lui et son épouse.

> *« Le problème est que nous on est tous les deux. Des fois on trouve un poste pour moi dans une ville et puis il n'y a pas de poste pour elle et donc c'est difficile, il faut trouver deux postes pour deux personnes dans le même hôpital, c'était la difficulté. Là on était à Chauny. […] Une fois le stage terminé là-bas, il fallait trouver un autre terrain de stage et là on est descendu carrément à Thiers près de Clermont-Ferrand. »*[109] (Issam, homme, 37 ans, né et diplômé en Irak, arrivé en France en 2002)

> *« J'ai postulé partout et on a décidé d'aller dans une ville où ils acceptent de prendre moi et mon mari en même temps. Pour ne pas se séparer, peu importe l'endroit et la spécialité. »* (Sariaka, femme, 38 ans, née et diplômée à Madagascar, arrivée en France en 2003)

Finalement, le meilleur moyen pour les PADHUE de ne pas être contraints d'être mobiles tous les six mois est de suivre l'offre et la demande. Plus un médecin s'oriente vers des zones géographiques rencontrant des problèmes de démographie médicale, plus il augmente ses possibilités de se stabiliser durant la période où il ne possède pas le plein exercice de la médecine.

7.2.2. Être mobile pour pouvoir contourner les législations

Les PADHUE n'ont parfois pas ou plus le droit d'exercer en fonction de la période à laquelle ils arrivent ou des diplômes qu'ils préparent. Jusqu'au durcissement de la législation en 2010, beaucoup d'entre eux décidaient de postuler dans de petits hôpitaux soumis à de sérieux problèmes de recrutement. Dans d'autres cas, les médecins changeaient d'hôpital pour contourner une loi qui leur interdisait d'exercer à l'issue de l'obtention d'un diplôme ou parfois pour négocier un meilleur statut.

[109] Noms de lieux réels, car le parcours du médecin est cartographié (cf. carte 6).

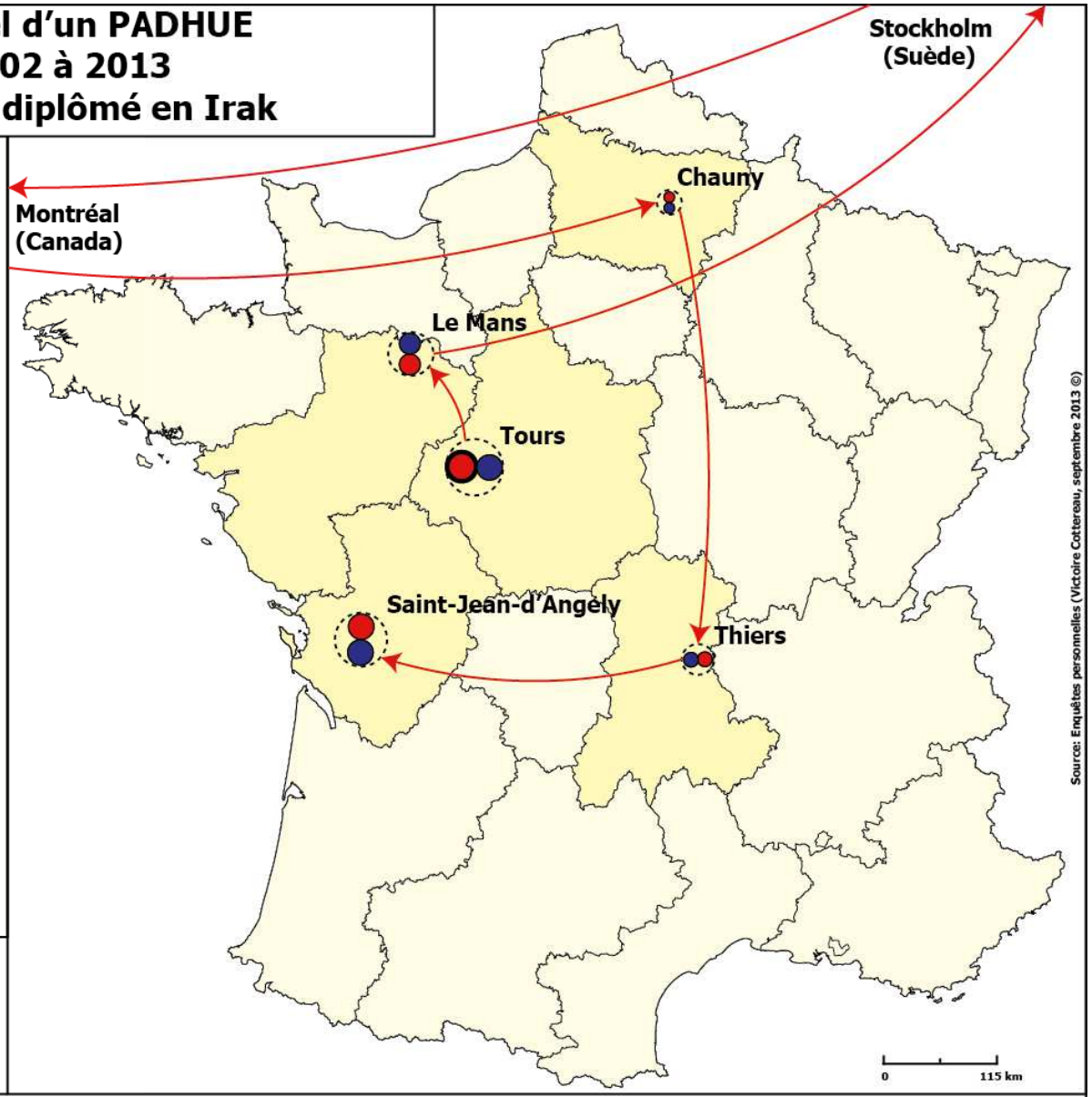
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 2002 à 2013
Issam, homme, 38 ans (1975), né et diplômé en Irak

Chronologie du parcours professionnel

-**2002**: Obtention d'une bourse française lui permettant de poursuivre sa spécialité à **Tours**. (Le praticien a obtenu son diplôme de médecine en Irak en 1999 puis il a commencé sa spécialité en médecine interne au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Bagdad**.
-**2002 à 2003**: Formation linguistique à **Tours**.
-**2003**: Inscription en attestation de formation spécialisée (AFS) en pneumologie à **Tours**.
-**2003 à 2005**: Faisant fonction d'interne (FFI) non rémunéré en pneumologie au CHU de **Tours**.
-**2005**: Validation d'une maitrise en immunologie à **Tours**.
-Aller-retour à **Londres** pour passer un examen permettant de faire une spécialisation en médecine interne (non reçu).
-Passage du concours d'internat à titre étranger à **Paris** (non reçu).
-**2005 à 2006**: FFI non rémunéré en pneumologie dans les hôpitaux de **Tours**.
-**2006**: Validation de l'AFS en pneumologie à **Tours**.
-Validation d'une capacité en allergologie à **Tours**.
-**2006 à 2008**: FFI rémunéré en pneumologie au centre hospitalier (CH) du **Mans.**
-**2007**: Passage du concours d'internat à titre étranger à **Paris** (non reçu).
-**2008:** Stagiaire non rémunéré à **Stockholm** (1 mois et demi).
-Préparation de l'équivalence à Montréal afin de pour pouvoir travailler comme médecin au Canada (3 mois).
-**2008**: Retour en France et inscription en AFS de médecine interne à **Amiens.**
-FFI en médecine interne au CH de **Chauny**.
-**2009**: FFI en médecine interne au CH de **Thiers**.
-Aller-retour à Montréal et obtention de l'équivalence canadien permettant l'exercice de la médecine au Canada.
Validation de l'examen de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) en médecine générale.
-**2009 à 2010**: Praticien attaché associé (PAA) en médecine interne au CH de **Thiers**.
-**2010 à 2013**: PAA en médecine polyvalente au CH de **Saint-Jean-d'Angely.**
-**2013:** Autorisation d'exercer la profession de médecin dans la spécialité de médecine générale en France.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- 4 ans — 2 ans — 6 mois: Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville
- Trajectoire résidentielle
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Chronologie du parcours résidentiel

-**2002 à 2003**: Locataire chez une famille d'accueil à **Tours**.
-**2003 à 2006**: Locataire à **Tours** (avec sa femme et ses enfants).
-**2006 à 2008**: Locataire au **Mans** (avec sa femme et ses enfants).
-**2008**: Logé par des amis à **Stockholm** (avec sa femme et ses enfants).
-**2008**: Locataire à **Montréal** (avec sa femme et ses enfants).
-**2008**: Locataire à **Chauny** (avec sa femme et ses enfants).
-**2009 à 2010**: Locataire à **Thiers** (avec sa femme et ses enfants)
-**2010**: Locataire à **Saint-Jean-d'Angely** (avec sa femme et ses enfants).
-**2010 à 2013**: Locataire à **Saint-Jean-d'Angely** (avec ses enfants la moitié du temps).

Carte 6

Un médecin explique qu'à son arrivée en France, il a exercé deux années dans un hôpital où il effectuait une AFSA, c'est-à-dire un diplôme de perfectionnement dans une spécialité. Après l'obtention de ce diplôme, l'hôpital lui a indiqué qu'il n'avait plus le droit de renouveler son contrat. Le médecin s'est alors rendu compte que s'il changeait d'établissement, il pouvait continuer à travailler en France.

> *« Le chef ne peut pas me renouveler* (plus de deux fois parce qu'il faisait une AFSA) *même s'il a envie de me garder, il ne peut pas me renouveler. Par contre quand je change d'hôpital, la loi disparaît. Mais c'est quoi cette loi ?»* (Régis, homme, 43 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

Nahid, un autre médecin qui est également venu en France pour suivre un diplôme de spécialisation durant deux années (AFS), a également vécu une situation proche de celle de Régis. Sur la carte 7 (p. 223), nous voyons qu'il a continué à exercer en changeant d'hôpital tous les six mois ou tous les ans alors qu'en principe il aurait dû repartir au bout de deux années. Ayant une spécialité très recherchée, il a négocié un statut moins précaire que celui de FFI auprès de Directions régionales des affaires sanitaires et médicales (DRASS) de différentes régions. En 2008, ce praticien a obtenu une dérogation exceptionnelle de la DRASS du Poitou-Charentes qui lui a accordé le droit d'avoir le statut d'associé s'il acceptait de venir exercer dans le centre hospitalier de Rochefort[110].

> *« Quand j'étais en Lorraine, j'avais le statut de FFI, je voulais changer de statut, je ne voulais pas attendre que j'aie le concours pour pouvoir, on va dire relancer une carrière. […] La région Poitou-Charentes avait la particularité qu'elle m'avait accordé une dérogation qui me permet de travailler comme assistant puisque mon statut ne me permettait même pas de travailler comme assistant normalement. J'aurai dû faire toujours FFI jusqu'à ce que j'ai mon diplôme, enfin mon équivalence, la PAE»* (Nahid, homme, 34 ans, né en France et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2004)

C'est également le cas d'un autre médecin qui exerce en psychiatrie dans un hôpital ayant des difficultés de recrutement. La DRASS lui a accordé en 2010 une dérogation l'autorisant à travailler sous un statut d'associé alors qu'à son arrivée en France aucun hôpital n'était autorisé à l'embaucher. L'exercice dans des établissements ayant des problèmes de recrutement et le fait d'avoir une spécialité recherchée permettent à des PADHUE de se créer une place dans le système de santé français même durant des périodes relativement fermées.

7.2.3. Quitter la région parisienne

Selon les médecins rencontrés, la région parisienne est le territoire où il est le plus difficile de trouver un poste de façon durable en France. Seule une dizaine d'entre eux y ont obtenu, difficilement, un emploi. Lorsqu'ils y sont parvenus c'était généralement pour une période de six mois ou pour un poste de nuit, voire même non rémunéré.

[110] Nom de lieu réel, car le parcours du médecin est cartographié (cf. carte 7)

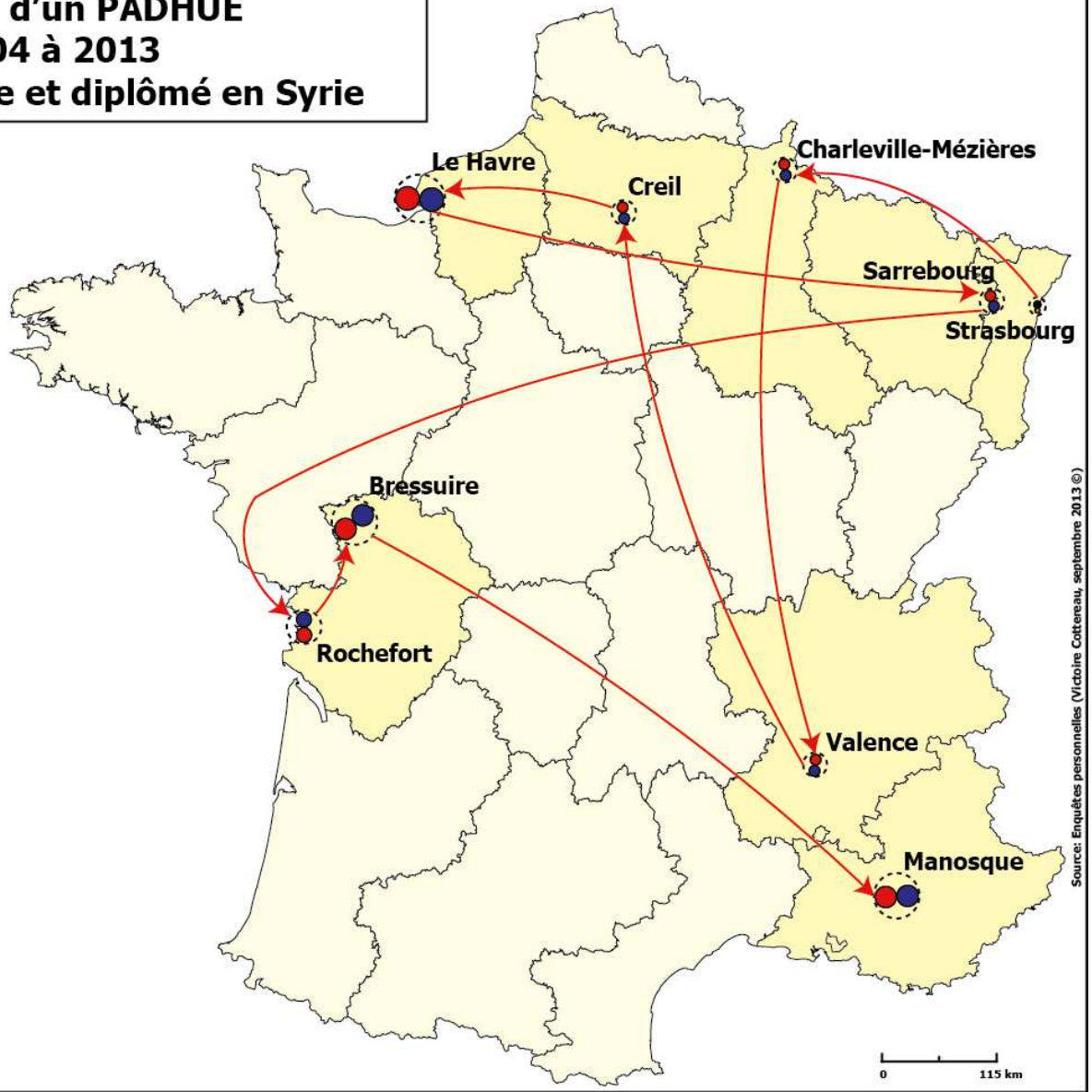
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 2004 à 2013
Nahid, homme, 37 ans (1976), né en France et diplômé en Syrie

Chronologie du parcours professionnel

-**2004**: Inscription en attestation de formation spécialisée (AFS) d'anesthésie à **Strasbourg**. (Le praticien a obtenu son diplôme de médecine en Syrie en 2000 puis il a commencé sa spécialité en anesthésie au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Damas**).
-Stagiaire non rémunéré en anesthésie au CHU de **Strasbourg**.
-Faisant fonction d'interne (FFI) en anesthésie au centre hospitalier (CH) de **Charleville-Mézières**.
-**2004 à 2005**: FFI en anesthésie au CH de **Valence**.
-**2005**: FFI en anesthésie au CH de **Creil**.
-**2005 à 2008**: FFI en anesthésie au CH du **Havre**.
-**2008**: Validation de l'AFS en anesthésie à **Strasbourg**.
-FFI en anesthésie au CH de **Sarrebourg**.
-**2008 à 2009**: Assistant spécialiste associé (ASA) en anesthésie au CH de **Rochefort**.
-**2009**: Passage du concours de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) en anesthésie (non reçu).
-**2009 à 2011**: Praticien attaché associé (PAA) en anesthésie au CHNDS (centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres), rattaché au site de **Bressuire**.
-**2011 à 2013**: PAA en anesthésie au CH de **Manosque**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Stagiaire à l'hôpital (non rémunéré)
- Trajectoire résidentielle
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

1 mois — 2 ans et demi / 6 mois: Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

Chronologie du parcours résidentiel

-**2004:** Locataire à **Strasbourg**.
-Logé à l'internat du CH de **Charleville-Mézières**.
-**2004 à 2005**: Logé à l'internat du CH de **Valence**.
-**2005**: Logé à l'internat du CH de **Creil**.
-**2005 à 2008**: Logé à l'internat du CH du **Havre**.
-**2008**: Logé à l'internat du CH de **Sarrebourg**.
-**2008 à 2009**: Logé à l'internat du CH de **Rochefort**.
-**2009 à 2011**: Locataire à **Bressuire**.
-**2011 à 2013**: Locataire à **Manosque**.

Carte 7

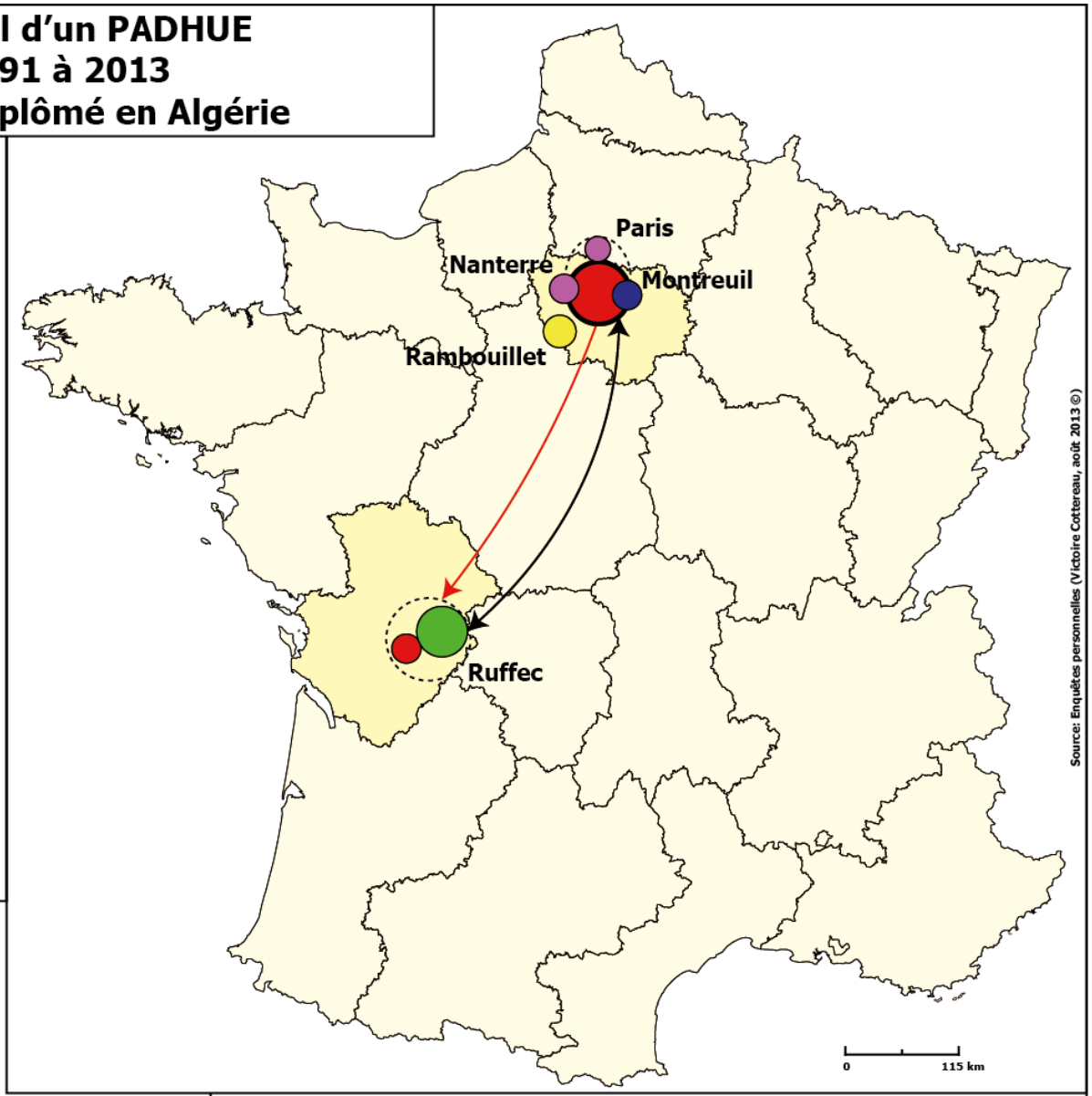
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1991 à 2013
Asad, homme, 48 ans (1965), né et diplômé en Algérie

Chronologie du parcours professionnel

-**1991**: Inscription en diplôme universitaire (DU) d'immuno-allergologie à **Paris**.
(Le praticien a obtenu son diplôme de médecine à **Oran** en Algérie en 1990 puis il a exercé aux urgences de l'hôpital d' **Hammam Bou Hardjar** et en même temps comme médecin généraliste dans une station thermale pendant 1 an).
-**1991 à 1994**: Différents emplois à **Paris** et aux alentours de la capitale (Batiment, hôtellerie et intérim comme infirmier ou aide-soignant).
-**1994:** Validation du DU d'immuno-allergologie et inscription en capacité d'immuno-allergologie à **Paris**.
-**1995 à 2001**: Infirmier dans une maison de retraite à **Rambouillet**.
-**1997**: Validation de la capacité d'immuno-allergologie.
-**1997 à 2001**: Faisant fonction d'interne (FFI) en pédiatrie au centre médical de **Montreuil**.
-**1997 à 2001**: Cadre salarié au conseil général des Hauts-de-Seine à **Nanterre**.
-**2000**: Inscription en capacité de médecine d'urgence à **Paris**.
-**2001**: Reconnaissance du diplôme de médecine par la procédure CSCT (certificat de synthèse clinique et thérapeutique).
-**2002**: Validation de la capacité de médecine d'urgence (CAMU) à **Paris**.
-**2001 à 2003**: Assistant généraliste aux urgences du CH de **Ruffec**.
-**2003 à 2008**: Praticien hospitalier contractuel (PHC) aux urgences du CH de **Ruffec**.
-**2008**: Validation du concours de praticien hospitalier (PH).
-**2008 à 2013**: PH aux urgences du CH de **Ruffec**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.

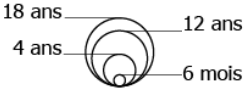


Carte 8

Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Emplois temps plein (diplôme de médecine reconnu, inscrit au CNOM)
- Emplois temps plein d'infirmier
- Autres emplois
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville



Chronologie du parcours résidentiel

-**1991 à 2009**: Locataire à **Paris** (seul de 1991 à 1993, avec sa femme et ses enfants de 1993 à 2009).
-**2009 à 2013**: Propriétaire à **Ruffec** (avec sa femme et ses enfants).

*Lorsque le médecin travaillait dans des hôpitaux éloignés de son domicile, il logeait ponctuellement dans les internats.

Le parcours d'Asad, représenté en page 224 (carte 8), illustre les difficultés rencontrées par les PADHUE qui vivent à Paris ou dans ses environs. Plusieurs médecins indiquent qu'ils étaient informés que la province offrait la possibilité d'avoir un poste stable. Pourtant, ils expliquent qu'ils ont mis longtemps avant d'accepter de quitter la capitale en raison des habitudes qu'ils y ont prises. Certains médecins, comme Idris, sont allés travailler dans un hôpital de province tout en continuant à habiter à Paris pendant plusieurs années.

> *« Je ne faisais que des vacations ici au début parce que je ne voulais pas lâcher la capitale. […] J'ai fait ça pendant quatre ans et j'ai pris le poste. (…) C'était dur dans la région parisienne, ici c'est facile dans la région pour un étudiant. J'en ai vu qui arrivaient, ils ont tout de suite fait FFI, mais à Paris c'était dur. »* (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990).

> *« Il y avait des postes ici, il y avait une opportunité et il y avait des collègues que je connais déjà qui voulaient que je vienne, mais je ne voulais pas quitter Paris[111]. […] À Paris et dans la proche banlieue c'est pareil, on a un poste bouche-trou à faire la paperasse et on ne progresse pas quoi, pour avoir un poste de PH il faut se bagarrer. »* (Asad, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Trois médecins disent avoir vécu comme un soulagement le départ de la région Ile-de-France. Une praticienne a travaillé dans un premier temps en tant qu'infirmière en banlieue parisienne, car elle ignorait qu'il était plus facile de trouver un poste de médecin en province. Quelques années plus tard, elle a abandonné son travail d'infirmière et a pu réintégrer sa profession initiale en province. Après avoir eu huit postes de FFI en sept années en région parisienne, un autre praticien a pu enfin trouver une stabilité en étant recruté en Poitou-Charentes. Un dernier médecin apprécie avoir obtenu un statut d'associé en province après avoir été FFI pendant huit ans dans les environs de Paris.

> *« Sous le conseil d'un cousin de mon mari qui m'a dit : « il faut que tu réintègres le corps médical parce que c'est plus possible, tu as quand même fait la CAMU donc il faut sortir de là, même s'il faut que tu déménages dans le Sud. » Là j'ai commencé à faire mes recherches sur le net, par téléphone, courrier, et j'ai envoyé des CV spontanément. »* (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

> *« Je voulais la stabilité et j'avais du mal un peu à trouver. […] Il fallait que je trouve quelque chose parce que je n'avais plus de ressources donc il y avait mon ancien chef de service qui connaissait le directeur ici et comme il cherchait un gynéco, il m'a demandé d'aller en Poitou-Charentes.»* (Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

[111] Nom de lieu réel, car le parcours du médecin est cartographié (cf. carte 8).

« Le mari de ma cousine m'a appelé parce qu'il avait un problème pour les nuits l'été, c'était en juin et moi je suis arrivé en juin 1998. C'est vrai que la région était pratiquement désertique, il n'y avait pas beaucoup de médecins dans la région, surtout pour les vacances donc je suis venu remplacer, faire des nuits. Puis le directeur m'a dit que si j'attendais un peu, il allait me faire un contrat et changer mon statut. Et puis j'en avais marre de rester tout le temps FFI donc il fallait que je quitte Paris. » (Chakib, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990)

La mobilité vers la province permet à ces PADHUE de redevenir médecins, d'acquérir de meilleurs statuts, d'obtenir des rémunérations plus élevées ou encore d'avoir une perspective d'intégration au sein du corps médical plus rapide que dans la capitale. Le verrouillage des hôpitaux parisiens aux médecins diplômés à l'étranger est également mentionné par un responsable des affaires médicales qui a travaillé pendant plusieurs années pour l'AP-HP (Assistance publique – hôpitaux de Paris).

« J'ai connu à Paris des secteurs où effectivement les médecins étrangers étaient indésirables. […] Prenez des gros secteurs, moi j'ai travaillé par exemple en hématologie, à un moment donné il n'y avait quasiment pas de médecins étrangers, là c'est vraiment le réseau très fermé. […] On prend des petites mains pour aider, mais on ne leur offre rien, rien, ils n'ont aucune perspective de carrière. » (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

Finalement, plus les villes sont grandes et attractives, plus elles attirent les médecins diplômés en France et, par conséquent, moins les hôpitaux ont besoin de PADHUE. Les médecins diplômés hors UE qui essaient de rester dans les grandes villes ou dans la capitale sont souvent amenés à être mobiles, ce qui est rarement le cas des praticiens qui se dirigent dès leur arrivée en France vers des hôpitaux généraux situés dans de petites villes.

7.2.4. Se déplacer par nécessité ou par choix personnels

Lorsque les PADHUE passent du statut de FFI à celui d'associé (cf. tableau 4, p. 92), leur contrat n'est plus systématiquement limité à six mois. Contrairement aux FFI qui remplacent des internes, les associés se substituent aux praticiens hospitaliers. Les hôpitaux peuvent donc faire le choix de garder un PADHUE associé à l'issue de son contrat même si un candidat à diplôme français se présente. Plusieurs médecins déclarent que leur contrat n'a parfois pas été reconduit pour des raisons qu'ils jugent abusives. Alors qu'il exerçait comme chirurgien associé dans un CH depuis plus d'un an, un médecin explique qu'en 2004 le directeur de l'hôpital a exigé de lui qu'il travaille à 50 % en chirurgie et à 50 % aux urgences. Le médecin a refusé et le directeur l'a licencié. Cas très rare, le praticien a fait un procès à l'hôpital qui a été condamné à lui verser des indemnités pour licenciement abusif. Ce genre de situation est généralement passé sous silence, car les médecins concernés se contentent de partir exercer dans un autre établissement (cf. chapitre 5, p. 163). Plusieurs praticiens disent ne pas avoir eu leur contrat reconduit en raison de l'arrivée d'un nouveau directeur (ou chef de service) qui ne souhaitait pas avoir de médecins d'origine étrangère dans son établissement.

« Moi j'aurai aimé rester dans cette ville et faire carrière là-bas, mais ce n'était pas possible parce que j'ai eu un petit souci avec le directeur qui était raciste, ça vous pouvez le noter, qu'il était raciste ! Il a attendu la fin de mes six ans de contrat d'assistant pour se débarrasser de moi. » (Khalid, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1990)

Des médecins font parfois le choix de quitter une structure hospitalière, car ils estiment qu'on leur donne une charge de travail trop importante ou parce que des collègues leur manquent de respect. Larbi, dont le parcours est représenté en page 228 (carte 9), n'acceptait pas de dépendre de collègues diplômés en France, raison pour laquelle il changeait fréquemment d'établissement lorsqu'il ne possédait pas la plénitude d'exercice.

« En fait pourquoi j'ai fait 36 trucs en même temps ? Parce que j'ai toujours refusé d'être dépendant de quelqu'un ou l'esclave de quelqu'un donc là j'étais libre. […] C'est pour ça que j'ai été dans plusieurs endroits, comme ça je dépendais de personne, je pouvais quitter dès qu'on m'embêtait. » (Larbi, homme, 49 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1984)

Deux autres praticiennes expliquent avoir quitté en même temps l'hôpital dans lequel elles exerçaient, l'une depuis sept ans et l'autre depuis dix ans, en raison de l'arrivée d'un nouveau chef de service. Selon elles, celui-ci faisait non seulement des erreurs médicales, mais il les rabaissait constamment tout en leur augmentant régulièrement leur charge de travail. Lorsqu'elles ont démissionné, l'une d'entre elles effectuait un temps complet dans le service des urgences et un travail à mi-temps dans le service de réanimation. Elle travaillait donc à 150 % en étant rémunérée à 100 % de son statut de PAC.

« J'ai posé ma démission à l'hôpital de Carcassonne en faisant un gros scandale. […] J'étais extrêmement attendue à Brive-la-Gaillarde. J'étais étonnée d'apprendre ça, ça m'a fait chaud au cœur parce que le chef de service de Cannes où je travaillais me disait que je ne serais prise nulle part ailleurs. Il me faisait un harcèlement monstrueux en disant qu'avec mon diplôme je ne peux travailler nulle part, qu'il y a que lui qui est gentil pour me garder. » [112] (Sylvia, femme, 45 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 1992)

« Et donc en 2000 je pète un câble parce que je sentais que je me fais extrêmement exploiter en faisant les deux services et puis voilà et je viens ici. » (Ana, femme, 56 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 1989)

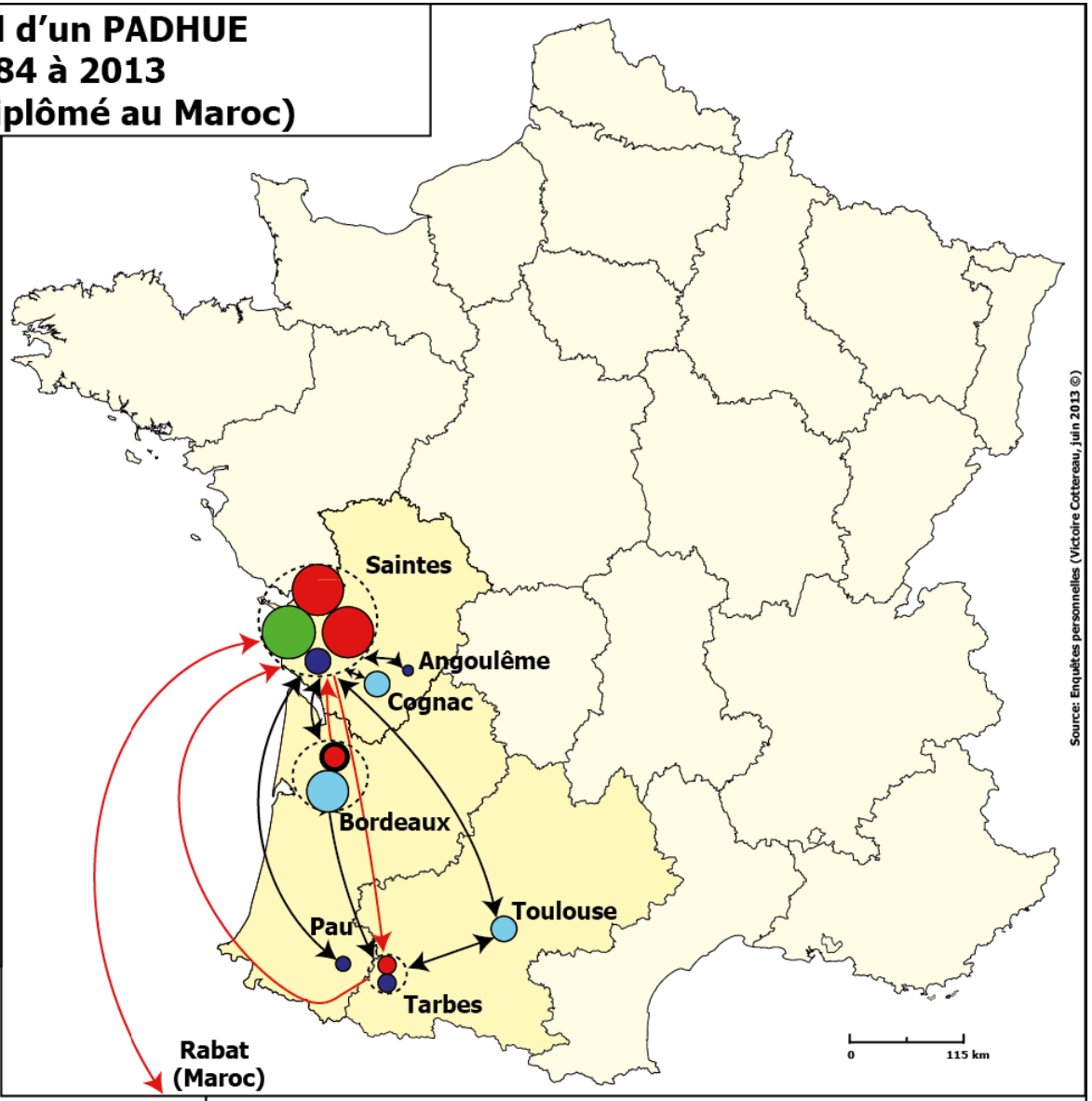
[112] Noms de lieux fictifs.

Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1984 à 2013 (Larbi, homme, 49 ans (1964), né et diplômé au Maroc)

Chronologie du parcours professionnel

-**1984 à 1987**: Obtention d'une bourse lui permettant de poursuivre ses études de médecine ainsi qu'un diplôme de biologie humaine à **Bordeaux**.
(Le médecin a effectué le début de ses études à **Rabat** au Maroc puis il est arrivé en France en 3eme année de médecine en 1984).
-**1987 à 1988**: Faisant Fonction d'interne (FFI) en neurologie au centre hospitalier (CH) de **Saintonge**.
-**1989**: Aller-retour à **Rabat** pour soutenir la thèse de médecine.
-Inscription en diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS) de pédiatrie.
-**1988 à 1991**: FFI en pédiatrie au CH de **Saintonge**.
-**1991**: FFI en pédiatrie au CH d'**Angoulême**.
-**1991 à 1992**: FFI en pédiatrie au CH de **Pau**.
-**1993**: Validation du DIS de pédiatrie.
-**1995**: Validation du concours de praticien adjoint contractuel (PAC).
-**1992 à 2000**: Vacations comme attaché associé (AA) en pédiatrie au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Bordeaux**.
-**1993 à 1996**: Vacations comme assistant généraliste associé (AGA) en pédiatrie au CH de **Cognac**.
-**1996 à 1999**: Vacations comme AA en pédiatrie au CHU de **Toulouse**.
-**1998**: Remplacement comme AA en pédiatrie au CH de **Saintonge** (3 mois).
-**1999 à 2000**: Assistant spécialiste associé (ASA) en pédiatrie au CH de **Tarbes**.
-**2000**: Reconnaissance du diplôme de médecine par la procédure CSCT (certificat de synthèse clinique et thérapeutique).
-Validation du concours de praticien hospitalier (PH).
-**2000 à 2001**: Praticien hospitalier contractuel (PHC) en pédiatrie au CH de **Saintonge**.
-**2001 à 2006**: PH en pédiatrie au CH de **Saintonge**.
-**2006 à 2013**: PH et chef de service de pédiatrie au CH de **Saintonge**.
*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens (exceptée la soutenance du doctorat de médecine) ne sont pas représentés sur la carte.



Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Vacations / gardes (diplôme de médecine non reconnu)
- Emplois temps plein (diplôme de médecine reconnu, inscrit au CNOM)
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

Chronologie du parcours résidentiel

-**1984 à 1987**: Colocataire à **Bordeaux** avec d'autres étudiants marocains venus suivre le même cursus.
-**1987 à 1989**: Logé à l'internat du CH de **Saintonge**.
-**1989 à 1999**: Locataire à **Saintes** (avec sa femme et ses enfants).
-**1999 à 2000**: Locataire à **Tarbes** (avec sa femme et ses enfants).
-**2000 à 2001**: Locataire à **Saintes** (avec sa femme et ses enfants).
-**2001 à 2013**: Propriétaire à **Saintes** (avec sa femme et ses enfants).
*Lorsque le médecin travaillait dans des hôpitaux éloignés de son domicile, il logeait ponctuellement dans les internats.

Carte 9

Selon certains PADHUE, il est nécessaire de changer régulièrement de structures s'ils veulent être respectés par leurs confrères diplômés en France et ne pas être consignés aux tâches ingrates. Plusieurs soulignent même qu'il est important d'intégrer un nouvel hôpital au moment où l'on obtient la plénitude d'exercice afin de s'imposer tout de suite au sein de la hiérarchie hospitalière en tant que médecin « reconnu ».

Certains PADHUE ont quitté des établissements parce qu'ils estimaient que leur rémunération était insuffisante. Un médecin a démissionné au bout d'un mois dans un hôpital en 1994, car il a découvert que ses gardes étaient beaucoup moins payées que celles de ses confrères diplômés en France. Il était payé 549 francs par garde (environ 84 euros) alors que les assistants diplômés en France étaient payés 1450 francs (environ 221 euros).

> *« C'est là que le directeur m'a dit que mes gardes ne sont pas payées comme pour les autres assistants. »* (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

D'autres praticiens ont changé de structures, car ils souhaitaient obtenir un meilleur salaire. Les hôpitaux ont en effet la liberté de recruter les PADHUE associés à l'échelon de leur choix (cf. tableau 2, p. 74). Comme l'explique l'un d'entre eux, certains établissements n'hésitent pas à débaucher des médecins en leur proposant de les rémunérer à un échelon plus élevé. Une meilleure rémunération permet souvent aux médecins de ne plus faire de gardes dans d'autres établissements et d'avoir un rythme de travail plus tranquille.

> *« Je venais ici faire des remplacements et le chef m'a dit qu'il voulait que je prenne le poste ici. J'ai dit non et il m'a dit à Saint-Brieuc*[113] *tu es au 2e échelon, moi je te donne le 6e échelon si tu viens ici. Je te donne le 6e échelon donc tu gagnes 4 échelons, ça ne se refuse pas ! »* (Amadou, homme, 45 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

L'analyse des parcours des PADHUE indique que les médecins sont mobiles et changent régulièrement de structures afin de pouvoir exercer leur profession en France sans encore posséder la plénitude d'exercice. Les médecins qui ont une *carrière itinérante* au sens spatial sont souvent des praticiens qui souhaitent privilégier la pratique de leur métier à l'installation dans un lieu désiré.

7.3. La *carrière itinérante* au sens hiérarchique, disciplinaire ou sectorielle

Durant leur parcours en France, près de la moitié des PADHUE rencontrés ont occupé d'autres emplois et/ou ont changé de spécialité médicale. Ces choix peuvent être volontaires, stratégiques, nécessaires ou obligatoires.

[113] Nom de lieu fictif.

7.3.1. La relégation à un statut médical inférieur

Une quinzaine de PADHUE ont exercé un autre métier que celui de médecin. Dans la presque totalité des cas, il s'agit de professions du secteur médical comme responsable de salle de réveil, représentant médical, aide-soignant, aide-chirurgien et principalement infirmier. Parmi ces médecins, on distingue trois profils différents.

1/ Ceux qui exercent une autre fonction en attendant de trouver un poste de médecin. Il s'agit d'une solution d'attente. Par exemple, un médecin a quitté son poste de FFI avant la fin d'un semestre en cours durant l'année 1994. Il est alors devenu responsable de la salle de réveil d'une clinique pendant quatre mois en attendant le prochain roulement d'internes. Généralement, ces praticiens pratiquent un autre métier sur une période relativement courte.

2/ Ceux qui exercent une autre profession en plus de celle de médecin. Ces praticiens cumulent deux emplois parce qu'il s'agit de postes de FFI non rémunérés ou parce que leur salaire de FFI est insuffisant pour faire vivre leur famille. Le plus souvent, ces praticiens sont médecin le jour et infirmier la nuit.

> *« Parce qu'avec mon poste de FFI je gagnais des clopinettes. À l'époque* (en 1997) *ce n'était même pas 4000 francs* (environ 600 euros) *et avec mon poste d'infirmier je gagnais 15 000 francs* (environ 2300 euros). *»* (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990)

Asad, un médecin dont le parcours est cartographié en page 224 (carte 8), a cumulé jusqu'à trois emplois pour pouvoir résider à Paris avec sa famille.

> *« En 1997, je travaillais comme infirmier et je travaillais comme FFI. J'ai fait les deux jusqu'à 2001 et j'avais un troisième boulot, j'étais cadre dans un conseil général. »* (Asad, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Les PADHUE correspondant au second profil sont généralement à la tête d'une famille dont ils sont le seul parent à travailler. De surcroît, ils habitent le plus souvent dans une grande ville où le coût de la vie est élevé. Les individus qui, en plus de leur travail de médecin, exercent un second métier le font principalement pour des raisons financières.

3/ Ceux qui exercent un autre métier pendant plusieurs années, car ils ne trouvent pas de poste de médecin ou parce qu'ils ne savent pas qu'ils peuvent en obtenir un. Il s'agit du profil qui englobe le plus grand nombre de PADHUE. Le cas le plus fréquent concerne les médecins qui ont travaillé comme infirmiers à leur arrivée en France. Plusieurs PADHUE ont découvert qu'ils ne pouvaient pas être employés par les hôpitaux lorsqu'ils venaient y déposer leur candidature. Ils exerçaient alors comme infirmiers dans l'attente d'une éventuelle loi qui assouplirait les conditions de recrutement de médecins comme la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006. Dans certains cas, des PADHUE sont devenus infirmiers parce que les directions des hôpitaux dans lesquels ils travaillaient leur ont indiqué qu'ils n'étaient plus autorisés à les employer. Il s'agit le plus souvent d'une mauvaise lecture des textes législatifs

par les administrations hospitalières. Sur la carte 10 (p. 232), nous voyons que durant son parcours Diego a travaillé plusieurs années comme infirmier en raison d'une mauvaise information communiquée par un responsable des affaires médicales d'un centre hospitalier.

> *« Le problème c'est que j'ai été mal informé à l'hôpital d'Auray*[114] *où le chef des affaires médicales là-bas m'avait dit que je ne pouvais plus travailler. Quand je suis revenu de la Colombie, je suis allé le voir de nouveau et il m'a dit non, tu ne peux toujours pas travailler. C'est à ce moment-là que j'ai pris le poste d'infirmier et en fait, a posteriori, je me suis rendu compte que je pouvais travailler et que c'est lui, je ne sais pas pourquoi, qui m'a dit que non. Donc pendant deux ans j'ai travaillé comme infirmier en ne sachant pas que je pouvais travailler au moins comme faisant fonction d'interne »* (Diego, homme, 51 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

> *« Depuis que je suis là, ce beau frère et puis d'autres, je leur ai demandé de l'aide pour travailler comme FFI comme eux, rien, débrouille-toi. […] Je venais de débarquer et j'ai vu que la plupart des médecins qui sont arrivés là, il y en a pas mal qui ont commencé comme infirmiers. Et puis moi je voulais travailler parce que j'ai fait presque trois mois sans rien, c'était difficile. »* (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004)

Il est important de préciser que les PADHUE étaient autorisés à exercer le métier d'infirmier avant la publication de la circulaire n° DHOS/P2/2007/201 du 15 mai 2007, relative à la mise en extinction du dispositif d'autorisation de recrutement en qualité d'infirmier des médecins titulaires d'un diplôme de docteur en médecine extra-communautaire. Un dispositif avait alors été mis en place leur permettant d'obtenir le diplôme d'État d'infirmier en trois mois.

Plusieurs médecins n'ont pas été contrariés par le fait d'avoir travaillé comme infirmiers. Certains d'entre eux expliquent que ce travail leur a permis de s'adapter progressivement au système de santé français. Pour d'autres, comme Leïla, cette déqualification a parfois été vécue comme une situation humiliante et dévalorisante.

> *« Très mal oui, je le faisais avec des larmes, j'étais dévalorisée. […] Je me faisais une raison, j'accepte parce que je me dis j'ai une famille que je dois faire vivre. Mais au fond je ne l'acceptais pas parce que la preuve j'étais tout le temps à la recherche d'un poste, je faisais des examens, des trucs pour pouvoir sortir de là. […] Oui, c'était amer, très amer. »* (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

[114] Nom de lieu réel, car le parcours du médecin est cartographié (cf. carte 10)

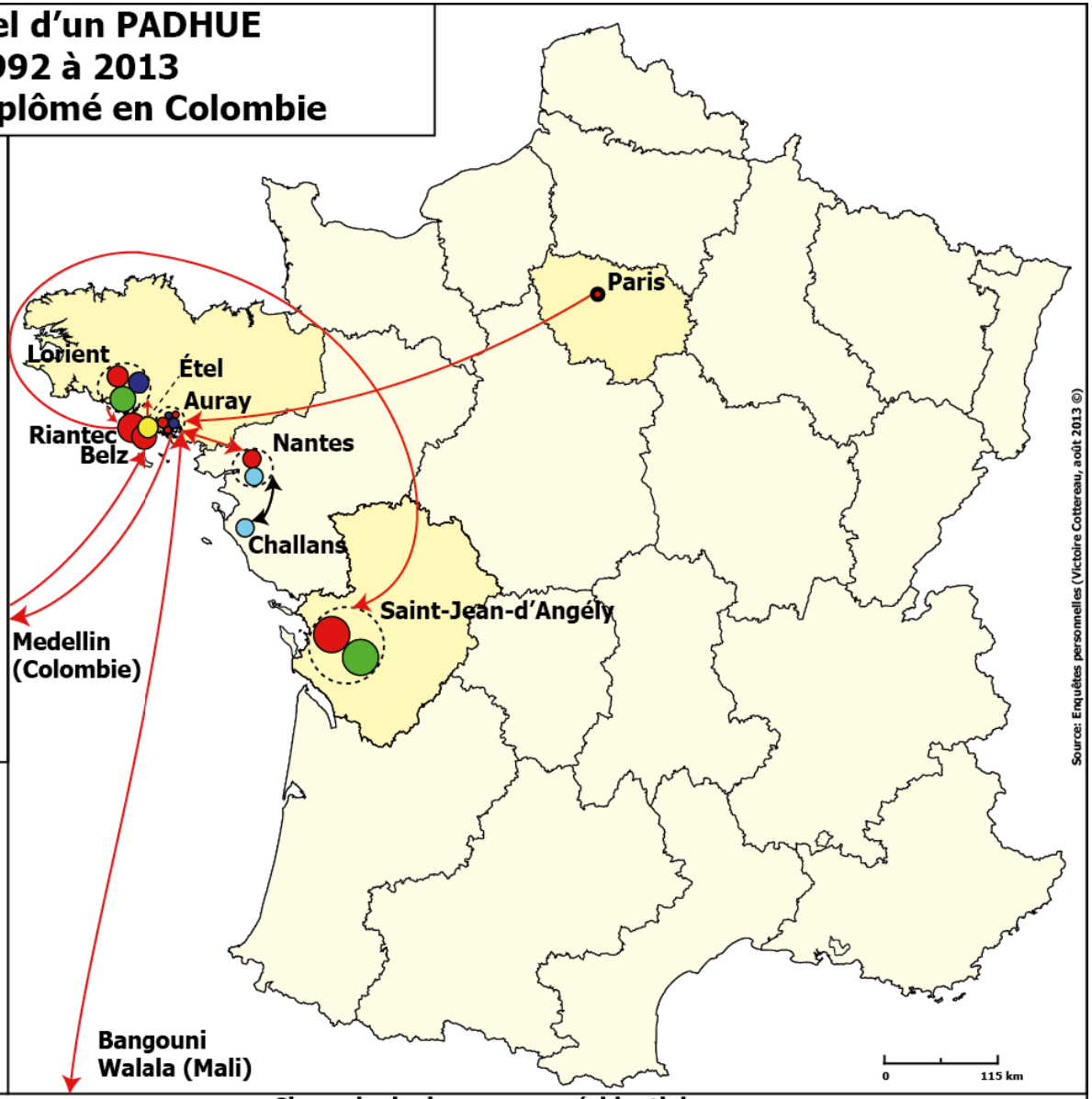
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1992 à 2013
Diego, homme, 52 ans (1961), né et diplômé en Colombie

Chronologie du parcours professionnel

-**1992**: Apprentissage de la langue française à **Paris** avant de partir travailler en Afrique en tant que médecin-missionnaire-Père Blanc.
(Le praticien a obtenu son diplôme de médecine à **Medellin** en 1992 et il est directement venu en France, sans avoir exercer en Colombie).
-**1993:** Faisant fonction d'interne (FFI) aux urgences du centre hospitalier (CH) d'**Auray**.
-Obtention d'un diplôme de médecine tropicale à **Nantes**.
-**1994**: Médecin dans des dispensaires à **Bougouni** et **Walala** au Mali.
-**1995**: FFI aux urgences du CH d'**Auray**.
-**1995 à 1996**: Gardes aux urgences du centre hospitalier universitaire (CHU) de **Nantes** et du CH de **Chalôns**.
-**1996**: Obtention du diplôme d'État d'infirmier.
-**1997 à 1998**: Médecin dans les hôpitaux de **Medellin** et de **La Caja** en Colombie.
-**1998**: Infirmier intérimaire à «France télécom».
-**1998 à 2000**: Infirmier dans une maison de retraite à **Étel**.
-**2001**: Attaché associé (AA) aux urgences du CH de **Lorient**.
-Inscription en capacité de médecine d'urgence (CAMU) à **Nantes**.
-**2002**: Assistant attaché (AA) aux urgences du CH de **Lorient**.
-**2003**: Reconnaissance du diplôme de médecine par la procédure Hocsman.
-Validation de la CAMU à **Nantes**.
-**2003 à 2006**: Praticien hospitalier contractuel (PHC) aux urgences du CH de **Lorient**.
-**2007**: PHC à mi-temps en gériatrie et à mi-temps aux urgences du CH de **Lorient**.
-**2007**: Validation du concours de praticien hospitalier (PH).
-**2007 à 2013**: PH aux urgences du CH de **Saint-Jean-d'Angély**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Source: Enquêtes personnelles (Victoire Cottereau, août 2013 ©)

Carte 10

Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Emplois temps plein (diplôme de médecine reconnu, inscrit au CNOM)
- Vacations / gardes (diplôme de médecine non reconnu)
- Emplois temps plein d'infirmier
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

4 ans — 6 ans
3 mois — 6 mois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

Chronologie du parcours résidentiel

-**1992 à 1993**: Logé par les Pères Blancs (missionnaires) à **Paris**.
-**1993**: Logé à l'internat du CH d'**Auray**.
-**1994**: Logé dans des dispensaires au **Mali**.
-**1995**: Logé à l'internat du CH d'**Auray**; logé chez un ami à **Nantes**.
-**1996**: Locataire à **Nantes** (avec sa femme et son enfant); locataire à **Auray** (avec sa femme et son enfant).
-**1997**: Locataire à **Medellin** (avec sa femme et son enfant).
-**1998 à 2001**: Locataire à **Belz** (avec sa femme et son enfant).
-**2001 à 2003**: Locataire à **Lorient** (avec sa femme et ses enfants).
-**2003 à 2007**: Propriétaire à **Riantec** (avec sa femme et ses enfants).
-**2007 à 2013**: Propriétaire à **Saint-Jean-d'Angély** (avec sa femme et ses enfants).

*Lorsque le médecin travaillait dans des hôpitaux éloignés de son domicile, il logeait ponctuellement dans les internats.

À l'inverse, quelques PADHUE préféraient travailler comme infirmiers plutôt que comme FFI afin de toucher un meilleur salaire. Certains PADHUE ont même pensé à s'installer comme infirmiers libéraux si la législation ne leur permettait pas de réintégrer le corps médical en tant que médecins. Djamel explique avoir démissionné à l'issue de son premier mois en tant que FFI pour devenir infirmier et avoir une rémunération supérieure.

Il est redevenu médecin des années plus tard lorsqu'il a appris qu'il pouvait travailler sous le statut d'associé.

> *« Je mangeais avec des infirmiers, en face de moi, il y avait un Algérien, on avait presque le même parcours, il était plus jeune que moi. On parlait des salaires, lui il touchait 2400 euros et moi je touchais 1100 euros* (en 2004). *»* (Djamel, homme, 43 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2003)

Selon plusieurs médecins et responsables administratifs, de nombreux PADHUE auraient d'ailleurs fait le choix de travailler comme infirmiers et d'abandonner définitivement la profession de médecin. Comme l'indique Tarek, certains de ces confrères préfèrent abandonner leur profession initiale pour avoir un meilleur salaire, mais également pour ne pas avoir à vivre la période d'exercice sous les statuts de FFI ou d'associés.

> *« Comme mon frère, certains ont commencé comme infirmiers, ça leur plait, et ils sont restés comme ça. Il y en a d'autres comme nous, on a travaillé comme FFI, on a été payé au SMIC. […] Comme infirmiers ils se font 2000 euros parfois ils se font plus donc ça leur plait, et ils n'ont pas cette période de souffrance dans laquelle je suis moi et dont je ne suis pas encore sorti. »* (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004)

Plusieurs facteurs incitent des médecins à se tourner provisoirement vers des professions médicales hiérarchiquement inférieures. De nombreux praticiens changent de façon temporaire de profession parce qu'ils manquent d'informations sur les moyens et les stratégies à mettre en place afin de pouvoir exercer comme médecins durant les périodes les plus difficiles. Les PADHUE mariés et avec des enfants sont beaucoup plus nombreux à être concernés par le changement passager de métier en raison des difficultés et/ou de l'impossibilité de faire déménager fréquemment une famille pour pouvoir exercer leur profession de prédilection.

7.3.2. L'abandon d'une spécialité et/ou l'acquisition d'une nouvelle spécialité

Beaucoup de médecins diplômés hors UE ont été informés par leurs contacts qu'il est plus facile d'obtenir des postes dans certaines spécialités que dans d'autres. Plusieurs PADHUE ont donc décidé de changer de spécialité. Ce changement est souvent une stratégie dans l'objectif de trouver plus facilement un emploi durable avec une perspective de carrière ascendante. Tandis que des médecins généralistes choisissent de se spécialiser en raison du nombre de places limitées dans les services de médecine générale ou polyvalente, des spécialistes décident d'abandonner leur spécialité lorsqu'ils n'arrivent pas à trouver de postes.

Selon plusieurs personnes rencontrées, les spécialités présentes exclusivement dans les CHU ou dans les grands centres hospitaliers seraient les plus difficiles d'accès aux PADHUE.

> *« Début 2007 j'ai commencé à me poser des questions : combien d'années je vais passer à chercher en médecine nucléaire ? Donc, en janvier 2007, j'ai commencé à penser à faire de la psychiatrie, les urgences ou la gériatrie… En fait, j'avais le choix entre trois spécialités parce que ce sont les trois spécialités qui recrutent le plus, point. Moi je ne me voyais pas faire les urgences, je ne me voyais pas perdre ma tête en psychiatrie et par défaut gériatrie. Et quand j'ai vu l'annonce c'était médecin généraliste souhaitant s'orientait vers la gériatrie donc si j'ai fait la capacité, ce n'est pas que j'aime la Gâtine ou que j'aime les vieux, je n'avais pas le choix. Donc le poste c'était je le prends si je m'engage à faire la formation. »* (Mahandry, homme, 41 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 1997)

> *« Je me suis rendu compte que ça allait être compliqué de trouver un poste d'hémato donc j'ai cherché à trouver une spécialité où je peux exercer, où il y a beaucoup d'offres dans la région et j'ai vu que c'est la gériatrie. »* (Régis, homme, 43 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

Les disciplines offrant le plus de possibilités aux PADHUE sont la gériatrie, la psychiatrie et les urgences. Mahandry, dont le parcours est cartographié en page 235 (carte 11), a persisté pendant plusieurs années à chercher un poste en médecine nucléaire. Il a finalement réintégré le corps médical en prenant la décision de se re-spécialiser en gériatrie. Ce secteur recrute de nombreux médecins en raison de son développement dû au vieillissement de la population et parce qu'il attire peu les médecins diplômés en France (Bliez, 2006). De surcroît, comme l'explique Tarek, l'accès à la spécialité de gériatrie n'est pas très compliqué puisque tout médecin généraliste peut se spécialiser dans ce domaine en validant une capacité de gériatrie dans la faculté de son choix.

> « *La gériatrie, pour ne pas dire la chose la plus facile. C'était peut-être le seul chemin qui pouvait m'orienter pour être FFI et sortir de ce système. »* (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004)

La psychiatrie manque également de personnel, notamment en raison des écarts importants de salaires existant entre les secteurs publics et privés. L'exemple le plus représentatif est celui d'un couple de médecins malgaches qui a postulé partout en France dans l'espoir d'être tous les deux embauchés dans un même établissement. Ils n'ont alors accordé aucune importance aux spécialités proposées par les établissements. Un petit centre hospitalier leur a répondu positivement en proposant un poste en psychiatrie à l'épouse et un poste en gériatrie au mari.

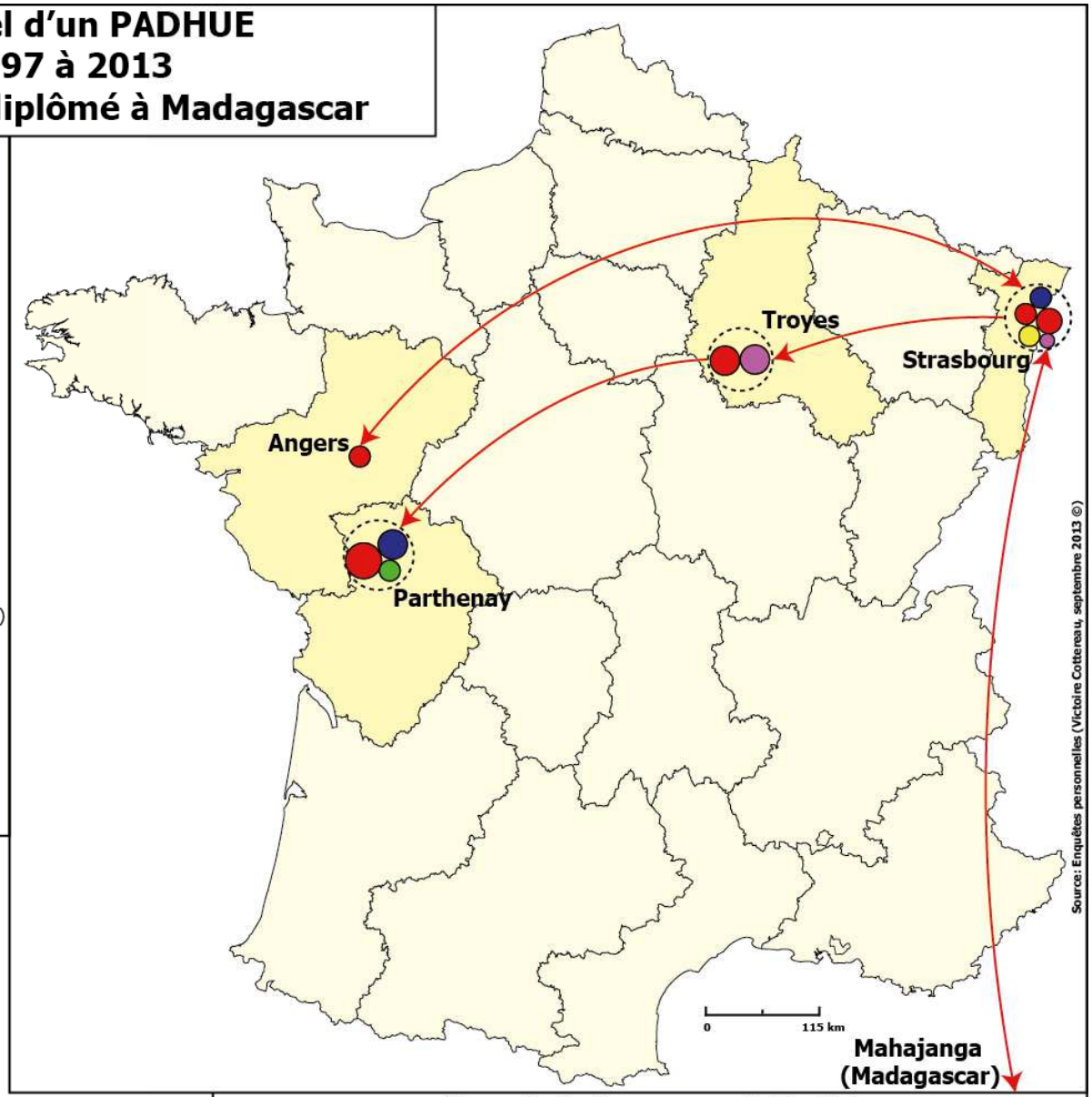
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1997 à 2013
Mahandry, homme, 44 ans (1969), né et diplômé à Madagascar

Chronologie du parcours professionnel

-**1997**: Obtention d'une bourse permettant de venir à **Strasbourg** durant deux années pour réaliser ses travaux de thèse dans le cadre d'une coopération entre les facultés de médecine de Mahajanga et Strasbourg. (Le praticien est encore étudiant lorsqu'il arrive en France).
-**1997 à 1999**: Réalisation de la thèse de médecine à **Strasbourg** ainsi que d'un diplôme d'études approfondies (DEA) en biophysique à **Angers**. (La validation du DEA apporte au praticien une spécialisation en médecine nucléaire).
-**1999**: Aller-retour à **Mahajanga** pour soutenir la thèse de médecine.
-**1999 à 2000**: Chargé de cours en biophysique à l'Université de **Strasbourg**.
-**2000 à 2002**: Faisant fonction d'interne (FFI) au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Strasbourg** et des remplacements d'infirmier au CHU de **Strasbourg** et aux alentours.
-**2002**: Inscription et validation d'un diplôme interuniversitaire (DU) de visiteur médical à **Strasbourg**.
-**2003 à 2007**: Visiteur médical à **Troyes**.
-**2005**: Passage de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice (NPA) en médecine nucléaire (non reçu).
-**2007 à 2011**: Praticien attaché associé (PAA) en médecine polyvalente au CH Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), rattaché au site de **Parthenay**.
-Inscription en capacité de gériatrie en 2007 et validation en 2009.
-**2009**: Passage de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) en médecine générale (non reçu)
-**2011**: Validation de l'examen de la PAE en médecine générale.
-**2011 à 2013**: Praticien hospitalier contractuel (PHC) en médecine au centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), rattaché au site de **Parthenay**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens (exceptée la soutenance du doctorat de médecine) ne sont pas représentés sur la carte.



Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Emplois temps plein (diplôme de médecine reconnu, inscrit au CNOM)
- Emplois d'infirmier
- Autres emplois
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements entre plusieurs domiciles
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

4 ans — 6 ans
6 mois — 2 ans

Chronologie du parcours résidentiel

-**1997 à 1999:** Logé à la cité universitaire de **Strasbourg** et logé chez des amis à **Angers**.
-**1999:** Logé chez ses parents à **Mahajanga**.
-**1999 à 2000:** Logé au foyer du personnel de l'Université de **Strasbourg**.
-**2000 à 2002**: Logé à l'internat du CH de **Strasbourg** et/ou au foyer du personnel de l'Université.
-**2003 à 2007**: Locataire à **Troyes** (avec sa femme et son enfant).
-**2007 à 2008**: Locataire à **Parthenay** (avec sa femme et son enfant).
-**2008 à 2013**: Propriétaire à **Parthenay** (avec sa femme et son enfant).

Carte 11

> *« Pour faire une spécialité, il faut déjà trouver un poste, qu'ils nous acceptent donc on a fait des demandes partout et on a eu des réponses en psychiatrie et gériatrie. Ce sont les deux spécialités qui sont plus faciles pour trouver un poste. »* (Sariaka, femme, 38 ans, née et diplômée à Madagascar, arrivée en France en 2003)

Beaucoup d'établissements en manque de praticiens acceptent de recruter des médecins n'ayant pas encore les diplômes nécessaires dans la spécialité recherchée. Par contre, les praticiens ont l'obligation de commencer la formation demandée dès leur arrivée dans la structure.

Aujourd'hui, les services psychiatriques ont de telles difficultés de recrutement qu'ils acceptent que des médecins généralistes se contentent de valider un DU de psychiatrie pour les garder dans leurs services. Mais, la plupart des PADHUE généralistes se dirigent vers le secteur des urgences (cf. chapitre 3, p. 109). L'accès à la spécialisation en médecine d'urgence est ouvert à tout médecin généraliste. Il suffit de valider une capacité de médecine d'urgence (CAMU) pour devenir médecin urgentiste. Comme le sous-entend Olivier, la décision de devenir urgentiste, gériatre ou encore psychiatre reste une question de choix personnel, même si celui-ci est finalement souvent choisi par défaut.

> *« Les urgences, c'est par défaut par rapport de ce que je voulais faire à Madagascar. Moi je préfère être urgentiste que gériatre et ce sont les deux issues quand on est généraliste, toutes les autres spécialités elles sont fermées. »* (Olivier, homme, 45 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000).

Les trois disciplines dans lesquelles la majorité des PADHUE se spécialisent sont non seulement des domaines qui possèdent de nombreux postes vacants, mais également des spécialités ouvertes aux médecins titulaires d'un doctorat de médecine générale.

7.3.3. Accepter d'exercer dans le secteur privé

Des PADHUE ont exercé dans le secteur privé jusqu'à la fin des années 2000 alors que leur statut d'associé leur interdisait formellement d'y pratiquer la médecine. Comme Abbad et Nacer, ils affirment tous que les cliniques, qui les employaient, étaient parfaitement au courant de leur situation.

> *« J'ai travaillé dans des cliniques, mais ça c'était sans être déclaré. Je faisais aide-chirurgien, je donnais un petit peu des coups de main, mais sans plus. »* (Abbad, homme, 47 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1992)

> *« J'ai travaillé dans une clinique. […] De toute façon voilà il n'y avait pas de contrat. »* (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

Trois médecins rapportent qu'ils ont travaillé durant de longues périodes dans le secteur privé. En 1993, l'une d'entre eux a rejoint son mari qui vivait en banlieue parisienne. À son arrivée

en France, elle a découvert que les hôpitaux n'avaient pas le droit de l'employer. Elle a alors trouvé un travail dans une clinique qui acceptait de l'employer comme aide-chirurgien avec un salaire de FFI. Elle a gardé ce poste durant deux ans et demi et a fini par démissionner, la clinique étant éloignée de son domicile. Deux autres médecins ont trouvé des postes de médecins généralistes dans des cliniques privées par le biais de compatriotes et de membres de leur famille sans même avoir préalablement cherché un emploi dans le secteur public.

Pendant six années, un praticien a exercé pour une clinique privée qui lui faisait faire des remplacements dans toute la région bordelaise. Cet homme avait obtenu le poste par l'intermédiaire d'un oncle qui était un médecin très renommé d'un CHU français. Au décès de son oncle, la clinique lui a annoncé qu'elle ne souhaitait plus continuer à l'employer. Ce médecin a alors fait en sorte de rester le plus longtemps possible dans cette structure en raison de la rémunération élevée. De plus, il ne souhaitait pas quitter la région bordelaise qu'il considère comme étant son *« fief familial »*[115].

> *« C'était une clinique, j'étais le seul médecin étranger, mais c'est comme ça parce que mon oncle était professeur à l'université et c'était de la magouille. »* (Manjary, homme, 42 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

Un autre PADHUE a œuvré durant près de deux années dans une clinique également située dans une grande ville du Sud-Ouest de la France. Après avoir fini son internat dans cette même ville, un ami l'a mis en contact avec une clinique qui cherchait un médecin généraliste. La clinique l'a alors recruté tout en sachant qu'il ne possédait pas la plénitude d'exercice. Lorsque la DRASS a découvert cette situation, elle a interdit à l'établissement de continuer à l'employer comme médecin. Il a alors continué à travailler dans la même clinique en qualité d'infirmier en attendant de passer une procédure d'autorisation d'exercice. L'homme avait accepté ce travail, car il était non seulement bien rémunéré, et surtout parce qu'il était situé dans la ville où il vivait avec son épouse.

> *« C'est par les contacts, la clinique avait besoin de quelqu'un et j'avais fait mon internat à titre étranger en France. Je n'ai pas pu avoir l'autorisation ministérielle ni de la DRASS, mais on m'a embauché. J'ai pu travailler pendant 1 an et demi, 2 ans et j'ai arrêté de travailler parce qu'ils ont reçu un papier comme quoi ils ne pouvaient pas continuer à m'embaucher.»* (Marius, homme, 40 ans, né en République centrafricaine et diplômé au Maroc, arrivé en France en 2003)

Bien qu'il s'agisse de cas assez rares, des PADHUE ont accepté de travailler illégalement en tant que médecins dans des établissements privés. La plupart d'entre eux ont choisi cette solution de façon temporaire le temps de trouver un autre emploi. D'autres praticiens ont décidé de travailler longuement dans des établissements dans lesquels ils n'avaient aucun droit d'exercice avec tous les risques que cette situation engendrait en cas d'incident (sanction

[115] Manjary, homme, 42 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000.

pénale, etc.). Ces rares médecins ont principalement choisi d'avoir *une carrière itinérante* au sens sectoriel pour ne pas avoir à être mobiles spatialement et pour avoir la même rémunération que les médecins diplômés en France et en UE.

7.4. Les impacts de la *carrière itinérante* sur les plans personnels, familiaux et relationnels

Durant la période où ils ne possèdent pas la plénitude d'exercice, la plupart des médecins disent avoir vécu des périodes de stress, de fatigue et/ou d'angoisse (cf. chapitre 5, p. 163). Cet état psychologique associé à un éloignement géographique et/ou à un manque de disponibilité ont parfois engendré une certaine distance entre les médecins et leur conjoint, pouvant parfois aller jusqu'à la rupture définitive. À l'inverse, nous allons voir que face à une situation commune, une certaine solidarité est parfois née entre compatriotes.

7.4.1. Un mode de vie parfois inacceptable pour les conjoints

Lorsqu'ils évoquent la période où ils ne possédaient pas le plein exercice de la médecine, de nombreux PADHUE disent regretter de ne pas avoir pu partager plus de moments auprès de leur famille, dont ils étaient souvent éloignés en raison de leur travail (cf. chapitre 5). Dans les cas extrêmes, quelques médecins expliquent qu'ils tiennent leurs conditions de travail comme en partie ou entièrement responsables de l'échec de leur relation ou de leur mariage. Tout d'abord, il y a certains médecins qui ont été contraints d'accepter des postes loin de leur résidence. Ils étaient alors directement logés dans l'hôpital et, par conséquent, voient peu leur famille. Ensuite, comme Jules, il y a ceux qui ont accepté de nombreuses gardes ou un second métier afin d'avoir un salaire décent à la fin du mois. Plusieurs médecins disent avoir parfois enchaîné 72 heures de gardes, au détriment de leur vie familiale. D'autres médecins, comme Gabriel, étaient tellement éprouvés psychologiquement que leur conjoint a décidé de partir ou de demander le divorce, car il n'acceptait plus la situation. Enfin, il y a des cas moins fréquents tels que Nacer, dont l'engagement « excessif » pour défendre la cause des PADHUE a fini par mettre un terme à son mariage.

> *« Moi si j'ai divorcé c'est à cause de l'hôpital ! Quand je faisais les gardes à l'époque dans les années 90, je faisais la garde du weekend du vendredi après-midi jusqu'au lundi après-midi, c'est-à-dire jusqu'à ce que j'ai fini le bloc du lundi. En fait, moi j'étais seul aux urgences du vendredi après-midi jusqu'au lundi matin, la journée du samedi comprise. »* (Jules, homme, 60 ans, né en Centre-Afrique et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983)

> *« Quand le chef de service m'a mis dehors (…) j'ai eu un dérèglement de la thyroïde, j'étais comment dire facilement énervé, je me suis enfoncé un verre dans une main de colère et voilà (…) l'annonce c'était en 96 et le divorce c'était en 1997 »* (Gabriel, homme, 52 ans, né et diplômé en Égypte, arrivé en France en 1988)

> *« Quand j'ai divorcé, je me suis marié pour une autre cause : défendre les médecins à diplôme étranger. D'ailleurs le divorce est lié à cette même cause*

parce que je n'étais pas souvent à la maison, j'étais souvent à Paris. (…) J'étais pris dans la tourmente. On avait des réunions presque toutes les semaines à Paris ou bien si ce ne sont pas des réunions, ce sont des assemblées générales, on allait voir les collègues partout pour les mobiliser. » (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982).

Finalement, que ce soit pour des questions de distance, de disponibilités et/ou d'humeur, le fait d'avoir une *carrière itinérante* a régulièrement perturbé les équilibres familiaux, tant matériels que psychologiques. Toutefois, cette période d'instabilité familiale reste temporaire pour la majorité des médecins. Seule une minorité de PADHUE affirme que ce sont les conséquences de la *carrière itinérante* qui ont mis un terme à leur vie de famille de façon irrémédiable.

7.4.2. La *carrière itinérante* limitée par les contacts et les connaissances

Durant les entretiens, j'ai systématiquement demandé aux médecins par quels moyens ou quels biais ils avaient trouvé les postes occupés durant leur parcours professionnel. Leurs réponses diffèrent en fonction de la période à laquelle ils sont arrivés en France. La majorité des PADHUE arrivés en France dans les années 1980-1990 disent avoir envoyé des candidatures spontanées dans des dizaines d'hôpitaux. Certains expliquent également avoir postulé dans une structure après avoir vu une annonce dans une revue spécialisée. Les médecins arrivés à partir des années 2000 disent également avoir recours à la candidature spontanée, mais, contrairement à leurs aînés, ils expliquent avoir accès à de nombreuses informations sur les postes ou les hôpitaux grâce à l'outil internet. Comme nous pouvons le voir sur la capture d'écran 5, les médecins peuvent se tenir informés des postes disponibles par le biais de multiples sites internet : hôpitaux, annonces médicales, syndicats. Actuellement, certains médecins proposent même de conseiller des collègues PADHUE ou indiquent des postes vacants via des blogs ou des réseaux sociaux.

Toutefois, les médecins expliquent que le recours aux réseaux sociaux reste encore assez limité et ne concerne que les PADHUE arrivés ces dernières années en France. Par ailleurs, les médecins disent qu'ils ont été fréquemment informés de la vacance d'un poste par un ami, un membre de leur famille ou un compatriote, quelle que soit la période à laquelle ils sont arrivés en France. Selon les dires de plusieurs praticiens, il semble que le bouche-à-oreille serait le meilleur moyen de trouver un emploi.

« Quand je suis parti à Reims, c'est parce que mon frère m'a dit qu'il y a un poste donc c'est comme ça que j'ai eu le poste. Lille aussi c'était un ami, qui était assistant aussi à Lille, qui m'a appelé donc c'est toujours comme ça. Il y a toujours quelqu'un qui nous oriente, oui. »[116] (Assim, homme, 52 ans, né et diplômé au Maroc., arrivé en France en 1988)

[116] Noms de lieux fictifs.

« Toulouse parce que j'avais déjà des amis qui étaient à Toulouse. C'était un de mes meilleurs amis qui était là et il y avait un poste. Et en plus à Saint-Nazaire, il n'y avait pas de possibilités d'avoir un poste parce qu'ils ont transformé les postes de FFI en poste d'assistant et comme il n'y en avait pas pour tout le monde entre guillemets, on a été mis à la porte. »[117] (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Capture d'écran 5: Exemple de discussions entre PADHUE sur le réseau social *« Facebook »*

Source : Extrait d'un groupe privé sur Facebook intitulé « Groupe de Coordination et de Liaison entre les médecins à diplôme hors Union européenne en France. Amplifions la mobilisation sur nos droits pour préserver notre métier noble ». Capture d'écran effectuée le 26 janvier 2015.

En comparant les parcours des PADHUE, nous constatons que les médecins possédant des contacts dans le secteur médical français ont plus facilement et rapidement intégré ce dernier. Ces médecins n'ont généralement pas exercé d'autres professions.

La carte 12 (p. 241) représente le parcours de Jean. À son retour du Liban, ce médecin a travaillé dans plusieurs établissements situés autour de Poitiers, ville dans laquelle il a décidé de s'installer lorsqu'il est revenu vivre en France. Il a exercé dans différents hôpitaux durant son parcours professionnel parce qu'il démissionnait dès qu'il ne se plaisait plus dans une structure. Ce médecin possède de nombreux contacts en France qui le tiennent informé des postes disponibles. Ces contacts sont un véritable atout dans le déroulement de sa carrière professionnelle. Contrairement à beaucoup de PADHUE, la mobilité de ce médecin est donc volontaire. Il peut quitter un poste, car il sait qu'il n'aura aucune difficulté à en trouver un autre dans les environs de Poitiers grâce à son réseau de connaissances.

[117] Noms de lieux fictifs.

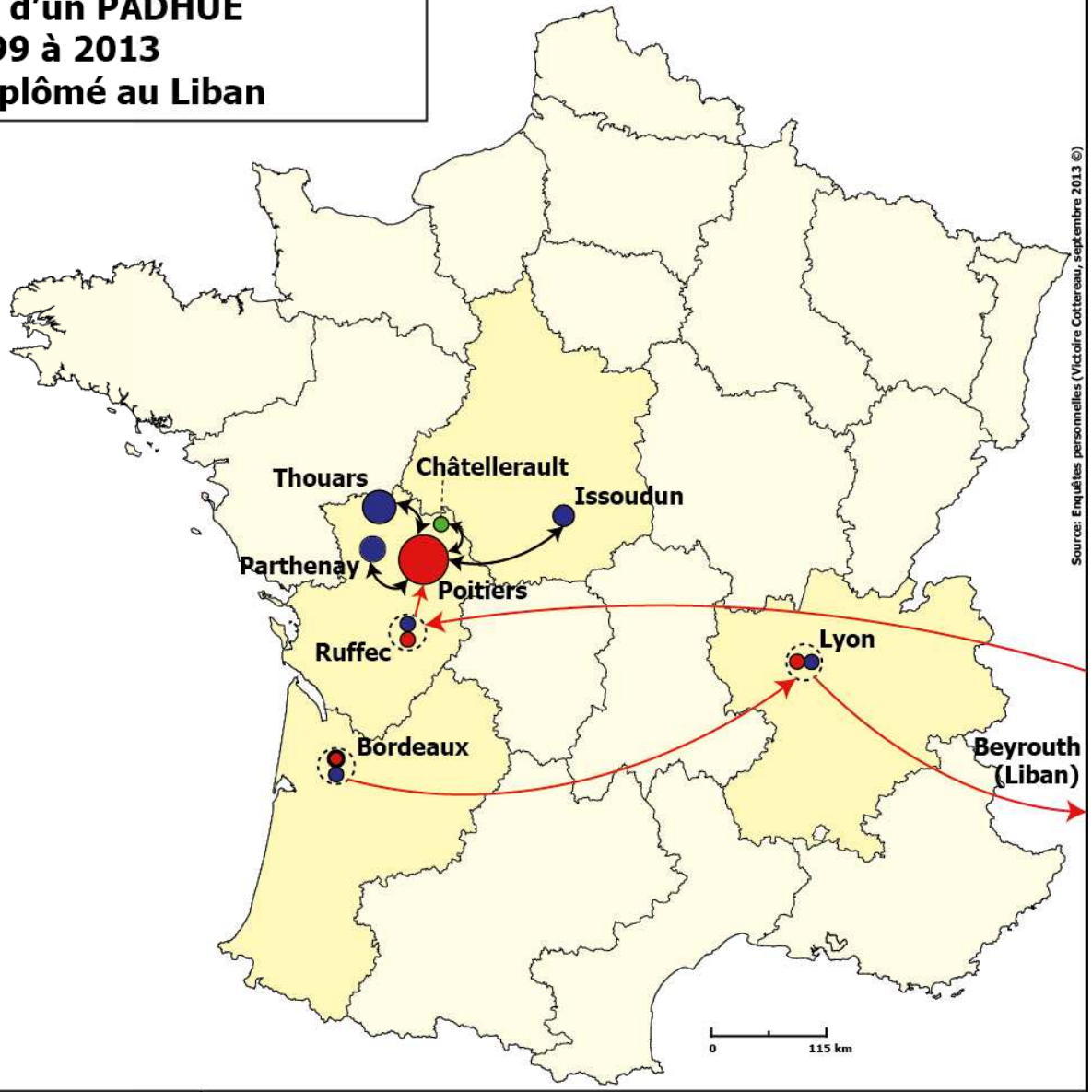
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1999 à 2013
Jean, homme, 46 ans (1967), né et diplômé au Liban

Chronologie du parcours professionnel

-**1999**: Inscription en attestation de formation spécialisée (AFS) de chirurgie générale à **Bordeaux**.
(Le praticien a obtenu son diplôme de médecine à **Beyrouth** au Liban puis il a commencé à y faire une spécialité en chirurgie).
-Faisant fonction d'interne (FFI) en chirurgie au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Bordeaux**.
-**2000:** FFI en chirurgie au CHU de **Lyon**.
-**2001**: Validation de l'AFS en chirurgie à **Bordeaux**.
-**2001**: Chirugien dans deux cliniques à **Beyrouth**.
-**2001 à 2002**: FFI en chirurgie au centre hospitalier (CH) de **Ruffec**.
-**2002 à 2005:** FFI en chirurgie au CH de **Parthenay**.
-**2003**: Validation de la capacité de médecine d'urgence (CAMU).
-**2005 à 2007**: Praticien attaché associé (PAA) aux urgences du CH d'**Issoudun**.
-**2007 à 2009**: PAA en chirurgie au CH Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), rattaché au site de **Thouars**.
-**2009**: Validation de l'examen de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) en médecine générale.
-**2009 à 2012**: PAA en médecine polyvalente au CHNDS, rattaché au site de **Thouars**.
-**2012:** Autorisation d'exercer la profession de médecin dans la spécialité de médecine générale en France.
-**2012 à 2013**: Praticien hospitalier contractuel (PHC) aux urgences du CH de **Châtellerault**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Emplois temps plein (diplôme de médecine reconnu, inscrit au CNOM)
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

11 ans — 5 ans
2 ans — 1 an

Chronologie du parcours résidentiel

-**1999**: Logé à l'internat du CHU de **Bordeaux**.
-**2000**: Logé à l'internat du CHU de **Lyon**.
-**2001**: Logé chez ses parents à **Beyrouth**.
-**2001 à 2002**: Locataire à **Ruffec**.
-**2002 à 2010**: Locataire à **Poitiers** (avec sa femme et son enfant).
-**2010 à 2013**: Propriétaire à **Poitiers** (avec sa femme et son enfant).
*Lorsque le médecin travaillait dans des hôpitaux éloignés de son domicile, il logeait ponctuellement dans les internats.

Carte 12

> *« J'étais très bien entouré depuis mon arrivée en France d'amis français et libanais. Moi maintenant je suis Français, mais il y a un réseau franco-libanais qui m'a beaucoup aidé. J'ai tracé un chemin je peux dire mieux que les autres qui sont arrivés en France tout seuls. »* (Jean, homme, 43 ans, né et diplômé au Liban, arrivé en France en 1999)

À l'inverse, les médecins qui n'ont pas de contact dans le milieu médical sont généralement plus mobiles spatialement et hiérarchiquement. Ils exercent souvent d'autres professions et ils mettent de nombreuses années à obtenir une autorisation d'exercice. Nahid, dont le parcours est cartographié en page 223 (carte 7), est arrivé en France sans aucune connaissance pour le conseiller et l'orienter. Il a été très mobile sur l'ensemble du territoire français, car il a trouvé tous les postes qu'il a occupés sans aucune aide.

Finalement, les contacts apparaissent comme des éléments essentiels dans la construction des parcours des PADHUE. Les médecins ayant des connaissances ont une *carrière itinérante* au sens spatial, hiérarchique et sectoriel moins prononcée que ceux qui n'en ont pas.

Conclusion du chapitre 7

Dans ce chapitre, nous avons vu que la législation française spécifique aux PADHUE a engendré un nouveau profil de carrière, celui de *carrière itinérante.* Celle-ci met des individus qualifiés et indispensables au système de santé français, face à des parcours complexes durant la période où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. La relation entre le parcours professionnel et les discriminations légales s'inscrit dans un processus temporaire de précarisation (Robi, 2003). Non seulement cette législation spécifique oriente les parcours professionnels des PADHUE, mais elle participe également à leur assignation aux services hospitaliers les moins attractifs. De plus, ces praticiens vivent souvent d'une alternance de périodes de contrats de FFI de six mois, de chômage, de stages, de doubles-emplois ou encore de « travail dissimulé » dans le secteur privé. Évoluant également dans un système d'incertitudes, les médecins acquièrent une certaine compétence et ingéniosité, presque comparable à celle acquissent par des migrants peu ou pas qualifiés (Leclerc-olive et Engrand, 2000). Les PADHUE n'hésitent pas à saisir des opportunités et à élaborer des stratégies pour continuer à exercer leur métier de prédilection, même si cela s'effectue souvent au détriment de leur vie familiale. Les médecins sont généralement très mobiles spatialement ou sur les plans hiérarchiques, disciplinaires ou sectoriels. Ils doivent parfois combiner simultanément plusieurs types de *carrières itinérantes* au fil de leur parcours pour rester dans le milieu hospitalier.

Les *carrières itinérantes* se déclinent différemment en fonction des caractéristiques de chaque individu ainsi que de la période d'arrivée en France. Si certains ont une *carrière itinérante* réduite grâce à un succès rapide à un concours d'équivalence ou par leur réseau de connaissances en France, d'autres restent enfermés dans cette situation pendant plusieurs

dizaines d'années, quand ce n'est pas jusqu'à leur retraite. En effet, la *carrière itinérante* ne s'arrête pour s'orienter vers une carrière « classique » qu'à partir du moment où les médecins ont la reconnaissance de leur diplôme et leur inscription au Conseil de l'Ordre. Une carrière « classique » de médecin diplômé en France signifie que les praticiens effectuent très peu de mouvements migratoires (Picheral et Vigneron, 1993) et qu'ils ont la liberté d'exercer où ils le souhaitent. Par exemple, un PADHUE qui n'arrive pas à obtenir un concours d'équivalence ou une nationalité européenne reste « bloqué » dans une *carrière itinérante*.

Durant le chapitre 8, nous allons nous arrêter sur une typologie des PADHUE réalisée à partir de mon matériau d'enquête. Nous allons voir que celui-ci permet d'apporter un éclairage sur les différents profils de médecins rencontrés au cours de cette recherche.

Chapitre 8
Typologie des PADHUE rencontrés

« Tellement tentant de vouloir distribuer le monde entier selon un code unique ; une loi universelle régirait l'ensemble des phénomènes : deux hémisphères, cinq continents, masculin et féminin, animal et végétal, (…) douze mois, vingt-six lettres. Malheureusement ça ne marche pas, ça n'a même jamais commencé à marcher, ça ne marchera jamais. N'empêche que l'on continuera encore longtemps à catégoriser tel ou tel animal selon qu'il a un nombre impair de doigts ou de cornes creuses. »

(Perec, 1985, p. 154-155)

Introduction du chapitre 8

En raison de la grande complexité des parcours professionnels des médecins à diplôme extra-européen, j'ai décidé de construire une typologie des PADHUE rencontrés. Comme le souligne Dominique Schnapper, *« nous avons depuis Aristote, une tradition d'intelligibilité par la classification : répartir les choses – individus ou situations – selon un ou plusieurs critères »* (1999, p. 15). Une typologie sert à *« mettre de l'ordre dans les matériaux recueillis, les classer selon des critères pertinents, trouver les variables cachées qui expliquent les variations de diverses dimensions observables »* (Demazière et Dubar, 1997, p. 274). J'ai retenu cette méthode dans le cadre de cette recherche, car elle permet de rendre compte de l'influence de la législation et du contexte sur les parcours des PADHUE. Elle est également utile pour extraire les opportunités, les contraintes et les spécificités rencontrées par les praticiens durant leurs parcours professionnels en France.

Il convient d'abord de définir quel type de typologie est appliqué à mon matériau de recherche. La méthode typologique entendue ici est descriptive et non pas une démarche idéale typique wéberienne (Demazière, 2013). En effet, il existe une typologie comme description et une typologie comme abstraction. Pour Max Weber un idéal type - qui est un type abstrait - permet de théoriser certains phénomènes et de bâtir un modèle de phénomène social. Ainsi, *« le type idéal, comme le modèle, ne décrit pas la réalité empirique, mais reflète un construit mental »* (Coenen-Huther, 2006, p. 200). À l'inverse, l'objectif de la typologie à visée descriptive est d'organiser la description des phénomènes observés à partir d'un classement des matériaux empiriques, c'est-à-dire ici des entretiens collectés auprès des PADHUE. L'utilisation de cette méthode permet *« d'extraire de la singularité des cas individuels et du foisonnement des matériaux pour dégager des similitudes sans évacuer la richesse du corpus* (mais également parce qu'elle) *permet de mettre de l'ordre, c'est-à-dire de réduire la complexité sans l'anéantir »* (Demazière, 2013, p. 334).

Lorsqu'on élabore une typologie, il est nécessaire dans un premier temps de regrouper des unités en classes bien différenciées et dotées chacune de cohérence (Demazière, 2013). Cette

étape s'est révélée plutôt complexe, car l'enjeu central lors de l'élaboration des classes se trouve dans le rapport entre la typologie et les phénomènes dont elle est supposée rendre compte. Ayant rapidement écarté l'idée de regrouper les médecins en fonction de leur pays d'origine à cause du grand nombre d'États concernés, la première option retenue a été d'élaborer une typologie en fonction des périodes d'arrivées des médecins en France. Initialement, je pensais que les médecins étaient soumis à une procédure de reconnaissance du diplôme de médecine identique en fonction de la période à laquelle ils arrivaient en France. Par la suite, cette première idée a été abandonnée en raison des nombreuses procédures de reconnaissance et des multiples modifications législatives qui rendaient la typologie trop complexe et inefficace. Face à ce constat, je me suis rendue compte que le meilleur moyen permettant de répondre à mes différents objectifs était d'élaborer une typologie en fonction des spécialisations et des services d'exercice des médecins au moment de la recherche. Ce choix typologique permet de rendre compte à partir des entretiens des expériences vécues d'un groupe d'individus confrontés à une même situation ou à une situation proche. Face à un corpus de données très riches, cette méthode permet ainsi de réaliser une description organisée d'expériences vécues et d'en dégager les principaux profils de PADHUE rencontrés. Nous allons voir que cette classification montre que les parcours des médecins diplômés hors UE se sont construits différemment en fonction de leur spécialité. Elle fait clairement ressortir les opportunités et stratégies saisies par les médecins pour pouvoir continuer à exercer la médecine en France, comme par exemple le fait de décider de changer de spécialité.

Élaborée en trois pôles se divisant en deux groupes, cette typologie m'offrait également la possibilité d'instaurer si nécessaire un dernier filtre permettant de distinguer les praticiens en fonction de leur période d'arrivée. Nous verrons au fil de ce chapitre que ce choix typologique s'est avéré efficace, car elle montre l'impact du contexte et de la législation sur le déroulement des parcours des PADHUE.

- Le pôle des **spécialistes** regroupe tous les PADHUE qui exercent leur spécialité en France. Ces médecins possèdent une seule spécialité. Le groupe des **spécialistes par conviction** rassemble les médecins qui ont effectué une spécialité et qui exercent celle-ci par intérêt personnel. Le groupe des **spécialistes stratégiques** réunit les PADHUE généralistes qui ont décidé de se spécialiser dans un domaine où les postes sont nombreux.

- Le pôle des **spécialistes reconvertis** rassemble tous les PADHUE qui travaillent dans des services différents (urgences, médecine générale et gériatrie) de ceux de leur spécialité d'origine. Ces médecins possèdent plusieurs spécialités ou spécialisations. Le groupe des **spécialistes reconvertis par conviction** réunit les médecins qui ont décidé de changer de services parce qu'ils ont découvert qu'une autre spécialité les intéressait. Cette reconversion a été réalisée uniquement par intérêt personnel. Le groupe des **spécialistes reconvertis résignés** rassemble les PADHUE qui ont abandonné leur spécialité d'origine, car ils n'arrivaient pas à trouver de postes ou parce que ceux-ci les obligeaient à s'éloigner de leur famille.

- Le pôle des **généralistes urgentistes** réunit tous les PADHUE généralistes qui ont fait une spécialisation en médecine d'urgence. Le groupe des **généralistes urgentistes par conviction** regroupe les praticiens qui souhaitaient depuis toujours se spécialiser dans les urgences. Le groupe des **généralistes urgentistes orientés** rassemble les médecins qui se sont spécialisés dans ce service parce qu'ils y ont trouvé un poste ou parce que les administrations des structures les ont redirigés dans ce domaine.

Tableau 19: Nombre de PADHUE au sein des différents groupes de la typologie des PADHUE rencontrés

Typologie des PADHUE rencontrés					
Les spécialistes		Les spécialistes reconvertis (urgences, médecine générale ou gériatrie)		Les généralistes urgentistes	
par conviction	stratégiques	par conviction	résignés	par conviction	orientés
18	**4**	**2**	**10**	**2**	**16**

Source : Enquêtes personnelles/ réalisation Victoire Cottereau (mars 2014©)

Si cette typologie n'est pas exhaustive, elle permet tout de même de nous rendre compte d'une manière globale des différentes formes que peuvent revêtir les parcours des PADHUE, quels que soient leurs lieux d'installation. Toutefois, il est important de rappeler que la réponse d'un trentenaire arrivé depuis peu en France n'est pas comparable à celle qu'il donnera à la veille de sa retraite. Un individu n'est donc pas bloqué dans un groupe. Il peut à tout moment dans son parcours basculer vers un autre groupe en fonction des actions qu'il mène. Rappelons que le sens que les individus confèrent au déroulement de leur vie et aux événements qui s'y déroulent n'est ni conventionnel, ni attendu. Cette situation renforce la richesse du corpus de données, car celui-ci combine ainsi les dimensions objectives et subjectives (Laborde, Lelièvre et Vivier, 2007).

Finalement, la typologie descriptive est utile pour rendre compte de façon abrégée et claire des principales formes que prennent les parcours des PADHUE. J'ai décidé d'ajouter des cartes de parcours professionnels et résidentiels de médecins, dans l'objectif de rendre compte de la complexité des phénomènes sans pour autant brouiller leur intelligibilité. Alors que la typologie permet de rendre compte simultanément des caractéristiques ou de situations communes à des individus, la cartographie, quant à elle, est utile pour illustrer le caractère singulier de chaque parcours.

8.1. Les spécialistes

Au moment de l'enquête, 22 médecins exerçaient la seule et unique spécialité qu'ils ont obtenue durant leur carrière professionnelle. Parmi ces praticiens, 18 pratiquent une spécialité qu'ils ont choisie par conviction. Quatre autres exercent une spécialité qu'ils ont adoptée de façon stratégique afin de ne plus être considérés comme des médecins généralistes.

8.1.1. Les spécialistes par conviction

La quasi-totalité des spécialistes par conviction est venue en France afin d'y faire leur spécialité juste après l'obtention de leur doctorat en médecine générale dans leur pays d'origine. Seuls deux médecins étaient déjà spécialistes dans leur pays de naissance. Le groupe des spécialistes par conviction (18 médecins) se divise en deux sous-groupes : ceux arrivés en France avant 1992 et ceux arrivés à partir de l'année 2000, aucun n'est arrivé entre 1993 et 1999. Nous allons voir que des profils très différents apparaissent au sein de ces deux sous-groupes.

-**Les médecins arrivés avant 1992** :

Parmi les neuf médecins arrivés avant 1992, huit ont effectué un diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS) et un seul a fait son stage d'internat en France (cf. tableau 3, p. 90).

Six médecins possèdent le plein exercice depuis plus de 12 ans. Ils ont mis entre 8 et 13 ans pour faire reconnaître leur diplôme et ils n'ont jamais exercé une autre profession. Ils ont été assez peu mobiles durant la période où ils ne possédaient pas la plénitude d'exercice, car ils ont exercé dans trois à sept structures situées principalement dans le grand Ouest de la France. Leurs parcours professionnels se sont déroulés dans un espace géographiquement limité dans le sens où chaque changement d'établissement s'est effectué vers des villes relativement proches les unes des autres.

Une praticienne possède le plein exercice de la médecine depuis cinq ans. Elle est venue en France faire un DIS en 1990. Elle a obtenu sa reconnaissance au bout de 19 ans, car elle a arrêté de pratiquer ses fonctions de médecin durant quelques années pour des raisons personnelles. Le jour où elle a décidé d'exercer de nouveau la médecine, elle a immédiatement trouvé un poste qu'elle a conservé durant sept années jusqu'à son inscription au CNOM.

> *« J'avais créé une association où je faisais de la médecine chinoise (…) J'ai enseigné le Qi Gong et je faisais de l'acupuncture pendant 4-5 ans…puis* (suite à un événement familial) *j'ai dit j'arrête tout. J'ai donc cherché un poste et puis il y a Albi*[118] *et deux ou trois autres hôpitaux qui m'ont répondu positivement. »* (Xiang, femme, 49 ans, née et diplômée en Chine., arrivée en France en 1990)

Deux autres médecins ne possèdent pas le plein exercice de la médecine et exercent sous le statut de praticien attaché associé (cf. tableau 4, p. 92). Un médecin est venu effectuer un

[118] Nom de lieu fictif.

DIS en France en 1989. Après sept années d'exercice, il a décidé de retourner travailler sur le continent africain pendant dix ans. À son retour en France, il a découvert qu'il devait reprendre les démarches de reconnaissance depuis le début et passer le même concours que les praticiens nouvellement arrivés en France. Au moment de l'entretien, il était en train de préparer l'examen de la PAE. Un autre médecin est venu en 1983 pour suivre un DIS. Il explique qu'il a passé la toute première session du concours PAC et que, suite à cet échec, il ne voulait plus passer aucun concours, car il envisageait de repartir dans son pays d'origine.

> *« Je ne l'ai pas eu. J'ai eu une note éliminatoire, je ne sais plus en quoi et puis après je n'ai pas voulu le repasser. J'étais un peu fâché, je voulais même partir, rentrer à la maison, c'est pour ça je n'ai pas passé le concours. À un certain moment, je voulais rentrer en Centrafrique. »* (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983)

Son projet de retour étant annulé pour des raisons personnelles, il a décidé de passer l'examen PAE qu'il a obtenu. Lors de l'entretien, il n'avait pas la plénitude d'exercice, car son dossier avait été égaré par le ministère.

Finalement, les spécialistes par conviction arrivés avant 1992 ont des parcours professionnels révélant de nombreuses similarités. Rappelons qu'à la période à laquelle ils sont arrivés, les établissements hospitaliers étaient autorisés à recruter autant de PADHUE qu'ils le souhaitaient. Ces praticiens trouvaient alors sans difficulté des postes dans un périmètre assez restreint. Les parcours les plus complexes concernent les médecins qui privilégiaient des raisons personnelles à un moment de leur vie, telles que la volonté de trouver un emploi dans la même ville que leur conjoint. Finalement, ces médecins ont généralement eu des parcours assez simples dans le sens où ils n'ont pas été contraints d'exercer une autre profession ou de travailler dans différents services.

-**Les médecins arrivés à partir de 2000** :

Neuf médecins rencontrés sont venus en France à partir de l'année 2000 pour effectuer une AFS, un DU ou l'internat à titre étranger (cf. frise chronologique). Un seul médecin diplômé en Roumanie, dont le pays est entré dans l'UE en 2007, possède la plénitude d'exercice. Au moment de l'enquête, tous les autres médecins exerçaient sous des statuts de praticien attaché associé, d'assistant spécialiste associé ou de FFI. Tandis que certains d'entre eux ont travaillé dans une seule structure, d'autres ont exercé dans près de dix établissements différents. Nous remarquons que les parcours de ce sous-groupe de médecins sont plus ou moins complexes en fonction de deux principaux critères : leur spécialité et leur réseau de connaissances en France. Contrairement aux médecins qui sont arrivés principalement dans l'Ouest de la France avant 1992, ceux qui sont venus après 2000 se sont installés surtout en région parisienne, au Nord et à l'Est de la France (cf. la carte 7, p. 223 représentant le parcours de Nahid). Mis à part un seul médecin qui a été quelque temps infirmier afin de gagner un meilleur salaire, aucun médecin n'a exercé une autre profession. Ce sous-groupe de spécialistes par conviction est le plus hétérogène et le plus diversifié de la typologie des médecins rencontrés.

Les praticiens arrivés à partir de l'année 2000 ont des caractéristiques et des profils très différents principalement en raison de la variété des diplômes qu'ils ont effectués. Cela a pour conséquence de générer des parcours disparates présentant peu de points communs.

8.1.2. Les spécialistes stratégiques

Seuls quatre PADHUE rencontrés entrent dans le groupe des spécialistes stratégiques. Ces médecins sont arrivés en France en étant généralistes et nous allons voir qu'ils se sont inscrits et qu'ils ont effectué des diplômes de spécialité avec des objectifs précis.

Un premier médecin a un profil totalement différent des autres. Arrivé en 1991, à une époque propice où les PADHUE trouvaient facilement des postes, ce généraliste a rapidement obtenu un poste stable au sein des services d'urgence et de médecine polyvalente d'un hôpital général. Il a ensuite un parcours assez simple, car il a acquis le plein exercice de la médecine au bout de neuf ans et n'a exercé que dans trois hôpitaux différents au cours de sa carrière. En 2007, il a décidé de prendre deux années de disponibilité pour passer un nouveau diplôme afin de se spécialiser dans un autre domaine.

> *« Je voulais changer de vie en fait. Durant toute ma carrière en France, je n'ai jamais arrêté d'étudier. J'ai d'abord fait urgentiste et je trouve qu'urgentiste ça va un temps quoi. Puis j'avais commencé à m'intéresser à l'échographie en 1999 en passant un diplôme d'échographie cardiaque. […] En 2004 j'ai passé un diplôme d'échographie générale qui m'a pris trois ans pour devenir échographiste. Mais malheureusement, les choses ne se sont pas passées comme je voulais et donc du coup en 2007, j'ai décidé de prendre une mise en dispo pour aller passer mon diplôme de médecine vasculaire pour devenir angiologue. »* (Farid, homme, 44 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991)

Après l'obtention d'un nouveau diplôme, ce médecin a repris un poste de PH puis il s'est installé dans le secteur libéral, tout en continuant ses consultations à l'hôpital. Il explique être satisfait de pouvoir pratiquer une spécialité pour laquelle il éprouve un grand intérêt grâce à l'acquisition d'un diplôme supplémentaire.

Trois autres médecins sont arrivés au début des années 2000. À cette époque, la législation en vigueur (loi n° 99-641 du 27 juillet 1999) interdisait aux hôpitaux de recruter des PADHUE qui n'avaient jamais exercé en France (cf. frise chronologique). Toutes ces personnes ont comme dénominateur commun d'avoir travaillé en tant qu'infirmiers pendant plusieurs années.

Sariaka, dont le parcours est représenté en page 252 (carte 13), avait un poste à Lille pendant qu'elle effectuait une AFS. Son mari ne trouvant pas de travail, ils se sont installés à Paris où ils ont exercé en tant qu'infirmiers. Après avoir cherché deux postes de médecins dans la même structure pendant plusieurs années, un hôpital a finalement accepté de les embaucher sous conditions. Elle devait s'engager à faire un DU de psychiatrie et son mari devait effectuer une capacité de gériatrie. Ces deux praticiens se sont spécialisés dans ces domaines uniquement dans l'intention de pouvoir exercer de nouveau leur profession.

Deux autres praticiens ont également exercé comme infirmiers pendant quelques années. Ils ont effectué une capacité de gériatrie dans le but de retravailler comme médecins. Sous les conseils de ses connaissances, Marius explique qu'il a choisi de passer le concours PAE en tant que gériatre plutôt qu'en tant que généraliste.

> *« Comme moi, la plupart des gens font la gériatrie parce que la médecine générale c'est hyper difficile en concours* (PAE). *[…] Les questions sont larges, c'est ça qui fait la difficulté en médecine générale. »* (Marius, homme, 40 ans, né en République centrafricaine et diplômé au Maroc, arrivé en France en 2003)

Nous retenons que la grande majorité de ce groupe de PADHUE a choisi sa spécialité par intérêt pour la discipline. Seuls trois de ces 18 médecins se sont spécialisés avec l'objectif de trouver plus facilement un emploi. Ne trouvant pas de postes en tant que médecins généralistes, ils ont choisi stratégiquement de se spécialiser dans des domaines qui allaient de nouveau leur ouvrir les portes des établissements hospitaliers. Nous avons constaté que ces médecins préféraient privilégier le retour à la pratique de la médecine plutôt que la discipline exercée. Les parcours des médecins, arrivés à la fin des années 1980 et au début des années 1990, sont moins complexes que ceux des individus venus dans les années 2000. Toutefois, nous avons vu que les spécialités exercées par les praticiens influencent fortement, de manière positive ou négative, la construction de leur parcours professionnel et ce quel que soit la période d'arrivée en France.

8.2. Les spécialistes reconvertis

Au moment de l'enquête, 12 médecins n'exerçaient pas la spécialité pour laquelle ils avaient été formés. Le choix de deux d'entre eux est volontaire et délibéré. Les dix autres médecins ont changé de service parce qu'ils n'arrivaient pas à trouver de postes dans leur discipline.

8.2.1. Les spécialistes reconvertis par conviction

Pour deux médecins, le choix d'abandonner leur spécialité au bout de quelques années est volontaire et déterminé. En effet, ils ont décidé de changer de spécialité suite à la découverte d'un intérêt personnel pour une autre discipline.

Une praticienne, nommée Ana, est arrivée en France en 1989 en tant que généraliste. Comme de nombreux PADHUE, elle a d'abord obtenu un DU en médecine d'urgence. Dans un second temps, elle a préparé un DIS durant cinq années. Après l'obtention de ce diplôme et du plein exercice, elle a continué à travailler aux urgences et n'a jamais cherché à changer de service. Elle a même fini par refuser que le CNOM lui donne sa qualification en pneumologie, car elle aurait été définitivement obligée d'arrêter d'exercer aux urgences.

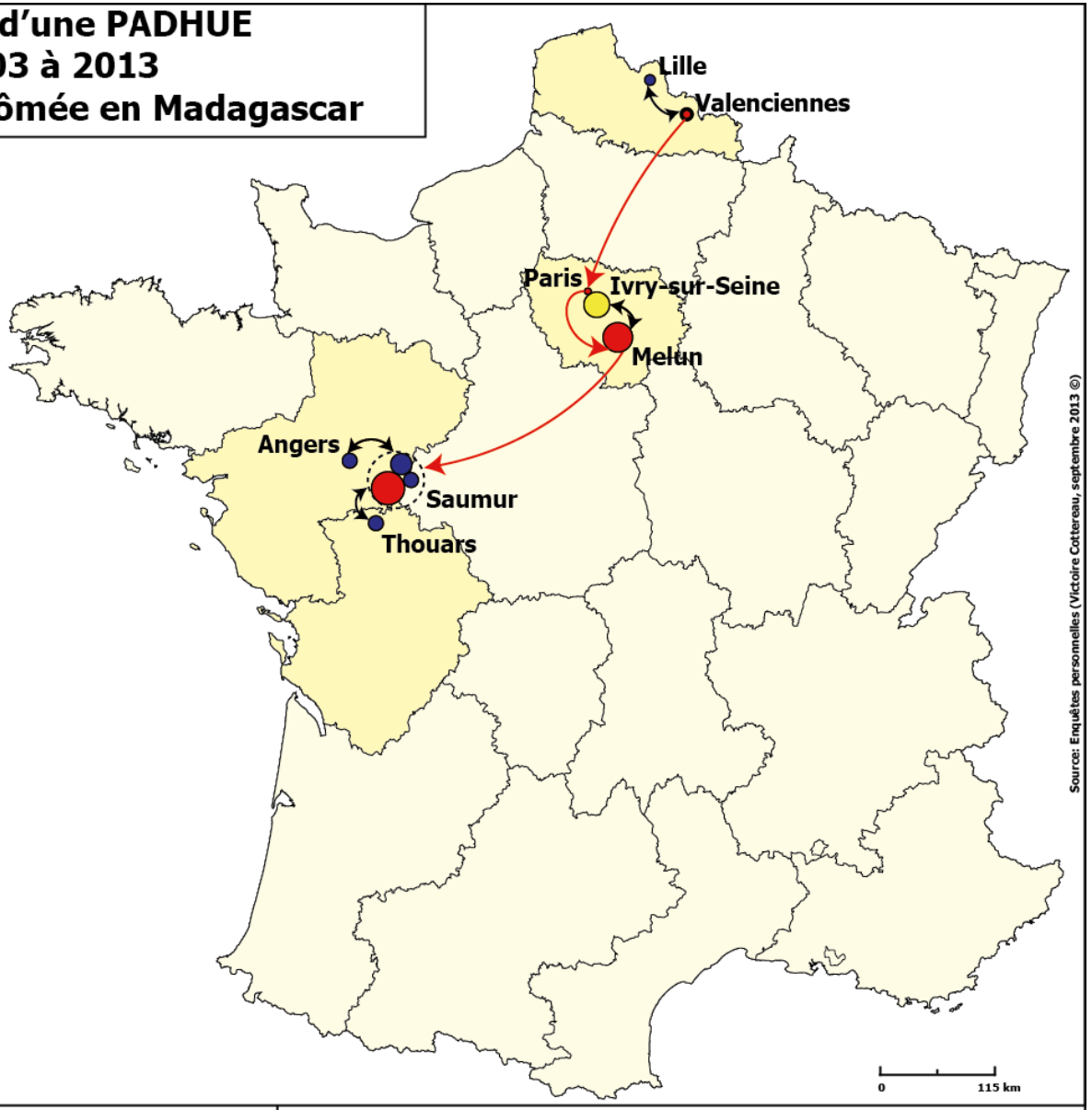
Parcours professionnel et résidentiel d'une PADHUE de son arrivée en France en 2003 à 2013
Sariaka, femme, 39 ans (1974), née et diplômée en Madagascar

Chronologie du parcours professionnel

-**2003**: Inscription en attestation de formation spécialisée (AFS) en médecine interne à **Lille**.
-Faisant fonction d'interne (FFI) en médecine interne au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Lille**.
(La praticienne a obtenu son diplôme de médecine à Madagascar en 2001 puis elle a exercé dans une clinique à **Majunga** pendant 2 ans).
-**2004 à 2007**: Infirmière au centre hospitalier (CH) d'**Ivry-sur-Seine**.
-Arrêt de l'AFS en médecine interne.
-**2007**: Obtention du diplôme d'État d'infirmier.
-**2008 à 2010**: Praticien attaché associé (PAA) en psychiatrie au CH de **Saumur**.
-**2008**: Inscription en diplôme interuniversitaire (DU) de psychiatrie à **Bordeaux**.
-**2010 à 2011**: PAA en psychiatrie au CH d'**Angers.**
-2011: Validation du DU de psychiatrie à **Bordeaux**.
-Validation de l'examen de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) en spécialité psychiatrie.
-**2011 à 2012**: PAA en psychiatrie au CH Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), rattachée au site de **Thouars**.
-**2013**: PAA en psychiatrie au CH de **Saumur**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Emplois temps plein d'infirmier
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

5 ans — 3 ans
1 an — 6 mois

Chronologie du parcours résidentiel

-**2003**: Logée à **Valenciennes** chez sa belle-sœur (avec son compagnon).
-**2004**: Logée à **Paris** chez son frère (avec son compagnon).
-**2004 à 2007**: Locataire à **Melun** (avec son mari).
-**2008 à 2013**: Locataire à **Saumur** (avec son mari et ses enfants).

Carte 13

« Le Conseil de l'Ordre m'a appelé pour voir si je voulais avoir la qualification en pneumologie. Moi j'ai dit je veux bien faire le dossier, je veux bien passer devant une commission, mais est-ce que j'aurai le droit de travailler aux urgences ? On m'a dit non, si vous faites la qualification en pneumo, les urgences ça va être niet donc je n'ai jamais voulu demander la qualification en pneumo. » (Ana, femme, 56 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 1989)

Linda, l'autre femme médecin, est arrivée en France en 2007 en étant spécialiste en gynécologie obstétrique. Elle a pratiqué cette discipline pendant plusieurs années en Côte d'Ivoire. Après son arrivée en France, elle a décidé de préparer un diplôme en tabacologie et le concours PAE en médecine générale. Elle a fait le choix de se reconvertir, car elle trouve que l'exercice de la gynécologie en France est contraignant. De plus, elle avait également envie de pratiquer une autre spécialisation.

« J'ai laissé tomber parce que c'est beaucoup trop contraignant sur un plan médico-légal en France d'être gynéco-obstétricien. » (Linda, femme, 35 ans, née au Liban et diplômée en Tunisie, arrivée en France en 2007)

Ces deux femmes ont choisi de renoncer à leur spécialité au profit de la médecine polyvalente et des urgences uniquement par intérêt personnel. Aucune de ces praticiennes n'a eu de difficultés à trouver un poste en France.

8.2.2. Les spécialistes reconvertis résignés

Le groupe des spécialistes reconvertis réunit les médecins qui ont abandonné leur spécialité et basculé vers les services des urgences, de médecine générale ou de gériatrie pour de multiples raisons.

Nous distinguons deux profils de médecins parmi ces spécialistes : les PADHUE arrivés majoritairement à partir des années 2000 titulaires de diverses spécialités et ceux venus à la fin des années 1980 qui sont tous chirurgiens.

-**Les médecins arrivés majoritairement à partir des années 2000** :

Cinq médecins, arrivés de 1997 à 2005, se sont reconvertis pour continuer à exercer leur métier en France. Tous ces praticiens sont venus initialement apprendre une spécialité ou parfaire leur cursus de spécialisation en effectuant des diplômes complémentaires en France. Au moment de l'enquête, seule une praticienne possédait le plein exercice de la médecine.

Deux de ces médecins ont choisi de se re-spécialiser en gériatrie, car ils n'arrivaient pas à trouver de postes dans leur discipline. Le parcours de l'un d'entre eux est reproduit page 235 (carte 11). Issam, un autre praticien dont le parcours est représenté page 221 (carte 6), avait décidé de mettre de côté sa spécialité, car sa priorité était de trouver un poste dans le même hôpital que son épouse.

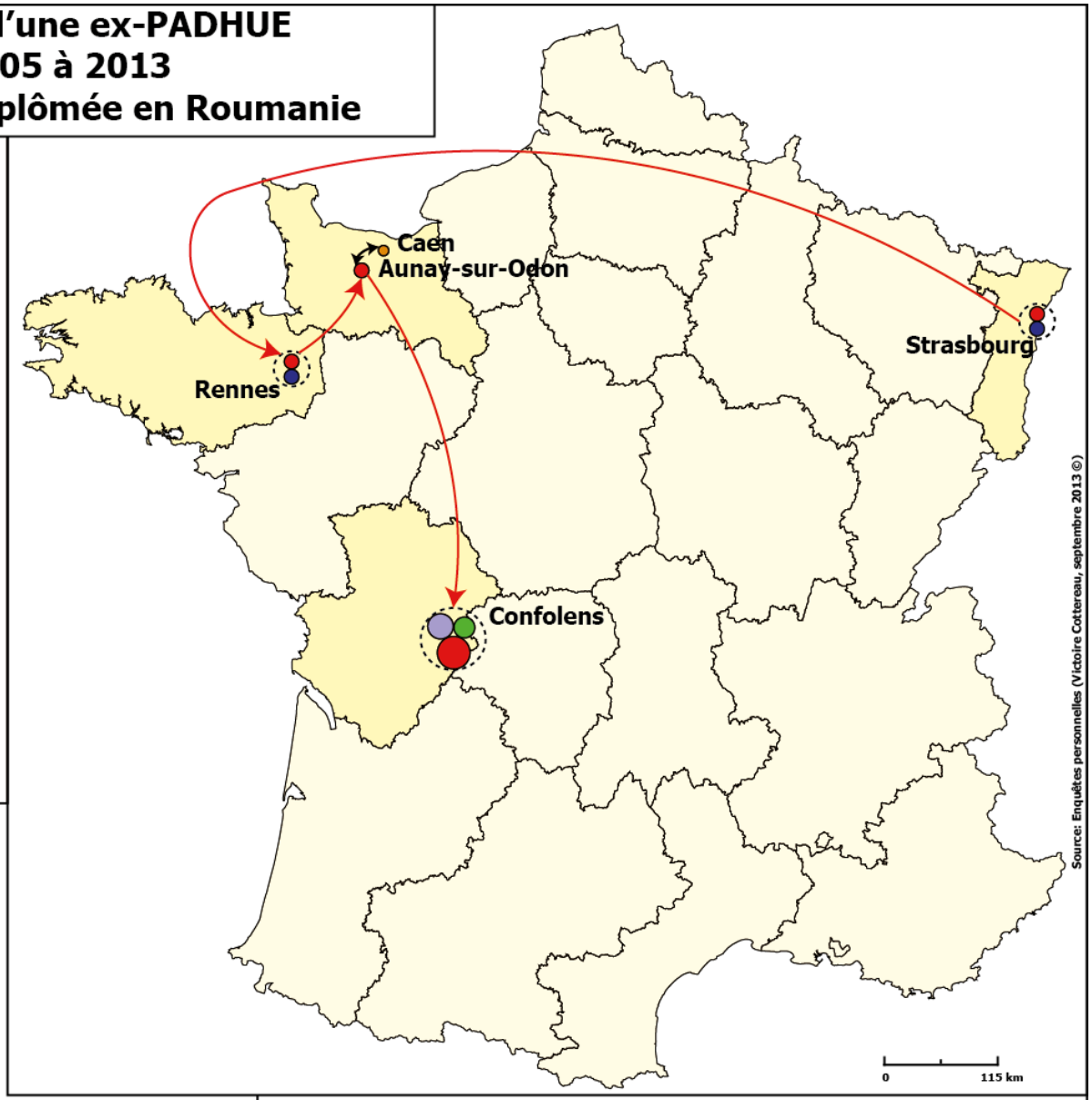
Parcours professionnel et résidentiel d'une ex-PADHUE de son arrivée en France en 2005 à 2013
Camelia, femme, 36 ans (1977), née et diplômée en Roumanie

Chronologie du parcours professionnel

-**2005 à 2006**: Inscription en attestation de formation spécialisée (AFS) en santé publique à **Strasbourg**.
(La praticienne a obtenu son diplôme de médecine à **Cluj-Napoca** en Roumanie en 2003 puis elle y a commencé sa spécialité en épidémiologie).
-Faisant fonction d'interne (FFI) en santé publique au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Strasbourg**.
-2006 à 2007: FFI en santé publique au CHU de **Rennes**.
-Inscription en master recherche clinique à **Rennes**.
-Validation de l'AFS en santé publique à **Strasbourg**.
-**2007**: Stagiaire non rémunérée au CHU de **Caen** dans le cadre de son master.
-**2008 à 2011**: Praticien attaché associé (PAA) à mi-temps au CH de **Confolens**. Médecin généraliste avec des missions transversales (direction de l'information médicale, hygiène, etc.)
-**2009**: Inscription en capacité de gériatrie à **Limoges**.
-**2011**: Validation de la capacité de gériatrie à **Limoges**.
-**2011**: Inscription au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) comme gériatre. (Alors que la Roumanie a intégré l'Union européenne en 2007, la praticienne n'a été reconnue qu'en 2011 suite à la validation de sa spécialité de gériatrie car la spécialité en épidémiologie qu'elle posséde n'est pas reconnue en France).
-**2011 à 2013**: Praticien hospitalier contractuel (PHC) en médecine polyvalente au CH de **Confolens**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Source: Enquêtes personnelles (Victoire Cottereau, septembre 2013 ©)

Carte 14

Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Emplois temps partiel (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Emplois temps plein (diplôme de médecine reconnu, inscrit au CNOM)
- Stagiaire à l'hôpital (non rémunéré)
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

5 ans — 3 ans
1 an — 6 mois

Chronologie du parcours résidentiel

-**2005**: Locataire à **Strasbourg**.
-**2006**: Logée à la cité universitaire de **Rennes**.
-**2007**: Logée par l'hôpital où exerce son mari à **Aunay-sur-Odon** (avec son mari).
-**2008 à 2013**: Locataire à **Confolens** (avec son mari et son enfant).

Camelia, une praticienne dont le parcours est cartographié en page 254 (carte 14), était contrainte de changer de spécialité, car le CNOM ne voulait pas reconnaître une spécialité qui n'existe pas en France.

> *« Ma spécialité d'épidémiologie n'était pas reconnue en France. Ici, ça n'existe pas. Il y a des épidémiologistes, mais pas en tant que spécialité, il n'y a pas d'internat en épidémiologie. (…) Après j'ai monté un dossier auprès du Conseil de l'Ordre national et j'ai obtenu la spécialité de santé publique.»* (Camelia, femme, 35 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 2005)

Un autre médecin, spécialisé dans la médecine tropicale, a dû s'orienter vers les urgences pour ne pas quitter la ville dans laquelle il était installé avec sa famille.

> *« Quand j'ai fini la formation en 2004, il y avait une restructuration du côté de la médecine et ils ont supprimé les postes d'assistants en médecine. […] Le directeur nous a dit, on était 3 assistants, il a dit vous les 3 assistants vous choisissez, moi je vais vous reverser aux urgences donc si y en a qui sont intéressés, vous allez faire une formation de médecine d'urgence et vous allez être urgentistes. »* (Amadou, homme, 45 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

Nous observons deux principaux profils parmi les spécialistes reconvertis résignés arrivés à partir de 2000. Tout d'abord, certains médecins ont cherché pendant plusieurs années un poste dans leur spécialité d'origine. N'arrivant pas à trouver d'emploi dans leur discipline, ils ont changé de spécialité afin de pouvoir travailler comme médecins. Ensuite, des praticiens se sont re-spécialisés dans des disciplines proposant de nombreux postes afin de privilégier l'intérêt de leur famille.

-**Les médecins arrivés à la fin des années 1980** :

Les cinq autres médecins qui n'exercent pas leur spécialité de prédilection sont tous des chirurgiens. Trois d'entre eux sont arrivés en France entre 1986 et 1989 et ont suivi un DIS, un est venu en 1992 en étant déjà chirurgien et un dernier est arrivé en 1999 pour suivre une AFS. Au moment de l'enquête, tous ces praticiens exerçaient dans des services d'urgence et seuls deux d'entre eux possédaient la plénitude d'exercice.

Deux médecins n'ont jamais obtenu le titre de chirurgien car ils n'ont jamais terminé leur DIS pour différentes raisons. Un premier médecin avait décidé d'arrêter temporairement son diplôme afin d'exercer dans la même ville que sa compagne. Il a souhaité reprendre son DIS au bout de quelques années, mais il a alors appris qu'il n'était plus autorisé à le finir. Gabriel, un autre médecin dont le parcours est cartographié page 258 (carte 15), n'a pas pu faire valider sa qualification, car un chirurgien nouvellement arrivé dans l'hôpital où il travaillait l'a licencié parce qu'il préférait travailler avec un médecin diplômé en France.

> *« Il m'a dit « Gabriel je n'ai pas de reproche médical à te faire, mais j'ai un interne français qui arrive donc comme tu es un assistant étranger, j'ai besoin que tu te barres »»* (Gabriel, homme, 52 ans, né et diplômé en Égypte, arrivé en France en 1988)

Ce médecin a dû quitter du jour au lendemain l'hôpital dans lequel il s'était formé à la chirurgie durant quatre années. À la suite de son licenciement, il a passé et validé le concours de PAC en chirurgie. Ce praticien s'est ensuite directement mis à la recherche d'un poste, car la législation en vigueur à l'époque l'obligeait à en trouver un dans l'année qui suivait l'obtention du concours. Dans le cas contraire, le concours de PAC était automatiquement invalidé.

> *« J'essaie d'envoyer des CV pour trouver rapidement un poste parce qu'à ce moment elle était sortie la loi Veil qui disait que les hôpitaux qui recrutaient des PAC en chirurgie, il fallait qu'ils assument après un poste de PH. […] Finalement, pendant un an j'ai cherché un poste de chirurgie et au final je me suis retourné vers les urgences. »* (Gabriel, homme, 52 ans, né et diplômé en Égypte, arrivé en France en 1988)

À l'époque, les établissements qui recrutaient des PAC étaient obligés de transformer les postes de PAC en PH si les praticiens obtenaient le concours. Les structures ne prenaient généralement pas le risque d'employer un médecin n'ayant jamais travaillé pour eux. Le médecin n'a donc pas réussi à trouver de poste, il a perdu sa qualification en chirurgie et il s'est orienté définitivement vers les urgences.

Rahim, un autre praticien est retourné immédiatement exercer comme chirurgien dans son pays d'origine après avoir validé son DIS. Au bout dix années, il a décidé de revenir travailler en France. À son retour, il n'a pas trouvé de poste et a été informé par le biais de connaissances qu'il est difficile d'obtenir un emploi en chirurgie en étant PADHUE. Il a donc décidé de travailler aux urgences.

> *« J'ai essayé de trouver un poste en chirurgie, mais je n'ai pas trouvé. […] Je me suis rendu compte que la plupart des chirurgiens que je connais ils ont changé. […] Il me restait surtout à faire les urgences où il y a des postes disponibles. Donc j'ai travaillé aux urgences et j'ai fait la formation CAMU.* (Rahim, homme, 56 ans, né au Liban et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1987)

Carlos, un autre médecin, est arrivé en France en 1992 en étant déjà chirurgien. Ce praticien explique qu'il réussissait à trouver des postes en chirurgie, mais qu'il avait systématiquement des problèmes avec des collègues et/ou avec l'administration. Finalement, il a arrêté la chirurgie sous les conseils d'un ami chirurgien qui lui a expliqué qu'il s'agit d'un « domaine raciste », dans lequel il n'arriverait jamais à se faire une place.

Jean, un dernier praticien dont le parcours est représenté en page 241 (carte 12), a abandonné la chirurgie par manque de considération. Il déclare que ses collègues diplômés en France ne

lui accordaient aucun crédit alors qu'il avait le plein exercice de la médecine et sa qualification.

> *« Quand on trouve un poste, on est traité de dernier des derniers du premier interne du premier semestre. »* (Jean, homme, 43 ans, né et diplômé au Liban, arrivé en France en 1999)

Parmi tous les spécialistes qui ont obtenu des DIS durant les années 1980-1990, les seuls médecins qui ont dû renoncer à leur spécialité sont tous des chirurgiens. Pourtant le secteur de la chirurgie n'est pas un secteur saturé, mais plutôt une spécialité qui manque de praticiens. Certains experts parlent même de crise de recrutement et de crise des vocations dans ce secteur (Bercot, Horellou-Lafarge et Mathieu-Fritz, 2011). Ce constat associé aux dires des médecins laisse penser que la chirurgie est un domaine fermé où les médecins diplômés en France ne souhaitent pas admettre de praticiens à diplôme étranger.

8.3. Les généralistes urgentistes

Sur les 52 PADHUE rencontrés, 18 étaient des médecins généralistes au moment de leur arrivée. Ils se sont spécialisés dans le service des urgences en France. Pourtant, seuls deux de ces praticiens expliquent qu'ils ont toujours voulu travailler dans ce secteur. De multiples raisons ont amené de nombreux PADHUE à exercer aux urgences et à faire carrière dans ce secteur.

8.3.1. Les généralistes urgentistes par conviction

Deux médecins ont choisi de s'orienter vers les urgences uniquement par intérêt personnel. Diego, dont le parcours est cartographié page 232 (carte 10), avait découvert cet intérêt pour les urgences bien avant son arrivée en France. Il s'est orienté dans ce domaine dès son internat dans son pays d'origine.

> *« En Colombie, on fait un internat d'un an, mais tous les mois on change de service. Ce n'est pas six mois comme ici, c'est tous les mois qu'on voit une spécialité différente et moi j'avais fait le choix d'un internat option urgences. Tout ce que je voyais pendant l'internat était orienté vers l'urgence parce qu'on avait cette possibilité-là. […] C'est ce qui me plaisait quoi, moi ça m'a toujours plu. »* (Diego, homme, 51 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992)

Sylvia, une autre praticienne, a découvert son goût pour la médecine d'urgence en France. Tandis qu'elle exerçait dans un service de chirurgie, elle avait l'obligation d'assurer des gardes aux urgences. C'est ainsi qu'elle a abandonné la chirurgie pour la médecine d'urgence.

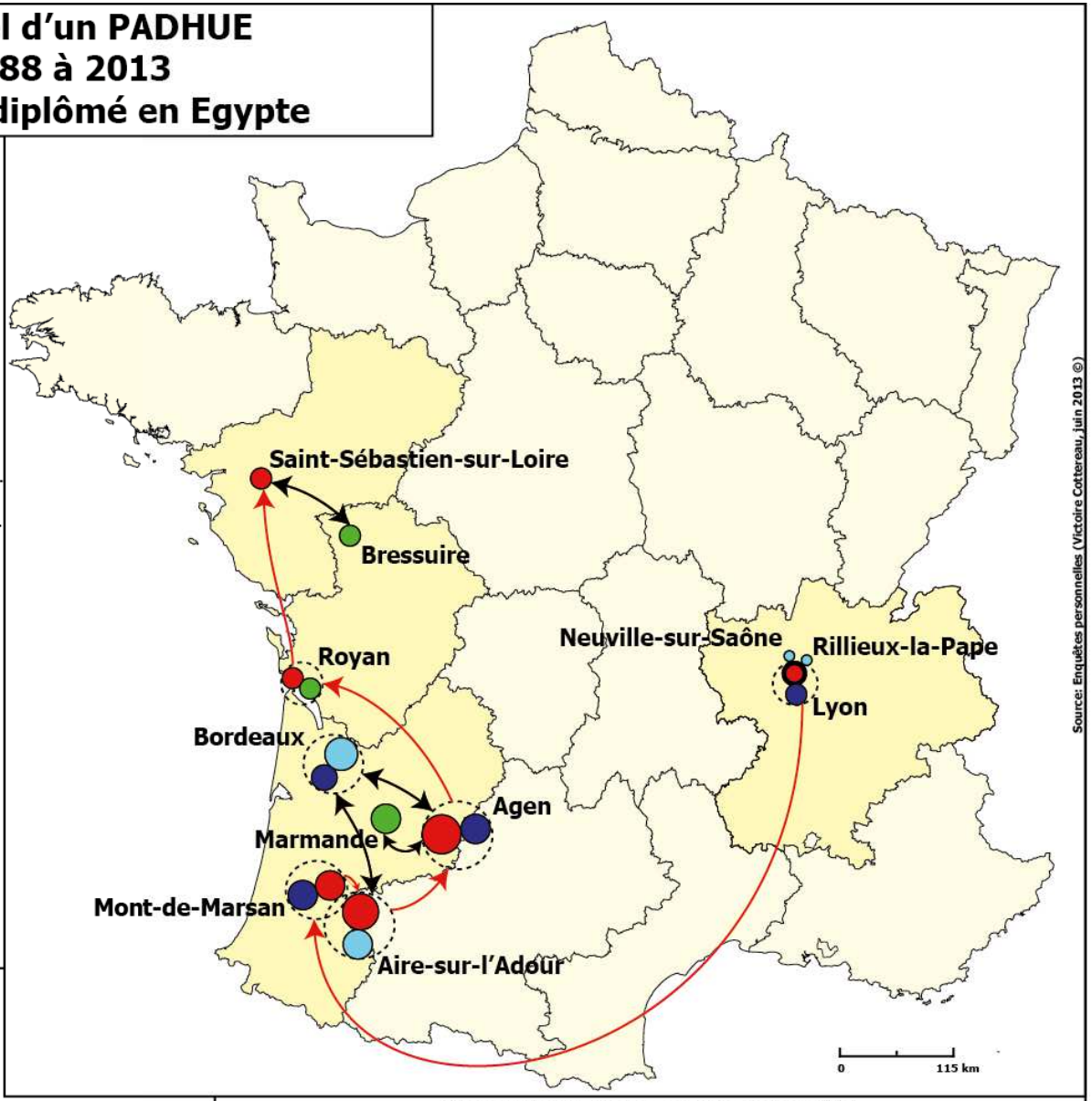
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1988 à 2013
Gabriel, homme, 53 ans (1960), né et diplômé en Egypte

Chronologie du parcours professionnel

-**1988:** Inscription en diplôme interuniversitaire de spécialité (DIS) de chirurgie cardio-vasculaire à **Lyon**.
(Le praticien a obtenu son diplôme de médecine à **Alexandrie** en Égypte en 1984 puis il y a exercé dans des structures privées comme assistant chirurgien de 1985 à 1988).
-**1989 à 1991**: Faisant fonction d'interne (FFI) en chirurgie dans les hôpitaux de **Lyon**.
-Gardes dans une clinique privée à **Rillieux-la-Pape**.
-Gardes de nuit dans une usine de produits pharmaceutiques à **Neuville-sur-Saône**.
-**1992 à 1996**: FFI en chirurgie au centre hospitalier (CH) de **Mont-de-Marsan**.
-**1996**: Mis à la porte par le nouveau chirurgien qui préférait travailler avec un interne français, le médecin ne peut pas valider son DIS. Cette même année, validation du concours de praticien adjoint contractuel (PAC) en chirurgie mais comme il n'arrive pas à trouver un poste de PAC en chirurgie dans l'année, il n'est pas reconnu comme chirurgien.
-**1996 à 2000**: Gardes dans une clinique privée à **Aire-sur-l'Adour**.
-**1997 à 2000**: FFI aux urgences du centre hospitalier universitaire (CHU) de **Bordeaux**.
-Inscription en capacité de médecine d'urgence (CAMU) en 1998 et validation en 2000.
-**2000 à 2004**: Praticien attaché associé (PAA) aux urgences du CH d'**Agen**.
-**2000 à 2005**: Gardes aux urgences du CHU de **Bordeaux**.
-**2004**: Reconnaissance du diplôme de médecine générale par la commission de recours de 10 ans.
-**2005**: Validation du concours de praticien hospitalier (PH).
-**2005 à 2006**: Praticien hospitalier contractuel (PHC) aux urgences du CH de **Marmande**.
-**2006 à 2009**: PH aux urgences du CH de **Marmande**.
-**2009 à 2011**: Praticien attaché aux urgences du CH de **Royan.** (disponibilité de 2 ans après du CH de Marmande).
-**2011 à 2013**: PH aux urgences du CH Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), rattaché au site de **Bressuire**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Source: Enquêtes personnelles (Victoire Cottereau, juin 2013 ©)

Carte 15

Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Vacations / gardes (diplôme de médecine non reconnu)
- Emplois temps plein (diplôme de médecine reconnu, inscrit au CNOM)
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

7 ans — 4 ans
2 ans — 6 mois

Chronologie du parcours résidentiel

-**1989 à 1991:** Locataire à **Lyon** (avec sa 1re femme).
-**1992 à 1996**: Propriétaire à **Mont-de-Marsan** (avec sa 1re femme).
-**1996 à 2002:** Locataire à **Aire-sur-l'Adour** (seul la 1re année puis avec sa 2nd femme).
-**2002 à 2009:** Propriétaire à **Agen** (avec sa 2nd femme et son enfant).
-**2009 à 2011:** Locataire à **Royan** (avec sa 2nd femme et son enfant).
-**2011 à 2013**: Propriétaire à **Saint-Sébastien-sur-Loire** (avec sa 2nd femme et son enfant).
*Lorsque le médecin travaillait dans des hôpitaux éloignés de son domicile, il logeait ponctuellement dans les internats.

« Je suis restée des années à Caen[119] au service de chirurgie après quoi j'ai fait une passion pour la médecine d'urgence. » (Sylvia, femme, 45 ans, née et diplômée en Roumanie, arrivée en France en 1992)

8.3.2. Les généralistes urgentistes orientés

Ce groupe concerne 16 médecins qui ont tous déclaré que leur objectif à leur arrivée en France n'était pas de travailler dans ce service. Huit médecins sont venus en France pour avoir une expérience professionnelle ou pour des raisons personnelles et huit autres avaient la ferme intention de devenir spécialiste. Nous distinguons deux profils au sein de ce groupe : ceux qui ont obtenu leur premier poste dans le service des urgences ou qui ont été orientés par les établissements et ceux qui ont choisi les urgences pour intégrer le corps médical ou pour avoir une situation plus stable.

-**Les médecins qui ont été orientés vers les urgences ou qui y ont obtenu leur premier poste**:

Trois praticiens hospitaliers ont fait carrière aux urgences, car ils ont obtenu leur premier emploi en France dans ce service. Maamar, dont le parcours est cartographié page 260 (carte 16), est venu en France pour faire une spécialité en anesthésie-réanimation. À la suite de l'annulation du concours auquel il s'était inscrit, il a cherché du travail et a trouvé un poste aux urgences. Comme le métier lui plaisait, il a décidé de devenir urgentiste à défaut d'anesthésiste. Il a passé la capacité de médecine d'urgence (CAMU) et n'a jamais cherché à se spécialiser dans un autre domaine. Les deux autres praticiens sont venus en France avec pour seule intention de travailler dans le secteur hospitalier. Chacun d'eux a obtenu un poste aux urgences et ils ont choisi de ne jamais quitter ce service.

Quatre médecins sont en poste aux urgences parce qu'ils ont été redirigés dans ce service par les établissements dans lesquels ils exerçaient. Au moment de l'enquête, deux PADHUE travaillaient sous des statuts de PH et deux autres ne possédaient pas la plénitude d'exercice. Comme l'expliquent Nacer et Mourad, ils ont été « poussés » à exercer dans les services les plus en manque de personnel.

« Non j'ai fait les urgences ce n'est pas par passion, ni par défaut, c'est par défaut de l'administration de l'hôpital de Lille[120]. J'étais plus attiré par la médecine interne et j'avais été recruté dans ce service. Sauf que le jour où je commençais il y avait un urgentiste qui devait être là et qui n'est pas venu. Le directeur m'a convoqué dans son bureau, il m'a dit « on est coincé […] il faut que vous alliez travailler aux urgences (…) » (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

[119] Nom de lieu fictif.
[120] Nom de lieu fictif.

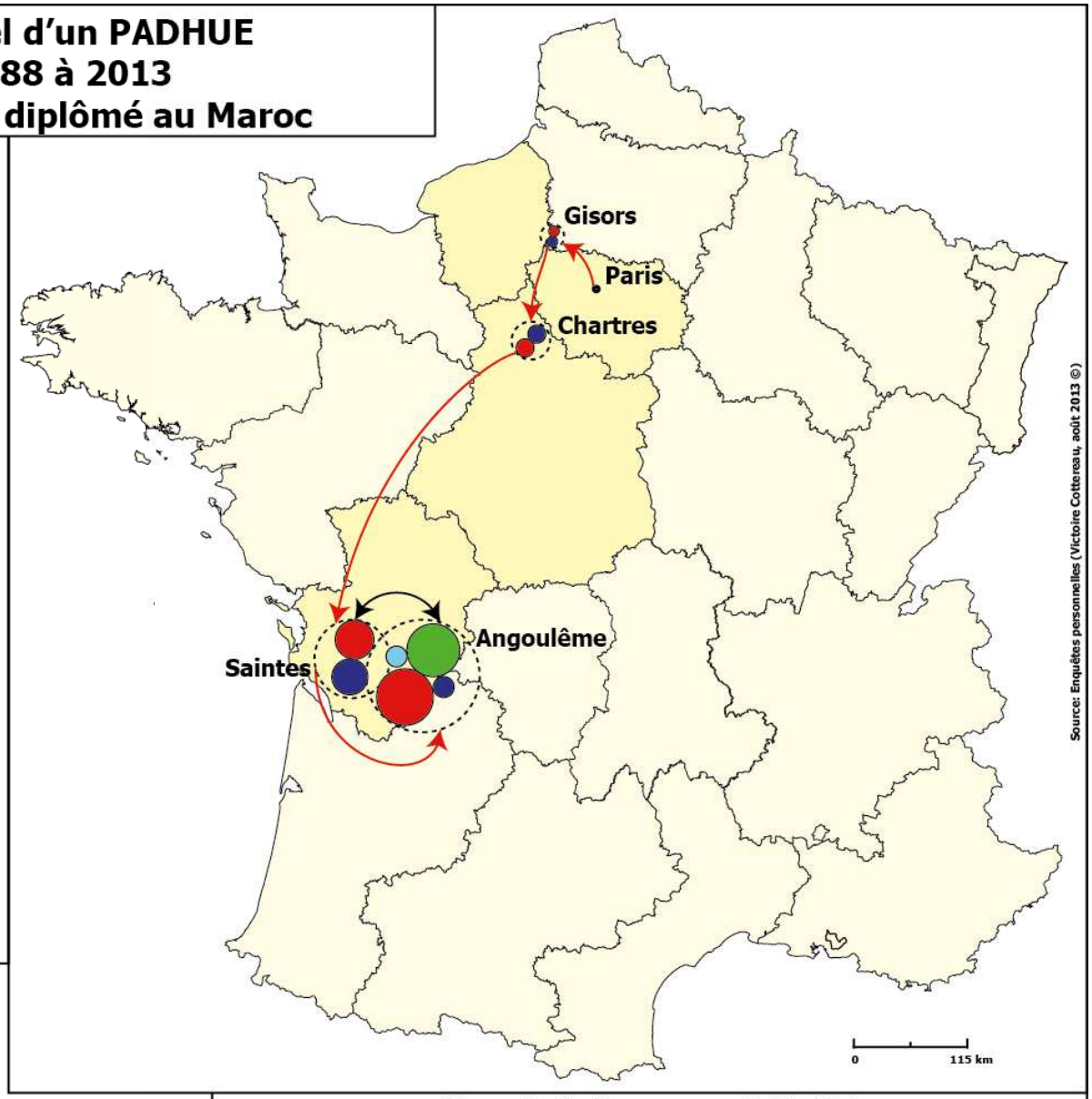
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1988 à 2013
Maamar, homme, 56 ans (1957), né et diplômé au Maroc

Chronologie du parcours professionnel

-**1988**: Le médecin voulait faire une spécialité en anesthésie-réanimation à **Paris** mais le concours a été annulé cette année-là dans la capitale.
(Le praticien a obtenu son diplôme de médecine à **Casablanca** au Maroc puis il a effectué des remplacements en tant que médecin généraliste dans des hôpitaux et cliniques autour de **Casablanca** de 1986 à 1988).
-1988 à 1989: Faisant fonction d'interne (FFI) aux urgences du centre hospitalier (CH) de **Gisors**.
-**1989 à 1991**: FFI aux urgences du CH de **Chartres**.
-**1990**: Validation de la capacité de médecine d'urgence (CAMU) à **Paris**.
-**1991 à 1993**: FFI au service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du CH de **Saintonge**.
-**1993 à 1997:** Assistant associé (AA) au SMUR du CH de **Saintonge**.
-**1995 à 1997**: Gardes au service d'aide médicale urgente (SAMU) du CH d'**Angoulême**.
-**1996**: Validation du concours de praticien adjoint contractuel (PAC).
-**1997 à 1999**: PAC au SAMU du CH d'**Angoulême**.
-**2000**: Validation du concours de praticien hospitalier (PH).
-**2000 à 2001**: Praticien hospitalier contractuel (PHC) au SAMU du CH d'**Angoulême**.
-**2001 à 2013**: PH au SAMU du CH d'**Angoulême**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Vacations / gardes (diplôme de médecine non reconnu)
- Emplois temps plein (diplôme de médecine reconnu, inscrit au CNOM)
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

Chronologie du parcours résidentiel

-**1988:** Logé chez sa belle-soeur à **Paris** pendant environ 2 mois (avec sa femme).
-**1988 à 1989**: Logé à l'internat du CH de **Gisors** (avec sa femme).
-**1989 à 1991**: Logé à l'internat du CH de **Chartres** (avec sa femme et son 1er enfant).
-**1991 à 1998**: Logé à l'internat du CH de Saintonge puis locataire à **Saintes** (avec sa femme et ses enfants).
-**1998 à 2013:** Propriétaire à **Angoulême** (avec sa femme et ses enfants).
*Lorsque le médecin travaillait dans des hôpitaux éloignés de son domicile, il logeait ponctuellement dans les internats.

Carte 16

> *« C'est le marché du travail, c'est surtout ça, moi je suis là parce qu'il y a un besoin et parce qu'on oriente les médecins étrangers vers la médecine d'urgence essentiellement. »* (Mourad, homme, 39 ans, né et diplômé en Syrie, arrivé en France en 2001)

Le point commun de tous ces médecins est qu'ils ont eu une faible mobilité au cours de leur carrière. Ils illustrent les besoins considérables des services d'urgence des années 1980 à nos jours.

-Les médecins qui ont choisi les urgences pour intégrer le corps médical ou pour avoir une situation plus stable:

Neuf PADHUE ont choisi les urgences en raison de la demande élevée de praticiens dans ce domaine. Tandis que certains perçoivent cette spécialisation comme le seul moyen leur permettant d'exercer de nouveau leur métier, pour d'autres elle symbolise la stabilité et la pérennité.

Trois praticiens ont effectué une CAMU en parallèle de leur travail d'infirmier afin de pouvoir réintégrer le corps médical en tant que médecins. Leïla et Bertin expliquent qu'ils ont décidé de se spécialiser dans les urgences uniquement parce c'est un service dans lequel il est facile de trouver des postes. Un autre s'est dirigé vers les urgences non seulement parce qu'il savait que ce service recrute beaucoup de soignants, mais également parce qu'il avait découvert que cette spécialisation l'intéressait beaucoup après y avoir travaillé en tant qu'infirmier.

> *« J'ai dit voilà même si c'est loin, j'y vais. […] J'ai dit j'ai une opportunité et je ne vais pas la lâcher, oui, le fait d'avoir trouvé un poste. »* (Leïla, femme, 52 ans, née et diplômée en Algérie, arrivée en France en 1993)

> *« Je ne voulais pas chercher à gauche ou à droite, moi je ne complique pas les choses. […] On savait que ça recrutait aux urgences. […] Je me suis dit les urgences ça me suffit. »* (Bertin, homme, 47 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2002)

Trois autres médecins se sont orientés vers les urgences dans l'objectif d'acquérir plus de stabilité professionnelle. Un premier praticien a pris cette décision après avoir travaillé plusieurs années dans un CHU qui le changeait régulièrement de service et qui ne lui garantissait pas un poste pour le semestre suivant. Craignant également d'être balloté d'un service à l'autre jusqu'à ce qu'il obtienne la plénitude d'exercice, un médecin dénommé Olivier a choisi de se spécialiser dans les urgences pour avoir une situation plus stable (cf. carte 17, p. 262). Son épouse s'est aussi orientée vers les urgences ce qui leur a permis de trouver rapidement des postes dans le même établissement.

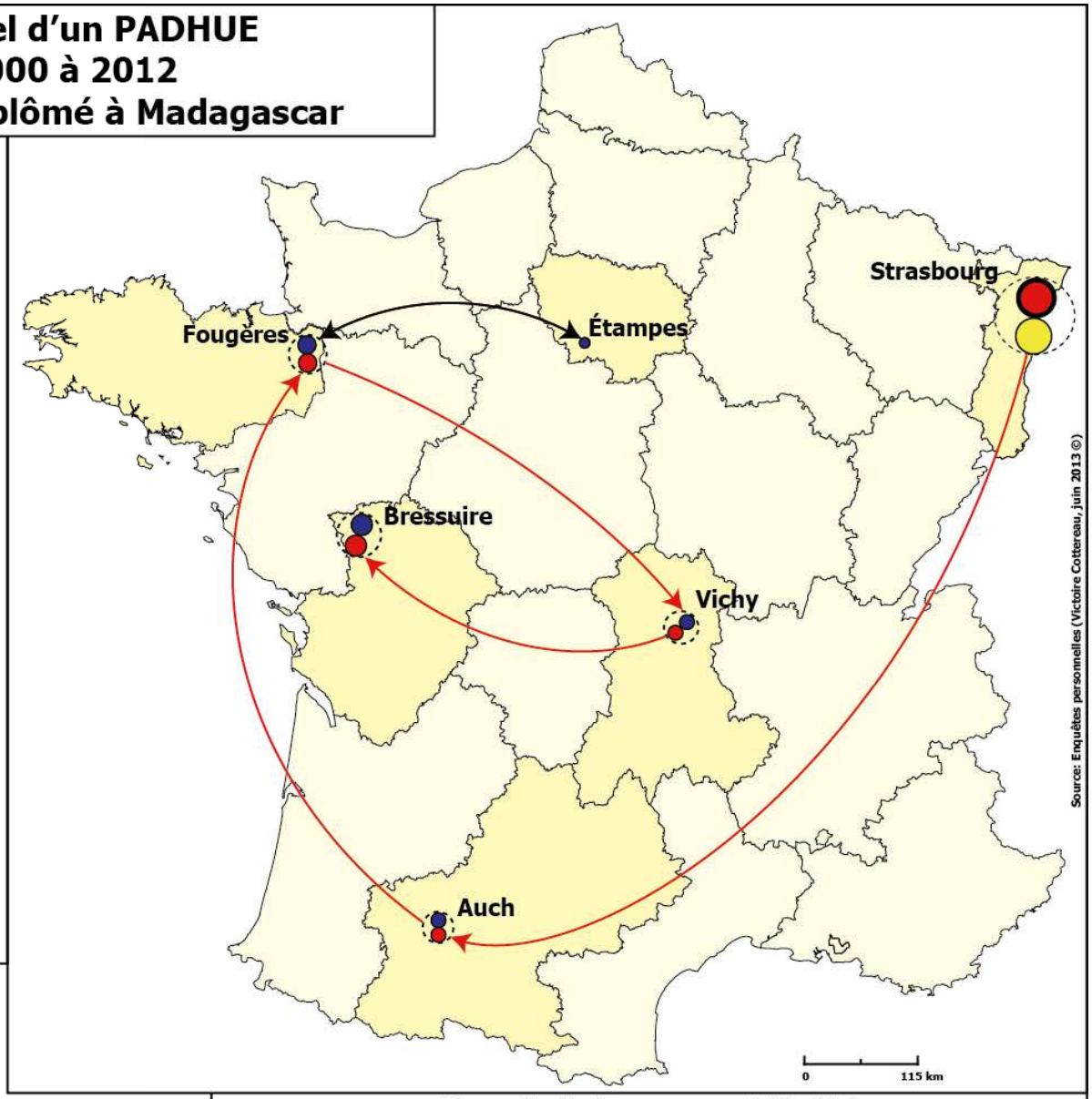
Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 2000 à 2012
Olivier, homme, 45 ans (1967), né et diplômé à Madagascar

Chronologie du parcours professionnel

-**2000**: Inscription en maitrise de santé publique au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Strasbourg**.
(Le praticien a obtenu son diplôme de médecine à **Majunga** à Madagascar en 1995 puis il a exercé à l'hôpital d'**Ambaga** de 1995 à 2000).
-**2000 à 2006**: Infirmier au centre hospitalier universitaire (CHU) de **Strasbourg**.
-Après validation de la maitrise de santé publique, le médecin a passé d'autres diplômes à **Strasbourg** en informatique médical, en biostatistiques et en épidémiologie.
-**2002**: Obtention du diplôme d'État d'infirmier.
-**2007 à 2008**: Faisant fonction d'interne (FFI) au centre hospitalier (CH) d'**Auch** en onco-hématologie (6 mois) et en cardiologie (6 mois).
-**2008**: Validation du diplôme universitaire (DU) de médecine d'urgence à **Bordeaux**.
-**2008 à 2009**: Praticien attaché associé (PAA) en pneumologie au CH de **Fougères**.
-**2009**: PAA aux urgences au CH d'**Étampes** (3 mois).
-**2009**: PAA aux urgences au CH de **Vichy** (9 mois).
-**2009**: Validation de l'examen de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) en médecine générale.
-**2010 à 2012**: PAA aux urgences du CH Nord-Deux-Sèvres (CHNDS), rattaché au site de **Bressuire**.

*Il n'est pas mentionné dans cette chronologie tous les diplômes complémentaires réalisés par le médecin, ni les remplacements ponctuels effectués dans des hôpitaux.

*Les années d'études effectuées pour l'obtention de diplômes et les déplacements effectués pour passer des concours ou examens ne sont pas représentés sur la carte.



Légende

- 1re habitation en France
- Lieux d'habitation
- Emplois temps plein (diplôme de médecine non reconnu, contrat à durée déterminée)
- Vacations / gardes (diplôme de médecine non reconnu)
- Emplois temps plein d'infirmier
- Trajectoire résidentielle
- Déplacements du domicile au(x) lieu(x) d'emploi
- Régions dans lesquelles le praticien a exercé ou habité
- Régions dans lesquelles le praticien n'a pas exercé ou habité
- Villes dans lesquelles le praticien a eu un logement et/ou un ou plusieurs emplois

Nombre d'années de résidence et d'exercice dans chaque ville

6 ans — 4 ans
2 ans — 6 mois

Chronologie du parcours résidentiel

-**2000 à 2004**: Locataire à **Strasbourg** (avec sa femme et ses enfants de 2001 à 2004).
-**2004 à 2006**: Propriétaire à **Strasbourg** (avec sa femme et ses enfants).
-**2007**: Locataire à **Auch** (seul les 6 premiers mois puis avec sa femme et ses enfants).
-**2008 à 2009**: Locataire à **Fougères** (avec sa femme et ses enfants).
-**2009**: Locataire à **Vichy** (avec sa femme et ses enfants).
-**2010 à 2012**: Locataire à **Bressuire** (avec sa femme et ses enfants).
*Lorsque le médecin travaillait dans des hôpitaux éloignés de son domicile, il logeait ponctuellement dans les internats.

Carte 17

« Je n'ai jamais cherché à savoir quels sont les pourcentages, mais en tout cas je sais qu'aux urgences il y a beaucoup d'étrangers. Tout le monde dit qu'apparemment les étrangers représentent une part importante et d'après les syndicats ça serait la vérité.» (Olivier, homme, 45 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

Un autre médecin n'était pas autorisé à faire un DIS car il était de nationalité française et possédait un diplôme de médecine algérien. Or, l'inscription à ce diplôme nécessitait obligatoirement un diplôme de médecine hors UE et une nationalité étrangère. Après avoir travaillé quelques années dans un service de chirurgie, il a décidé de se tourner définitivement vers les urgences, car il savait qu'il ne pourrait jamais devenir chirurgien.

Deux autres PADHUE ont passé de nombreuses années en région parisienne sous des contrats de courtes durées à circuler entre plusieurs établissements et services. Par le biais de connaissances, on leur a proposé des postes dans le service des urgences d'un établissement de province avec la promesse d'acquérir rapidement un poste de PH. Ces deux médecins ont été convaincus par *« l'ouverture »*[121] et la perspective d'avenir qu'on leur proposait s'ils acceptaient de devenir urgentistes.

Un dernier médecin a choisi de travailler aux urgences, car il estime que ce service est la voie la plus rapide pour intégrer pleinement le corps médical et pour pouvoir s'installer comme médecin libéral.

L'imbrication de nombreux facteurs personnels et sociétaux est à l'origine d'une orientation plus ou moins volontaire/contrainte de beaucoup de PADHUE vers les services d'urgence des hôpitaux publics des années 1980 jusqu'à nos jours.

8.3.3. L'attachement à la médecine d'urgence

Bien que des médecins s'orientent initialement vers les urgences à défaut de trouver un poste qui leur convienne mieux, beaucoup d'entre eux se découvrent un grand intérêt, sinon une passion pour le métier d'urgentiste. À l'image des propos tenus par Khalid, Idris et Ali, de nombreux autres praticiens expliquent avoir développé un grand intérêt pour les urgences.

« Au départ on est obligé de choisir par défaut parce que les postes n'existaient pas ailleurs, il y avait quelques postes en médecine, mais c'était vraiment rare, ça c'est sûr, mais quand on découvre le métier après on tombe amoureux de ça. » (Khalid, homme, 55 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1990)

« Moi j'ai trouvé du travail qu'aux urgences et comme j'ai adoré donc ça tombait bien. » (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990)

« Moi j'avais travaillé dans un service de médecine pendant 6 mois parce qu'on tournait pour aider. Ça a été extrêmement pesant pour moi, je ne me sentais pas

[121] Chakib, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990.

bien, j'avais besoin d'un peu d'adrénaline (…) L'urgence c'est extrêmement passionnant, quand on aime faire ça, c'est passionnant. » (Ali, homme, 58 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1992)

Nous constatons l'attachement au service des urgences à travers le fait que neuf des seize médecins rencontrés possédaient au moment de l'enquête le plein exercice de la médecine et travaillaient comme PH. Ayant la liberté de postuler ou de s'installer en secteur libéral où ils le souhaitent, ils auraient pu sans problème quitter ce service. Cinq des sept PADHUE qui travaillaient sous des statuts d'associés déclarent qu'ils envisagent de faire toute leur carrière aux urgences. Enfin, seuls deux médecins reconnaissent qu'ils veulent immédiatement quitter ce service pour s'installer dans le secteur libéral dès qu'ils auront la plénitude d'exercice.

Il apparaît clairement que le contexte et la législation spécifique aux PADHUE amènent beaucoup de médecins à devenir urgentistes. La majeure partie d'entre eux indiquent ne pas regretter d'avoir été orientés vers ce service, car ils se sont découvert une véritable vocation pour la médecine d'urgence.

Conclusion du chapitre 8

Durant ce chapitre, nous avons présenté une typologie descriptive réalisée à partir des entretiens effectués auprès des PADHUE. Basée sur des critères de spécialités et des services d'exercice, cette typologie permet de rendre compte de l'influence de la législation et du contexte sur les parcours des médecins à diplôme extra-européen. À ce titre, nous avons notamment constaté que les praticiens sont plus ou moins mobiles spatialement et/ou professionnellement durant leurs parcours en France, principalement en fonction de leur spécialité et de la période à laquelle ils sont arrivés en France. Elle révèle également les opportunités, les contraintes et les spécificités rencontrées par les médecins durant leur parcours professionnel et présente l'intérêt de soulever la question de la dimension plus ou moins volontaire de la pratique d'une spécialité par les praticiens. Mais cette méthode permet surtout de dégager les principaux profils des PADHUE rencontrés.

Au moment de l'enquête, 22 praticiens exerçaient une spécialité par conviction. Parmi eux, 18 médecins pratiquaient la seule et unique spécialité de prédilection pour laquelle ils ont été formés. Les quatre autres praticiens, qui étaient déjà spécialisés dans une discipline, déclarent avoir décidé de changer de spécialité par intérêt personnel. Le caractère volontaire de la pratique de leur spécialité ne fait aucun doute pour l'ensemble de ces PADHUE.

En revanche, les 21 autres praticiens s'inscrivent dans d'autres logiques. À partir de travaux sociologiques portant sur la reconversion professionnelle volontaire, Catherine Negroni explique que tous les choix se font dans un contexte plus ou moins contraint (Negroni, 2013). Toutefois, elle mentionne qu'une reconversion professionnelle n'est considérée comme volontaire qu'à partir du moment où il y a anticipation, c'est-à-dire que la personne a changé d'emploi avant de ne plus pouvoir exercer dans son domaine. Or, de nombreux PADHUE

entrant dans les groupes des « stratégiques », des « résignés » et des « orientés » expliquent qu'ils ont changé de spécialité parce qu'ils ne trouvaient pas ou plus de travail dans leur domaine de prédilection. Selon les critères de C. Negroni, ces médecins auraient donc effectué des reconversions professionnelles par obligation. La législation spécifique aux PADHUE peut donc engendrer un contexte très contraint ne laissant qu'une faible marge de manœuvre à certains praticiens. Par ailleurs, nous observons que les médecins se reconvertissent à travers quatre principales logiques qui peuvent être cumulables : une *« logique passion »*, une *« logique promotion »* (pour obtenir un meilleur statut), une *« logique équilibre »* (vie privée/ vie professionnelle) et une *« logique stabilisation »* (pour retrouver un certain épanouissement professionnel) (Negroni, 2013). Finalement, même si certains médecins sont soumis à un contexte très contraint, nous remarquons que leurs choix et décisions sont fortement influencés par de multiples facteurs (personnels, familiaux, relationnels, etc.). Le parcours professionnel de chaque médecin est construit à partir d'un jeu de négociations entre les contraintes, les choix volontaires et les multiples éléments propres à chaque individu (objectifs, intérêts, envies, etc.).

À travers les chapitres 7 et 8, nous venons de voir que le cadre juridique et législatif a eu des conséquences importantes sur le déroulement du parcours des PADHUE. Les résultats présentés ont clairement illustré le rôle essentiel de ces médecins dans le système hospitalier français. Face à l'impossibilité de recruter de nouveaux PADHUE, les hôpitaux publics ont actuellement un important recours à des solutions coûteuses et souvent temporaires (intérim, agences de recrutement, etc.) pour continuer à faire fonctionner normalement leurs services. Durant le chapitre 9, nous allons nous pencher sur les nouvelles méthodes de fonctionnement et de recrutement des hôpitaux. Au cours de dernier chapitre, nous allons voir comment les structures hospitalières publiques s'adaptent suite à l'arrêt des migrations de praticiens diplômés au-delà des frontières européennes.

Chapitre 9
Nouvelles techniques de recrutement et nouvelles migrations

« Il n'y a pas de mouvement s'il n'y a pas de vide. »
(Aristote, La physique, p. 34)

Introduction du chapitre 9

Aujourd'hui, la législation française interdit formellement aux hôpitaux de recruter des PADHUE qui n'ont pas exercé en France avant le 3 août 2010 (cf. chapitre 2). L'interruption de l'embauche de nouveaux médecins à diplôme extra-européen soulève donc de nombreuses questions concernant le fonctionnement des établissements publics de santé. En effet, cet arrêt de l'emploi de PADHUE a été mis en place alors que la démographie médicale française souligne toujours d'importants déficits de praticiens au sein des structures hospitalières publiques (Grimaldi, 2009). Pour continuer à fonctionner normalement, nous allons voir que les administrations hospitalières ont recours à différents procédés. Nous avons vu précédemment que certains établissements n'hésitent pas à proposer à des associés- déjà en poste dans d'autres hôpitaux- un échelon de rémunération supérieur afin de les recruter (cf. chapitre 7). Mais cette solution ne peut être que de courte durée, car le nombre d'associés va désormais décroître au fur et à mesure qu'ils vont obtenir le plein exercice de la médecine. Les hôpitaux reconnaissent augmenter leur recours aux agences d'intérim, bien que cette solution soit très coûteuse. Ils essaient d'attirer les jeunes médecins diplômés en France vers le secteur public en les recrutant par le biais du nouveau statut de clinicien hospitalier. Les établissements se tournent également de plus en plus vers les agences de recrutement de médecins européens. Cette solution, qui apparaît souvent comme la plus pérenne, soulève par ailleurs quelques interrogations quant au « recrutement éthique » suggéré par le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Comme le souligne Pierre Bourdieu : *« La migration des personnes qualifiées et hautement qualifiées, des catégories où s'encadrent les médecins aussi, représente une externalité négative pour le pays d'origine. La perte du capital culturel et la perte des ressources publiques investies dans la formation professionnelle affectent la société en général »* (1986, p. 241). Nous verrons également qu'une nouvelle forme de migration est en train de voir le jour et apporte une solution inédite aux hôpitaux : le retour de jeunes médecins français diplômés en Roumanie.

À travers ce chapitre, nous allons d'abord nous pencher sur les avantages et les inconvénients des différentes méthodes de recrutement. Ensuite, nous analyserons les raisons qui poussent de jeunes étudiants français à partir faire leur cursus de médecine dans des pays d'Europe de l'Est, mais également le nombre approximatif de personnes concernées par ce nouveau phénomène. Finalement, nous allons voir que les hôpitaux français vivent actuellement une

phase transitoire ou plutôt une phase de superposition entre anciennes et nouvelles techniques de recrutement.

9.1. Les nouvelles techniques pour maintenir le fonctionnement normal des hôpitaux

Durant les entretiens, les responsables administratifs reconnaissent que moins il y a de PADHUE disponibles sur le marché de l'emploi, plus ils doivent avoir recours à d'autres méthodes pour pouvoir recruter de nouveaux médecins ou tout simplement fonctionner normalement. À travers cette sous-partie, nous allons donc nous attarder sur deux techniques : une première, plutôt ancienne, qui est en pleine expansion et une seconde, plus récente, qui a tendance à générer des tensions entre les médecins et parfois même entre les établissements hospitaliers.

9.1.1. Les agences d'intérim

Le recours des hôpitaux publics aux agences d'intérim n'est pas un phénomène nouveau. Depuis quelques années, l'emploi de médecins intérimaires[122] est en constante augmentation. Rappelons qu'un médecin intérimaire est un praticien qui travaille pour le compte d'une agence d'intérim. Il est amené à faire des remplacements ponctuels dans différents établissements hospitaliers, pouvant varier d'une simple garde de 24 h à un remplacement de plusieurs jours. Comme nous pouvons le voir sur la capture d'écran 6, ces agences sont généralement spécifiques au secteur médical, mais certaines d'entre elles font partie d'importants groupes spécialisés dans l'intérim dans différents secteurs d'emploi.

Capture d'écran 6: Exemples d'agences d'intérim spécialisées dans le secteur médical

Sources : http://www.reseaumedical.fr/; http://www.appelmedical.com/; http://www.adeccomedical.fr/Pages/default.aspx; http://www.job-medical.fr/. Sites consultés le 03 février 2015.

[122] Les intérimaires sont communément appelés les mercenaires par les responsables administratifs des hôpitaux.

Hormis les ex-hôpitaux locaux (cf. carte 2, p. 38), tous les établissements de la région Poitou-Charentes doivent faire appel à ces agences pour faire fonctionner normalement leurs services les plus en manque de personnel. Il peut s'agir de praticiens malades, en congés de maternité, en vacances, d'un poste vacant depuis longtemps ou encore d'un poste ouvert uniquement durant la saison estivale dans un hôpital situé en zone touristique. Mais certains services possédant plusieurs postes vacants depuis des mois ou des années sont obligés d'avoir continuellement recours aux intérimaires. Selon les responsables administratifs, les recours continus aux intérimaires dissuadent souvent les médecins de candidater sur les postes fixes au sein des services concernés. Ainsi, certains responsables expliquent qu'ils tentent sans succès de pourvoir certains postes depuis des mois, voire des années.

> *« En anesthésie, j'ai quatre postes vacants. Alors oui ça tourne parce qu'on prend des intérimaires donc il n'y a pas de problèmes de fonctionnement si ce n'est que ça nous coûte une fortune. L'anesthésie et la radiologie sont deux disciplines dans lesquelles il y a eu un très gros développement de l'intérim en France, il y a un cercle vicieux. Les jeunes ou les moins jeunes des fois arrêtent de travailler sur des postes fixes pour faire de l'intérim qui est beaucoup plus lucratif et le fait même que l'intérim se développe ça favorise l'intérim. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

> *« Aujourd'hui en gastro, nous avons trois postes. Il y en a deux qui ne sont pas pourvus et un qui est en arrêt maladie donc nous n'avons plus de gastro. Résultat pour fonctionner, nous fonctionnons qu'avec des intérimaires. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

Non seulement les intérimaires représentent des coûts financiers importants[123] pour les établissements, mais ils ne sont pas toujours à la hauteur des attentes des hôpitaux. Deux responsables administratifs expliquent qu'ils ne conseilleraient pas à leurs proches certains services de leurs structures du fait qu'ils ne fonctionnement qu'avec des intérimaires. Mais d'une manière générale, les représentants des établissements sont restés assez évasifs sur le choix et la qualité des médecins envoyés par les agences. Seul un responsable admet avoir changé d'agence d'intérim, car il indique que les chefs de services de son établissement n'étaient que rarement satisfaits par les médecins envoyés par l'agence.

> *« Nous de toute façon le minimum, la garantie minimum je dirai c'est d'être inscrit au Conseil de l'Ordre. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

Le problème est que ces nombreuses agences offrent des prestations de qualité très variables. Certaines sont intraitables sur les diplômes et sélectionnent minutieusement les praticiens. À l'inverse, plusieurs médecins expliquent que des agences acceptent presque tous les

[123] Un CH déclare avoir dépensé 1 300 000 euros en intérim en 2012.

praticiens, sans vérifier ni leurs diplômes ni leurs trajectoires professionnelles ou encore s'ils sont déjà titulaires d'un poste à plein temps en secteur public ou privé.

> *« Au début quand tu veux commencer à travailler avec une boite d'intérim, on te demande au moins d'envoyer un premier dossier, mais c'est beaucoup plus une formalité. Tu envoies ton dossier et puis généralement pour eux tu es bon pour le service. (…) Ils ne veulent pas savoir* [si tu as un poste à temps plein]. *Ensuite, ils t'appellent ou te laissent un message sur ton répondeur où ils te disent juste qu'il y a une garde tel jour dans tel hôpital et tu dois leur dire si tu la prends ou pas. »* (Amadou, homme, 45 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

> *« Censés, ils sont censés* (vérifier les diplômes). *[…] Les agences d'intérim sont malignes parce que par exemple dans les domaines où ça ne nécessite pas une inscription à l'Ordre des médecins par exemple le SAMU, le bloc opératoire, ils ont des médecins. Ils les proposent aux hôpitaux qui parfois ferment les yeux et recrutent ces médecins dans des services de médecine. »* (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

Si certains établissements hospitaliers prennent la peine de vérifier que les intérimaires sont inscrits au CNOM, la plupart ne font aucune vérification. Ils ne connaissent pas les médecins et ne cherchent pas à avoir d'informations sur eux tant que leurs services fonctionnent correctement. Toutefois, lorsqu'un médecin intérimaire est amené à venir régulièrement dans une structure et que les praticiens hospitaliers sont satisfaits de ses services, l'hôpital cherche généralement à le recruter. Comme dans la grande majorité des cas le médecin néglige l'offre, l'hôpital essaie de le fidéliser en tant qu'intérimaire à l'établissement.

> *« On essaie de fidéliser les intérimaires, c'est-à-dire que quand un intérimaire est bien, le service nous le dit et tout de suite on préempte soit des dates afin que l'intérimaire puisse venir. Sinon l'intérimaire dit au service moi je ne serai pas libre à telle date ou telle date, j'aurai telle mission et donc notre service adapte son planning pour pouvoir intégrer l'intérimaire. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Deux-Sèvres)

Lors des entretiens, des médecins mentionnent des situations parfois risquées engendrées par le recours à des agences d'intérim qui ne sont pas regardantes sur les diplômes ou les profils des médecins. Des PADHUE expliquent que le travail intérimaire est tellement bien rémunéré que de nombreux médecins- qu'ils aient obtenus leur diplôme en France ou ailleurs- se laissent tenter de faire des remplacements en dehors de leur service de prédilection. Il arrive parfois que des agences envoient des médecins n'ayant pas les compétences requises et que les structures ferment les yeux et acceptent les praticiens envoyés sans contrôle. Certains praticiens insistent sur le fait que ce genre de situation confronte parfois des patients à des situations dangereuses.

> *« Le comble c'est que des fois ce ne sont même pas des urgentistes, c'est peut être un gastroentérologue ou bien un chirurgien. Le cas est arrivé il y a quelques*

mois, ça doit faire 2-3 mois à Soissons[124]*. Moi j'étais parti en SMUR et le médecin qui était là, envoyé par l'agence d'intérim, il n'était pas urgentiste, il ne savait même pas intuber. Il y a une patiente qui était arrivée et heureusement pour cette dame, car elle allait mourir, heureusement que ce jour-là, il y a Pierre*[125] *qui est un Congolais, qui a travaillé la veille et qui allait être de garde le lendemain donc il était de repos à l'internat. L'infirmier il a couru le chercher en disant « la dame elle n'est pas bien et l'urgentiste qui est là, on se demande ce qu'il fait là, nous on a peur il faut intuber la patiente, il ne sait pas le faire, il est en train de tourner en rond ! » Pierre est venu en urgence, il l'a intubé, la patiente est partie en réanimation, autrement elle mourait. »* (Amadou, homme, 45 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002)

Des médecins disent également avoir travaillé avec des PADHUE qui ne possèdent pas le plein exercice, mais surtout qui n'ont pas le droit d'exercer en France, car ils n'y ont pas exercé avant le 3 août 2010[126]. Les hôpitaux n'étant pas autorisés à les engager en direct, plusieurs PADHUE trouvent la parade en travaillant pour des agences d'intérim. Cette situation est de surcroît très lucrative pour les médecins diplômés hors UE qui sont rémunérés au même salaire que leurs homologues diplômés en France.

« Oui, ils exercent déjà par l'intermédiaire des boites d'intérim (…) J'entends parler qu'il y en a (des PADHUE n'ont pas le droit d'exercer en France) *dans certaines zones qui sont sinistrées, vous prenez la Normandie, vous prenez la Picardie, dans les zones comme ça il y en a. Il y en a même certains qui viennent, j'ai entendu, certains qui viennent du Maroc et qui font des remplacements et qui y retournent. »* Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982)

Une autre situation, moins grave, mais tout de même illégale, est apparue à plusieurs reprises : le travail en intérim de médecins urgentistes employés à temps plein dans un établissement. Une bonne partie des urgentistes rencontrés reconnaissent faire ou avoir fait des gardes d'intérim malgré le fait qu'ils sont employés à temps plein dans une structure hospitalière. Des responsables d'établissements déclarent qu'ils se doutent que ce genre de situation se produit assez régulièrement, mais ils disent ne pas être officiellement au courant, alors que des médecins affirment le contraire.

« Parfois, il y a des choses qui sont un peu borderline, c'est-à-dire des gens qui sont à temps plein et qui sur leur planning ont une activité d'intérim extérieure alors même qu'ils ont surement signé une activité de service public exclusif. » (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

[124] Nom de lieu fictif.
[125] Prénom fictif.
[126] Les PADHUE, qui n'ont pas exercé en France avant le 3 août 2010, ne sont pas autorisés à travailler en France. (cf. frise chronologique).

> *« J'ai eu un entretien avec le directeur, je lui ai dit je vais gagner la moitié de mon gain à Bonneville[127], je vais faire mon travail ici, mais le reste du temps je vais bosser ailleurs donc si vous êtes d'accord je signe le contrat, si vous n'êtes pas d'accord je me casse. Pour moi tout était clair dès le départ, je l'ai dit aussi au chef de service. »* (Manjary, homme, 42 ans, né et diplômé à Madagascar, arrivé en France en 2000)

Les médecins expliquent qu'ils ont une technique pour ne pas se faire contrôler en infraction. Ils vont tout simplement faire des gardes en dehors du département où ils exercent puisque les contrôles s'arrêtent aux frontières du département. Ainsi, on trouve des médecins à temps plein dans les Deux-Sèvres sur les registres d'établissements de la Charente comme intérimaires, on trouve des médecins à temps plein en Charente sur les registres d'établissements de la Vienne comme intérimaires et ainsi de suite.

Finalement, le recours massif à l'intérim et l'absence de contrôle associés à une volonté d'en savoir le moins possible à tous les niveaux (hôpitaux, agences d'intérim, CNG) révèlent l'absence de solutions pour arriver à rendre le secteur public hospitalier de nouveau attractif.

9.1.2. Le nouveau statut de clinicien hospitalier

Le 14 octobre 2010, le décret n° 2010-1218 a validé la création d'un nouveau statut hospitalier, celui de clinicien hospitalier. L'objectif de ce nouveau statut est principalement d'attirer de jeunes médecins vers le secteur public en leur proposant des salaires nettement supérieurs à ceux des PH. Contrairement aux praticiens hospitaliers, le clinicien signe un contrat pour trois ans maximum renouvelable une fois. Il a également des objectifs qualitatifs et quantitatifs et il peut être recruté au dernier échelon de la grille de PH (13e échelon) majoré de 65 % (cf. tableau 2, p. 74). Si une telle rémunération incite effectivement certains jeunes médecins à faire carrière dans le secteur public, la plupart des responsables administratifs des hôpitaux de la région Poitou-Charentes ont plutôt mal reçu cette nouvelle mesure. Trouvant la rémunération injuste vis-à-vis des autres praticiens, ils expliquent qu'ils s'étaient tous mis d'accord pour ne jamais utiliser ce statut.

> *« Je n'ai pas de statut de clinicien, d'abord parce que ça me pose un gros problème d'éthique, c'est-à-dire qu'on va avoir dans le même service, la même responsabilité avec deux modes de rémunération complètement différents. Pour des PH qui sont à temps plein au 13e échelon et ça c'est difficilement justifiable et acceptable. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

Durant les entretiens, deux responsables de structures hospitalières reconnaissent tout de même employer des praticiens sous le statut de clinicien. Un troisième mentionne avoir tenté d'en recruter un, mais l'opposition des médecins de l'hôpital s'est avérée tellement violente que la direction a décidé de renoncer. Les deux structures, qui recrutent à ce jour sous ce statut, sont arrivées à régler leurs principaux problèmes de recrutement, notamment en radiologie et en anesthésie. Les responsables de ces établissements ne voient pas pour quelles

[127] Nom de lieu fictif

raisons ils n'utiliseraient pas ce statut puisqu'il est totalement légal. Par la même occasion, ils dénoncent des établissements qui ne l'emploient pas, mais qui, selon leurs dires, se permettent d'employer de jeunes PH à des échelons non réglementaires. Du côté des hôpitaux qui refusent de l'employer, les responsables accusent ce statut de créer un climat détestable au sein des établissements, tout en amplifiant la concurrence entre les hôpitaux publics.

> *« C'est une certaine éthique c'est-à-dire que je ne vais pas chercher chez le voisin, surtout sur le même territoire, les compétences dont j'ai besoin parce que vous ne réglez pas votre problème en créant un problème chez votre collègue. J'aimerais bien que ce soit la même stratégie partout. Il y a des structures sur le département à qui ça ne pose pas de problèmes, c'est-à-dire elles ont besoin de recruter, elles recrutent et même si ça met en difficulté l'établissement de proximité. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

Bien que la mise en place de ce nouveau statut permette effectivement d'orienter quelques jeunes médecins vers le secteur public, nous remarquons que son impact réel sur l'attractivité des hôpitaux reste assez faible. À l'inverse, ce statut fait naître des tensions entre les différentes structures hospitalières de la région. Au lieu de chercher à créer une réelle solidarité en raison des problèmes de recrutement rencontrés par tous les établissements, certains hôpitaux préfèrent s'isoler pour résoudre leurs problèmes par tous les moyens, parfois même au détriment des politiques sanitaires de territoires.

Finalement, nous constatons que ces solutions temporaires sont très coûteuses et peu efficaces sur du long terme, même si elles s'avèrent nécessaires en attendant que les effectifs de médecins augmentent et que les établissements puissent de nouveau recruter plus facilement.

9.2. Le développement des agences de recrutement

Les hôpitaux publics français ne peuvent plus recruter de nouveaux PADHUE depuis presque cinq années alors qu'ils reçoivent toutes les semaines de nombreuses candidatures venant de différents pays. Pourtant les problèmes de recrutement sont encore à l'ordre du jour et ils ne devraient pas s'améliorer avant une dizaine d'années.

> *« On est inondé de candidatures de PADHUE venant de partout. On est envahi, car tous les jours je reçois 3 ou 4 candidatures. (…) Ils envoient directement de leur pays d'ailleurs. Ils n'ont jamais été en France ou alors ils sont venus faire une fois un stage en France, généralement 6 mois en tant que FFI à l'époque…par exemple lui* (elle prend un CV) *il fait de la gynéco, il a eu un poste de FFI en 2010 puis il est retourné dans son pays et aujourd'hui il veut revenir de Syrie »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime).

Afin de ne pas voir les vacances de postes augmenter et le recours aux médecins intérimaires s'amplifier, les directeurs d'hôpitaux font de plus en plus appel à des agences de recrutement. Ces agences, plus connues sous le nom de « chasseurs de têtes », se chargent de recruter des

praticiens pour le compte des hôpitaux et des cliniques. En cas de collaboration, l'agence fait signer un contrat au directeur de la structure et lui demande généralement de verser un acompte. Il fournit alors à l'agence ses critères et le profil du médecin recherché. Ensuite, le directeur n'a plus qu'à attendre que l'agence lui propose des candidats.

Ces nombreuses agences sont principalement apparues à la fin des années 2000, c'est-à-dire au moment où les portes de la migration des PADHUE ont commencé à se fermer. Si les médecins européens n'ont pas été nombreux à accepter de venir faire carrière en France depuis 1975, l'entrée dans l'Union européenne de la Bulgarie et de la Roumanie en 2007 a considérablement augmenté le nombre de médecins souhaitant venir exercer en France. La plupart des agences sont spécialisées dans le recrutement de praticiens formés en Europe de l'Est, même si elles ne l'annoncent pas toujours clairement sur leur site internet. Nous remarquons d'ailleurs que la majeure partie des sites de ces agences sont traduits en anglais, en espagnol, en portugais, en italien, mais également en Bulgare et en Roumain. Selon des données du CNOM datant de 2012, les médecins diplômés en Roumanie sont les praticiens européens les plus représentés au tableau du conseil de l'Ordre français avec un pourcentage de 33,3 % contre seulement 22,6 % pour les médecins diplômés en Belgique arrivant en second rang (CNOM, 2012b). La majorité des médecins diplômés en Roumanie rencontrés expliquent avoir voulu migrer pour exercer leur métier dans un autre pays en raison des maigres salaires versés dans leur pays d'origine[128], des mauvaises conditions de travail ainsi que de l'omniprésence de la corruption dans le monde médical (cf. chapitre 4, p. 139). Face aux difficultés grandissantes de recrutement, les hôpitaux ont rapidement fait confiance à de nouvelles agences, qui leur disaient avoir une pléthore de candidats et qui leur promettaient de leur trouver *« la perle rare »*[129].

Pour certains responsables administratifs, ce marché récent en pleine expansion présente un problème majeur : il est peu encadré, opaque et conduit parfois à des abus. Ces sociétés privées présentent des prestations très variables. Tandis que certains passent des annonces dans des revues médicales, d'autres démarchent directement des médecins en poste à l'étranger ou des étudiants sur le point d'achever leurs études. Actuellement, de nouvelles agences continuent à être créées, ce qui entraîne une augmentation de la concurrence entre toutes celles qui sont déjà sur le marché. À titre d'exemple, la capture d'écran 7 (p. 275) réunit les logos et enseignes des agences sortant en première page du moteur de recherche « *Google* » lorsque l'on tape « agence recrutement médecin ». Face à cette multitude de nouveaux prestataires extérieurs, nous comprenons que les administrations hospitalières sont actuellement un peu perdues et désorientées.

[128] Plusieurs praticiens expliquent qu'ils touchaient en Roumanie des salaires de 300 ou 400 euros. Ils étaient donc souvent obligés de cumuler deux emplois pour pouvoir vivre.
[129] Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime.

Capture d'écran 7: Exemples d'agences de recrutement spécialisées dans le secteur médical

Sources : http://www.kaduce.fr/; http://medirama.eu/; http://www.activa-conseil.net/Portals/0/plaquette%20activa%202014.pdf; http://www.medicis-consult.com/; http://www.pnp-conseil.com/; http://www.euromotion-medical.com/#!recruter-un-medecin-europeen/c1a4e. Sites consultés le 02 février 2015.

9.2.1. Regards et opinions des responsables administratifs de la région Poitou-Charentes sur ces agences

En région Poitou-Charentes, une agence nommée *Rivière Consulting*, spécialisée dans les recrutements de médecins venant de pays d'Europe de l'Est, a réussi à convaincre la presque totalité des établissements de lui confier leurs problèmes de recrutement à la fin de la décennie des années 2000. Les entretiens avec les responsables administratifs des hôpitaux permettent de comprendre le fonctionnement de cette agence et d'obtenir leurs avis sur ce mode de recrutement. Si la facture est assez élevée[130], les hôpitaux se sont laissés séduire par l'idée qu'ils allaient rapidement recruter le spécialiste qu'ils cherchaient depuis des mois ou des années. Le fait que ces médecins obtiennent leur inscription à l'Ordre presque dès leur arrivée en France[131] a également été un argument de poids. Pour une minorité de structures, le

[130] Un hôpital a accepté de donner le détail complet du coût de recrutement d'un radiologue roumain par le biais de l'agence *Rivière Consulting*. Ce recrutement a coûté 25 000 euros, taxes incluses. L'agence a demandé 40 % d'honoraires à la signature de la mission, 30 % à la présentation du premier candidat, 15 % à l'accord de collaboration entre l'hôpital et le candidat et 15 % à la prise de fonction du médecin. L'hôpital devait également prendre en compte les billets d'avion des candidats et les chambres d'hôtel.

[131] Les médecins roumains rencontrés ont mis en moyenne trois mois pour obtenir leur qualification ordinale. Durant la période de latence, les hôpitaux emploient généralement ces médecins sous des statuts d' associés.

bilan est très positif et ils continuent à travailler fréquemment avec *Rivière Consulting*. Pour une majorité, le bilan est mitigé voir même très décevant.

> *« On a arrêté de travailler avec les cabinets de recrutement parce que finalement ça ne marchait pas si bien que ça, surtout la prestation qu'ils proposaient, elle n'était pas à la hauteur de ce qu'on attendait. Ils ne s'occupaient pas forcément des papiers des candidats, c'était un peu compliqué. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente)

> *« Aujourd'hui Rivière Consulting, il ne me propose plus rien parce que le marché est complètement sec. Ceux* (les médecins) *que le cabinet nous propose maintenant nous faisons des conférences ou nous téléphonons avec le chef de service pour voir d'emblée quel est le niveau de français. Le résultat est catastrophique, c'est-à-dire qu'ils ne comprennent pratiquement pas le français donc ils* (les médecins de l'hôpital) *ne veulent vraiment plus passer par les filières. »* (Responsable administratif d'un CH situé en Vienne)

Plusieurs responsables administratifs pointent du doigt l'absence totale de suivi de l'agence à partir du moment où le médecin signe son contrat avec l'hôpital. Cela signifie que les responsables des structures hospitalières doivent préparer les papiers pour le compte de la préfecture et du CNOM mais également se charger de préparer l'arrivée du médecin, par exemple en lui trouvant un logement ou en lui ouvrant un compte bancaire. D'autres sont déçus par les médecins parce qu'ils parlent mal français, ont des compétences médicales qu'ils jugent médiocres ou encore parce qu'ils démissionnent au bout d'un an pour aller travailler dans une plus grande structure. Des responsables d'hôpitaux mentionnent même un certain laxisme de la part du CNOM. L'un d'entre eux[132] signale que le CNOM attribue trop rapidement la qualification ordinale à des médecins parlant encore très mal le français ou dont on a *« des doutes sur la compétence »*. Enfin, certains responsables disent avoir attendu durant des mois sans que le cabinet ne leur présente aucun médecin et ils ont fini par remercier l'agence en ayant perdu la somme versée au début de la collaboration.

Finalement, les hôpitaux de la région Poitou-Charentes fonctionnant encore en 2013 avec l'agence *Rivière Consulting* sont en minorité. Par ailleurs, une structure a choisi de continuer de recruter à l'étranger, mais désormais par le biais d'une agence spécialisée dans le recrutement de médecins diplômés en Allemagne. Bien que cette agence leur coûte excessivement cher, puisque le coût de leur dernier recrutement s'élève à 63 000 euros, ils sont ravis du professionnalisme, de la rigueur de l'agence et de la qualité des praticiens proposés.

[132] Responsable administratif d'un CH situé en Vienne.

9.2.2. Faire venir des médecins diplômés en Roumanie : un recrutement éthique ?

Un problème vient du fait que de nombreuses agences sont apparues au même moment et qu'elles se sont toutes tournées vers les filières de médecins d'Europe de l'Est, notamment de la Roumanie. Cet engouement pour les médecins venant des pays récemment entrés en UE a deux conséquences. D'abord, tous les praticiens candidats au départ parlants bien français ont été accaparés par les cabinets puis embauchés rapidement en France dès la fin des années 2000. Cette situation a donc rapidement tari la filière roumaine. Ensuite, les candidats, ayant un bon niveau linguistique, qui se décident aujourd'hui à partir ont un choix considérable d'établissements en France souhaitant les recruter. Comme les médecins diplômés en France, ils choisissent généralement les hôpitaux les plus prestigieux ou géographiquement bien situés (grands centres urbains, littoraux, etc.). Bien qu'efficaces durant les premières années, les agences spécialisées dans les recrutements en Europe de l'Est commencent à éprouver des difficultés à trouver des candidats. Une femme d'origine roumaine, arrivée en France en 2010, explique que les responsables des agences françaises sont très actifs en Roumanie. Lorsqu'elle travaillait en Roumanie, elle recevait tous les jours des courriers et des brochures d'agences de recrutement. Selon elle, certains de ses collègues, qui ne souhaitent pas quitter la Roumanie, n'apprécient pas du tout d'être autant sollicités.

Lors de l'apparition des agences, l'embauche de médecins diplômés en Europe de l'Est semblait être une solution « miracle » aux problèmes de recrutement des hôpitaux. En fin de compte, cette solution apparaît comme temporaire du simple fait que les filières d'Europe de l'Est ont leurs limites, mais également que tous les praticiens ne souhaitent pas quitter leur pays. Ce recours massif des structures hospitalières françaises aux médecins diplômés spécifiquement en Roumanie soulève d'ailleurs des questions éthiques dont parlent quelques responsables administratifs.

> *« Aller chercher les compétences de gens qui ont été formés là-bas, qu'on n'a pas formés, c'est ça qui me choque le plus. C'est qu'on aille chercher les compétences là-bas, pour des raisons financières. Les gens viennent ici, ils sont mieux rémunérés, et puis en même temps on est incapable d'imposer des médecins français l'obligation de s'installer dans des zones désertiques. […] Ce qui me choque dans l'appel aux médecins étrangers c'est qu'on déshabille un pays de ses compétences, de ses forces vives alors qu'il y a des besoins.»* (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

L'augmentation du nombre de recrutements de médecins diplômés dans des pays d'Europe de l'Est montre que l'interdiction d'employer de nouveaux PADHUE est problématique pour certains établissements. Face aux actuelles difficultés de recrutement, cela montre que les hôpitaux sont prêts à saisir les nouvelles solutions qui s'offrent à eux pour continuer à faire fonctionnement normalement leurs services. Or, comme le soulignent Raymonde Séchet et Despina Vasilcu, l'organisation de la venue de nombreux médecins diplômés à l'étranger vers la France créée des manques dans les pays de départ. *« Pour la Roumanie, l'exode de ses médecins constitue la perte d'un élément vital pour le développement social du pays, une*

perte plus grave que celle de toute autre catégorie professionnelle en raison de ces conséquences pour l'avenir de la population roumaine » (Séchet et Vasilcu, 2012, p. 75). Dans la mesure où la France possède 34,5 médecins pour 10 000 habitants au 1er janvier 2012 (OMS, 2012) contre 22,7 médecins pour 10 000 habitants en Roumanie à la même date, l'organisation de ces migrations peut même apparaître comme illégitime. Selon Liliana Dumitrache (2014), plus de 12 000 médecins auraient quitté la Roumanie entre 2007 et 2014, alors que les dépenses de l'État pour leur formation dépasseraient les 64 millions d'euros. Aujourd'hui le rapport de la Commission présidentielle pour l'analyse et le développement des politiques de santé publique en Roumanie caractérise le système de santé roumain comme *« l'un des plus inefficaces d'Europe »* (Dumitrache, 2014, p. 30). Pour Valeriu Dornescu et Teodora Manea, la dimension du solde négatif de la migration médicale a transformé la Roumanie en *« l'exportateur de médecins le plus important »* (2013, p. 128). Mais selon ces chercheurs, le véritable problème aujourd'hui est que les proportions de ce phénomène sont alarmantes, car elles affectent le droit à la santé du citoyen, en tant que droit fondamental. La planification de la venue de médecins diplômés à l'étranger est un processus long, coûteux qui soulève de nombreuses questions éthiques alors qu'elle ne permet pas toujours de répondre à tous les besoins des hôpitaux. À l'heure actuelle, certains hôpitaux attentent la venue « gratuite » de médecins diplômés à l'étranger : celle des jeunes médecins français qui sont partis effectuer leur cursus de médecine à l'étranger.

9.3. Des étudiants français qui vont se former à l'étranger

Actuellement, l'accès très restreint des études médicales dans de nombreux pays européens amène de plus en plus d'étudiants à aller se former dans d'autres pays afin de pouvoir *« réaliser leur rêve »*[133] de devenir médecin. En effet, *« suite au numerus clausus pratiqué depuis longtemps dans les universités de plusieurs pays d'Europe (France, Allemagne, Grande-Bretagne, Suède, Finlande, Suisse, etc.), il y a un afflux d'étudiants de ces pays vers les universités de médecine roumaines. »* (Popa et Lucheş, 2014, p. 88). Contrairement aux idées reçues, la Roumanie n'est pas le seul pays offrant des formations médicales aux étrangers. De nombreux pays comme l'Australie, la Hongrie ou encore la Croatie proposent des cursus de médecine pour les étrangers en langue anglaise. Les étudiants français préfèrent principalement aller en Belgique et en Roumanie, parce que ces pays proposent des cursus francophones. Un responsable administratif indique pourtant qu'il existe une différence de regards des médecins et/ou des établissements entre les jeunes Français qui se forment en Belgique et ceux qui se forment en Roumanie.

> *« Bientôt tous ces étudiants français, qui ont été recalés au niveau du concours d'admission à l'externat en France et qui sont partis faire des études de médecine à tout prix en Roumanie, ils vont demander à revenir en France. Moi je peux vous dire que j'ai entendu des débats au niveau de l'internat ici et ils disent qu'ils les attendent de pied ferme, car pour eux il y a une grande différence en termes de connaissance, de valeur, de chose comme ça. J'ai discuté une fois avec le président de l'internat, quelques internes et quelques praticiens, ces gens se sont*

[133] Expression extraite de la page d'accueil du site internet <medecineroumanie.org> (consulté le 08/02/2015)

insurgés en disant ils ont fait une médecine au rabais alors que moi ce ne choque pas. J'ai un urgentiste qui est de Lille, qui est né à Lille, mais qui a fait toutes ses études de médecine à l'Université catholique de Louvain en Belgique et quand il est arrivé comme urgentiste ici, ça n'a choqué personne. » (Responsable administratif d'un CH situé en Charente-Maritime)

Alors que le CNOM et la presse restent plutôt silencieux vis-à-vis des étudiants formés en Belgique, les étudiants formés dans les facultés roumaines soulèvent de multiples questions, allant parfois jusqu'à la présomption d'incompétence. Pourtant, aucun de ces deux pays ne possède un *numerus clausus*. La seule différence notable actuellement est que la Belgique limite le nombre d'étudiants français dans ses universités alors que les universités roumaines sont en train de développer leur cursus francophone. Dès la rentrée universitaire de l'année 2012, la Belgique a instauré des quotas d'étudiants étrangers en médecine. Cela signifie qu'à compter de cette date, les Facultés de médecine belges admettent en première année que 30 % d'étudiants « non-résidents », qui sont choisis par tirage au sort[134]. Face à une nouvelle méthode de sélection basée en partie sur la chance, les étudiants français se tournent davantage aujourd'hui vers les cursus de médecine proposés par les facultés roumaines.

9.3.1. Faire médecine en Roumanie : le dernier recours pour devenir médecin pour les Français

Depuis l'adhésion de la Roumanie à l'Union européenne en 2007, quatre universités (Cluj-Napoca, Timisoara, Iasi et Arad) proposent des cursus de médecine en langue française. Rappelons que depuis 1993, une directive européenne facilite la libre circulation des médecins et la reconnaissance mutuelle des diplômes (cf. frise chronologique). Actuellement, ces cursus attirent de plus en plus d'étudiants français. Selon plusieurs médecins diplômés en Roumanie, les universités manqueraient actuellement de places et seraient obligées de refuser un nombre important de dossiers chaque année. De nombreux sites sur la toile vantent les mérites des formations roumaines et expliquent aux étudiants quels sont les procédures et formulaires à remplir pour s'y inscrire. Ces sites les renseignent également sur le prix des logements et sur le coût de la vie en Roumanie. Comme nous pouvons le voir sur la capture d'écran 8, les sites internet mettent en avant le fait que les étudiants obtiennent majoritairement leur diplôme de médecine. Selon ces mêmes sites, le nombre d'étudiants passant de la première à la deuxième année de médecine dépasse actuellement les 80 % en Roumanie. Enfin, ils insistent également sur les conditions d'enseignements tels que la répartition en petits groupes d'une douzaine de personnes pour les travaux pratiques dès la première année.

[134] Voir l'article d'Anna Benjamin intitulé *« La Belgique instaure des quotas d'étudiants étrangers en médecine et dentaire »* publié dans le journal *Le Monde* du 29 juin 2012. http://www.lemonde.fr/europe/article/2012/06/29/la-belgique-instaure-des-quotas-d-etudiants-etrangers-en-medecine-et-dentaire_1726610_3214.html (consulté le 08/02/2015)

Capture d'écran 8: Logo d'un site internet d'informations sur les cursus de médecine en Roumanie

Etudier en Roumanie

... c'est quasiment réussir ses études !

Source : http://www.etudier-en-roumanie.com/medecine-roumanie.html (consulté le 08/02/2015)

Alors que les sites internet encensent les universités roumaines, le Conseil national de l'Ordre français s'inquiète du retour de ces jeunes Français. Dans une interview en 2011, le professeur Legmann, alors président du CNOM, s'insurge que de jeunes Français contournent l'épreuve du concours de la première année en s'inscrivant dans une université roumaine[135]. Pour lui, il est évident que ces étudiants comptent revenir faire leur spécialité en France et s'y installer, sans avoir eu à rencontrer les difficultés des étudiants suivant leur cursus en France. Ce professeur dit également que ce contournement est majoritairement réservé aux étudiants issus de milieux favorisés. Selon les sites officiels des facultés roumaines[136], les frais de scolarité seraient aux alentours de 5000 euros par an, somme à laquelle il faut ajouter les frais de logement et de la vie quotidienne.

En raison de ses inquiétudes, le professeur Legmann explique qu'il s'est rendu à Iasi et à Cluj-Napoca avec d'autres universitaires afin d'observer le déroulement les formations. Alors qu'il ne donne aucune information concrète sur les cours de médecine ou encore sur l'accueil des étudiants français, il dit : *« Il n'y a évidemment aucun concours, il n'y a aucune sélection, il n'y a même pas d'entretien, ce qui nous a quand même un peu surpris. Les choses se passent sur études de dossiers, autrement dit il y a 95 % d'admis sur des critères qui sont uniquement d'avoir le baccalauréat ».* Même s'il ne l'exprime jamais clairement, nous comprenons à travers ces propos que le professeur dénigre les formations roumaines. Il dit qu'il y aurait 2000 étudiants français selon des études roumaines. Pour lui, il ne s'agit pas d'un phénomène marginal alors qu'en France le *numerus clausus* est fixé à 7500 places. Le professeur conclut en disant que cette situation est d'une *« grande injustice »* car entre les étudiants qui arrivent de Belgique et ceux qui viennent de Roumanie : *« le numerus clausus ici ne veut plus rien dire ».*

Suite au rapport rendu par le professeur Legmann, le gouvernement français a voté le décret n° 2011-954 paru le 10 août 2011 afin de limiter le départ des étudiants français vers l'étranger. Celui-ci interdit aux étudiants ayant échoué à deux reprises en première année du Premier cycle d'études médicales (PCEM) en France de tenter les Épreuves classantes nationales (ECN) après une formation à l'étranger. Cela signifie que les étudiants, qui sont partis faire leur cursus de médecine à l'étranger après avoir manqué à deux reprises leur première année de médecine en France, ne sont pas autorisés à passer les épreuves théoriques

[135] Vidéo en ligne sur https://www.youtube.com/watch?v=MRmNJOekoTc (consultée le 02/02/2015)

[136] http://www.umfcluj.ro/fr/; http://www.umft.org/; http://www.umfiasi.ro/Pages/Default.aspx; https://www.uvvg.ro/ro/ (consultés les 02/02/2015)

marquant la fin du second cycle des études de médecine. De par ce fait, ils ne pourront pas exercer la médecine en France. Toutefois, le Conseil d'État a annulé dès le 23 janvier 2013 cette interdiction. Les étudiants français sont toujours libres d'aller faire leurs études de médecine dans n'importe quel pays de l'UE et de revenir exercer en France.

9.3.2. Obtenir un diplôme européen : un passeport pour la France pour les Marocains et les Tunisiens ?

En cherchant à connaître le nombre d'étudiants français dans les facultés roumaines, j'ai réussi à obtenir les listes (de la 1re à la 6e année) des étudiants inscrits au cursus francophone de l'Université de Iasi, par le biais du site internet de la faculté. Composées des noms des étudiants et de leur nationalité, ces listes indiquent à quel groupe de travaux pratiques les étudiants appartiennent pour l'année universitaire 2014-2015. Nous allons voir qu'elles offrent de précieuses informations sur les profils des étudiants.

Comme nous pouvons le voir sur le tableau 20 (p. 282), seuls 243 des 677 étudiants sont de nationalité française. Les étudiants de nationalité marocaine et tunisienne réunis représentent 405 individus, soit près de 60 % du total des étudiants. Au vu de ce nombre, nous pouvons penser que ces étudiants cherchent à contourner le système de sélection de leur pays d'origine. Pourtant, aucun de ces pays ne possède de *numerus clausus.* Les conditions d'inscriptions en Faculté de médecine de ces deux pays sont basées sur une présélection. Celle-ci consiste à classer les candidats par ordre de mérite sur la base de la moyenne générale des notes obtenues au baccalauréat ou un diplôme équivalent. Au Maroc, une deuxième étape consiste à valider quatre épreuves écrites (sciences naturelles, chimie, physique et mathématiques) portant sur le programme du baccalauréat.[137] Ces systèmes de sélection n'étant pas particulièrement drastiques, l'obtention d'un diplôme roumain semble apparaître comme un moyen stratégique permettant de venir exercer la médecine en France.

[137] Ces informations ont été récupérées sur les sites internet des Facultés de médecine de Fès (Maroc) et de Sfax (Tunisie). http://www.fmp-usmba.ac.ma/enseig/inscription.htm;
http://www.medecinesfax.org/fra/pages/71/PCEM1 (consultés le 09/02/2015)

Tableau 20: Les pays d'origine des étudiants suivant le cursus de médecine francophone de la Faculté de Iasi en Roumanie durant l'année universitaire 2014-2015 (de la 1re année à la 6e année)

Pays d'origine	Effectifs	Pourcentages
France	243	35,9 %
Maroc	213	31,5 %
Tunisie	192	28,4 %
Algérie	8	1,2 %
Belgique	5	0,7 %
Suisse	3	0,4 %
Italie	2	0,3 %
Portugal	1	0,1 %
Roumanie	1	0,1 %
Pologne	1	0,1 %
Suède	1	0,1 %
Cameroun	1	0,1 %
Burundi	1	0,1 %
Sénégal	1	0,1 %
Madagascar	1	0,1 %
Maurice	1	0,1 %
Liban	1	0,1 %
Canada	1	0,1 %
TOTAL	677	100 %

Source: Données réalisées par Victoire Cottereau à partir des listes de groupes d'étudiants inscrits au cursus francophone de l'Université de Iasi. Les listes sont disponibles sur le site officiel de la faculté : http://www.umfiasi.ro/Pages/Default.aspx (consulté le 06/02/2015).

Rappelons que dans les conditions générales de l'exercice de la médecine en France, les nationalités marocaine et tunisienne font exceptions (cf. frise chronologique). Les personnes possédant l'une de ces nationalités sont autorisées à s'inscrire au tableau du CNOM, à condition qu'ils possèdent un diplôme de médecine français, européen ou qu'ils aient obtenu un concours d'équivalence. Selon la législation, un médecin de nationalité marocaine ou tunisienne qui a validé son doctorat de médecine roumain peut s'inscrire au tableau du CNOM et pratiquer la médecine en France.

Il existe donc toujours une manière ou un procédé permettant aux Marocains et aux Tunisiens de venir pratiquer la médecine en France. Une nouvelle forme de migration de médecins vers France serait en train de se mettre en place. Celle-ci concernerait une population différente de celle des médecins diplômés en dehors de l'Union européenne. Contrairement aux PADHUE qui sont souvent issus de milieux modestes (cf. chapitre 4, p. 139), cette « nouvelle forme de migration » concernerait principalement une population aisée, car les étudiants doivent avoir

les moyens financiers de vivre en Roumanie et de payer les frais de scolarité. Il est donc encore possible pour les Marocains et les Tunisiens d'accéder au corps médical français sous conditions d'effectuer une migration en deux temps, de pouvoir financer des études à l'étranger et d'obtenir un diplôme de médecine européen. Toutefois, de nombreuses questions subsistent autour de cette « nouvelle migration » telles que le nombre total d'étudiants marocains et tunisiens dans les facultés roumaines ou encore la part de ceux qui retournent dans leur pays d'origine et de ceux qui partent en France.

À ce jour, il semble que le CNOM français ne possède que très peu d'informations sur les étudiants qui suivent les cursus francophones en Roumanie. Les premiers étudiants français à être partis en Roumanie depuis son adhésion à l'Union européenne sont de jeunes médecins généralistes ou sont en cours de formation pour devenir spécialistes. Le phénomène est encore trop récent pour pouvoir estimer le nombre de concernées ou pour que des statistiques puissent être effectuées dans le pays de retour.

9.4. Quel bilan peut-on dresser des dernières évolutions en matière de recrutement dans les hôpitaux publics français ?

De nos jours, de nombreux responsables administratifs hospitaliers attendent avec impatience que les premiers effets de l'augmentation des quotas du *numerus clausus* se fassent ressentir.[138] En attendant, nous avons vu que les établissements hospitaliers emploient quelques médecins sous le statut de clinicien hospitalier ou par l'intermédiaire d'agences de recrutements, mais surtout qu'ils fonctionnement principalement par le biais d'une solution temporaire : l'intérim. Les responsables administratifs pensent logiquement que dès qu'il y aura un plus grand nombre de praticiens disponibles, ils n'auront plus de problèmes de recrutement. Or, un nombre plus important de médecins ne va pas forcément résoudre les problèmes de répartition, tant entre les hôpitaux qu'entre les services. Dans les faits, la situation est complexe et les hôpitaux publics risquent de se retrouver confrontés à d'importantes difficultés notamment quelques services spécifiques.

La mise en lien des problèmes actuels des hôpitaux avec les données sur les PADHUE nous permet notamment de constater que les services d'urgence vont voir leurs problèmes de recrutement se démultiplier dans les années à venir. Les hôpitaux ont déjà fréquemment recours à l'intérim pour faire fonctionner leurs services d'urgence et bien souvent les intérimaires sont des médecins urgentistes employés à plein temps dans un hôpital du département voisin. Nous avons également remarqué que les PADHUE sont très nombreux à travailler aux urgences et que leur place est considérable dans le fonctionnement de ce service. Rappelons que 26,7 % des PADHUE rencontrés en région Poitou-Charentes travaillent aux urgences (cf. chapitre 3, p. 109). Les migrations de praticiens diplômés hors UE vers la France étant stoppées, ces médecins vont progressivement partir à la retraite et ils ne seront pas remplacés par de nouveaux PADHUE. Parallèlement à cette situation, les jeunes

[138] Rappelons que le *numerus clausus* a commencé à être augmenté au début des années 2000. (cf. frise chronologique)

médecins français ne sont pas attirés par les urgences et il n'y a que très peu de candidats souhaitant venir exercer dans ce service. Par ailleurs, il est impossible de savoir vers quelles spécialités vont s'orienter les étudiants de nationalité française, marocaine ou tunisienne qui se forment actuellement en Roumanie. Il semble peu probable qu'ils choisissent massivement de se spécialiser dans les urgences. Face à ce constat général, il apparaît clairement que les services d'urgence manqueront de candidats au fur et à mesure que les PADHUE quitteront ce service. La majorité des urgentistes rencontrés se disent inquiets pour l'avenir de leur service qui, rappelons-le, reste la principale porte d'entrée de l'hôpital. Ils pensent qu'il va falloir repenser entièrement ce service. Comme Chakib, plusieurs PADHUE expliquent qu'il semble nécessaire de revaloriser rapidement le métier d'urgentiste ou de former des infirmiers spécialisés aux soins d'urgence.

> *« On va ressembler au système américain. Par exemple pour le SMUR, il n'y a pas de médecins, ce sont que des infirmiers qui intubent, qui font la réa-cardiaque et je pense que le système il va complètement changer […] Comment ? Je ne sais pas, mais c'est clair qu'il y aura des manques, parce que moi je n'entends pas dire que les Français s'intéressent à la médecine d'urgence, pas beaucoup dans tous les cas. Nous on a eu quelques internes qui sont passés là et ils sont maintenant plus attirés vers la médecine générale ou d'autres spécialités parce que la médecine d'urgence reste une spécialité dure, il faut avoir l'état d'esprit. »*
> (Chakib, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990.)

Nous venons de voir que les hôpitaux français vivent actuellement une phase charnière où se superposent d'anciennes et de nouvelles techniques de recrutement. Vu le nombre considérable de postes que les PADHUE occupent au sein de ce service, il est évident que leur départ progressif à la retraite va engendrer des conséquences négatives sur les urgences. Par ailleurs, il est très difficile d'estimer quel impact l'arrêt des migrations de PADHUE vers la France va avoir sur les autres services et sur le fonctionnement du système de santé français en général. L'augmentation de la mobilité estudiantine médicale a tendance à brouiller les estimations de la démographie médicale française dans les années à venir.

Conclusion du chapitre 9

Depuis plus d'une trentaine d'années, les migrations de PADHUE ont permis de compléter les postes de praticiens hospitaliers ou d'internes vacants au sein des hôpitaux publics français. Pourtant, malgré l'apport précieux que représentent ces praticiens, leur nombre va progressivement décroître au fur et à mesure qu'ils vont partir à la retraite. Face à cette situation, les structures hospitalières ont dû trouver des solutions pour continuer à fonctionner normalement et progressivement remplacer les médecins à diplôme extra-européen.

Au cours de ce dernier chapitre, nous avons analysé les nouvelles techniques de recrutement et de fonctionnement des hôpitaux, et nous en avons extrait les avantages ainsi que les inconvénients.

Finalement il ressort le constat général suivant :

-Le statut de clinicien hospitalier permet aux hôpitaux d'attirer quelques jeunes médecins vers le secteur public. Certains médecins ont également quitté le secteur privé pour rejoindre le secteur public. Les discordes autour de ce statut font qu'il est peu utilisé par les structures hospitalières.

-Les médecins diplômés en Union européenne, recrutés par l'intermédiaire d'agences spécialisées, complètent quelques postes inoccupés, principalement dans les spécialités les plus touchées par des vacances de postes (radiologie, anesthésie, etc.). Les coûts considérables que représentent ces recrutements, et parfois le manque de professionnalisme de certaines agences, font que cette technique ne rencontre qu'un succès limité auprès des établissements.

-Les agences d'intérim sont de plus en plus sollicitées par les hôpitaux. Si cette solution est temporaire et très coûteuse, elle présente l'intérêt de répondre immédiatement aux besoins des hôpitaux, quels que soient les services concernés. Rappelons qu'au moment de l'enquête, tous les hôpitaux de la région Poitou-Charentes avaient recours à cette solution, y compris le CHU de Poitiers.

De surcroît, nous avons vu que des étudiants issus des Facultés de médecine roumaines devraient prochainement venir augmenter les effectifs du tableau du CNOM français. Sans visibilité sur les formations et les projets de ces médecins, il paraît impossible de savoir quelles influences et quels retentissements ils vont avoir sur le système de santé français. Il nous est difficile d'avoir une vision à long terme de l'évolution de la démographie médicale en raison de la superposition et de la complexification des méthodes de recrutement. Toutefois, il apparaît clairement que les mobilités et les migrations de praticiens diplômés à l'étranger vers la France sont progressivement en train de changer.

Conclusion de la partie III

Au cours de cette dernière partie, nous nous sommes attachés à analyser les parcours des PADHUE rencontrés. Les résultats montrent que ces derniers sont très complexes tant qu'ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine. Durant cette période, la législation spécifique à leur égard les cantonne en dehors du cadre commun et génère un nouveau profil de carrière, celui de *carrière itinérante* (chapitre7). Celle-ci les contraint à être mobiles spatialement ou professionnellement pour continuer à exercer leur métier en France. Ils doivent donc faire preuve d'ingéniosité et de stratégies pour pouvoir pleinement intégrer le corps médical français. Si les *carrières itinérante*s peuvent prendre de multiples formes (spatiale, hiérarchique, disciplinaire ou sectoriel) en fonction de la période d'arrivée en France et des caractéristiques de chaque médecin, elles suivent toutes un objectif commun : l'inscription au tableau du CNOM. Celle-ci incarne non seulement l'intégration professionnelle complète au sein du corps de métier, mais également le commencement d'une carrière « classique ». Le 7e chapitre a donc présenté les différentes formes que peuvent prendre les parcours des médecins tout en dévoilant leur caractère instable et incertain. Construit à partir d'une typologie descriptive, le chapitre 8 a complété le précédent en s'attardant sur les opportunités, les contraintes et les spécificités rencontrées par les PADHUE durant leur parcours. Cette méthode a présenté l'intérêt d'exposer les principaux profils de médecins rencontrés tout en questionnant la dimension volontaire de la pratique d'une spécialité par les praticiens. Les chapitres 7 et 8 ont permis de montrer que le cadre juridique et législatif hospitalier français a une grande influence sur le déroulement du parcours des PADHUE. À l'inverse, le décryptage des nouvelles techniques de recrutement et de fonctionnement des hôpitaux effectué dans les chapitres 9 a indiqué que l'impossibilité de recruter de nouveaux PADHUE est problématique pour de nombreuses structures hospitalières. Alors qu'aucune solution (intérim, agence de recrutement, etc.) ne semble pouvoir réellement remplacer les médecins à diplôme extra-européen, de nouvelles mobilités se dessinent au sein de l'Union européenne. En effet, pendant que de nombreux médecins roumains viennent s'installer dans le secteur libéral en France, de plus en plus d'étudiants français vont effectuer les études de médecine en Roumanie. Selon Cristina Hermeziu (2014), de nouvelles mobilités et de nouveaux « couples migratoires » se dessinent dans l'Union européenne. Nous avons d'ailleurs constaté que l'extinction de la migration des PADHUE génère une augmentation de la mobilité à l'échelle de l'Europe. Toutefois, en regardant les profils des étudiants inscrits au cursus de médecine francophone des universités roumaines, un bilan bien différent apparaît. La présence d'une majorité d'étudiants maghrébins (Marocains et Tunisiens) nous laisse fortement présumer qu'ils suivent leurs études en Roumanie afin de pouvoir venir exercer la médecine en France. En jouant un rôle de passeport pour la France, la Roumanie serait devenue un pays de transit pour des étudiants maghrébins souhaitant venir pratiquer la médecine en France. En signant la fin des migrations de PADHUE, la législation française aurait donc donné naissance à une « nouvelle migration ». Celle-ci serait à la fois complexe et stratégique, puisqu'elle se décompose en deux temps bien distincts. Dans un premier temps, les Marocains et Tunisiens partent faire leurs études de médecine en

Roumanie puis, dans un second temps, ils quittent la Roumanie pour venir travailler dans le système de santé français. Finalement, cette dernière partie nous a non seulement permis d'étudier en détail les différentes formes des parcours des PADHUE, mais elle nous a également servi à mettre en lumière l'évolution des mobilités et des migrations de médecins à diplôme étranger vers la France des années 1980 à aujourd'hui.

Conclusion générale

Ce travail a proposé de croiser géographie des migrations internationales et géographie de la santé pour étudier une catégorie de médecins particulière en France : les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Il a notamment interrogé la présence et le rôle de ces médecins dans le système de santé français, leur répartition géographique ainsi que leurs conditions d'exercice en France. De façon transversale, des processus ont été mis en lumière en remettant les parcours de vie de ces personnes dans leurs dimensions spatiales et sociales. À travers cette recherche doctorale, nous avons analysé le contexte dans lequel cette migration a pris place, l'évolution de celui-ci, mais également les ressorts et la manière dont les médecins font preuve pour pouvoir pleinement intégrer le corps médical français.

1. Retour sur le contexte et la configuration particulière des migrations de praticiens à diplôme hors UE

Notre analyse repose sur des données recueillies sur le terrain, dans les établissements hospitaliers, et des statistiques inédites sur ces médecins à l'échelle d'une région française : la région Poitou-Charentes.

Nous avons vu que l'évolution de la démographie médicale française a engendré une inégale distribution des praticiens sur le territoire national dès le début des années 1980. La profession médicale étant réglementée depuis de nombreuses décennies, l'exercice de la profession est limité à des personnes remplissant plusieurs critères (nationalité, diplôme et inscription au tableau du CNOM). Face à une « pénurie localisée » de praticiens, l'État a ouvert les portes de ses hôpitaux publics aux praticiens à diplôme extra-européen, afin de pallier des déficits au sein de structures hospitalières. Les PADHUE ont alors obtenu une autorisation restrictive d'exercer la médecine en France, car les pouvoirs publics souhaitaient les orienter vers les secteurs hospitaliers qui manquaient de personnel. Les PADHUE étaient employés sous des statuts précaires et il leur était presque impossible d'intégrer pleinement le corps médical français. Cette situation indique clairement que la place accordée à ces médecins à cette époque ne devait être que provisoire. Au cours des décennies 1990 et 2000, l'État a même interdit à plusieurs reprises aux hôpitaux d'employer de nouveaux PADHUE. Certains établissements hospitaliers n'ont pourtant pas hésité à contourner les législations et ont continué à embaucher ces praticiens. À partir de ce moment-là, une divergence d'intérêts est venue définitivement abolir l'idée initiale que ces praticiens allaient rester seulement quelques années en France. Le CNOM ne voulait plus de nouveaux PADHUE par crainte d'une éventuelle pléthore médicale. À l'inverse, les hôpitaux publics souhaitaient en recruter d'autres et pérenniser ceux qui exerçaient déjà dans leurs services. L'État a finalement trouvé un moyen de satisfaire ces deux parties en donnant la possibilité aux PADHUE d'intégrer le CNOM français. Toutefois, nous avons vu que le chemin de la reconnaissance était souvent long et laborieux, car il était financièrement intéressant pour les pouvoirs publics que ces médecins exercent sous des statuts précaires le plus longtemps possible. Le « jeu de forces » entre contraintes humaines, budgétaires et protectionnisme a finalement abouti à une pérennisation de la place et du rôle des PADHUE en France. Cette première partie s'est achevée par la présentation de résultats issus d'un recensement des praticiens en exercice dans

les structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011. Ce recensement a servi à établir une base de données originale et inédite sur l'ensemble des praticiens (nombre, répartition, etc.) et sur la place des PADHUE dans le secteur public. Avec près de 10 % de médecins diplômés hors Union européenne, nous avons constaté à quel point ces migrants hautement qualifiés jouent un véritable rôle d'ajustement et d'équilibre de la démographie médicale au sein d'un système de santé soumis à des disparités nationales et régionales dans la répartition des personnels médicaux. Toutes ces données ont permis d'extraire les aspects administratifs (politiques de recrutement, budget), structurels (taille de l'établissement, matériel, plateau technique et fonctionnement) et spatiaux (localisation géographique, proximité avec d'autres structures, etc.) expliquant la présence ou l'absence de PADHUE au sein de l'établissement public de la région. En fin de compte, les données et informations exposées dans cette première partie ont permis de souligner la place et le rôle inédits et indispensables de ces praticiens dans le fonctionnement du système de santé français.

2. Un regard sur les projets et expériences migratoires des praticiens à diplôme hors UE

L'étude des projets initiaux a montré que la majorité des PADHUE sont venus de façon temporaire afin de réaliser des diplômes de spécialisation. De nombreux praticiens sont arrivés durant les années 1980 en raison de motivations individuelles associées à une législation permettant la formation de spécialistes diplômés à l'étranger. Les motifs économiques ont souvent occupé une place minime dans cette migration. Nous avons vu que les facteurs et événements personnels, familiaux ou encore sociétaux ont régulièrement entraîné un abandon du projet initial au bout de quelques années. Dans la majorité des cas, le projet était de rentrer s'installer définitivement dans leur pays d'origine. Les discours des PADHUE rencontrés ont souligné leur déception lorsqu'ils ont découvert la législation et les statuts spécifiques à leur intention. En effet, cette législation a engendré des formes de précarisation (faible rémunération, contrat de courte durée, etc.) durant la période où ils ne possédaient pas la plénitude d'exercice. Les PADHUE ont d'ailleurs vigoureusement dénoncé ce contexte législatif. Selon eux, il « autorisait » souvent des remarques ou des comportements xénophobes envers eux. Ils ont déclaré avoir été muselés par les statuts précaires qui les rendaient corvéables et révocables à merci durant la période où ils n'avaient pas le plein exercice de la médecine. Nous avons d'ailleurs vu que cette législation pouvait avoir de multiples conséquences (comportementales, psychologiques, pécuniaires, etc.) dans leur déroulement de carrière et dans leur vie en générale. Par conséquent, l'intégration professionnelle est généralement vécue comme un soulagement et elle entraîne régulièrement l'installation définitive en France. Comme presque tous les migrants de longue date, ces médecins n'échappent pas à la « règle » du retour quasi impossible au pays. Entre les raisons qui les incitent à rester en France (mariage, scolarisation des enfants, etc.) et les raisons qui bloquent le retour dans leur pays d'origine (difficultés à se réadapter, conflits armés, etc.), la majorité des individus rencontrés ont admis qu'ils ne retourneront certainement pas dans leur pays d'origine et qu'ils finiront leur carrière professionnelle en France. Finalement, nous

avons constaté que la mobilité estudiantine initiale s'est graduellement métamorphosée en migration internationale.

3. Un éclairage sur la complexité de processus situés à la charnière entre un contexte légal et des réglementations professionnelles

Les parcours des PADHUE doivent être étudiés au regard des différents moyens de recrutement et de fonctionnement mis en place par les hôpitaux publics, en particulier depuis 2010 (alors que les migrations des médecins à diplôme extra-européen ont été stoppées).

La législation spécifique aux médecins diplômés hors UE présente la particularité de les enfermer en dehors du cadre commun. Le déroulement de leur parcours professionnel diffère de ceux des médecins diplômés en France. Leurs discours et l'étude de leur parcours ont révélé des carrières surprenantes de complexité et d'adaptation, qui ont été analysées à travers la notion de *carrière itinérante*. Cette notion a permis de saisir toutes les étapes par lesquelles passent les PADHUE dans l'objectif d'intégrer complètement le corps médical. De la grande mobilité spatiale au changement temporaire de fonction, ces médecins font preuve d'une forme constante d'adaptation forgée d'opportunités, d'ingéniosité, de stratégies ou encore de coups de hasard. Une typologie descriptive a également complété et renforcé cette dernière partie. Cette méthode a permis d'exposer les principaux profils de médecins tout en interrogeant la dimension volontaire de la pratique d'une spécialité par les praticiens. La notion de *carrière itinérante* ainsi que la typologie des PADHUE rencontrés ont communément amené au constat que le cadre juridique -auquel ces médecins sont soumis- interfère et influence le déroulement des parcours des PADHUE. Or, la dernière évolution de la législation a signé la fin de cette migration internationale. Le nombre de PADHUE en France va désormais diminuer au fur et à mesure que ces praticiens vont partir à la retraite. Par conséquent, nous avons examiné les nouvelles solutions de recrutement et de fonctionnement adoptées par les hôpitaux publics tels que le recours à l'intérim ou à des agences de recrutement. Le constat général est que ces solutions sont souvent peu satisfaisantes, très coûteuses et qu'aucune d'entre elles ne semble pouvoir remplacer les médecins à diplôme extra-européen. Nous avons également remarqué que la fin de la migration des PADHUE a pour conséquence d'amplifier et d'amorcer de nouvelles mobilités en Europe. Actuellement, le nombre de médecins roumains à s'inscrire au CNOM français est en constante augmentation et les étudiants français sont de plus en plus nombreux à partir faire leurs études de médecine en Roumanie. La présence d'une majorité d'étudiants maghrébins (Marocains et Tunisiens) au sein des filières francophones laisse fortement présumer qu'il s'agit d'une stratégie pour pouvoir venir exercer en France. La Roumanie assurerait alors un nouveau rôle : celui de pays de transit offrant un passeport pour la France à de jeunes médecins originaires du Maghreb. De surcroît, il apparaît clairement que la place et les fonctions occupées par ces médecins depuis quelques décennies ont redessiné une partie du fonctionnement du système santé français.

4. Discussions

La combinaison d'une approche quantitative et qualitative à une échelle régionale s'est avérée adaptée à l'étude de ces migrants hautement qualifiés. Tout d'abord, la production d'un recensement au niveau de la région Poitou-Charentes a servi à rassembler des informations qui offrent un tableau complet et précis de la place de ces praticiens dans les hôpitaux publics et, plus largement, de leur influence au sein du système de santé. Ensuite, la réalisation d'une enquête biographique auprès de cette catégorie de migrants a permis de recueillir simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire) et a servi à saisir les pratiques de mobilité des individus, sans avoir une lecture limitée à leur pratique professionnelle. L'association des approches quantitatives et qualitatives rassemble donc des données d'une grande précision tant au niveau individuel que structurel. Finalement, la méthodologie associant des données quantitatives et qualitatives a non seulement été appropriée, mais elle a considérablement enrichi ce travail de recherche. Ce genre de méthodologie autorise ainsi une certaine généralisation dans le sens où elle met en avant des processus observables dans d'autres régions françaises. Il apparaît qu'elle pourrait être appropriée à d'autres travaux portant sur ces migrants qualifiés ou hautement qualifiés, car elle permet d'obtenir des données précises dans différents domaines.

Par ailleurs, la notion de projet migratoire est apparue ici pertinente, pour autant qu'elle soit étudiée à travers ses évolutions et modifications et non pas comme un élément achevé et figé. Le projet migratoire a été efficace pour saisir l'autonomie et la capacité d'action de chaque individu face aux contraintes. Cette entrée a été opportune pour étudier les conséquences et répercussions du cadre juridique et législatif français sur le déroulement et la construction des parcours des PADHUE en France. Elle a révélé que la législation spécifique à ces médecins les a contraints à adapter leur parcours dans l'objectif d'intégrer pleinement le corps médical. La législation a donc joué un rôle majeur dans le déroulement de leurs parcours. Ils se sont inscrits alors dans un processus temporaire de précarisation qui a généré un profil de carrière très éloigné de ceux des médecins diplômés en France. L'étude des parcours des PADHUE à travers la notion de *carrière itinérante* a permis de rendre compte de toutes les formes qu'ils peuvent revêtir ainsi que de toutes les opportunités et/ou stratégies élaborées ou saisies par les praticiens pour intégrer le corps médical français. Cette notion a été utile pour étudier l'influence de la législation, des besoins des établissements hospitaliers et des envies/ choix des médecins dans le déroulement de leur parcours en France. Bien que cette notion soit développée dans un contexte spécifique, il semble que son utilisation serait appropriée dans d'autres travaux. Cette notion offre la possibilité d'étudier la part d'autonomie d'individus ayant une carrière professionnelle s'inscrivant en dehors du cadre commun. Rappelons qu'en 2011 plus de 5,3 millions d'emplois en France demeurent fermés aux étrangers non européens, soit l'équivalent de 21% des emplois en France selon les estimations de l'Observatoire des inégalités[139]. Toutefois, les étrangers spécialisés dans d'autres secteurs d'activités peuvent être recrutés en tant que contractuels ou qu'auxiliaires en fonction des fluctuations conjoncturelles, au même titre que les PADHUE dans les hôpitaux publics. Cette

[139] http://www.inegalites.fr/spip.php?article1480 (consulté le 30/04/2015)

situation laisse penser que d'autres étrangers pourraient actuellement avoir des *carrières itinérantes* en France.

5. Perspectives

Ce travail de recherche à l'échelle de la région Poitou-Charentes a permis d'obtenir des données d'une grande précision. Toutefois, l'aboutissement de ce travail laisse apparaître trois principales pistes qui nécessiteraient d'être approfondies.

Une comparaison de deux situations régionales très différentes permettrait un approfondissement du sujet de recherche. Selon les médecins rencontrés, la région parisienne est la zone géographique qui aurait attiré le plus de PADHUE, mais elle serait également le territoire où il est le plus difficile de trouver un poste hospitalier de façon durable. La pénurie de médecins présenterait la particularité d'être très localisée en Ile-de-France, entre des structures très convoitées et des établissements « bannis » par les médecins diplômés en France. De surcroît, des médecins diplômés hors UE ont expliqué que la population de PADHUE présente dans cette région serait plus nombreuse et quelque peu différente de celle rencontrée en région Poitou-Charentes. Les médecins diplômés de pays d'Afrique de l'Ouest y seraient très nombreux. Il semble qu'il serait judicieux de prolonger cette recherche en approfondissant le travail de terrain mené en Poitou-Charentes et en réalisant une étude à l'échelle de la région Ile-de-France. Cette piste permettrait une comparaison de deux régions françaises aux situations hospitalières très différentes, mais également une généralisation à l'échelle nationale.

La thèse explicite comment les hôpitaux ont trouvé de nouvelles techniques de fonctionnement et de recrutement depuis que les migrations de PADHUE ont été stoppées en 2010. Pour ce faire, les structures hospitalières ont de plus en plus recours à des agences spécialisées dans le recrutement de médecins diplômés en UE. La plupart de ces agences de recrutement, qui ont été créées suite à l'adhésion en 2007 de la Roumanie et de la Bulgarie à l'Union européenne, se sont spécialisées dans le recrutement de médecins d'Europe de l'Est. Une des conséquences directes du développement de ces agences est l'augmentation du nombre de médecins diplômés en Roumanie inscrits au CNOM au cours de ces dernières années. L'analyse des données du CNOM nous permet de savoir que les médecins diplômés en Roumanie étaient environ 3000 au 1er janvier 2012 (CNOM, 2012b). Ainsi, la création récente de nombreuses agences de recrutement et l'augmentation rapide du nombre de médecins diplômés en Roumanie soulèvent actuellement de nombreuses questions sur les nouvelles migrations de médecins à l'échelle européenne. Face à un système de recrutement hospitalier en pleine évolution, une nouvelle perspective de recherche se dessine. Il paraît pertinent d'analyser les parcours des médecins diplômés en Roumanie ainsi que les parcours d'autres médecins diplômés en UE récemment installés en France. Une telle étude permettrait notamment d'examiner le regard des médecins sur leurs expériences migratoires ainsi que sur leurs conditions de travail en France et dans leur pays d'origine. Elle apporterait également un éclairage sur le fonctionnement de différentes agences telles que les raisons qui les amènent à

aller démarcher des médecins dans un pays ou une région particulière. Finalement, l'ouverture d'une nouvelle piste de recherche portant sur les médecins diplômés en UE en exercice en France, et plus spécifiquement diplômés en Roumanie, apporterait de nombreuses réponses sur les nouvelles formes de mobilités médicales apparues à la fin des années 2000 ainsi que sur leurs impacts réels sur le système de santé français.

Entre un accès très restreint aux études médicales dans de nombreux pays européens et une reconnaissance mutuelle des diplômes à l'échelle européenne, de plus en plus d'étudiants partent effectuer leur cursus de médecine dans des pays européens dont ils ne sont pas natifs. Depuis quelques années, de nombreuses facultés européennes développent des filières à destination des étudiants étrangers telles que l'Université de Zagreb (Croatie) ou l'Université de Sofia (Bulgarie)[140]. Ces filières sont principalement proposées en langue anglaise, mais certains pays proposent également de formations en français ou encore en italien. Ainsi, de nouvelles formes de mobilités estudiantines se dessinent depuis quelques années au sein de l'Union européenne. Elles s'effectuent principalement entre l'Europe de l'Ouest et l'Europe de l'Est. Une dernière piste de recherche innovante consisterait à analyser ces nouvelles mobilités d'étudiants. L'ouverture d'un terrain de recherche en Roumanie permettrait non seulement de connaître le nombre d'étudiants francophones en formation en Roumanie, mais surtout d'analyser leurs motivations et leurs futurs objectifs. Une telle recherche donnerait la possibilité d'analyser l'expérience migratoire de ces étudiants, mais également d'étudier les conséquences de leur retour sur le système de santé français. Cette nouvelle perspective de recherche serait utile pour éclairer le développement de nouvelles mobilités estudiantines médicales à l'échelle européenne.

Finalement, bien qu'ils soient souvent perçus et considérés comme étant les *« invisibles »* de l'hôpital, cette étude a montré que les PADHUE ont eu un rôle indispensable dans le fonctionnement du système de santé français depuis près d'un demi-siècle. Par ce travail, j'espère avoir apporté une pierre à l'édifice tant en géographie des migrations internationales qu'en géographie de la santé, mais également avoir montré que la combinaison de ses deux branches de la géographie est non seulement pertinente mais d'une grande fertilité. Pour conclure ce travail, il me semble opportun de préciser que même si les migrations de PADHUE sont actuellement en train de se tarir, le nombre de médecins diplômés à l'étranger inscrits au tableau du CNOM est en constante augmentation. Sur la seule année de 2011, plus de 1600 nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre possédaient un diplôme européen ou extra-européen (CNOM, 2012b). Au 1er janvier 2012, le tableau du CNOM recensait 19 890 médecins titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen (CNOM, 2012b).

Ainsi, à l'avenir, quels rôles seront dévolus aux médecins à diplôme étranger en France ? Quels seront les enjeux des processus en cours et à venir les concernant, au regard du système de santé français, du paysage migratoire, des conditions de travail offertes ?...

[140]http://www.studymedicineeurope.com/medical-universities/medical-university-bulgaria/sofia-medical-university.html (consulté le 30/04/2015)

Bibliographie

A

-ABÉLÈS Marc (2002), Le terrain et le sous-terrain, in GHASARIAN Christian (dir.), *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*, Paris : Armand Colin, pp. 35-43.

-ALEXANDRE Stéphanie (2009), Toubib or not toubib ? Film français de Béatrice Jalbert, *Hommes & migrations*, n° 1253, pp. 197-198.

-AMAT-ROZE Jeanne-Marie (2011), La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie-santé-territoire, *Recherche en soins infirmiers*, n° 1.6, pp. 5-15.

-ATTAL-TOUBERT Ketty et VANDERSCHELDEN Mélanie (2009), La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, *Études et résultats*, DREES, n° 679, pp. 1-8.
Disponible sur :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf> (consulté le 12/02/2012)

-ARAB Chadia (2013), Le troisième âge : le « migrant inutile », *Hommes & migrations*, n° 1303, pp. 47-55.

-ARISTOTE, *La physique*, livre IV avec le commentaire de saint Thomas d'Aquin, traduction révisée par Yvan Pelletier (2008).
Disponible sur :
<www.aristotle-aquinas.org/textes-dyvan-pelletier/AquinIn4PhysU.pdf>
(consulté le 03/02/2015)

-AUTRET Joël (2004), *l'hôpital aux prises avec l'histoire,* Paris : L'Harmattan.

B

-BADINTER Robert (1997), *Un antisémitisme ordinaire, Vichy et les avocats juifs (1940-1944)*, Paris : Fayard.

-BALANDIER Georges (1985), *Le détour : pouvoir et modernité*, Paris : Fayard.

-BALAZS Gabrielle et ROSENBERG-REINER Sylvie (2005), La composante universitaire dans la hiérarchie des disciplines hospitalières, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157), pp. 115-118.
Disponible sur :
<http://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2005-1-page-115.htm>
(consulté le 05/12/2014).

-BEAVERSTOCK Jonathan, HUBBARD Phil et SHORT John Rennie (2004), Getting away with it ? Exposing the geographies of the global super-rich, *Geoforum*, volume 35, n° 4, pp. 401-407.

-BECKER Howard Saul (1986), Biographie et mosaïque scientifique, *Actes de la recherche en sciences sociales*, volume 62, n° 62-63, pp. 105-110.

-BECKER Howard Saul (1985), *Outsiders*, Paris : Métaillé.

-BELLIER Sandra (2011), La compétence, in, CARRÉ Philippe et CASPAR Pierre (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation*, Paris : Dunod.

-BERESNIAK Ariel et DURU Gérard (2008), *Économie de la santé*, Paris : Masson.

-BERCOT Régine, HORELLOU-LAFARGE Chantal et MATHIEU-FRITZ Alexandre (2011), Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation, *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 104-122.
Disponible sur :
<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-104.htm> (consulté le 28/08/2013)

-BERENI Laure et CHAPPE Vincent-Arnaud (2011), La discrimination, de la qualification juridique à l'outil sociologique, *Politix*, volume 24, n° 94, pp. 9-34.

-BERGEON Céline (2011), *Initiatives et stratégies spatiales : le projet circulatoire face aux politiques publiques, l'exemple des Rroms et des voyageurs du Poitou-Charentes (France) et de la Wallonie (Bergique)*, Thèse de doctorat de Géographie, Poitiers : Université de Poitiers.

-BERLAND Yvon (2002), *Mission « démographie des professions de santé »*, Paris : ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, rapport n° 2002135.
Disponible sur :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf>
(consulté le 05/03/2012)

-BERNARD-GROUTEAU Anne (2007), *La fuite des cerveaux : exil forcé ou exil doré ?,* Paris : Ellipses.

-BERRY John .W (1999), Acculturation et adaptation, in, HILY Marie-Antoinette et LEFEVRE Marie-Louise (dir.), *Identité collective et altérité. Diversité des espaces – spécificité des pratiques*, Paris : L'Harmattan, pp.177-196.

-BERSET Alain, WEYGOLD Serge-Alexandre, CREVOISIER Oliver et HAINARD François (1999), Qualification-déqualification professionnelles des immigrants, Approche théorique, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 15, n° 3, pp. 87-100.

-BERTRAND François (1997), *Origines et évolution de la médecine d'urgence hospitalière à Nice de 1960 à nos jours*, Résumé d'un mémoire de D.E.A, Nice : Université de Nice.
Disponible sur :
<https://www.cg06.fr/documents/Import/decouvrir-les-am/rr139-urgence.pdf>
(consulté le 01/07/2014)

-BERTAUX Daniel (2005), *Le récit de vie,* Paris : Armand Colin.

-BERTHELEU Hélène (2013), À propos du paradigme de la domination. Vision minoritaire, agentivité et institutions compréhensives, *Écarts d'Identité*, volume II, n° 122, pp. 22-26.

-BERTHET Thierry (1998), L'immigrant aisé dans la ville, in, HAUMONT Nicole et LEVY Jean-Pierre (dir.), *La ville éclatée : quartiers et peuplement*, Paris : L'Harmattan, pp. 145-159.

-BERTHOMIÈRE William et SIMON Gildas (2006), La mondialisation migratoire au cœur des territoires et des sociétés, in, CARROUÉ Laurent (dir.), *La mondialisation*, Paris : SEDES / CNED, pp. 63-98.

-BERTHOMIÈRE William (2009), La mondialisation au prisme des migrations internationales, *Mélanges de la Casa de Veláquez*, 39-1, pp. 141-160.

-BESSIÈRE Sabine (2005), La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage, *Revue française des Affaires médicales*, n° 1, pp. 17-33.

-BESSIÈRE Sabine, BREUIL-GENIER Pascale et DARRINE Serge (2004a), La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, *Études et résultats*, DREES, n° 352, pp. 1-12.

-BESSIÈRE Sabine, BREUIL-GENIER Pascale et DARRINE Serge (2004b), La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections, *Études et résultats*, DREES n° 353, pp. 1-12.

-BIDART Claire (2006), Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques, *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, pp. 29-57.

-BILLIARD Isabelle, DEBORDEAUX Danièle et LUROL Martine (2000), *Vivre la précarité : trajectoires et projets de vie*, Paris : édition de l'Aube.

-BLANCHET Alain et GOTMAN Anne (2010), *L'entretien : l'enquête et ses méthodes*, Paris : Armand Colin.

-BLIEZ Valérie (2006), *« La gériatrie recrute » attractivité et fidélisation en gériatrie, Quelle stratégie pour le directeur de soins ?*, Mémoire de l'école des hautes études en santé publique, Rennes : EHESP.
Disponible sur:
< http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/memoires/2006/ds/bliez.pdf > (consulté le 10/02/2014)

-BONNICI Bernard (1998), *L'hôpital : Enjeux politiques et réalités économiques,* Paris : Les études de la documentation Française.

-BOURDIEU Pierre (1986), The form of capital, in, RICHARDSON John (dir.), *Handbook for Theory and research for the Sociology of Education*, New York: Greenwood Press.

-BOURDILLON François (2005), Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire, *Revue française d'administration publique*, n° 113, pp. 139-145.

-BOURGAIN Arnaud, PIERETTI Patrice et ZOU Benteng (2010), Migration des professionnels de santé de pays d'Afrique subsaharienne et politique de substitution, *Revue économique*, volume 61, n° 6, pp. 1011-1022.

-BOURGUEIL Yann, MOUSQUES Julien et TAJAHMADY Ayden (2006a), Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature, *Questions d'économie de la santé*, n° 116, pp. 1-6.

-BOURGUEIL Yann, MOUSQUES Julien, TAJAHMADY Ayden (2006b), *Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France*, IRDES, rapport n° 534.
Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf> (consulté le 05/03/2012)

-BOUTINET Jean-Pierre (1990), *Anthropologie du projet*, Paris : PUF.

-BOYER Florence (2005), Le projet migratoire des migrants touaregs de la zone de Bankilaré : la pauvreté désavouée, *Stichproben Zeitschrift fur kritische Afrikastudien*, n° 8, pp. 47-67.
Disponible sur :
<http://stichproben.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_stichproben/Artikel/Nummer08/05_Boyer.pdf> (consulté le 02/07/2014)

-BOZARSLAN Hamit (2005), *Cent mots pour dire la violence dans le monde musulman*, Paris : Maisonneuve et Larose.

-BRAICHET Jean-Marc (2010), L'adoption du Code de Pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : une étape importante pour tous les personnels de santé au niveau mondial, *Santé publique*, volume 22, pp. 599-600.

-BREVIGLIERI Marc, De la cohésion de vie du migrant : déplacement migratoire et orientation existentielle, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 26, n° 2, pp. 57-76.

-BUCHAN James (2008), *Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services ?,* Rapport de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague : OMS.
Document en ligne : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98928/E93681.pdf (consulté le 09/07/2014)

-BUI DANG HA DOAN Jean (2004), La démographie médicale en observation : dix chroniques des années-charnières (1999-2004), *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n° 3, pp. 271-347.

-BUI DANG HA DOAN Jean (2005), Pénurie et sureffectif des médecins en France : un apport des projections démographiques, *Courrier des statistiques*, n° 116, pp. 3-6.

-BURDILLAT Martine (2009), Les nouvelles questions posées à la démographie médicale, *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, pp. 74-85.
Disponible sur:
<http://urpsmlpicardie.files.wordpress.com/2012/06/les-nouvelles-questions-posc3a9es-a-la-dc3a9mographie-mc3a9dicale-burdillat-2009.pdf> (consulté le 05/03/2012)

C

-CAILLOL Michel, LE COZ Pierre, AUBRY Régis et BRÉCHAT Pierre-Henri, Réformes du système de santé, contraintes économiques et valeurs éthiques, déontologiques et juridiques, *Santé publique*, volume 22, pp. 625-636

-CAMILLERI Carmel (1999), Stratégies identitaires : les voies de la complexification, in, HILY Marie-Antoinette et LEFEVRE Marie-Louise (dir.), *Identité collective et altérité. Diversité des espaces – spécificité des pratiques*, Paris : L'Harmattan, pp. 197-211.

-CARRERE Violaine (2007), Du pillage des cerveaux*, Plein droit*, n° 73, pp. 21-25.

-CARRICABURU Danièle et MÉNORET Marie (2005), *Sociologie de la santé,* Paris : Armand Colin.

-CASH Roland et ULMANN Philippe (2008), *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : le cas de la France,* Rapport pour la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales, Paris : OCDE.
Disponible sur :
<http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/41437407.pdf> (consulté le 11/02/2011)

-Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (2010), *Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires – situation au 1er janvier 2010*, Paris : CNG.
Disponible sur :
<http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Statistiques_PH_JANV2010_.pdf> (consulté le 04/06/2012)

-CHASLES Virginie (2009), Inégalités de genre et restrictions spatiales. L'exemple du recours aux soins des femmes en Inde rurale, *Sciences sociales et santé*, volume 27, pp. 37-45.

-CHASLES Virginie (2012), Les flux internationaux de personnel de santé, une illustration des inégalités de développement, *Géoconfluences*, pp. 1-9.
Disponible sur:
<http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient3.htm> (consulté le 04/02/2013)

-CHASLES Virginie, DENOYEL Alice et VINCENT Clément (2013), La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise, *Géoconfluences*, pp. 1-13.
Disponible sur :
<http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html> (consulté le 10/12/2013)

-CHAUDET Béatrice (2009), *Handicap, Vieillissement et accessibilité. Quelques exemples en France et au Québec*, Thèse de doctorat de géographie, Angers : Université d'Angers.

-CHAUVENET Antoinette (1978), *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris : PUF.

-CINGOLANI Patrick (2011), *La précarité*, Paris : PUF.

-CLAVERANNE Jean-Pierre (2003), L'hôpital en chantier : du ménagement au management, *Revue française de gestion*, n° 146, pp. 25-129.

-COENEN-HUTHER Jacques (2006), Compréhension sociologique et démarches typologiques, *Revue européenne des sciences sociales*, n° 135, pp. 195-205.

-COLDEFY Magali (1999), 7500 médecins à diplômes non européens dans les hôpitaux français en 1995, *Solidarité santé études statistiques*, n° 1, pp. 49-54.

-Conseil national de l'information statistique (2002), *L'harmonisation des données de démographie médicale*, Paris : CNIS.
Disponible sur :
<http://www.cnis.fr/files/content/sites/Cnis/files/Fichiers/publications/rapports/2002/RAP_2002_75_harmonisation_demographie_medicale.PDF> (consulté le 02/09/2014)

-Conseil national de l'Ordre des médecins (1991), *La démographie médicale française, dix ans d'évolution (1980-1990)*, Collection Études, n° 22, Paris : CNOM.

-Conseil national de l'Ordre des médecins (2008), *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2008*, Paris : Conseil national de l'Ordre des Médecins.
Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2008.pdf>
(consulté le 04/05/2015)

-Conseil national de l'Ordre des médecins (2011), *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2011*, Paris : Conseil national de l'Ordre des Médecins.
Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087> (consulté le 18/01/2012)

-Conseil national de l'Ordre des médecins (2012a), *Conditions légales d'exercice de la médecine en France,* Paris : CNOM.
Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditions_legales_exercice.pdf>
(consulté le 04/07/2014)

-Conseil national de l'Ordre des médecins (2012b), *Les médecins à diplômes européens et extra-européens exerçant en France, Situation au 1er janvier 2012*, Paris : Conseil national de l'Ordre des Médecins.
Disponible sur :
<http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/diplomes_europeens_extra_europeens_2012.pdf> (consulté le 03/02/2015)

-Conseil national de l'Ordre des médecins (2013), *Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er janvier 2013*, Paris : Conseil national de l'Ordre des Médecins.
Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf> (consulté le 13/06/2013)

-CONTANDRIOPOULOS André-Pierre et SOUTEYRAND Yves (1996), *L'hôpital stratège,* Paris : John Libbey Eurotext.

-COPPOLETTA Rosalinda et LE PALUD Vincent (2014), Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ?, *Études et Résultats*, n° 866, DREES, pp. 1-6.
Disponible sur :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er866.pdf> (consulté le 09/08/2014)

-CORTES Geneviève et FARET Laurent (2009), *Les circulations transnationales : lire les turbulences migratoires contemporaines,* Paris : Armand Colin.

-COTTEREAU Victoire (2010), *Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), l'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres*, mémoire de Master 2 de Géographie, Poitiers : Université de Poitiers
Disponible sur :
<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/70/80/99/PDF/COTTEREAU2010M2LesparcoursetprojetsmigratoiresdespraticiensdiplA_mA_shorsUE.pdf> (consulté le 04/07/2014)

-COUFFINHAL Agnès et MOUSQUES Julien (2001), Les médecins diplômés hors de France : statuts et caractéristiques, *Questions d'économie de la santé*, n° 45, pp. 1-6
Disponible sur :
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes45.pdf> (consulté le 03/09/2011)

-COURGEAU Daniel (1985), Bases théoriques et modèles pour une enquête sur la biographie familiale, professionnelle et migratoire, *Espace Populations et Sociétés*, n° 1, pp. 240-247.

-COURGEAU Daniel (2004), *Du groupe à l'individu : synthèse multiniveau,* Paris : Institut National d'Études Démographiques.

-CRENN Chantal (2013), *Entre Tananarive et Bordeaux, Les migrations malgaches en France, Approche anthropologique des ethnicités malgaches dans le monde contemporain (1990-1995),* Bordeaux : Presses universitaires de Bordeaux.

-CROLA Jean-Denis (2007), Immigration : qui choisit ?, dossier complémentaire*, complément d'information à la campagne d'Oxfram France - Agir ici,* n° 79, Paris : Oxfram.
Disponible sur :
<http://www.oxfamfrance.org/sites/default/files/file_attachments/079_santemigration_dossiercomplementaire_ofai.pdf> (consulté le 09/07/2014)

D

-DALKILIC Serdar, MERIC Melih et TRUJILLO GUITERREZ Patricio (2008), *Évaluation au sein de l'Union européenne de la qualité des diplômés internationaux en médecine (DIM)*

venant de l'extérieur de l'UE - Rapport PADHUE, Paris : Fédération des Praticiens de Santé (FPS).
Disponible sur :
<http://www.la-fps.fr/F08-044_FR_Rapport_FPS_PADHUE.pdf> (consulté le 09/07/2014)

-DARRINÉ Serge (2002), Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice, *Études et résultats*, DREES n° 156, pp. 1-10.

-DEAU Xavier (2006), *Étude de la problématique des PADHUE (Praticiens à diplôme hors Union européenne)*, Paris : CNOM.
Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/padhue2006.pdf >
(consulté le 11/07/2014)

-DE CONINCK Frédéric et GODARD Francis (1989), L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité, *Revue française de sociologie*, n° 31, pp. 23-53.

-DEFOORT Cécily et DOCQUIER Frédéric (2007), Impact de l'immigration « choisie » sur la fuite des cerveaux des pays d'origine*, Revue économique*, volume 58, pp. 713-723.

-DEFOORT Cécily (2007), *Migrations qualifiées et capital humain : nouveaux enseignements tirés d'une base de données en panel,* Thèse de doctorat d'Économie, Lille : Université de Lille 2.

-DEFOORT Cécily (2008), Tendances de long terme des migrations internationales : analyse à partir des six principaux pays receveurs, *Population*, volume 63, pp. 317-351.

-DE GOURCY Constance (2005a), *L'autonomie dans la migration, Réflexion autour d'une énigme,* Paris : L'Harmattan.

-DE GOURCY Constance (2005b), Autonomie dans la migration et dimension mémorielle des lieux*, Espaces et sociétés*, n° 122, pp. 187-204.

-DE GOURCY Constance (2013), Partir, rester, habiter : le projet migratoire dans la littérature exilaire, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 29, n° 4, pp. 43-57.

-DE KERVASDOUE Jean (2003), *La crise des professions de santé,* Paris *:* Dunod.

-DEMAZIÈRE Didier (2013), Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues, *Sociologie*, volume 4, pp. 33-347.

-DEMAZIÈRE Didier et DUBAR Claude (1997)*, Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Paris : Nathan.

-DENOUR Linda, JUNKER Rémi et RIGAUDIAT Danielle (1991), Les médecins étrangers dans les hôpitaux*, Migrations Études*, n° 21-22, pp. 1-6.

-DENOUR Linda et JUNKER Rémi (1999a), Les médecins étrangers dans les hôpitaux, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 11, n° 3, pp. 41-55.

-DENOUR Linda et JUNKER Rémi (1999b), Médecins étrangers des hôpitaux publics : une reconnaissance progressive*, Hommes & migrations*, n° 1221, pp. 41-55.

-DEPLAUDE Marc-Olivier (2011), Une xénophobie d'État ? Les médecins « étrangers » en France 1945-2006, *Politix*, n° 95, pp.207-231.

-DESCOURS Charles (2003), *Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*, Paris : ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.

-Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2010), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Paris : DREES.
Disponible sur :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_DREES_oct2010.pdf> (consulté le 13/08/2014)

-Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2014), *Données sur les médecins au 1er janvier issues de l'exploitation statistique du RPPS*, Paris : DREES.
Disponible sur :
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_sources_et_definitions_2014.pdf> (consulté le 02/09/2014)

-DJELLAL Faridah, GALLOUJ Camal et GALLOUJ Faiz (2004), De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux : Les différentes facettes de l'innovation hospitalière*, Revue française des affaires sociales*, n° 1, pp. 223-248.

-DOCQUIER Frédéric et RAPOPORT Hillel (2005), Migration du travail qualifié et formation de capital humain dans les pays en développement : un modèle stylisé et une revue de la littérature récente*, Économie internationale*, pp. 5-26.

-DOCQUIER Frédéric et RAPOPORT Hillel (2007), L'immigration qualifiée, remède miracle aux problèmes économiques européens ?*, Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome XLVI, pp. 95-111.

-DOCQUIER Frédéric (2007), Fuite des cerveaux et inégalités entre pays *, Revue d'économie du développement*, n° 21, pp. 49-88.

-DORIER Élisabeth et MORAND Erwan (2012), Accessibilité aux services de soins en situation post conflit, République du Congo, *Bulletin de l'Association des Géographes Français*, 2012-2, pp. 289-312.

-DORMONT Brigitte et SAMSON Anne-Laure (2008), Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations, *Économie et statistiques*, n° 414, pp. 3-30.
Disponible sur:
< http://www.brigitte-dormont.fr/pdf/ES414A.pdf> (consulté le 06/03/2012)

-DORNEL Laurent (2014), Les mouvements xénophobes (années 1880-1930), in, PIGENET Michel et TARTAKOWSKY Danielle (dir.), *Histoire des mouvements sociaux en France, de 1814 à nos jours*, Paris : La Découverte, pp. 294-304.

-DORNESCU Valeriu et MANEA Teodora (2013), Migraţia medicilor români : dimensiuni sicio-demografice si economice (la migration des médecins roumains : dimensions socio-demographiques et économiques), *Revista de Economie Socială*, volume III, n° 1, pp. 121-138.
Disponible sur :
<http://profitpentruoameni.ro/wp-content/uploads/2013/05/05-MIGRATIA-MEDICILOR-ROMANI_DIMENSIUNI-SOCIO-DEMOGRAFICE-SI-ECONOMICE.pdf> (consulté le 08/10/2014)

-DOVLO Delanyo (2003), La fuite des cerveaux et la rétention des professionnels de la santé en Afrique, Étude de cas préparée pour la conférence régionale de formation sur *l'Amélioration de l'enseignement supérieur en Afrique subsaharienne : Ce qui marche !,* du 23 au 25 septembre 2003 à Accra.
Disponible sur :
<http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPTEIA/Resources/dela_dovlo_fr.pdf> (consulté le 08/07/2014)

-DREXLER Armelle (2008), *Le défi du recrutement des médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics*, Mémoire de l'école des hautes études en santé publique, Rennes : EHESP.
Disponible sur :
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/memoires/edh/2008/drexler.pdf> (consulté le 25/04/2012)

-DUBUCS Hadrien (2009), *Habiter une ville lointaine. Le cas des migrants japonais à Paris*, Thèse de doctorat de Géographie, Poitiers : Université de Poitiers.

-DUFOUR Stéphane, FORTIN Dominic et HAMEL Jacques (1991), *L'enquête de terrain en sciences sociales. L'approche monographique et les méthodes qualitatives*, Paris : Les éditions Saint-Martin.

-DUMITRACHE Liliana (2014), Défis, incohérences et échecs de la réforme sanitaire en Roumanie, in, KRASTEVA Anna et VASILCU Despina (dir.), *Migrations en blanc, Médecins d'est en ouest*, Paris : l'Harmattan, pp. 25-44.

-DUMITRU Speranta (2009), L'éthique du débat sur la fuite des cerveaux*, Revue européenne des migrations internationales,* volume 25, n° 1, pp. 119-135.

E

-École des hautes études en santé publique (2009), *L'immigration des professionnels de santé en Europe à travers le cas français : enjeux et perspectives*, Rennes : EHESP.
Disponible sur :
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/mip/2009/groupe_5.pdf> (consulté le 04/07/2014)

-EDELMAN Nicole (1995), *Voyantes, guérisseuses et visionnaires en France 1785-1914*, Paris : Albin Michel.

-ESCANDE Jean-Paul (1975), *Les médecins*, Paris : Grasset.

-ESCOFFIER Claire (2006), *Communautés d'itinérance et savoir-circuler des transmigrant-e-s au Maghreb*, Thèse de doctorat de Sociologie, Toulouse: Université de Toulouse.

-ESTRYN-BEHAR Madeleine, LEIMDORFER François et PICOT Geneviève (2010), Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale*, Revue française des Affaires sociales*, n° 4, pp. 27-52.

-ETTAHIRI Lucile (1994), Médecins étrangers : quel avenir en France ?*, Plein droit*, n° 26, pp. 33-37.

-ÉVIN Claude (2009), Les crises de la santé, l'hôpital en crise ?, *Les tribunes de la santé*, n° 22, pp. 75-80.

-EVLETH Donna (2009), La bataille pour l'Ordre des médecins, 1944-1950, *Le mouvement social*, n° 229, pp. 61-77.

F

-FASSIN Didier (2002), L'invention française de la discrimination*, Revue française de sciences politiques*, volume 52, n° 4, pp. 403-423.

-FAURE Hubert et TONNELIER François (1991), *Espace, classes sociales et santé*, n° 893, Paris : CREDES.

-Fédération des praticiens de santé (2005), *Synthèse de l'enquête sur les médecins n'ayant pas la plénitude d'exercice en France*, Paris : FPS
Disponible sur:
<http://www.la-fps.fr/enquete_dhos_padhue_2005_doc_FPS.pdf> (consulté le 10/11/2011)

-FERRÉ Nathalie (2007), Recherche « compétences et talents », *Plein droit*, n° 73, pp. 16-17.

-FLEURET Sébastien et THOUEZ Jean-Pierre (2007), *Géographie de la santé : un panorama,* Paris : Economica Anthropos.

-FLEURET Sébastien et HOYEZ Anne-Cécile (2011), *Santé et géographie : Nouveaux regards*, Paris : Economica Anthropos.

-FLEURET Sébastien (2011), Vieillissement des personnes handicapées : enjeux organisationnels, transversaux et dimension territoriale, *Les cahiers de géographie du Québec*, volume 55, n° 156, pp. 529-553.

-FOUQUET Thomas (2007), Imaginaires migratoires et expériences multiples de l'altérité : une dialectique actuelle du proche et du lointain, *Autrepart*, n° 41, pp. 83-97.

G

-GAILLARD Jacques et MEYER Jean-Baptiste (1996), Le BRAIN DRAIN revisité : De l'exode au réseau, *Coopérations scientifiques internationales*, pp. 331-347.

-GAILLARD Anne-Marie et GAILLARD Jacques (1999), *Les enjeux des migrations scientifiques internationales, De la quête du savoir à la circulation des compétences*, Paris : L'Harmattan.

-GALABRU Françoise (2000), *La médecine en France : quelle place aux médecins à diplôme étranger non européen,* Paris : Centre des hautes études d'Afrique et d'Asie modernes.

-GIDE André (1960), *L'Immoraliste*, Paris : Mercure de France.

-GLATRON Marion, JACOB Jean-Yves et VIGNERON Emmanuel, *Santé publique et aménagement du territoire,* Festival international de Géographie de Saint-Dié des Vosges du 6 octobre 2000.
Disponible sur :
<http://archives-fig-st-die.cndp.fr/actes/actes_2000/vigneron/article.htm> (consulté le 25/06/2014)

-GODELIER Maurice (1969), *Rationalité et irrationalité en économie*, Paris : François Maspero.

-GRIMALDI André (2005), *Réinventer l'hôpital public : contre l'hôpital entreprise,* Paris : Textuel.

-GRIMALDI André (2009), *l'hôpital malade de la rentabilité*, Paris : Fayard.

-Groupe d'étude sur les discriminations (2000), *Une forme méconnue de discrimination : les emplois fermés aux étrangers (secteur privé, entreprises publiques, fonctions publiques)*, Note numéro 1, Paris : GED.
Disponible sur :
<http://www.vie-publique.fr/documents-vp/ged_emploisreserves.pdf> (consulté le 20/03/2014)

-Groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB) (1999), *Biographies d'enquêtes : Bilan de 14 collectes biographiques,* Paris : PUF/DIFFUSION.

-Groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB) (2006), *États flous et trajectoires complexes : Observation, modélisation, interprétation,* Paris : INED.

-GUÉRANGER David (2012), La monographie n'est pas une comparaison comme les autres, les études de l'intercommunalité de leur territoire, *Terrains et travaux*, n° 21, pp. 23-36.

-GUILLAUME Pierre et HŒRNI Bernard (2003), 1803 : le Consulat organise la médecine, une célébration oubliée, *La revue du praticien*, n° 53.
Disponible sur : <http://www.larevuedupraticien.fr/histoire-de-la-medecine/1803-le-consulat-organise-la-medecine-une-celebration-oubliee>

H

-HALIOUA Bruno (2002), *Blouses blanches, étoiles jaunes,* Paris : Éditions Liana Levi.

-HALL Oswald (1970), Les étapes d'une carrière médicale [1948], in, HERZLICH Claudine (dir.), *Médecine maladie et société,* Paris - La Haye : École pratique des Hautes études.

-HARDY-DUBERNET Anne-Chantal (2005), Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?, *Revue française des affaires sociales*, n° 1, pp. 35-58.

-HARTZFELD Claire, BOIDÉ Mathieu et BAUMELOU Alain (2009), Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire : leur difficile intégration dans le système français, cas des médecins et des infirmiers*, Hommes & migrations*, n° 1282, pp. 90-101.

-HÉLARDOT Valentine (2006), Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations*, Cahiers internationaux de sociologie*, n° 120, pp. 59-83.

-HERMEZIU Cristina (2014), L'exode des médecins roumains : des Européens à plein temps ?, in, KRASTEVA Anna et VASILCU Despina (2014), *Migrations en blanc. Médecins d'est en ouest*, Paris : l'Harmattan, pp. 213-228.

-HERZLICH Guy, CAILLAT Sophie et LANSADE Jessica (2004), L'immigration mondialisée, *Le Monde initiatives*, n° 31, pp. 14-17.

-HŒRNI Bernard (1998), La loi du 30 novembre 1892, in, *Histoire des sciences médicales*, Tome XXXII, n° 1, pp. 63-67.

-HOYEZ Anne-Cécile (2010), Migrants, transnationalisme et santé, in, CHASLES Virginie (dir.), *Santé et Mondialisation*, Lyon : Presses universitaires de Lyon, pp. 217-238.

-HOYEZ Anne-Cécile et D'Halluin Estelle (2012), L'initiative associative et les reconfigurations locales des dispositifs d'accès aux soins pour les migrants primo-arrivants, *Humanitaire*, 33, pp. 38-47.

-HOYEZ Anne-Cécile (2014), Le corps comme espace *en* soi et espace *à* soi ? Regards géographiques sur la complexité d'une pratique corporelle mondialisée : le yoga, *L'information géographique*, volume 78, pp. 57-72.

-HUGONNIER Bernard (2008), De la fuite des cerveaux à la guerre des cerveaux, *Formation emploi : Revue française des sciences sociales*, n° 103, pp. 75-78.

I

-IMBERT Jean (1982), *Histoire des hôpitaux en France*, Paris : Privat.

-IREDALE Robyn (2001), The migration of professionals: theories and typologies, *International Migration*, volume 39, n° 5, pp. 7-26.

J

-JABOT Françoise et DEMEULEMEESTER René (2005), Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique, *Santé publique*, n° 17, pp. 597-606.

-JAFFRÉ Yannick et OLIVER DE SARDAN Jean-Pierre (2003), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris : APAD-Karthala.

-JALBERT Béatrice (2006), *Toubib or not toubib ? : Médecins d'ici, venus d'ailleurs,* Paris : Les films de la Passion, 60 min.

-JANKÉLÉVITCH Vladimir (1974), *L'irréversible et la nostalgie*, Paris : Flamarion.

K

-KARADY Victor et KEMENY Istvan (1980), Antisémitisme universitaire et concurrence de classe [la loi du numerus clausus en Hongrie entre les deux guerres], *Actes de la recherche en sciences sociales*, volume 34, pp. 67-96.
Disponible sur :
<http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/arss_03355322_1980_num_34_1_2091> (consulté le 14/10/2013)

-KOFMAN Eleonore et RAGHURAM Parvati (2006), Gender et global labour migrations : incorporating skilled workers, *Antipode*, volume 38, n° 2, pp. 282-303.

-KOSELLECK Reinhart (1987), Temps et histoire, *Romantisme*, volume 17, n° 56, pp. 7-12.

-KRASTEVA Anna et VASILCU Despina (2014), *Migrations en blanc. Médecins d'est en ouest*, Paris : l'Harmattan.

-KRASTEVA Anna (2014), L'émigration, un projet professionnel et familial de l'entre-deux, in, KRASTEVA Anna et VASILCU Despina (dir.), *Migrations en blanc, Médecins d'est en ouest*, Paris : l'Harmattan, pp. 151-168.

L

-LABERGE Danielle, POIRIER Mario et CHAREST René (1998), Un étranger dans la cité : la présence de l'itinérant et la représentation de l'itinérance, *Nouvelles pratiques sociales*, volume 11, n° 1, pp. 19-24.

-LABERGE Danielle et ROY Shirley (1994), Interroger l'itinérance : stratégies et débats de recherche, *Cahiers de recherche sociologique*, n° 22, pp. 93-112.
Disponible sur :
<http://www.erudit.org/revue/crs/1994/v/n22/1002211ar.html> (consulté le 08/04/2013)

-LABORDE Caroline, LELIEVRE Eva et VIVIER Géraldine (2007), Trajectoires et événements marquants, comment dire sa vie ? Une analyse des faits et des perceptions biographiques, *Population*, volume 62, pp. 567-585.

-LAFFORT Bruno (2005), Le mythe du retour, *Hommes & migrations*, n° 1253, pp.105-116.

-LAPEYRE Nathalie et LE FEUVRE Nicky (2005), Féminisation du corps médical et dynamiques professionnels dans le champ de la santé, *Revue française des affaires sociales*, n° 1, pp. 59-81.
Disponible sur:
<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59.htm> (consulté le 15/10/2013)

-LAURET Thomas et RIVET Sabine (2009), *Les médecins à l'hôpital public : Statuts et carrières,* Paris : Berger-Levrault.

-LECLERC-OLIVE Michèle (1997), *Le dire de l'événement (biographique),* Paris : Septentrion.

-LECLERC-OLIVE Michèle (2002), Territorialités de migrants, *L'Homme et la société*, n° 143-144, pp. 105-124.

-LECLERC-OLIVE Michèle et ENGRAND Sylvie (2000), Sortir de la précarité de l'emploi : entre routine et projet, in, BILLIARD Isabelle, DEBORDEAUX Danièle et LUROL Martine (dir.), *Vivre la précarité : trajectoires et projets de vie*, Paris : éditions de l'Aube, pp. 37-60.

-LE ESPIRITU Yen (2005), Filipina Health Care Professionals to the United States, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 21, n° 1, pp. 55-75.

-LÉONARD Jacques (1977), Femmes, religion et médecine, les religieuses qui soignent en France au XIXe siècle, *Annales Économie, Sociétés, Civilisations*, volume 32, n° 5, pp. 887-907.

-LÉVINAS Emmanuel (1998), *De l'évasion*, Paris : Le Livre de Poche.

-LILTI Thomas (2014), *Hippocrate*, Paris: 31 juin films, 102 min.

-LOCHAK Danièle (2004), La notion de discrimination, *Confluences Méditerranée*, n° 48, pp. 13-23.

-LOCHARD Yves, MEILLAND Christèle et VIPREY Mouna (2007), *La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle*, Revue de l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES), n° 53, pp. 83-110.

-LUCAS-GABRIELLI Véronique et COLDEFY Magali (2010), Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, *Pratiques et Organisation des soins*, volume 41, n° 1, pp. 73-80.

-LUCAS-GABRIELLI Véronique et COLDEFY Magali (2013), Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins, *adps*, n° 82, pp. 32-34.

M

-MAHROUM Sami (2000), Highly skilled globetrotters : Mapping the international migration of human capital, *R & D Management*, 30, pp. 23-31.

-MAILLARD Christian (1986), *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment l'hôpital est devenu une affaire d'État*, Paris : Dunod.
-MAYLE François, HOUDART Philippe et VINCENT Jérôme (2009), *Le livre noir des hôpitaux*, Paris : Calmann-Lévy.

-MA MUNG Emmanuel (1999), *Autonomie, migrations et altérité,* H.D.R de Géographie, Poitiers : Université de Poitiers.

-MA MUNG Emmanuel (2009a), Le point de vue de l'autonomie dans l'étude des migrations internationales : « Penser de l'intérieur » les phénomènes de mobilité, in, DUREAU Françoise et HILY Marie-Antoinette (dir.), *Les mondes des mobilités*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, pp. 25-38.

-MA MUNG Emmanuel (2009b), Les acteurs de la circulation internationale, in, CORTES Geneviève et FARET Laurent (dir.), *Les circulations transnationales, Lire les turbulences migratoires contemporaines*, Paris : Armand Colin, pp. 139-142.

-MARCUS E. Gorge (2010), Ethnographie du/dans le système monde : l'émergence d'une ethnographie multisituée, in CEFAI Daniel (dir.), *L'engagement ethnographique*, Paris : EHESS.

-MARMOT Michael et WILKINSON Richard G. (2005), *Social determinants of health*, Oxford: Oxford university press.

-MARTINIELLO Marco et REA Andrea, Des flux migratoires aux carrières migratoires, *SociologieS*, dossier Migrations pluralisation, ethnicisation des sociétés contemporaines, pp. 1-19.
Disponible sur :<http://sociologies.revues.org/3694> (consulté le 27/03/2012)

-MASSÉ Raymond (2012), Expertises éthiques savantes et profanes en santé publique : défis et enjeux pour une éthique de la discussion, *Santé publique*, volume 24, pp. 49-61.

-MENTHONNEX Philippe et MENTHONNEX Elisabeth (2010), *Histoire de la médecine d'urgence de Napoléon à nos jours*, Éditions Société française de médecine d'urgence (SFMU).
Disponible sur :
<http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Histoire_de_la_medecine_d_urgence_de_Napoleon_a_nos_jours-_Menthonnex_urgences_2010_-2.pdf> (consulté le 01/07/2014)

-MEYER Jean-Baptiste et *al.* (2001), Nomadisme des scientifiques et nouvelle géopolitique du savoir, *Revue internationale des sciences sociales*, n° 168, pp. 341-354.

-MEYER Jean-Baptiste et DUMONT Jean-Christophe (2003), La mobilité internationale des professionnels de la santé : évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain, *Tendances des migrations internationales*, Paris : OCDE.

-MEYER Jean-Baptiste (2005), Les diasporas de chercheurs, un atout pour l'avenir ?, *Pour la science,* n° 328, pp. 26-30.

-MEYER Jean-Baptiste (2008), La circulation des compétences, un enjeu pour le développement, *Annuaire suisse de politique de développement*, volume 27, n° 2, pp. 53-67.

-MEYER Jean-Baptiste (2009), La percolation mondiale des compétences, in, JAFFRELOT Christophe et LEQUESNE Christian (dir.), *L'enjeu mondial : les migrations*, Paris : Presses de Sciences Po, pp. 254-252.

-MICHON Pierre (1984), *Vies minuscules*, Paris : Folio.

-MOLINIÉ Éric (2005), *l'hôpital public en France : bilan et perspectives,* Paris : Conseil Economique et Social.
Disponible sur :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000659/index.shtml> (consulté le 14/01/2014)

-MOON Graham et KEARNS Robin, À la recherche d'une nouvelle géographie de la santé, in, FLEURET Sébastien et THOUEZ Jean-Pierre (dir.), *Géographie de la santé : un panorama*, Paris : Economica Anthropos, pp. 11-25.

-MORDELET Patrick (2006), *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé,* Rennes : Édition de l'École Nationale de la Santé Publique.

N

-NAE Mariana (2014), Représentations dans le cyberespace du système de santé, in, KRASTEVA Anna et VASILCU Despina (dir.), *Migrations en blanc, Médecins d'est en ouest*, Paris : l'Harmattan, pp. 45-65

-NAHUM Henri (2008), L'éviction des médecins juifs dans la France de Vichy, *Archives Juives*, volume 41, pp. 41-58.

-NAHUM Henri (2008), Défense corporatiste, xénophobie et antisémitisme dans le milieu médical, le « privilège roumain », 1930-1940, in, *Histoire des sciences médicales*, Tome XLII, n° 1, pp. 81-86.

-NEDELCU Mihaela (2005), Stratégies de migration et d'accès au marché du travail des professionnelles roumaines à Toronto, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 21, n° 1, pp. 1-24.

-NEGRONI Catherine (2005), La reconversion professionnelle volontaire : d'une bifurcation professionnelle à la bifurcation biographique, *Cahiers internationaux de Sociologie*, volume XIX, pp. 311-331.

-NEGRONI Catherine (2013), La gestion des parcours, Communication effectuée lors de la *4e édition des rendez-vous des acteurs de la formation, de l'insertion et de l'accompagnement*, le 5 novembre 2013, Université de Strasbourg.
Disponible sur :
<http://videos.univ-lorraine.fr/index.php?act=view&id=794> (consulté le 20/01/2015)

-NICOLEAU Sylvie (1996), *La place de l'étudiant et du médecin étrangers dans le système de santé français,* Mémoire de D.E.A de Géographie, Poitiers : Université de Poitiers.

-NIEL Xavier (2002), La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002, *Études et résultats*, DREES, n° 161, pp. 1-8
Disponible sur:
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er161.pdf> (consulté le 10/12/2013)

-NOIRIEL Gérard (2001), *État, nation et immigration*, Paris : Folio.

-NYE Robert (2006), Médecins, éthique médicale et état en France 1789-1947, *Le mouvement social*, pp. 19-36.

O

-Observatoire national de la démographie des professions de santé (2004), *Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et spécialité*, Tome 2 du rapport annuel 2004, Paris : ONDPS.
Disponible sur:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000455/0000.pdf > (consulté le 27/02/2012)

-Observatoire national de la démographie des professions de santé (2005), *Synthèse générale,* Rapport annuel 2005, Paris : ONDPS.
Disponible sur :
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport2005.pdf> (consulté le 02/04/2012)

-Observatoire national de la démographie des professions de santé (2009), *Le renouvellement des effectifs médicaux*, Tome 3 du rapport annuel 2008-2009, Paris : ONDPS.
Disponible sur:
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_tome_3_consacre_au_renouvellement_des_effectifs_medicaux.pdf> (consulté le 17/02/2012)

-Observatoire national de la démographie des professions de santé (2011), *Les internes en médecine, Effectifs et répartition 2010-2014,* Tome 1 du rapport annuel 2010-2011, Paris : ONDPS.
Disponible sur :
< http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010-2011_Tome_1_Les_Internes_en_medecine-_Effectifs_et_repartition_2010-2014.pdf> (consulté le 02/09/2014)

-Organisation mondiale de la santé (2006), *Travailler ensemble pour la santé,* Genève : OMS.
Disponible sur :
<http://www.who.int/whr/2006/fr/> (consulté le 04/07/2014)

-Organisation mondiale de la santé (2010), *Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé*, Genève : OMS.
Disponible sur :
<http://www.who.int/hrh/migration/code/code_fr.pdf?ua=1> (consulté le 18/07/2014)

-Organisation mondiale de la santé (2012), *Statistiques sanitaires mondiales 2012*, Genève : OMS.
Disponible sur :
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44857/1/9789242564440_fre.pdf> (consulté le 22/10/2012)

-Organisation de coopération et de développement économiques (2007), *Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés*, Paris : OCDE.
Disponible sur :
<http://www.oecd.org/fr/migrations/mig/41515734.pdf> (consulté le 13/04/2011)

-Organisation de coopération et de développement économiques (2008), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?,* Paris : OCDE.
Disponible sur :
<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/41511074.pdf> (consulté le 22/09/2013)

-Organisation de coopération et de développement économiques (2010), *Les migrations internationales des personnels de santé : Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale,* Paris : OCDE.
Disponible sur :
<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/44786070.pdf> (consulté le 13/04/2011)

P

-PANEL Pierre (2007), L'hôpital public. Ses contradictions, ses mutations*, Études*, tome 407, pp. 319-330.

-PAUGAM Serge (2000), *Le salarié de la précarité : Les nouvelles formes de l'intégration professionnelle*, Paris : PUF.

-PAUGAM Serge, LE BLANC Guillaume et RUI Sandrine (2011), Les nouvelles formes de précarité. Regards croisés entre la philosophie et la sociologie, *Sociologie*, volume 2, pp. 417-431.

-PELLET Sandra (2013), Les professions réglementées, des gisements d'emploi ?, *Regards croisés sur l'économie*, n° 13, pp. 246-251.

-PENEF Jean (2005), *La France malade de ses médecins*, Paris : Les empêcheurs de penser en Rond.

-PERCOT Marie (2005), Les infirmières indiennes émigrées dans les pays du Golfe : de l'opportunité à la stratégie*, Revue européenne des migrations internationales*, volume 21, n° 1, pp. 2-21.

-PEREC Georges (1974), *Espèces d'espaces*, Paris : Galilée.

-PEREC Georges (1985), *Penser/Classer*, Paris : Hachette.

-PIAN Anaik (2012a), De l'accès aux soins aux « trajectoires du mourir ». Les étrangers atteints de cancer face au contraintes administratives, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 28, n° 2, pp. 101-127.

-PIAN Anaïk (2012b), Un terrain dit « sensible » dans le champ des migrations : réflexivité sur une expérience marocaine, *e-migrinter*, n° 9, pp. 79-90.
Disponible sur :
<http://www.mshs.univ-poitiers.fr/migrinter/e-migrinter/201209/e-migrinter2012_09_079.pdf>
(consulté le 22/09/2014)

-PICHERAL Henri (2001), *Dictionnaire raisonnée de géographie de la santé*, Université Montpellier III.

-PICHERAL Henri et VIGNERON Emmanuel (1993), La mobilité des médecins en France : du lieu de formation au lieu d'exercice, *Espaces, populations, sociétés*, Hommage à Daniel Nion, pp. 45-54.

-PONTALIS Jean-Bertrand (2002), *Fenêtres*, Paris : folio.

-POPA Nicolae et PUCHEŞ Daniel (2014), Étudier la médecine pour émigrer ?, in, KRASTEVA Anna et VASILCU Despina (dir.), *Migrations en blanc, Médecins d'est en ouest*, Paris : l'Harmattan, pp. 83-100

-POUCHELLE Marie-Christine (2005), Fermeture d'hôpitaux, quelles chefs ?, *Ethnologie française*, tome XXXVII, pp. 593-603.

-POUILLARD Jean (2004), *Histoire de l'Ordre national des médecins français*, CNOM.
Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/historique2012_0.pdf>
(consulté le 21/10/2014)

R

-RAYNAUD Noël (1894), *La profession médicale en France*, Paris : Société d'éditions scientifiques.

-RIGAUDIAT Danielle (1991), *Les médecins étrangers issus de pays hors C.E.E dans l'hôpital public,* Paris : Fondation de l'avenir.

-ROBI David (2003), *Discriminations légales et précarité : Algériens et Espagnols de France*, n° 3, Paris : Mission de Recherche Droit et Justice.

-ROBERT-BOBÉE Isabelle (2006), Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, *Première*, n° 1089, Paris : INSEE.
Disponible sur:
<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf.> (consulté le 25/10/2012)

-ROLLAND Louis (2007), *L'hôpital expliqué : son organisation, son fonctionnement,* Paris : Fédération Hospitalière de France.

-ROSENTAL Paul-André (1999), *Les sentiers invisibles. Espace, familles et migrations dans la France du XIXe siècle,* Paris : Édition de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

-RYGIEL Philippe (2006), *Le bon grain et l'ivraie, la sélection des migrants en occident, 1880-1939,* Paris : Aux lieux d'être éditions.

-RYGIEL Philippe (2007), *Le temps des migrations blanches : migrer en occident (1840-1940),* Paris : Aux lieux d'être éditions.

S

-SAINSAULIEU Ivan (2007), *L'hôpital et ses acteurs, Appartenances et égalité,* Paris : Belin.

-SALEM Gérard (1998), *La santé dans la ville, Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Paris : Karthala.

-SALEM Gérard, RICAN Stéphane et JOUGLA Éric (2000), *Atlas de la santé en France. Volume 1 : Les causes de décès*. Paris : John Libbey Eurotext.

-SALEM Gérard, RICAN Stéphane et KURZINGER Marie-Laure (2006), *Atlas de la santé en France. Volume 2 : comportements et maladies*. Paris : John Libbey Eurotext.

-SALEM Gérard et VAILLANT Zoé (2008), *Atlas mondial de la santé : Quelles inégalités ? Quelle mondialisation ?*, Paris : Autrement.

-SAYAD Abdelmalek (1999), *La double absence, des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris : Seuil.

-SCHAEFFER Fanny (2001), Mythe du retour et réalité de l'entre-deux. La retraite en France ou au Maroc ?, *Revue européenne des migrations internationales*, volume 17, n° 1, pp. 165-176.

-SCHNAPPER Dominique (1999), *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*, Paris : PUF.

-SCHNAPPER Dominique (2003), Les expériences vécues dans quelques métiers de l'État-providence, in, MENGER Pierre-Michel (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, pp. 199-216.

-SCHOR Ralph (1985), *L'opinion française et les étrangers 1919-1939*, Paris : Publications de la Sorbonne.

-SCHOR Ralph (2004), *Français et immigrés en temps de crise (1930-1980),* Paris : L'Harmattan.

-SCHWEYER François-Xavier (2000), L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures*, Actualité et dossier en santé publique*, n° 32, pp. 16-19.

-SCHWEYER François-Xavier (2006), L'hôpital, une transformation sous contrainte : hôpital et hospitaliers dans la revue, *Revue française des affaires sociales*, n° 4, pp. 203-223.

-SCHWEYER François-Xavier (2010), Santé, contrat social et marché : la fonction publique hospitalière en réformes*, Revue française d'administration publique*, n° 132, pp. 727-744.

-SÉCHET Raymonde et VASILCU Despina (2012), Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice, *Norois, Environnement, Aménagement et Société,* n° 223, pp. 63-76

-SIMARD Myriam et VAN SCHENDEL Nicolas (2004), *Les médecins immigrants et non immigrants en régions éloignées au Québec : processus d'insertion globale et facteurs de rétention*, Montréal : Institut national de la recherche scientifique, Culture et Société.

-SIMMEL Georg (1979), Digression sur l'étranger, in, JOSEPH Isaac et GRAFMEYER Yves (dir.), *L'école de Chicago. Naissance de l'écologie urbaine*, Paris : Aubier/Res, pp. 53-60.

-SIMMEL Georg (1999), *Sociologie. Études sur les formes de socialisation*, Paris : PUF.

-SIMON Gildas (2002), Penser globalement les migrations*, Projet*, n° 272, pp. 37-45.

-SIMON Gildas (2008a), *La planète migratoire dans la mondialisation*, Paris : Armand Colin.

-SIMON Gildas (2008b), *Migrants et migrations du monde*, Paris : La documentation française.

-SIMON Patrick (2000), De l'intégration à la lutte contre les discriminations, *Les cahiers de profession banlieue*, pp. 17-34

-SLAMA Serge (1999), Participation des étrangers aux services publics : la « préférence nationale » et la République, un résultat paradoxal de la conception française de la citoyenneté, *Écarts d'identité*, n° 88, pp. 35-41.

-SOUILAMAS Rédha (2012), *la couleur du bistouri*, Paris : Naïve essais.

-STINGRE Didier (2008), *La fonction publique hospitalière,* Paris : PUF.

T

-TABUTEAU Didier (2010), Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé, *Les tribunes de la santé*, HS n° 1, pp. 37-51.

-TANDONNET Maxime (2003), *Migrations. La nouvelle vague*, Paris : l'Harmattan.

-TANDONNET Maxime (2007), *Géopolitique des migrations. La crise des frontières*, Paris : Ellipses.

-TARRIUS Alain (2000), *Les nouveaux cosmopolitismes. Mobilités, identité, territoires*, Paris : L'Aube.

-TENON Jacques (1788), *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris : Chez Royez.

-TONNEAU Dominique (2003), La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation, document de travail, *Série Études*, n° 35, Paris : DREES. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Drees/SerieEtudes/2003/35/serieetud35.pdf> (consulté le 13/04/2013)

-TONNELIER François (1993), *Inégalités géographiques et santé : évolution depuis le XIXe siècle en France*, Paris : CREDES.

V

-VALÉRY Paul (1936), *Discours prononcé par Paul Valéry, le 13 juillet 1935, à la distribution des prix du Collège de Sète*, Paris : M. Darantière.

-VARREL Aurélie (2008), *« Back to Bangalore » Étude géographique de la migration de retour des Indiens très qualifiés à Bangalore (Inde),* Thèse de doctorat de Géographie, Poitiers : Université de Poitiers.

-VASILCU Despina (2014), L'émigration, un projet professionnel et familial de l'entre-deux, in, KRASTEVA Anna et VASILCU Despina (dir.), *Migrations en blanc, Médecins d'est en ouest*, Paris : l'Harmattan, pp. 151-168.

-VEGA Anne (2000), *Une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : Archives Contemporaines.

-VIGNERON Emmanuel (2000), *Santé et territoires,* Paris : La documentation française.

-VIGNERON Emmanuel, AITA Jean-Paul et CASCALES José (2000), Quelques coupes à travers le corps médical français*, Actualité et dossier en santé publique*, n° 32, pp. 19-21.

-VIGNERON Emmanuel, CORVEZ Alain et SAMBUC Roland (2001), Santé et territoires : les enjeux futurs à l'horizon 2020*, Études et prospectives*, DATAR, n° 3, pp. 87-99.

-VIGNERON Emmanuel (2002), *Pour une approche territoriale de la santé,* Paris : Éditions de l'Aube DATAR.

-VILAIN Annick (1995), La féminisation du corps médical, *Solidarité Santé*, n° 1, pp. 1-30.

-VINOKUR Annie (2008), De la mobilité des cerveaux*, Formation emploi : Revue française des sciences sociales,* n° 103, pp. 9-21.

-VIVIER Géraldine (2006), Comment collecter des biographies ? De la fiche Ageven aux grilles biographiques, Principes de collecte et Innovations récentes, *Population et travail –dynamique démographique et travail*, pp. 119-130.

W

-WAGNER Anne-Catherine (1998), *Les nouvelles élites de la mondialisation. Une immigration dorée en France*, Paris : PUF.

-WALLACH Daniel (2011), *Numerus clausus, pourquoi la France va manquer de médecins ?*, Paris : Springer.

-WEICK Karl (1996), Enactement and the Boundaryless Career : Organizing ad we Work, in, ARTHUR Michael B. et ROUSSEAU Denise M. (dir.), *The Boundaryless Career, a New Employement Principe for a New Organizational Era,* New York: Oxford University Press, pp. 40-57.

-WIHTOL DE WENDEN Catherine (2002), Motivations et attentes de migrants, *Projet*, n° 272, pp. 46-54.

-WINCKLER Martin (2006), *Les Trois Médecins*, Paris : Folio.

-WOLMARK Cyril (2004), Solutions à court et à moyen terme pour les médecins à diplôme étranger, *Migrations société*, volume 16, n° 95, pp. 83-91.

-WOLMARK Cyril (1999), Les responsabilités sans le statut, *Plein droit*, n° 41-42, pp. 16-20.

-WOLMARK Cyril (2001), Médecins étrangers : un pas vers l'égalité ?, *Plein droit*, n° 49, pp. 12-14.

-WOLMARK Cyril (2012), Médecins étrangers : sortir de l'invisibilité, *Plein droit*, n° 92, pp. 37-40.

Z

-ZIMMERMANN Bénédicte (2011), *Ce que travailler veut dire, Une sociologie des capacités et des parcours professionnels*, Paris: Economica.

-ZONABEND Françoise (1985), Du texte au prétexte. La monographie dans le domaine européen, *Études rurales*, 87-88, pp. 33-38.

Annexes

Annexe 1 : Article paru dans le journal *RFI* le 15 septembre 2005 327

Annexe 2 : Article paru dans le journal *Le Point* le 31 janvier 2012 329

Annexe 3 : Conditions légales de l'exercice de la médecine en France 333

Annexe 4 : Liste des structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes 336

Annexe 5 : Extrait du tableau 1 concernant les effectifs globaux des hôpitaux au 1er janvier 2011 337

Annexe 6 : Extrait du tableau 1 concernant les effectifs globaux des hôpitaux au 1er janvier 1995 337

Annexe 7 : Extrait du tableau 2 concernant les PADHUE exerçant dans les hôpitaux au 1er janvier 2011 et liste des variables 338

Annexe 8 : Manuel de remplissage 339

Annexe 9 : Liste des praticiens rencontrés. 345

Annexe 10 : Effectifs et pourcentages de médecins dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 347

Annexe 11: Effectifs et pourcentages des pays d'obtention du doctorat des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 348

Annexe 12 : Effectifs et pourcentages par lieux d'obtention du doctorat des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 349

Annexe 13 : Effectifs et pourcentages des pays de naissance des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 350

Annexe 14 : La matrice biographique PADHUE 351

Annexe 15 : Les thèmes abordés pour le remplissage de la matrice biographique avec les PADHUE et les médecins diplômés en Roumanie 358

Annexe 16 : La grille d'entretien à destination des PADHUE 360

Annexe 17 : La grille d'entretien à destination des médecins diplômés en Roumanie 362

Annexe 18 : La grille d'entretien à destination des responsables des affaires médicales 363

Annexe 19 : Carte de localisation des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 365

Annexe 20 : Carte des PADHUE par principaux pays d'obtention du doctorat 366

Annexe 21 : Carte par service d'affectation 367

Annexe 22 : Carte des PADHUE par sexe 368

Annexe 23 : Carte de localisation des praticiens diplômés en Roumanie en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 369

Annexe 24 : Carte des pays de naissance des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 370

Annexe 25 : Carte des pays d'obtention du diplôme de spécialité des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 371

Annexe 26: Liste des sigles et des acronymes 372

Annexe 27 : Index des tableaux, graphiques, captures d'écran et cartes 376

Annexe 1 : Article paru dans le journal *RFI* le 15 septembre 2005

Médecins étrangers cherchent statut désespérément

Des médecins à diplôme hors Union européenne ont manifesté pour une revalorisation de leurs acquis, le 15 septembre 2005, devant le ministère de la Santé à Paris.
(Photo : AFP)

Dans un contexte de pénurie chronique de praticiens dans les hôpitaux français, les médecins étrangers qui ont obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne font, depuis de longues années, office de bouche-trous. Corvéables à merci et mal payés, ils ont le sentiment d'être exploités par un État qui a besoin d'eux pour faire fonctionner ses hôpitaux, mais refuse de leur accorder la reconnaissance de leurs véritables qualifications. C'est donc pour protester contre la situation de précarité dans laquelle ils se trouvent et le peu de perspectives offertes par les propositions du gouvernement pour améliorer leur sort, qu'ils ont décidé de manifester devant le ministère de la Santé et de faire peser la menace d'une grève illimitée. Ils ont été en partie entendus et ont obtenu un certain nombre d'améliorations.

Les médecins étrangers en ont assez d'être des médecins au rabais. Moins payés et pas reconnus. C'est pour cela qu'ils se mobilisent une nouvelle fois afin de faire entendre leur voix auprès des autorités françaises. Le problème de leurs conditions de travail dans l'Hexagone et de leur statut n'est pas nouveau. Mais il n'a jamais été véritablement réglé. En tout cas, pas de manière satisfaisante pour les principaux intéressés qui ont l'impression d'avoir été exploités et bernés. Ils protestent notamment contre les modalités du concours mis en place pour permettre aux détenteurs de diplômes étrangers de les valider et donc d'exercer en France, qui ne prend pas en compte les années d'expérience et donc «*les services rendus*» dans les hôpitaux. Une situation jugée discriminatoire pour tous ceux qui sont là depuis longtemps et qui ne bénéficient d'aucun avantage par rapport aux nouveaux arrivants.

Une autre revendication concerne le nombre de postes auxquels le concours donne accès chaque année (environ 200) qui est insuffisant pour permettre de régulariser un nombre significatif de diplômés étrangers. D'autant que la répartition de ces postes par spécialité ne correspond pas, selon le Syndicat national des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme hors Union européenne (SNPADHUE), «aux besoins

réels de l'occupation actuelle des postes vacants par les Padhue [médecins étrangers] dans les hôpitaux».

Six cents postes ouverts

A l'heure actuelle, on estime –même s'il n'y a pas de chiffre précis- qu'environ 6 000 médecins diplômés à l'étranger (hors UE) travaillent en France en tant que praticiens hospitaliers associés, sans être reconnus en tant que médecins et donc sans avoir le droit de s'inscrire à l'ordre de cette profession et donc de pratiquer dans le privé. Et pourtant, en théorie, les hôpitaux français ne doivent plus recruter de médecins étrangers depuis 1999. Bernard Kouchner, alors ministre de la Santé, avait fait passer une loi qui prévoyait un processus de titularisation après concours de ceux qui étaient déjà présents en France, tout décidant de stopper tous les nouveaux recrutements hors de l'Union européenne. Dans la pratique, les difficultés rencontrées par les établissements de santé pour trouver des effectifs ont souvent obligé certains directeurs à continuer à aller chercher du personnel médical au-delà des frontières.

Dans le meilleur des cas, ils bénéficient de contrats à durée déterminée qui ne sont pas toujours renouvelés, et deviennent en quelque sorte des intérimaires de luxe, assistants ou vacataires, payés entre 30 et 50 % moins cher que leurs confrères diplômés en France. Parfois, ils sont même obligés d'accepter des postes sous-qualifiés. Les spécialistes, chirurgiens notamment, n'ont pas la possibilité d'exercer dans leur domaine. Ils sont au mieux généralistes. La plupart du temps, ils assurent les permanences de nuit ou travaillent dans les services d'urgences où les tâches sont les plus difficiles et les plus fatigantes.

La menace de grève lancée par le SNPADHUE a, dans ce contexte, été entendue. Ses représentants ont été reçus au ministère de la Santé et ont obtenu plusieurs engagements. Ils ont du coup renoncé à appeler à l'arrêt du travail. Le tarif des astreintes devrait ainsi être aligné sur celui des médecins diplômés en France, à hauteur de 238 euros. D'autre part, une commission d'évaluation des connaissances doit être mise en place pour donner accès aux médecins étrangers à «un plein exercice» lorsqu'ils ont travaillé cinq ans en France. Et surtout, une augmentation significative du nombre de postes ouverts chaque année a été concédée. Il devrait désormais être de 600 au lieu de 200.

VALÉRIE GAS

Article publié le 15/09/2015 ; dernière mise à jour le 15/09/2015

Article disponible sur : <http://www1.rfi.fr/actufr/articles/069/article_38562.asp>

(consulté le 18/02/2015)

Annexe 2 : Article paru dans le journal *Le Point* le 31 janvier 2012

La médecine française a elle aussi ses sans-papiers !

En France, 4 000 médecins diplômés en dehors de l'Union européenne exercent dans les hôpitaux publics. Sans statut, ni reconnaissance.

En France, les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) sont plus de 4 000. Ils exercent la médecine, parfois depuis plus de dix ans, sans pouvoir espérer voir leur salaire augmenter. © SIMON ISABELLE / SIPA

En France, ils sont 4 000, majoritairement de nationalité française. Ils viennent d'Algérie, du Sénégal, du Canada, de Russie ou encore du Liban. Ils exercent la médecine dans les hôpitaux publics hexagonaux depuis des années. Ils assurent la prise en charge des patients, effectuent des consultations, se rendent au bloc opératoire et réalisent gardes et autres astreintes. Mais au regard de la loi française, ces 4 000 "médecins de fortune" ne sont pas réellement des "docteurs". Pas en raison de leur nationalité. À cause de celle de leurs diplômes.

Ce sont les PADHUE, les praticiens à diplôme hors Union européenne. Leur particularité : ils pourraient exercer librement la médecine dans leur pays d'origine puisqu'ils en sont diplômés. Seulement la France ne reconnaît pas leur diplôme. Du coup, le libre exercice de la médecine en France leur est interdit. Concrètement, les PADHUE ne peuvent aspirer qu'à des postes au sein d'établissements publics de santé. Pourtant, leur importance dans le système français de santé est capitale.

"Je ne connais pas un établissement hospitalier qui pourrait se passer de ses PADHUE. Ils sont incontournables pour le bon fonctionnement du service public de santé français", explique Hocine Saal, secrétaire général du syndicat national des PADHUE. Un constat largement partagé par Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) : "Enlevez les PADHUE et il faudra fermer tous les hôpitaux qui disposent

de services de permanence de soins. Au Samu, aux urgences, en chirurgie ou en neurochirurgie, les PADHUE sont légion. Ils assurent les gardes, les astreintes et travaillent les jours fériés. Ils sont indispensables."

Précarité

Alors si dans les faits les PADHUE exercent effectivement la médecine, d'un point de vue administratif, ce ne sont pas des médecins. Du moins, ils ne répondent pas à l'appellation "docteur en médecine". Pour prétendre à cette consécration synonyme d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins, les PADHUE doivent se soumettre à un long processus d'évaluation dont l'étape principale passe par la validation de la PAE, la procédure d'autorisation d'exercice. Sans cela, les PADHUE ne peuvent espérer aucune évolution, ni de leur carrière ni de leur salaire. D'ailleurs, pour les mêmes tâches exercées, la rémunération des praticiens à diplôme hors Union européenne est moitié moins importante que celle de leurs confrères diplômés en France. Une précarité certaine qui dure depuis de nombreuses années.

Depuis les sept années qu'elle exerce en France, Widad Abdi a pu mesurer l'ampleur du problème. À 34 ans, elle pratique l'anesthésie depuis plus de dix ans : "J'ai toujours eu le même statut. Du coup, j'ai le même salaire depuis mon arrivée en France, c'est-à-dire celui des internes à leur tout début. Sauf qu'eux, ils ont connu une évolution traditionnelle : je les ai vus prendre du galon, devenir chefs de clinique ou praticiens hospitaliers, avec les responsabilités et les salaires qui vont avec. Moi je n'ai pas bougé."

La raison de cette différence de traitement : à l'heure de la mondialisation de la médecine, la reconnaissance des diplômes étrangers n'est pas automatique. Seuls les ressortissants communautaires (membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen) voient leurs diplômes validés quasi automatiquement. Pour les autres, il faut en passer par la PAE. La communauté médicale souhaite par là préserver le niveau de son système de santé en s'assurant que "les nouveaux entrants ont le niveau". Sur le fond, personne ne conteste l'existence d'un système d'évaluation. "La France ne peut pas se permettre de faire n'importe quoi en faisant venir n'importe qui. Il faut maintenir le niveau d'excellence de la médecine française, c'est une évidence, personne ne revient sur ce point", tient à préciser Hocine Saal.

La PAE en question

Ce qui est moins unanimement admis, c'est la forme de la PAE, jugée nébuleuse et aléatoire par certains. Elle soulève certains points d'interrogation et parfois même des points d'exclamation, à l'instar du docteur Patrick Pelloux qui pointe du doigt ce système : "C'est ridicule ! La PAE ne veut rien dire. Elle n'est pas adaptée à la réalité du terrain."

Car concrètement, les praticiens à diplômes hors Union européenne doivent d'abord se soumettre à un concours drastique (en 2009, selon le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers, 165 postes étaient disponibles pour 1 078 candidats) avant de passer devant une commission composée de représentants de la communauté médicale. Cet aréopage rendra

ensuite un avis définitif sur le praticien, lui autorisant ou non le libre exercice de la médecine en France.

Ce processus est très lourd et rares sont les élus. Widad Abdi est l'auteur de plusieurs publications renommées dans sa discipline, l'anesthésie, et pourtant : "En 2010, en anesthésie, nous étions environ 300 candidats pour 10 à 15 postes. À chaque fois, j'ai bien plus de la moyenne et je n'ai jamais été reçue. D'autant que je n'ai jamais compris les grilles de notation des examinateurs. Sur deux années, pour la même matière, j'ai eu plus de 6 points d'écart entre les deux notes."

"Ce dispositif est beaucoup trop lourd. Il y a par exemple des épreuves de connaissances du français ! Pourquoi ne pas faire passer des épreuves sportives aussi tant qu'on y est ? Il faut arrêter avec l'hypocrisie. Si ces personnes-là exercent depuis des années, c'est bien qu'elles sont compétentes ! Sinon personne dans le monde médical ne les ferait travailler", s'insurge Patrick Pelloux.

Compétences

Il apparaît pourtant difficile d'assurer que les 4 000 PADHUE soient tous du même niveau. Certaines voix s'élèvent d'ailleurs contre ce postulat. "On ne peut présager de rien. L'hypocrisie, c'est aussi de fermer les yeux sur la compétence véritable des PADHUE sous prétexte qu'ils rendent des services à certains hôpitaux, tempère le professeur Benoît Schlemmer, vice-président de la Conférence des doyens des facultés de médecine. Car dans les zones géographiques qui pâtissent d'une faible démographie médicale, les PADHUE incarnent effectivement une solution toute trouvée pour les hôpitaux de petite et moyenne taille. Par exemple, dans l'Orne, à l'hôpital d'Argentan, 40 % des spécialistes sont des PADHUE tandis qu'ils représentent plus d'un tiers des médecins au centre psychothérapique d'Alençon.

"Le système hospitalier fonctionne cahin-caha. Les PADHUE assurent des fonctions que d'autres ne veulent pas forcément faire et, en parallèle, les hôpitaux français ont un énorme besoin en médecins. Avec la PAE, ce n'est pas l'idéal, mais on se dirige vers un système plus juste et moins hypocrite", précise Benoît Schlemmer.

Urgence de la situation

C'est un texte voté - dans l'urgence - qui va permettre de donner une bouffée d'oxygène aux PADHUE. Car, en plus de la polémique sur la PAE, c'est un tout autre problème dont se saisit la communauté médicale : le départ imminent de tous les PADHUE de France. Le Parlement a définitivement adopté le 24 janvier dernier une loi sans laquelle tous les praticiens à diplôme hors Union européenne n'ayant pas validé leur PAE au 31 décembre 2011 se seraient vus frappés d'interdiction d'exercice de la médecine sur le sol français. En tout, 4 000 praticiens à diplôme hors Union européenne se seraient retrouvés dans l'illégalité la plus totale à compter du 1er janvier 2012 et auraient dû quitter la France pour exercer la médecine dans leur "pays de diplôme".

"On ne pouvait pas accepter que tous les PADHUE ne puissent plus exercer la médecine alors que la plupart sont là depuis des années. La FHF (Fédération hospitalière de France, NDLR) est d'ailleurs montée au créneau pour alerter les autorités ministérielles. Il a fallu mettre en place une procédure d'urgence, mais à présent, le processus est plus juste même s'il faut encore attendre les modalités d'application", souligne Cédric Arcos, directeur de cabinet à la FHF, porte-parole des établissements publics de santé.

Dorénavant, les praticiens à diplômes hors Union européenne recrutés en France entre 2004 et 2010 ont jusqu'à fin 2016 pour valider leur PAE. Mais pas seulement. Nouveauté de taille : les PADHUE peuvent désormais passer un examen et non plus le concours drastique redouté par tous. La moyenne devient le seul obstacle. Alors même s'il faut encore attendre la publication des décrets d'application pour effacer toutes les préoccupations, une porte s'ouvre avec cette loi pour les 4 000 praticiens à diplôme hors Union européenne qui exercent la médecine dans les hôpitaux français depuis 2004. Celle de faire reconnaître leur diplôme et leur qualité de médecin. En espérant que tout puisse enfin rentrer dans l'ordre. Et les PADHUE aussi...

ALEXANDRE FERRET

Article publié le 31/01/2012 ; dernière mise à jour le31/01/2012

Article disponible sur : < http://www.lepoint.fr/sante/la-medecine-francaise-a-elle-aussi-ses-sans-papiers-31-01-2012-1425769_40.php>

(consulté le 18/02/2015)

Annexe 3 : Conditions légales de l'exercice de la médecine en France

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

CONDITIONS LÉGALES D'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN FRANCE

Pour exercer la profession de médecin en France, le médecin doit satisfaire aux trois conditions cumulatives prévues à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique :

1. avoir la nationalité prévue par ce texte ;
2. être titulaire des diplômes prévus à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique ;
3. être inscrit au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Par dérogation, des médecins, qui ne satisfont pas à l'une ou l'autre, voire aux deux premières conditions posées à l'article L.41111 du code de la santé publique peuvent être autorisés à exercer la profession de médecin, par arrêté individuel du ministre de la santé.

L'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire pour tout médecin exerçant sur le territoire français sous peine de poursuites pour exercice illégal de la médecine (article L.4161-1 du code de la santé publique ; sanction : 2 ans d'emprisonnement, 30 000 euros d'amende – article L.4161-5 du code de la santé publique).

Sont dispensés de cette obligation :

- les médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées (article L. 4112-6 du code de la santé publique) ;
- les médecins ayant la qualité de fonctionnaire de l'État ou d'agent titulaire d'une collectivité locale qui ne sont pas appelés dans l'exercice de leurs fonctions à pratiquer la médecine ;
- les médecins ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Accord sur l'Espace économique européen effectuant une libre prestation de services (article L. 4112-7 du code de la santé publique).

SITUATIONS
PARTICULIÈRES

1. Le remplaçant d'un médecin

Par dérogation aux conditions légales rappelées ci-dessus, l'article L.4131-2 du code de la santé publique autorise les étudiants en médecine :

1. qui ont validé un 2ème cycle d'études médicales en France ou dans un État européen,
2. qui sont inscrits en 3ème cycle des études médicales en France
3. et qui répondent aux conditions de formation fixées par décret

à exercer la médecine, par dérogation aux exigences de diplômes, soit à titre de remplaçant d'un médecin, soit comme adjoint d'un médecin en cas d'afflux exceptionnel de population constaté par un arrêté préfectoral.

Le remplaçant exerce sous sa seule responsabilité, en lieu et place du médecin remplacé. Pendant la durée du remplacement, il relève de la juridiction disciplinaire.

2. Les internes en médecine

« *L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* » (article R. 6153-3 du code de la santé publique).

La délégation ne comprend pas la faculté de signer les certificats et documents mentionnés à l'article 76 du code de déontologie médicale dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires. N'ayant pas la pleine capacité d'exercice, ils ne peuvent pas signer les certificats de décès, d'admission, de 24 heures ou de quinzaine prévus pour les hospitalisations en soins psychiatriques sans consentement (circulaire DGS/554/OD du 8 décembre 1988).

3. Le stage chez le praticien

Les étudiants en médecine suivent une formation d'un ou plusieurs semestres dans des lieux de stages agréés ou auprès de praticiens agréés-maîtres de stage des universités, déterminés pour chaque diplôme d'études spécialisées et chaque diplôme d'études spécialisées complémentaires dans les maquettes de formation (article 15 du décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 modifié relatif au troisième cycle des études médicales).

Pour les étudiants en médecine générale, le stage chez le praticien comporte une phase d'observation au cours de laquelle l'étudiant se familiarise avec son environnement, une phase semi-active durant laquelle il exécute des actes en présence du maître de stage et

une phase active pendant laquelle il effectue seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir si besoin.

4. Les praticiens attachés, attachés associés, assistants associés

Ces médecins assurent leurs fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle ils sont affectés ou de l'un de ses collaborateurs médecin, inscrit au tableau de l'Ordre. Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante et sont associés à la permanence des soins (article R. 6152-538 du code de la santé publique ; article R. 6152-632 du code de la santé publique). Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements.

Document disponible sur :

<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditions_legales_exercice.pdf>

(consulté le 09/07/2014)

Annexe 4 : Liste des structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes

La région Poitou-Charentes compte un total de 30 structures hospitalières publiques au sein de ses quatre départements :

-Dans le département de la Vienne (86) : le centre hospitalier universitaire de Poitiers La Milétrie; le centre hospitalier spécialisé Henri Laborit (Poitiers); le centre hospitalier Renaudot (Loudun); le centre hospitalier Camille Guérin (Châtellerault); le centre hospitalier de Montmorillon; le centre hospitalier de Lusignan (ex-hôpital local);

-Dans le département des Deux-Sèvres (79) : le centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres (Parthenay, Bressuire et Thouars); le centre hospitalier de Niort; l'hôpital local de Melle; l'hôpital local de Mauléon; l'hôpital local de Saint-Maixent-l'École;

-Dans le département de la Charente (16) : le centre hospitalier de Ruffec; le centre hospitalier d'Angoulême; le centre hospitalier spécialisé Camille Claudel (la Couronne); le centre hospitalier Labajouderie (Confolens); le centre hospitalier intercommunal du pays de Cognac; le centre hospitalier du Sud-Charente (Barbezieux et Touvérac); le centre hospitalier de La Rochefoucauld (ex-hôpital local) ; le centre hospitalier de Châteauneuf (ex-hôpital local);

-Dans le département de la Charente-Maritime (17) : le centre hospitalier Saint-Louis (La Rochelle) ; le centre hospitalier spécialisé Marius Lacroix (La Rochelle) ; le centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély; le centre hospitalier de Saintonge (Saintes); le centre hospitalier de Rochefort-sur-Mer; le centre hospitalier de Boscamnant; le centre hospitalier de Royan; le centre hospitalier de Jonzac; l'hôpital local Dubois Meynardie (Marennes); l'hôpital local Saint Honoré (Saint-Martin-de-Ré); l'hôpital local de Saint-Pierre-d'Oléron.

Annexe 5 : Extrait du tableau 1 concernant les effectifs globaux des hôpitaux au 1er janvier 2011

Répartition des praticiens au 1er janvier 2011 (CH H.Laborit)	Hommes	Femmes	TOTAL
Diplôme de docteur en médecine UE			
Diplôme de docteur en médecine HorsUE			
TOTAL des praticiens			
Pays d'obtention du doctorat en UE	**Hommes**	**Femmes**	**TOTAL**
Allemagne			
Autriche			
Belgique			
Bulgarie			
Chypre			
Danemark			
Espagne			
Estonie			
Finlande			
France			
Grèce			
Hongrie			
Irlande			
Italie			
Lettonie			
Lituanie			
Luxembourg			
Malte			
Pays-Bas			
Pologne			
Portugal			
République Tchèque			
Roumanie			
Royaume-Uni			
Slovaquie			
Slovénie			
Suède			
TOTAL Praticien Diplômés en UE			

Annexe 6 : Extrait du tableau 1 concernant les effectifs globaux des hôpitaux au 1er janvier 1995

Répartition des praticiens au 1er janvier 1995 (CH H.Laborit)	Hommes	Femmes	TOTAL
Diplôme de docteur en médecine UE			
Diplôme de docteur en médecine HorsUE			
TOTAL des praticiens			
Pays d'obtention du doctorat en UE	**Hommes**	**Femmes**	**TOTAL**
Allemagne			
Autriche			
Belgique			
Danemark			
Espagne			
Finlande			
France			
Grèce			
Irlande			
Italie			
Luxembourg			
Pays-Bas			
Portugal			
Royaume-Uni			
Suède			
TOTAL Praticien Diplômés en UE			

Annexe 7 : Extrait du tableau 2 concernant les PADHUE exerçant dans les hôpitaux au 1er janvier 2011 et liste des variables

Sexe	Année de naissance	Pays de naissance	Nationalité	Année obtention nationalité française	Pays d'obtention du doctorat	Pays d'obtention de la spécialité

Les 17 variables du tableau 2 sont les suivantes :

le sexe, l'année de naissance, le pays de naissance, la ou les nationalité(s), l'année d'obtention de la nationalité française (si le praticien l'a obtenue), le pays d'obtention du doctorat de médecine, le pays d'obtention de la spécialité (si le praticien est titulaire d'un diplôme de spécialité), le statut, le concours ou la procédure d'autorisation d'exercice et son année d'obtention (si le médecin a obtenu une autorisation), l'année d'inscription au CNOM (si le médecin a obtenu la plénitude d'exercice), le service d'affectation, la date du premier recrutement dans l'hôpital, la date du dernier recrutement dans l'hôpital (si celle-ci diffère de la date du premier recrutement), la durée du contrat en cours, et si le praticien est logé par l'hôpital.

Manuel de remplissage des tableaux *Excel* pour le recensement des Praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en Région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 et en 1995.

- **Ce recensement concerne l'intégralité des médecins qui ont obtenu leur doctorat de médecine dans un pays ne faisant pas partie de l'Union européenne. Par conséquent, quel que soit leur nationalité, quel que soit leur statut (de FFI à PH), qu'ils possèdent ou non la plénitude d'exercice, tous les praticiens à diplôme hors Union européenne doivent être recensés.**

Informations générales :

-Les informations sont collectées dans trois tableaux Excel:

- **1/ tableau Excel nombre et répartition des praticiens des hôpitaux en Poitou-Charentes ;**
- **2/ tableau Excel recensement PADHUE 2011 ;**
- **3/ tableau Excel recensement PADHUE 1995 ;**

-Le **tableau 1** a pour objectif de connaître **le nombre de praticiens** qui exercent dans les hôpitaux de la région Poitou-Charentes au **1er janvier 2011**. Ce tableau concerne également **la répartition par sexe**, le **nombre de praticiens diplômés en Union européenne et hors Union européenne** ainsi que les pays dans lesquels les praticiens diplômés en UE ont obtenu leur diplôme de médecine.

-Le **tableau 2** (dont les modalités sont inscrites dans une bande bleue) a pour objectif d'établir un **recensement des PADHUE** qui exercent dans les hôpitaux de la région Poitou-Charentes au **1er janvier 2011**.

-Le **tableau 3** (dont les modalités sont inscrites dans une bande orange) a pour objectif d'établir un **recensement des PADHUE** au **1er janvier 1995**. Le tableau 3 comporte moins de modalités que le tableau 2, car la législation en cours en 1995 ne permettait pas aux PADHUE d'avoir la plénitude d'exercice.

-**Merci de marquer l'intégralité des informations en caractère MAJUSCULE, de ne pas mettre d'accents, ni de cédilles,** et de respecter les informations de ce manuel afin de faciliter la saisie des données.

-**En cas d'absence d'information, indiquer NSP pour « ne sais pas » dans la case correspondante**.

-Pour d'éventuelles questions, contacter Victoire Cottereau

- À : Sexe : Indiquer F pour féminin, M pour Masculin.
- B : Année de naissance : Indiquer l'année de naissance du praticien. Ex : 1951.
- C : Pays de naissance : Indiquer le pays de naissance du praticien. Ex : MAROC.
- D : Nationalité : Indiquer la ou les nationalité(s) du praticien. Ex : FRANCAISE ET MAROCAINE.
- E : Année obtention nationalité française : Si le praticien possède la nationalité française, indiquer l'année d'obtention. Ex : 2002. Si le praticien ne la possède pas mettre -.
- F : Pays d'obtention du doctorat : Indiquer le pays dans lequel le praticien a obtenu son doctorat de médecine. Ex : MAROC.
- G : Pays d'obtention de la spécialité : Indiquer le pays dans lequel le praticien a obtenu son diplôme de spécialité (titulaire d'un DES/ DESC/ DIS). Ex : MAROC. Si le praticien ne possède pas de diplôme de spécialité mettre -.
- H : Spécialité : Si le praticien ne possède pas de spécialité, indiquer -. Si le praticien possède une spécialité (titulaire d'un DES/ DESC/ DIS), indiquer sa spécialité de la façon suivante :

  - ALLERGO pour Allergologie ;
  - ANATO pour Anatomie et Cytologie Pathologiques ;
  - ANDROLO pour Andrologie ;
  - ANESTHESIE pour Anesthésiologie-réanimation ;
  - ANGIO pour angiologie ;
  - BIOMED pour Biologie médicale ;
  - CARDIO pour Cardiologie et maladies vasculaires ;
  - DERMATO pour Dermatologie et vénérologie ;
  - ENDO pour Endocrinologie et métabolismes ;
  - GENEMED pour Génétique médicale ;
  - GASTRO pour Gastro-entérologie et hépatologie ;
  - GERIA pour Gériatrie ;
  - GYNECOMED pour Gynécologie médicale ;

- HEMATO pour Hématologie : hématologie maladies du sang ou hématologie onco-hématologie ;
- INFECTIO pour Infectiologie ;
- INFOMED pour Informatique Médicale et Technologies de l'Information ;
- INFOMEDDIM pour Information Médicale DIM ;
- MEDANTI pour Médecine anti-âge : morphologique et anti-âge ;
- MEDGENE pour Médecine générale ;
- MEDTRA pour Médecine du travail ;
- MEDPHY pour Médecine physique et de réadaptation ;
- MEDINT pour Médecine interne ;
- MEDNUC pour Médecine nucléaire ;
- MEDURGENCE pour Médecine d'urgence ;
- MEDHYPER pour Médecine hyperbare ;
- MEDLEGALE pour Médecine légale ;
- MEDNUTRI pour Médecine nutritionnelle
- NEPHRO pour Néphrologie ;
- NEUROLO pour Neurologie ;
- ONCOMED pour Oncologie médicale ;
- ONCORAD pour Oncologie radiothérapique ou Radiothérapie ;
- PEDIATRIE pour Pédiatrie ;
- PHARMA pour Pharmacologie ;
- PNEUMO pour Pneumologie ;
- PSY pour Psychiatrie ;
- RHUMATO pour Rhumatologie ;
- SANTEPUB Santé publique et médecine sociale ;
- RADIO pour Radiodiagnostic et Imagerie médicale ;

- AUTRE : NOM DE LA SPECIALITE EN TOUTES LETTRES pour les autres spécialités ;

- I : Statut : Indiquer le statut du praticien, qu'il possède ou non la plénitude d'exercice, de la façon suivante : PH pour Praticien Hospitalier ; PAC pour Praticien adjoint contractuel ; PC pour Praticien contractuel ; PAA pour Praticien Attaché Associé ; ASA pour Assistant Spécialiste Associé ; AGA pour Assistant Généraliste Associé ; FFI pour Faisant Fonction d'Interne ; AUTRE : LE STATUT EN TOUTES LETTRES si le praticien possède un autre statut.

- J : Concours ou procédure d'autorisation d'exercice obtenue : Si le praticien a obtenu une procédure ou un concours d'autorisation d'exercice, indiquer son nom de la façon suivante : PAC pour le concours de Praticien Adjoint Contractuel ; CSCT pour le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique ; NPA pour la Nouvelle procédure d'autorisation d'exercice ; PAE pour la procédure d'autorisation d'exercice ; AUTRE : LE NOM DE LA PROCEDURE OU DU DIPLOME EN TOUTES LETTRES s'il s'agit d'une autre procédure d'autorisation d'exercice. Si le praticien n'a pas obtenu de procédure ou de concours d'autorisation d'exercice, indiquer -.

- K : Année d'obtention : Si le praticien a obtenu une procédure ou un concours d'autorisation d'exercice, indiquer l'année à laquelle il l'a obtenu. Ex : 2002. Si le praticien n'a pas obtenu de procédure ou de concours d'autorisation d'exercice, indiquer -.

- L : Année d'inscription au CNOM : Si le praticien possède la plénitude d'exercice de la médecine, indiquer l'année de son inscription au Conseil National de l'Ordre des médecins. Ex : 2002. Si le praticien ne possède pas la plénitude d'exercice, indiquer -.

- M : Service d'affectation : Indiquer le service d'affectation du praticien de la façon suivante :

  - ALGO pour Algologie ;

  - ANESTHESIE pour Anesthésie ;

  - ANGIO pour Angiologie ;

  - BIOMED pour Biologie médicale ;

  - CANCERO pour Cancérologie ;

  - CARDIO pour Cardiologie ;

  - CHIRGENE pour Chirurgie générale ;

  - CHIRORTHO pour Chirurgie orthopédique et traumatologique ;

  - CHIRPEDIA pour Chirurgie pédiatrique ;

  - CHIRPLAS pour Chirurgie plastique ;

  - CHIRURO pour Chirurgie urologique ;

  - CHIRVAS pour Chirurgie vasculaire ;

  - CHIRVIS pour Chirurgie viscérale et chirurgie de l'obésité ;

  - DERMATO pour Dermatologie ;

- DIABETO pour Diabétologie ;

- GASTRO pour Gastro-entérologie ;

- GERIA pour Gériatrie ;

- GERONTO pour Gérontologie ;

- GYNECOOBS pour Gynécologie obstétrique ;

- GYNECOMED pour Gynécologie médicale ;

- HEMATO pour Hématologie ;

- HEPATO pour Hépato-gastro-entérologie et assistance nutritive ;

- IMAGERIE pour Imagerie médicale ;

- MEDINT1 pour Médecine interne (endocrinologie et maladies métaboliques) ;

- MEDINT2 pour Médecine interne (maladies infectieuses et tropicales) ;

- MEDGENE pour médecine générale ;

- MEDPOLY pour Médecine polyvalente ;

- NEONATO pour Néonatologie ;

- NEPHRO pour Néphrologie-hémodialyse et transplantation rénale ;

- NEUROCHIR pour Neurochirurgie ;

- NEUROLO pour Neurologie ;

- NEUROPHY pour Neurophysiologie clinique ;

- ODON pour Odontologie ;

- ONCO pour Oncologie ;

- OPHTALMO pour Ophtalmologie ;

- ORL pour ORL, Chirurgie maxillo-faciale et audiophonologie ;

- ORTHO pour Orthopédie-traumatologie ;

- PEDIATRIE pour Pédiatrie ;

- PHARMA pour Pharmacie ;

- PNEUMO pour Pneumologie ;

- PSY pour Psychiatrie et/ou Pédopsychiatrie ;

- RADIO pour Radiologie;

- RADIOTHE pour Radiothérapie ;

- REAPOLY pour Réanimation polyvalente ;

- SCINTI pour Scintigraphie ;

- STOMATO pour Stomatologie ;

- URGENCES pour Urgences-SAMU-SMUR ;

- URO pour Urologie ;

- AUTRE : NOM DU SERVICE EN TOUTES LETTRES pour les autres services ;

- N : Date du 1er recrutement dans l'hôpital: Indiquer la date à laquelle le praticien a été recruté pour la première fois dans l'hôpital de la façon suivante : 00/00/0000

- : Date du dernier recrutement dans l'hôpital: Indiquer la date du dernier recrutement du praticien de la façon suivante : 00/00/0000. S'il s'agit du premier recrutement du praticien, indiquer la même date que celle de la colonne M. Ne pas indiquer les renouvellements de contrats, car il s'agit de mettre en avant un éventuel temps de « rupture » où le praticien n'exerçait plus dans l'hôpital.

- P : Durée du contrat (en cours) : Indiquer la durée du contrat du praticien de la façon suivante :

  - 6 pour six mois ;

  - 12 pour douze mois ;

  - 24 pour vingt-quatre mois ;

  - 36 pour trente-six mois ;

  - CNG pour les médecins nommés par arrêté par le Centre national de Gestion (pas de contrat) ;

  - AUTRE : DURÉE DU CONTRAT pour les autres contrats.

- Q : Logé par l'hôpital : Indiquer OUI si le praticien est logé par l'hôpital et NON si le praticien n'est pas logé par l'hôpital.

Annexe 9 : Liste des praticiens rencontrés

N°	Identifiant	Sexe	Année de naissance	Pays de naissance	Pays d'obtention du doctorat	Année d'arrivée en France	Statut professionnel au moment de l'enquête	Service d'affectation au moment de l'enquête
1	Nahid	H	1976	France	Syrie	2004	PAA	Anesthésie-réanimation
2	Assim	H	1958	Maroc	Maroc	1988	PH	Radiologie
3	Abdoulaye	H	1959	Niger	Niger	2002	PAA	Urgences
4	Farid	H	1966	Algérie	Algérie	1991	PH	Angiologie
5	Ando	H	1982	Madagascar	Madagascar	2007	FFI	Psychiatrie
6	Linda	F	1975	Liban	Tunisie	2007	PAA	Médecine polyvalente
7	Mourad	H	1971	Syrie	Syrie	2001	PAA	Urgences
8	Manjary	H	1968	Madagascar	Madagascar	2000	ASA	Urgences
9	Jean	H	1967	Liban	Liban	1999	PAA	Médecine polyvalente
10	Sofiane	H	1978	Maroc	Maroc	2004	ASA	Gynécologie médicale
11	Mahandry	H	1969	Madagascar	Madagascar	1997	PAA	Médecine (Gériatrie)
12	Abbad	H	1963	Maroc	Maroc	1992	PH	Urgences
13	Saïd	H	1961	Maroc	Maroc	1990	PH	Urgences
14	Hassan	H	1955	Maroc	Maroc	1985	PAA	Urgences
15	Medhi	H	1975	Tunisie	Tunisie	2001	ASA	Gynécologie obstétrique
16	Bachir	H	1968	Liban	URSS	2006	FFI	Psychiatrie
17	Youssef	H	1957	Maroc	Maroc	1987	PH	Radiologie
18	Charif	H	1956	Maroc	Maroc	1984	PH	Psychiatrie
19	Malala	F	1968	Madagascar	Madagascar	2003	PAA	Gynécologie obstétrique
20	Leïla	F	1958	Algérie	Algérie	1993	AA	Urgences
21	Stela	F	1977	Roumanie	Roumanie	2005	PHC	Chirurgie
22	Hady	H		Liban	Espagne			
23	Xiang	F	1963	Chine	Chine	1990	PH	Radiothérapie
24	Oana	F	1971	Roumanie	Roumanie	2012	PHC	Radiologie
25	Camelia	F	1977	Roumanie	Roumanie	2005	PHC	Médecine (Gériatrie)
26	Nicoleta	F	1966	Roumanie	Roumanie	2009	PAA	Urgences et Médecine
27	Tarek	H	1958	Maroc	Algérie	2004	PAA	Médecine (Gériatrie)
28	Rahim	H	1956	Liban	Maroc	1987	PAA	Urgences
29	Aziz	H	1981	Algérie	Algérie	2010	PAA	Psychiatrie
30	Olivier	H	1967	Madagascar	Madagascar	2000	PAA	Urgences
31	Gabriel	H	1960	Égypte	Égypte	1988	PH	Urgences

32	Rodica	F	1979	Roumanie	Roumanie	2010	PHC	Médecine interne
33	Carlos	H	1952	Colombie	Colombie	1992	PAA	Urgences
34	Georgeta	F	1971	Roumanie	Roumanie	2008	PH	Médecine interne
35	Bertin	H	1965	Madagascar	Madagascar	2002	PAA	Urgences
36	Sariaka	F	1974	Madagascar	Madagascar	2003	PAA	Psychiatrie
37	Djamel	H	1969	Algérie	Algérie	2003	PAA	Psychiatrie
38	Ali	H	1954	Maroc	Algérie	1992	PH	Urgences
39	Sorina	F	1969	Roumanie	Roumanie	2011	PHC	Radiologie
40	Kamel	H	1964	Algérie	Algérie	1991	PH	Gynécologie obstétrique
41	Khalid	H	1957	Maroc	Maroc	1990	PH	Urgences
42	Ibrahim	H	1965	Algérie	Algérie		PH	Pneumologie
43	Nacer	H	1955	Maroc	Maroc	1982	PH	Urgences
44	Mohamed	H	1961	Algérie	Algérie	1989	PAA	Urgences
45	Issam	H	1975	Irak	Irak	2002	PAA	Médecine
46	Amadou	H	1967	Bénin	Bénin	2002	PAA	Urgences
47	Diego	H	1961	Colombie	Colombie	1992	PH	Urgences
48	Maamar	H	1957	Maroc	Maroc	1989	PH	SAMU
49	Marius	H	1973	République centrafricaine	Maroc	2003	PAA	Médecine
50	Régis	H	1970	Bénin	Bénin	2002	PAA	Médecine
51	Laura	F	1964	Roumanie	Roumanie	2009	PH	Radiologie
52	Asad	H	1965	Algérie	Algérie	1991	PH	Urgences
53	Sylvia	F	1968	Roumanie	Roumanie	1992	PH	Urgences
54	Chakib	H	1965	Algérie	Algérie	1990	PH	Urgences
55	Ana	F	1957	Roumanie	Roumanie	1989	PH	Urgences
56	Idris	H	1960	Algérie	Algérie	1990	PAA	Urgences
57	Larbi	H	1964	Maroc	Maroc	1984	PH	Pédiatrie
58	Jules	H	1953	République centrafricaine	URSS	1983	PAA	Chirurgie
59	Héléna	F	1970	Roumanie	Roumanie	2011	PHC	Oncologie
60	Grégoire	H	1960	Togo	Togo	1989	PAA	Gynécologie obstétrique
61	Véronica	F	1977	Roumanie	Roumanie	2011	PHC	Radiologie

Réalisation : Victoire Cottereau (novembre 2014©)

Annexe 10 : Effectifs et pourcentages de médecins dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011

ID	Etablissements	Hommes UE	% Hommes UE	Femmes UE	% Femmes UE	TOTAL EU	% UE	Hommes Hors UE	% Hommes HUE	Femmes Hors UE	% Femmes HUE	TOTAL HUE	% HUE	TOTAL PRATICIENS
1	CHU POITIERS	265	53,9%	215	43,7%	480	97,6%	10	2,0%	2	0,4%	12	2,4%	492
2	CH LABORIT	26	43,3%	34	56,7%	60	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	60
3	CH LOUDUN	16	80,0%	2	10,0%	18	90,0%	2	10,0%	0	0,0%	2	10,0%	20
4	CH CHATELLERAULT	35	52,2%	26	38,8%	61	91,0%	3	4,5%	3	4,5%	6	9,0%	67
5	CH MONTMORILLON	11	57,9%	5	26,3%	16	84,2%	3	15,8%	0	0,0%	3	15,8%	19
6	HL LUSIGNAN	2	40,0%	2	40,0%	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	1	20,0%	5
7	CHNDS	53	43,4%	22	18,0%	75	61,5%	40	32,8%	7	5,7%	47	38,5%	122
8	HL MAULEON	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3
9	CH NIORT	124	47,0%	116	43,9%	240	90,9%	22	8,3%	2	0,8%	24	9,1%	264
10	HL ST MAIXENT	3	42,9%	4	57,1%	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7
11	HL MELLE	2	40,0%	2	40,0%	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	1	20,0%	5
12	CH RUFFEC	5	41,7%	2	16,7%	7	58,3%	5	41,7%	0	0,0%	5	41,7%	12
13	CH ANGOULEME	85	52,1%	69	42,3%	154	94,5%	6	3,7%	3	1,8%	9	5,5%	163
14	CH CLAUDEL	18	43,9%	22	53,7%	40	97,6%	0	0,0%	1	2,4%	1	2,4%	41
15	CH CONFOLENS	19	67,9%	9	32,1%	28	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	28
16	CH COGNAC	18	41,9%	16	37,2%	34	79,1%	9	20,9%	0	0,0%	9	20,9%	43
17	CH BARBEZIEUX	16	47,1%	8	23,5%	24	70,6%	9	26,5%	1	2,9%	10	29,4%	34
18	HL LA ROCHEFOUCAULD	3	42,9%	4	57,1%	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7
19	HL CHATEAUNEUF	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
20	CH ST JEAN D'ANGELY	19	40,4%	10	21,3%	29	61,7%	16	34,0%	2	4,3%	18	38,3%	47
21	CH SAINTONGE	72	50,3%	53	37,1%	125	87,4%	16	11,2%	2	1,4%	18	12,6%	143
22	CH ROCHEFORT	56	59,6%	32	34,0%	88	93,6%	4	4,3%	2	2,1%	6	6,4%	94
23	CH BOSCAMNANT	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5
24	CH ROYAN	32	62,7%	13	25,5%	45	88,2%	6	11,8%	0	0,0%	6	11,8%	51
25	CH JONZAC	44	66,7%	14	21,2%	58	87,9%	7	10,6%	1	1,5%	8	12,1%	66
26	HL MARENNES	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0
27	CH LA ROCHELLE	150	53,6%	129	46,1%	279	99,6%	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%	280
28	HL ST MARTIN	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3
29	HL ST PIERRE OLERON	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
	TOTAL	1084	51,9%	817	39,1%	1901	91,0%	161	7,7%	26	1,2%	187	9,0%	2088

Annexe 11: Effectifs et pourcentages des pays d'obtention du doctorat des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011

Pays d'obtention du doctorat	Effectifs	Pourcentages
AFGHANISTAN	1	0,5 %
ALGÉRIE	56	29,9 %
BÉNIN	2	1,1 %
BURUNDI	1	0,5 %
CAMBODGE	1	0,5 %
CAMEROUN	2	1,1 %
CHINE	1	0,5 %
COLOMBIE	3	1,6 %
COTE D'IVOIRE	1	0,5 %
ÉGYPTE	3	1,6 %
IRAK	3	1,6 %
JORDANIE	1	0,5 %
LIBAN	5	2,7 %
MADAGASCAR	18	9,6 %
MALI	1	0,5 %
MAROC	43	23,0 %
NIGER	1	0,5 %
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	2	1,1 %
RUSSIE	4	2,1 %
SÉNÉGAL	2	1,1 %
SUISSE	1	0,5 %
SYRIE	21	11,2 %
TOGO	3	1,6 %
TUNISIE	5	2,7 %
UKRAINE	4	2,1 %
VIETNAM	1	0,5 %
Donnée manquante	1	0,5 %
TOTAL	187	100,0 %

Annexe 12 : Effectifs et pourcentages par lieux d'obtention du doctorat des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011

Lieux d'obtention du doctorat	Effectifs	Pourcentages
Afrique du Nord (Maghreb + Égypte)	107	57,2 %
Afrique Noire	33	17,6 %
Moyen-Orient	30	16,0 %
Asie	4	2,1 %
Europe (incluant la Russie)	9	4,8 %
Amérique du Sud	3	1,6 %
Donnée manquante	1	0,5 %
TOTAL	187	100,0 %

Annexe 13 : Effectifs et pourcentages des pays de naissance des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011

Pays de naissance	Effectifs	Pourcentages
AFGHANISTAN	1	0,5 %
ALGÉRIE	50	26,7 %
BÉNIN	2	1,1 %
BURUNDI	1	0,5 %
CAMBODGE	1	0,5 %
CAMEROUN	5	2,7 %
CHINE	1	0,5 %
COLOMBIE	3	1,6 %
COTE D'IVOIRE	1	0,5 %
ÉGYPTE	2	1,1 %
FRANCE	3	1,6 %
GRANDE-BRETAGNE	1	0,5 %
RÉPUBLIQUE DE MAURICE	1	0,5 %
IRAK	2	1,1 %
JORDANIE	1	0,5 %
LIBAN	13	7,0 %
MADAGASCAR	18	9,6 %
MAROC	41	21,9 %
NIGER	1	0,5 %
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE	2	1,1 %
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	2	1,1 %
SÉNÉGAL	2	1,1 %
SUISSE	1	0,5 %
SYRIE	21	11,2 %
TOGO	3	1,6 %
TUNISIE	5	2,7 %
UKRAINE	1	0,5 %
VIETNAM	1	0,5 %
Donnée manquante	1	0,5 %
TOTAL	187	100,0 %

Annexe 14 : La matrice biographique PADHUE

Matrice biographique PADHUE

-Numéro de la personne enquêtée : 1.14

Date : 10/10.2012 Heure : 09h.15

1/ En quelle **année** est née la personne ?

2/Quelles sont ces changements de **lieux de résidence** ?

3/ Avec qui vivait ou vit la personne ?
(1) parents,
(2) père,
(3) mère,
(4) autres membres de la famille,
(5) seul(e),
(6) colocation,
(7) union libre,
(8) mari ou femme,
(9) mari ou femme avec enfant(s),
(10) seul avec enfant(s)
(11) autre.

4/ Le **foyer** est :
(1) une propriété,
(2) une location,
(3) un logement à l'hôpital,
(4)autre…

Années 1	AGE	Lieux de résidence 2		Foyer 3	Type occup-ation du foyer 4	Etudes 5	Professions 6			Autre 7
		Pays	Villes				Métiers	Lieux d'emploi	statuts	
1957	**00**	MAROC	CASABLANCA	1	1					
1958	01									
1959	02									
1960	03									
1961	04									
1962	05									
1963	06									
1964	07									
1965	08									
1966	09									
1967	**10**									
1968	11									
1969	12									
1970	13									
1971	14									
1972	15									
1973	16									
1974	17									
1975	18									
1976	19									
1977	**20**									
1978	21									
1979	22					E				

1

5 /Etudes et **diplômes** :
-**E**, entrée à l'université
-**F**, fin de l'université
-marquer les autres diplômes obtenus

6/ Les **professions** de la personne, les lieux d'emploi et les statuts.

7/ Evénements particuliers comme l'obtention de la plénitude d'exercice, l'obtention de la nationalité française, l'inscription au tableau du CNOM, un accident…

Années 1	AGE	Lieux de résidence 2		Foyer 3	Type occup-ation du foyer 4	Etudes 5	Professions 6			Autre 7
		Pays	Villes				Métiers	Lieux d'emploi	statuts	
1980	23									
1981	24									
1982	25									
1983	26									
1984	27									
1985	28									
1986	29									
1987	**30**									
1988	31									
1989	32					F				
1990	33	FRANCE	ROYAN	9	2		Urgentiste	CH ROYAN	FFI	
1991	34									
1992	35									
1993	36								Assistant Associé	
1994	37									
1995	38									
1996	39									
1997	**40**									
1998	41		ANGOULÊME		1	~~PAC~~	Urgentiste	CH ANGOULÊME	Attaché Associé	? NF*
1999	42					~~PAC~~	(SAMU)			
~~19~~2000	43									
~~19~~2001	44									
~~19~~2002	45					PAC OK				
~~19~~2003	46					CAMU			PAC	
~~19~~2004	47									
~~19~~2005	48									
~~19~~2006	49					PH OK	Urgentiste (Chef de Service)	CH COGNAC	PH	

* Nationalité Française

Années 1	AGE	Lieux de résidence 2		Foyer 3	Type occup-ation du foyer 4	Etudes 5	Professions 6			Autre 7
		Pays	Villes				Métiers	Lieux d'emploi	statuts	
~~19~~2007	**50**									
~~19~~2008	51									
~~19~~2009	52									
~~19~~2010	53									
~~19~~2011	54									
~~19~~2012	55									
19	56									
19	57									
19	58									
19	59									
19	**60**									
19	61									
19	62									
19	63									
19	64									
19	65									
19	66									
19	67									
19	68									
19	69									
19	**70**									

→ Commerçants

→ Mère au Foyer

8/ Famille :

-Colonne COM : (il s'agit de la vie commune de la personne enquêtée)

-V pour le début ou la fin d'une vie commune avec parent(s), conjoint(s), ou enfant(s).

- F pour la fin d'une vie commune.

-Colonne UNION :

- U pour le début d'une union.

- F pour la fin d'une union.

-Colonne VIE :

- N pour une naissance.

- D pour un décès.

Famille 8

Années	AGE	Père			Mère			Conjoint 1			Conjoint 2			Conjoint 3			Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3		Enfant 4		Enfant 5		Enfant 6		Enfant 7	
		A.nais. 1919			A.nais. 1930			A.nais. 1965			A.nais			A.nais			H ☒ F ☐		H ☐ F ☒		H ☐ F ☐		H ☐ F ☐		H ☐ F ☐		H ☐ F ☐		H ☐ F ☐	
		COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM
1957	00																														
1958	01																														
1959	02																														
1960	03																														
1961	04																														
1962	05																														
1963	06																														
1964	07																														
1965	08																														
1966	09																														
1967	10																														
1968	11																														
1969	12																														
1970	13																														
1971	14																														
1972	15																														
1973	16																														
1974	17																														
1975	18																														
1976	19																														
1977	20																														

Famille 8

Années	AGE	Père			Mère			Conjoint 1			Conjoint 2			Conjoint 3			Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3		Enfant 4		Enfant 5		Enfant 6		Enfant 7	
		COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM
1978	21																														
1979	22																														
1980	23																														
1981	24																														
1982	25																														
1983	26																														
1984	27																														
1985	28																														
1986	29																														
1987	**30**																														
1988	31																														
1989	32							V	U																						
1990	33	F			F																										
1991	34																N	V													
1992	35																														
1993	36																														
1994	37																		N	V											
1995	38																														
1996	39																														
1997	**40**																														
1998	41																														
1999	42																														
2000	43																														
2001	44																														
2002	45																														

Famille 8

Années	AGE	Père			Mère			Conjoint 1			Conjoint 2			Conjoint 3			Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3		Enfant 4		Enfant 5		Enfant 6		Enfant 7	
		COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	COM	UNION	VIE	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM	VIE	COM
~~19~~2003	46																														
~~19~~2004	47																														
~~19~~2005	48																														
~~19~~2006	49		F	D		F																									
~~19~~2007	**50**																														
~~19~~2008	51																														
~~19~~2009	52																														
~~19~~2010	53						D																								
~~19~~2011	54																														
~~19~~2012	55																														
19	56																														
19	57																														
19	58																														
19	59																														
19	**60**																														
19	61																														
19	62																														
19	63																														
19	64																														
19	65																														
19	66																														
19	67																														
19	68																														
19	69																														
19	**70**																														

Informations sur les frères et sœurs de l'enquêté(e):

	Sexe	Année de naissance	Pays de résidence	Ville de résidence	Profession
Frère ou sœur 1	H ☐ F ☒	1951	MAROC	CASABLANCA	Employée de Banque
Frère ou sœur 2	H ☐ F ☒	1954	MAROC	CASABLANCA	Mère au foyer
Frère ou sœur 3	H ☒ F ☐	1956	MAROC	CASABLANCA	Architecte
Frère ou sœur 4, Enquêté	H ☒ F ☐				
Frère ou sœur 5	H ☐ F ☒	1958	MAROC	CASABLANCA	Fonctionnaire
Frère ou sœur 6	H ☐ F ☒	1964	MAROC	CASABLANCA	Fonctionnaire
Frère ou sœur 7	H ☒ F ☐	1966	MAROC	CASABLANCA	Compositeur
Frère ou sœur 8	H ☐ F ☒	1968	ETATS-UNIS	KANSAS	Fonctionnaire
Frère ou sœur 9	H ☒ F ☐	1969	HOLLANDE	—	Recherche d'emploi
Frère ou sœur 10	H ☐ F ☐				

Informations complémentaires sur la famille :

Pas de famille en France.

Annexe 15 : Les thèmes abordés pour le remplissage de la matrice biographique avec les PADHUE et les médecins diplômés en Roumanie

- **La biographie familiale** :

❖ **Histoire matrimoniale de l'enquêté(e)**
-Le statut matrimonial de la personne interrogée au moment de l'enquête,
-Les mariages/PACS/Unions libres, divorces, séparations ou veuvages (éventuellement).

❖ **Le ou les conjoint(s) de l'enquêté(e)**
-Les années de naissance,
-Le pays et la ville de rencontre,
-Les périodes de vie commune,
-Les professions,
-Les années de décès (éventuellement),
-Les années d'arrivée en France (éventuellement).

❖ **Les enfants de l'enquêté**(e)
-Les années de naissance,
-Les lieux de naissance,
-Les années de décès (éventuellement),
-Les années de départ du logement familial et les raisons du départ (éventuellement),
-Les années d'arrivée en France (éventuellement).

❖ **Les origines familiales de l'enquêté(e)**
-L'année et le lieu de naissance de l'enquêté(e),
-Les années de naissance de ses parents,
-Les années et lieux de décès de ses parents (éventuellement),
-Le ou les lieux de vie des parents,
-Les professions des parents,
-Le nombre de frères et sœurs,
-Les années de naissances des frères et sœurs,
-Les lieux de vie des frères et sœurs,
-Les professions des frères et sœurs.

- **<u>La biographie professionnelle et migratoire :</u>**

❖ **Enfance, cursus scolaire et universitaire de l'enquêté(e)**

-Les différents lieux occupés depuis sa naissance jusqu'à la fin de ces études secondaires,
-Les périodes d'internat,
-L'année d'entrée à l'université,
-Le(s) lieu(x) des études de médecine,
-Les années et lieux d'obtention du diplôme de médecine et autres diplômes de spécialité ou de spécialisation,
-L'année d'obtention de la nationalité française ou d'une double nationalité (éventuellement),
-La ou les année(s) de passage et le ou les nom(s) du ou des examen(s) passé(s) pour l'obtention de la plénitude d'exercice de la médecine en France par exemple (PAC/NPA/PAE) (éventuellement).

❖ **Les périodes d'emploi ou d'inactivité**

-Les différents métiers exercés par l'enquêté(e) (éventuellement),
-Les différents établissements, dans lesquels l'enquêté(e) a exercé ainsi que la durée de ces contrats. (Dans son pays d'origine, en France et dans d'autres pays éventuellement),
-Les différents statuts sous lesquels l'enquêté(e) a exercé.

❖ **Les logements**

-Les années d'entrée et lieux des différents logements occupés,
-Les différents types d'occupations des logements (location propriété…),
-Les birésidences (éventuellement),
-Les différentes personnes qui ont partagé un logement avec la personne enquêtée.

Annexe 16 : La grille d'entretien à destination des PADHUE

(Après le remplissage de la matrice)

Il s'agit des grands thèmes destinés aux entretiens avec les PADHUE. Ceux-ci sont abordés différemment en fonction des parcours des individus. Nous nous laissons la liberté de pouvoir interroger les personnes sur d'autres thèmes selon la description de leur parcours biographique.

- **Les contacts, services et aides mutuels** (qui ont pu influencer l'individu dans son parcours migratoire et/ou professionnel ; réseaux professionnels, d'interconnaissances, familiaux, communautaires, syndicaux/associatifs…)

- **Les événements importants de la vie de la personne interrogée** qui, selon elle, ont eu un impact majeur dans la construction de son parcours migratoire et professionnel.

- **Le discours de la personne enquêtée sur le système de soin français, sur le système de reconnaissance des diplômes des PADHUE.**

- **Le discours de la personne enquêtée sur le système de soin de son pays d'origine et sur le système de soin du pays dans laquelle elle a fait ses études de médecine (si celui-ci diffère du pays d'origine).**

- **Le discours de la personne enquêtée sur les différentes politiques des établissements hospitaliers français dans lesquels elle a exercé.**
  Exemples de questions :

  -Durant votre carrière, avez-vous eu l'impression que certains hôpitaux souhaitaient vous garder au sein de leur équipe ?

  -Si oui, vous ont-ils conseillé sur les concours pour obtenir le plein exercice ?

  -Ces politiques ont-elles orientées votre parcours professionnel ?

- **Le discours de la personne enquêtée sur la place et le rôle des PADHUE en France**.

- **Un « bilan » du parcours et de la carrière de la personne interrogée au moment de l'enquête**

  Exemples de questions :

  -Quel regard portez-vous sur votre parcours migratoire et professionnel ? Êtes-vous satisfait ? Avez-vous quelques regrets ?

  -Si on faisait un retour en arrière, est-ce que vous referiez le même parcours ? Pourquoi ?

  -Votre parcours ressemble-t-il au projet que vous aviez envisagé avant de quitter votre pays ?

- **Les projets et l'avenir migratoire, familial et professionnel de l'individu.**

  Exemples de questions :

  -Comptez-vous rester exercer dans cet hôpital ? Pourquoi ?

  -Comment envisagez-vous votre avenir ?

Annexe 17 : La grille d'entretien à destination des médecins diplômés en Roumanie

(Après le remplissage de la matrice)

Il s'agit des grands thèmes destinés aux entretiens avec les médecins à diplôme roumain. Ceux-ci sont abordés différemment en fonction des parcours des individus. Nous nous laissons la liberté de pouvoir interroger les personnes sur d'autres thèmes selon la description de leur parcours biographique.

- **Les contacts, services et aides mutuels** (qui ont pu influencer l'individu dans son parcours migratoire et/ou professionnel ; réseaux professionnels, d'interconnaissances, familiaux, communautaires, syndicaux/associatifs…)

- **Les événements importants de la vie de la personne interrogée** qui, selon elle, ont eu un impact majeur dans la construction de son parcours migratoire et professionnel.

- **Le discours de la personne enquêtée sur le système de soin français et sur le système de soin de la Roumanie.**

- **Le discours de la personne sur les raisons qui amènent de nombreux médecins diplômés en Roumanie à partir exercer en France ou dans d'autres pays.**

- **Le discours de la personne enquêtée sur la place et le rôle des médecins à diplôme étranger en France.**

- **Un « bilan » du parcours et de la carrière de la personne interrogée au moment de l'enquête**
  Exemples de questions :
  -Quel regard portez-vous sur votre parcours migratoire et professionnel ? Êtes-vous satisfait ? Avez-vous quelques regrets ?
  -Si on faisait un retour en arrière, est-ce que vous referiez le même parcours ? Pourquoi ?
  -Votre parcours ressemble-t-il au projet que vous aviez envisagé avant de quitter votre pays ?

- **Les projets et l'avenir migratoire, familial et professionnel de l'individu.**
  Exemples de questions :
  -Comptez-vous rester exercer dans cet hôpital ? Pourquoi ?
  -Comment envisagez-vous votre avenir ?

Annexe 18 : La grille d'entretien à destination des responsables des affaires médicales

Il s'agit des grands thèmes destinés aux entretiens avec les responsables des affaires médicales des hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes. Ceux-ci sont abordés différemment en fonction du nombre de PADHUE, de la taille ou de la localisation de la structure. Nous nous laissons la liberté de pouvoir approfondir certains thèmes ou en aborder d'autres en fonction des réponses de l'enquêté(e).

- **La place de PADHUE au sein de la structure.**
  Ce thème a pour objectif de savoir si les PADHUE sont indispensables ou non au bon fonctionnement de la structure enquêtée ou à certains de ses services en particulier.

- **Le recrutement des PADHUE.**
  Ce thème a pour objectif de connaître les raisons (compétences, défaut de médecins diplômés en France, etc.…) qui amènent l'hôpital à recruter des PADHUE, mais aussi les moyens utilisés par la structure (candidatures spontanées, bouche-à-oreille, etc.…) pour employer des PADHUE. Il sera également cherché à savoir si l'hôpital enquêté fait des contrats spécifiques pour les praticiens ne possédant pas la plénitude d'exercice.

- **La politique de l'hôpital envers les PADHUE.**
  Ce thème a pour objectif de savoir si la structure enquêtée cherche à garder les PADHUE au sein de son équipe sur le long terme ou si ces médecins sont employés de façon provisoire. Il sera demandé si l'hôpital conseille ou incite les médecins à passer le concours pour obtenir le plein exercice de la médecine.

- **Le recrutement des médecins diplômés en France.**
  Ce thème a pour objectif de savoir si l'établissement enquêté rencontre ou non des problèmes pour recruter des médecins de manière générale ou dans certains de ses services en particulier. Si la personne reconnaît certaines difficultés de recrutement, il lui sera demandé les raisons de ce manque d'attraction, les services concernés, le nombre de postes vacants et les solutions mises en place par l'hôpital pour que des praticiens viennent exercer dans leur structure.

- **Le recrutement des médecins diplômés en Union européenne.**
  Ce thème a pour objectif de connaître le nombre de médecins diplômés en Union européenne employés par l'hôpital. Il sera également demandé les raisons (compétences, défaut de médecins diplômés en France, etc.…) qui amènent l'hôpital à recruter ces médecins, mais aussi les moyens utilisés par la structure (candidatures spontanées, bouche-à-oreille, agences spécialisées, etc.…) pour employer des praticiens diplômés en UE.

- **Le recours à des agences d'intérim.**
  Ce thème a pour objectif de savoir si l'hôpital enquêté à recours à l'intérim dans certaines spécialités. Si oui, il sera demandé quelles sont les spécialités concernées, si ce recours est ponctuel ou quotidien et avec quelle(s) agence(s) travaille l'hôpital. Il sera également demandé au responsable des affaires médicales ce qu'il pense du recours à l'intérim.

- **Le discours de la personne sur les PADHUE et les médecins à diplôme roumain exerçant dans son établissement.** (intégration au sein des équipes, compétences, comportements spécifiques, etc.…)

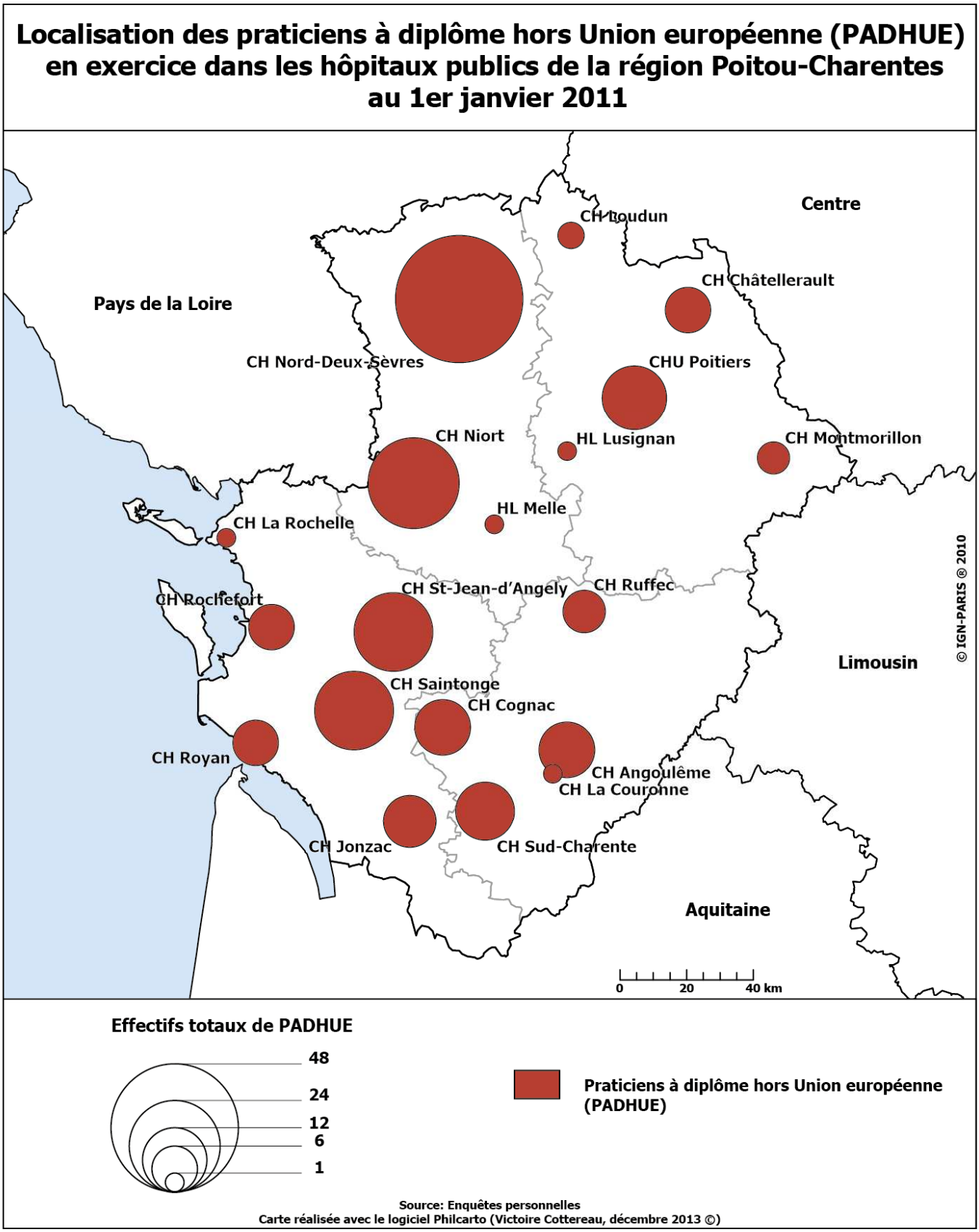
- **Le discours de la personne sur la place et les différentes politiques des établissements hospitaliers envers les PADHUE dans lesquels elle a exercé.**

- **Le discours de la personne sur le système français de reconnaissance des diplômes des PADHUE et sur les conditions d'exercice des PADHUE ne possédant pas la plénitude d'exercice.**

- **Le discours de la personne sur la place et le rôle des PADHUE en France**.

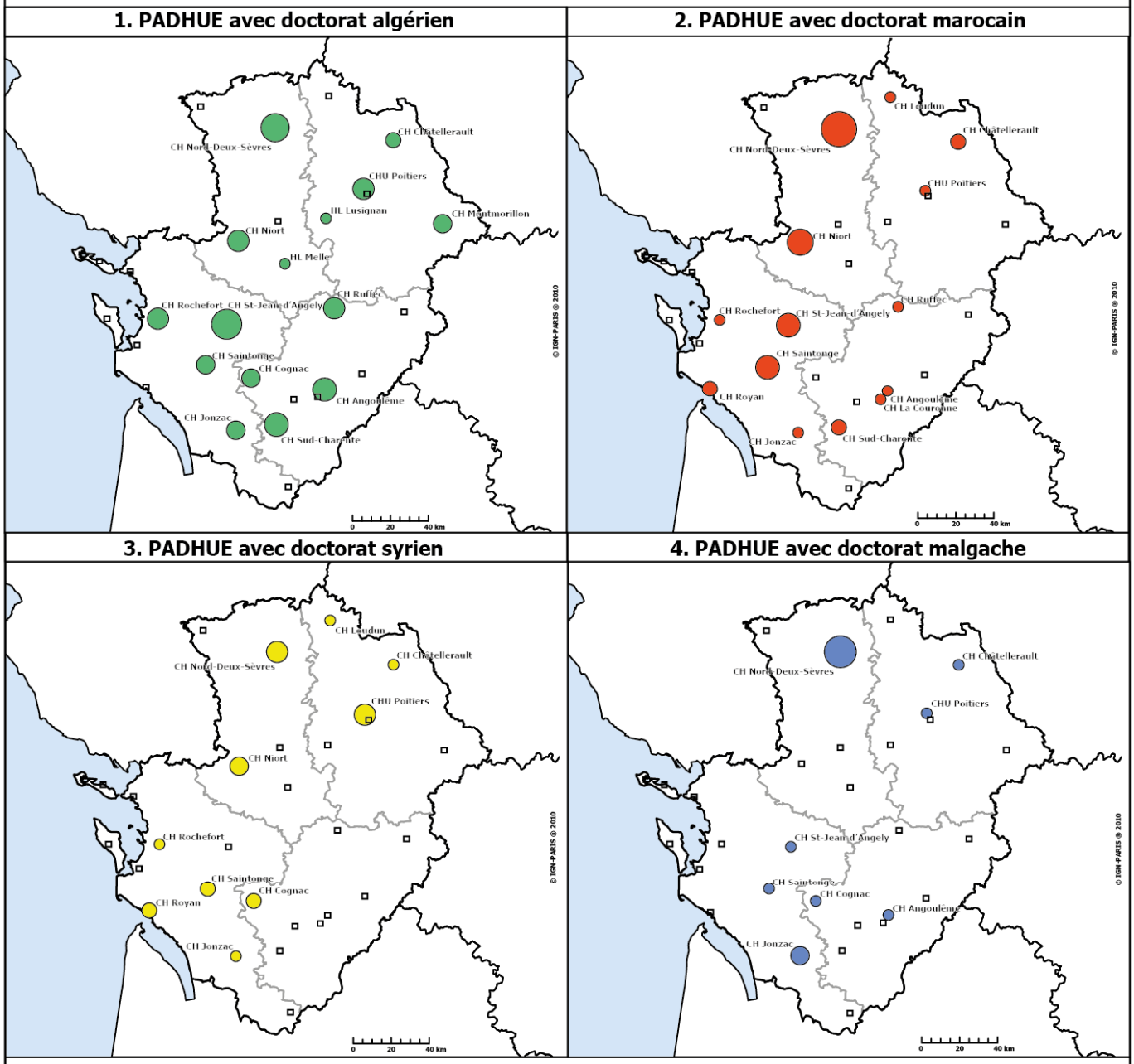
- **Le discours de la personne sur la reconnaissance automatique des diplômes des médecins de l'Union européenne.**

Annexe 19


Localisation des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011
Centre
CH Loudun
CH Châtellerault
Pays de la Loire
CH Nord-Deux-Sèvres
CHU Poitiers
CH Niort
HL Lusignan
CH Montmorillon
HL Melle
CH La Rochelle
CH Rochefort
CH St-Jean-d'Angely
CH Ruffec
Limousin
© IGN-PARIS ® 2010
CH Saintonge
CH Cognac
CH Royan
CH Angoulême
CH La Couronne
CH Jonzac
CH Sud-Charente
Aquitaine
0
20
40 km
Effectifs totaux de PADHUE
48
24
12
6
1
Praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE)
Source: Enquêtes personnelles
Carte réalisée avec le logiciel Philcarto (Victoire Cottereau, décembre 2013 ©)

Annexe 20

Principaux pays d'obtention du doctorat des PADHUE



Effectifs de PADHUE

11
5
1

Structures n'employant pas de PADHUE titulaires d'un doctorat de médecine du pays représenté

Principaux pays d'obtention du doctorat

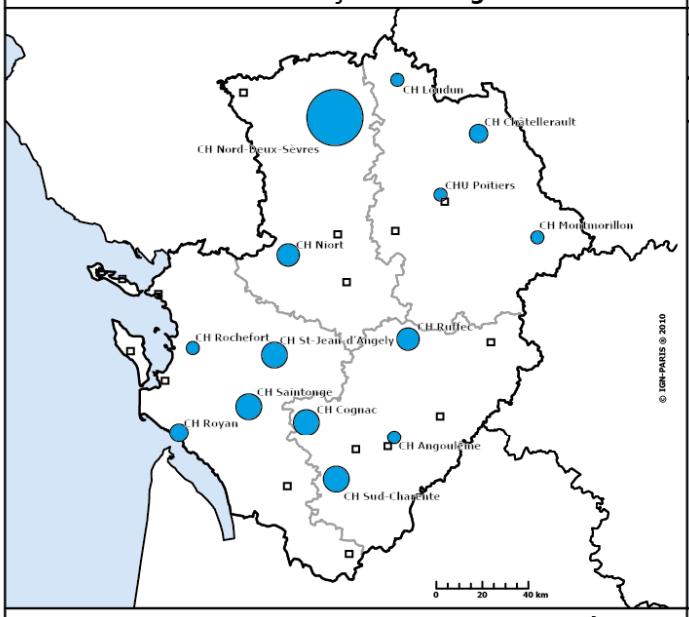
- PADHUE titulaires d'un doctorat de médecine algérien
- PADHUE titulaires d'un doctorat de médecine marocain
- PADHUE titulaires d'un doctorat de médecine syrien
- PADHUE titulaires d'un doctorat de médecine malgache

Source: Enquêtes personnelles
Cartes réalisées avec le logiciel Philcarto (Victoire Cottereau, décembre 2013 ©)

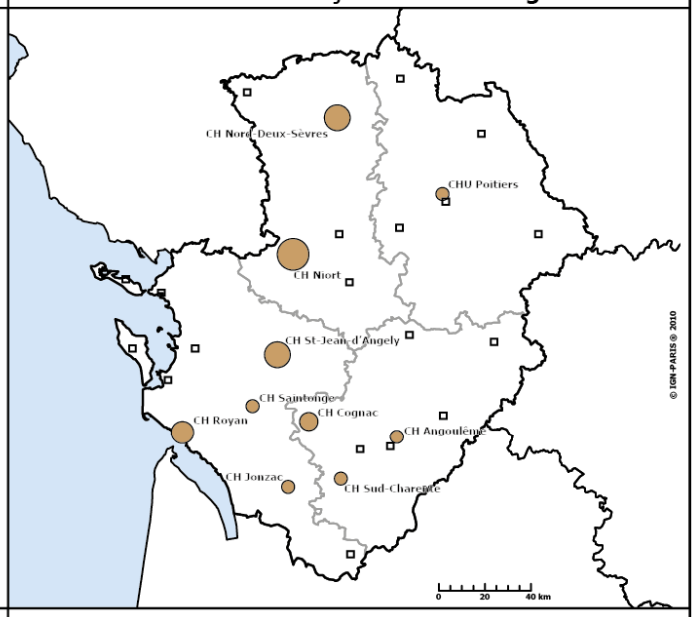
Annexe 21

PADHUE par service d'affectation

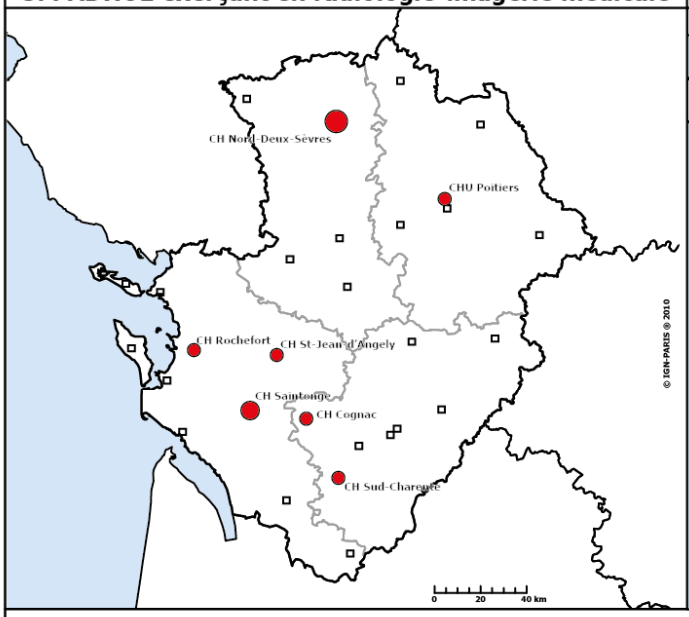
1. PADHUE exerçant aux urgences



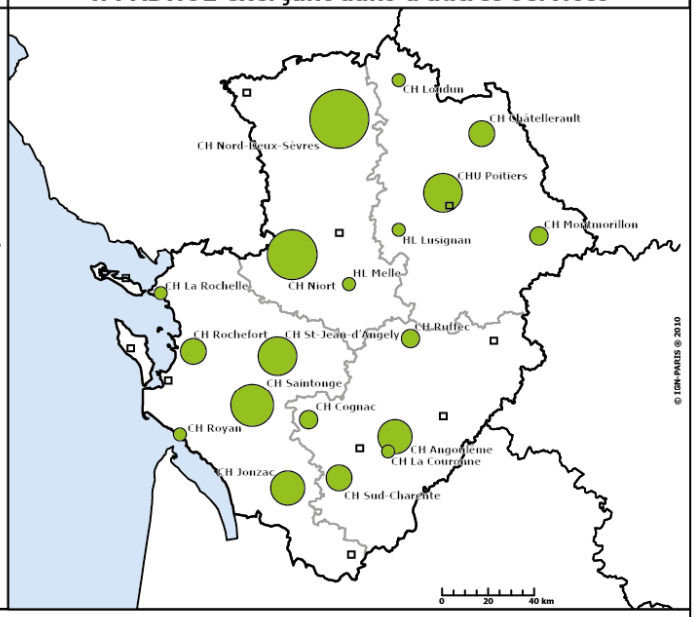
2. PADHUE exerçant en cardiologie



3. PADHUE exerçant en radiologie-imagerie médicale



4. PADHUE exerçant dans d'autres services



Effectifs de PADHUE

21
13
6
1

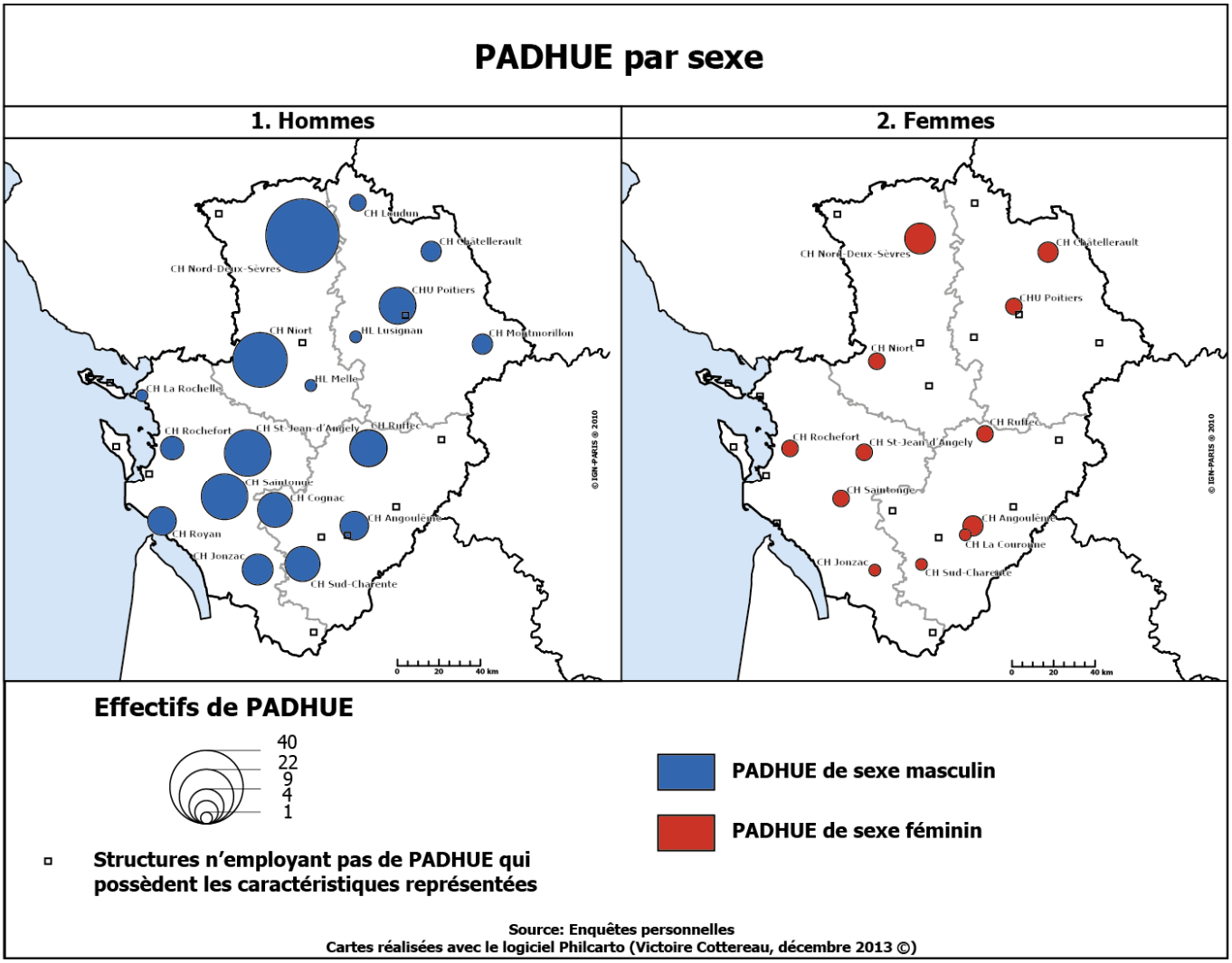
▫ **Structures n'employant pas de PADHUE dans les services d'affectation représentés**

Les services d'affectation

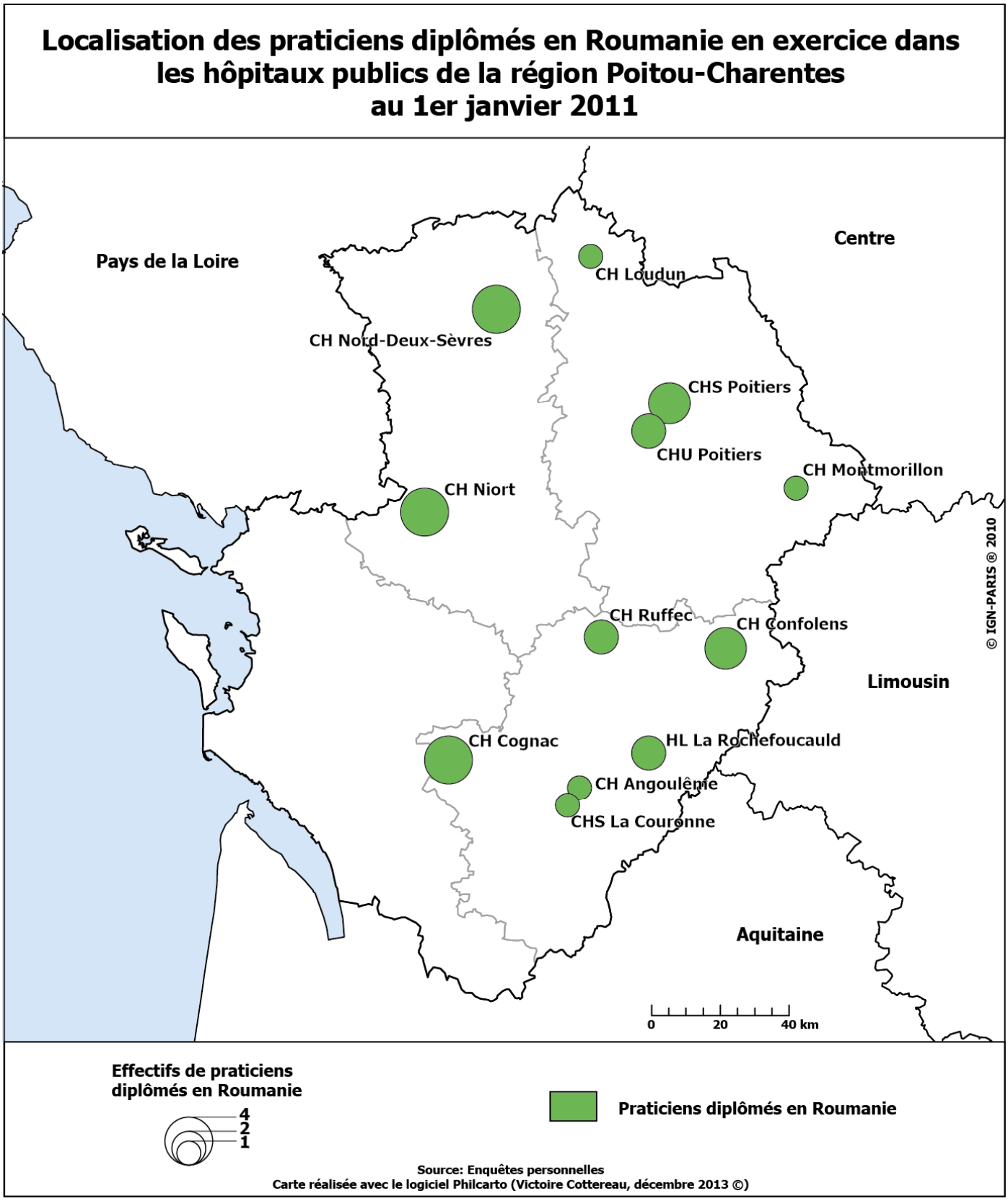
- **PADHUE exerçant dans un service des urgences**
- **PADHUE exerçant dans un service de cardiologie**
- **PADHUE exerçant dans un service de radiologie et imagerie médicale**
- **PADHUE exerçant dans tous les autres services (28)**

Source: Enquêtes personnelles
Cartes réalisées avec Philcarto (Victoire Cottereau, décembre 2013 ©)

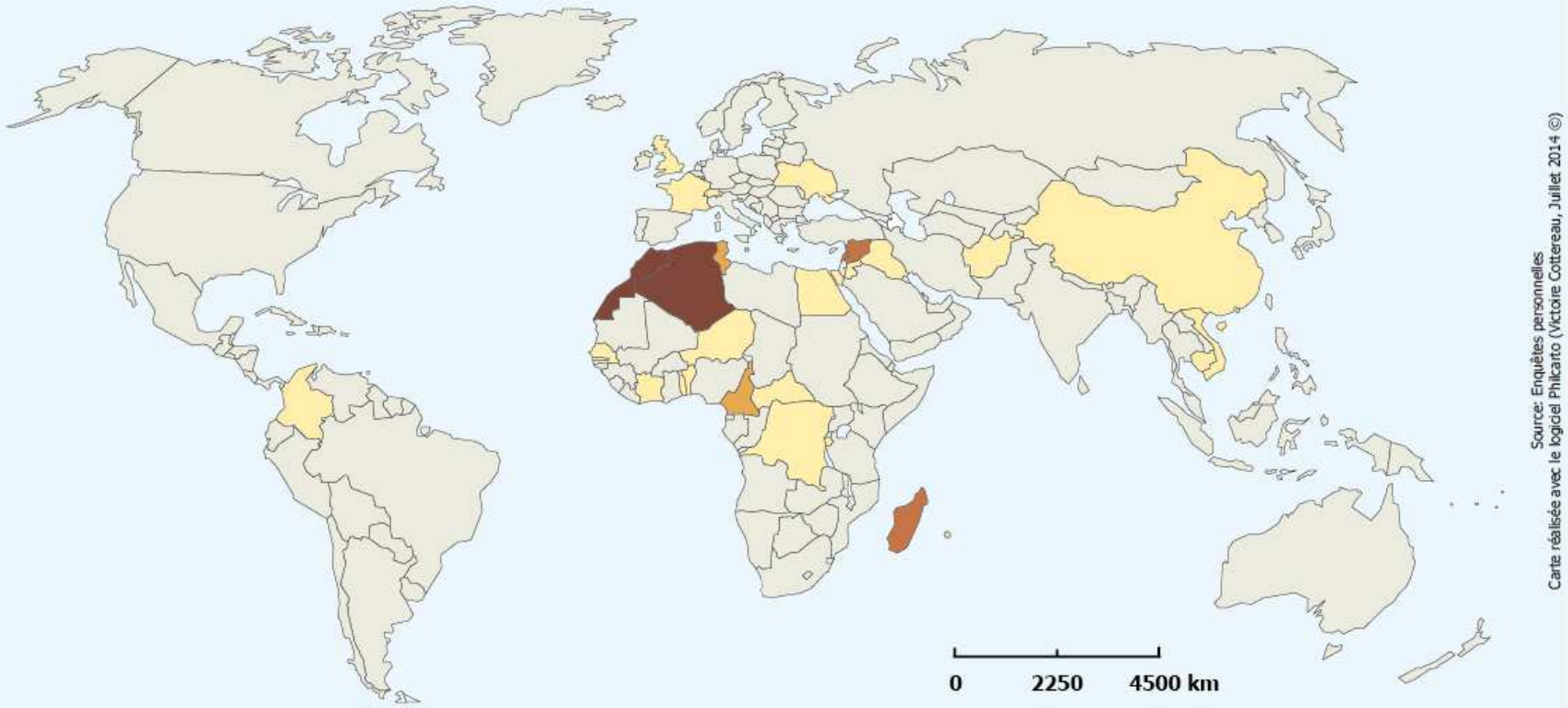
Annexe 22


PADHUE par sexe
1. Hommes
2. Femmes
CH Loudun
CH Châtellerault
CH Nord-Deux-Sèvres
CHU Poitiers
CH Niort
HL Lusignan
CH Montmorillon
HL Melle
CH La Rochelle
CH Rochefort
CH St-Jean-d'Angely
CH Ruffec
CH Saintonge
CH Cognac
CH Angoulême
CH Royan
CH Jonzac
CH Sud-Charente
CH La Couronne
© IGN-PARIS © 2010
0 20 40 km
Effectifs de PADHUE
40
22
9
4
1
PADHUE de sexe masculin
PADHUE de sexe féminin
Structures n'employant pas de PADHUE qui possèdent les caractéristiques représentées
Source: Enquêtes personnelles
Cartes réalisées avec le logiciel Philcarto (Victoire Cottereau, décembre 2013 ©)

Annexe 23


Localisation des praticiens diplômés en Roumanie en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011
Pays de la Loire
Centre
CH Loudun
CH Nord-Deux-Sèvres
CHS Poitiers
CHU Poitiers
CH Montmorillon
CH Niort
CH Ruffec
CH Confolens
Limousin
CH Cognac
HL La Rochefoucauld
CH Angoulême
CHS La Couronne
Aquitaine
0
20
40 km
© IGN-PARIS ® 2010
Effectifs de praticiens diplômés en Roumanie
4
2
1
Praticiens diplômés en Roumanie
Source: Enquêtes personnelles
Carte réalisée avec le logiciel Philcarto (Victoire Cottereau, décembre 2013 ©)

Pays de naissance des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011



Pourcentages de PADHUE en fonction de leur pays de naissance

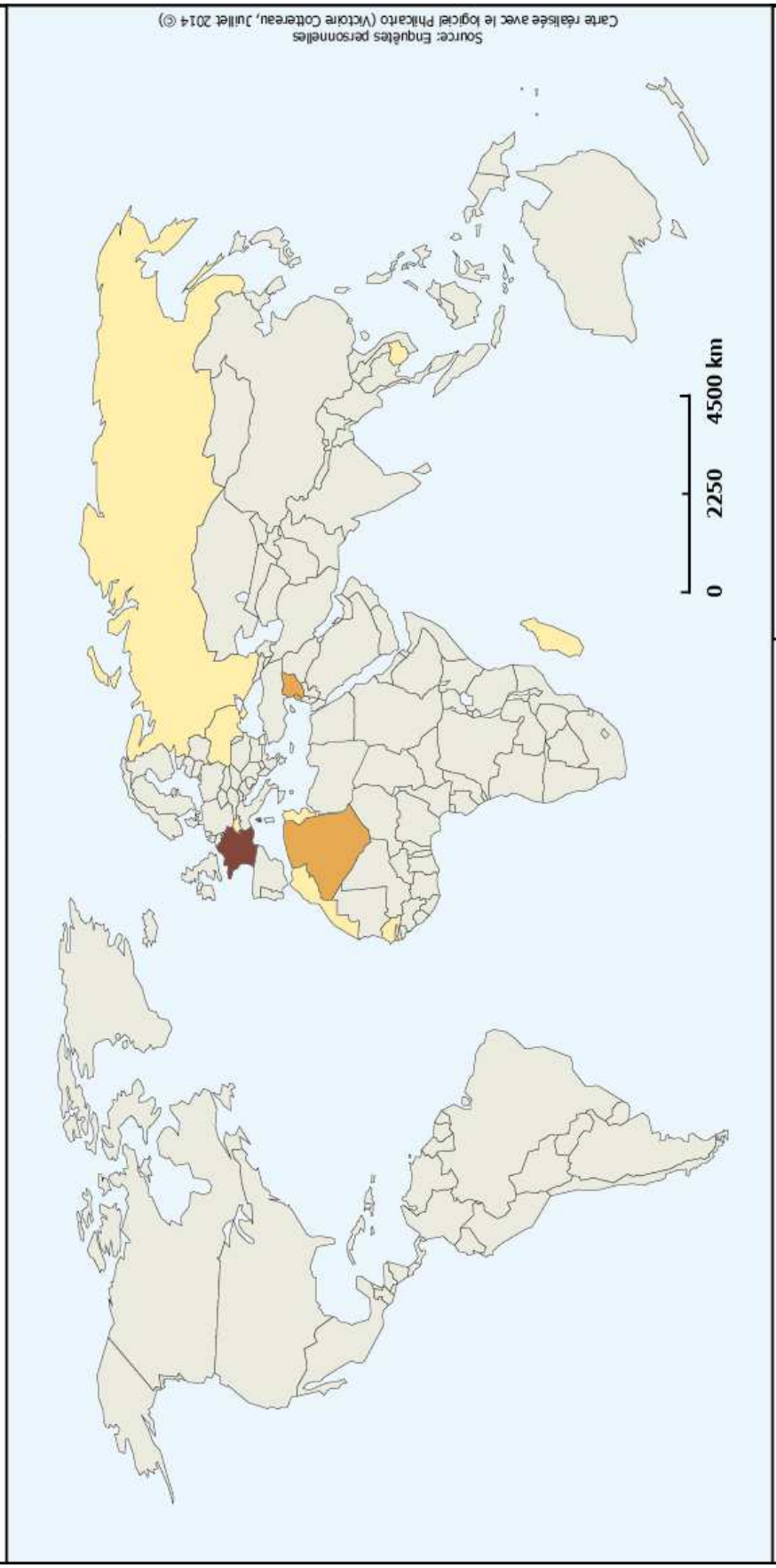
- [11,3 à 26,7%] correspondant à des effectifs allant de 22 à 50
- [6 à 11,2%] correspondant à des effectifs allant de 11 à 21
- [2 à 5,9%] correspondant à des effectifs allant de 4 à 10
- [<2%] correspondant à des effectifs allant de 1 à 3
- 0

Les pourcentages représentés sur cette carte sont basés sur un **effectif total de 187 PADHUE** en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011.
Les pays les plus réprésentés sont l'Algérie (50 individus), le Maroc (41 individus), la Syrie (21 individus), Madagascar (18 individus) et le Liban (13 individus).
Tous les autres pays représentés ont un maximum de 5 individus travaillant dans les structures hospitalières de la région Poitou-Charentes.

Annexe 24

Annexe 25

Pays d'obtention du diplôme de spécialité des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011



Source: Enquêtes personnelles
Carte réalisée avec le logiciel Philcarto (Victorie Cottereau, Juillet 2014 ©)

Pourcentages de PADHUE en fonction du pays d'obtention de la spécialité de médecine

- [50,8%] correspondant à un effectif de 93
- [5,2 à 50,7 %] correspondant à des effectifs allant de 7 à 92
- [2 à 5,1%] correspondant à des effectifs allant de 3 à 6
- [<2%] correspondant à des effectifs allant de 1 à 2
- 0

Les pourcentages représentés sur cette carte sont basés sur un **effectif total de 117 PADHUE** spécialistes en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011.
Le pays le plus représenté est la France (93 individus). Tous les autres pays représentés ont un maximum de 6 individus qui y ont obtenu leur spécialité et qui travaillent dans les structures hospitalières de la région Poitou-Charentes.

Annexe 26: Liste des sigles et des acronymes

AA	Attaché associé.
ADELI	Automatisation des listes.
AEPS	Année élémentaire de préparation à la spécialité.
AFS	Attestation de formation spécialisée.
AFSA	Attestation de formation spécialisée approfondie.
AGA	Assistant généraliste associé.
AGMF	Association générale des médecins de France.
APSR	Association d'accueil aux médecins et personnels de santé réfugiés en France.
AP-HP	Assistance publique – hôpitaux de Paris.
ARS	Agence régionale de santé.
ASA	Assistant spécialiste associé.
CAMU	Capacité de médecine d'urgence.
CES	Certificat d'études spécialisées.
CH	Centre hospitalier.
CHNDS	Centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres.
CHU	Centre hospitalier universitaire.
CME	Commission médicale d'établissement.
CMU	Couverture maladie universelle.
CNG	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique.
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins.
CNRTL	Centre national de ressources textuelles et lexicales.
CREDES	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

CSCT	Certificat de synthèse clinique et thérapeutique.
CSP	Code de la santé publique.
CMDE	Comité des médecins à diplôme étranger.
CNIS	Conseil national de l'information statistique.
CV	Curriculum vitae.
DATAR	Délégation à l'aménagement du territoire.
DEA	Diplôme d'études approfondies.
DES	Diplôme d'études spécialisées.
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires.
DFMS	Diplôme de formation médicale spécialisée.
DFMSA	Diplômé de formation médicale spécialisée approfondie.
DGS	Direction générale de la santé.
DHCEU	Diplômé hors du Canada et des États-Unis.
DIS	Diplôme interuniversitaire de spécialité.
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.
DREES	Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques.
DRH	Directeur des ressources humaines.
DU	Diplôme universitaire.
ECN	Épreuves classantes nationales.
EEE	Espace économique européen.
EHESP	École des hautes études en santé publique.
EVC	Épreuve de vérification des connaissances.
FFI	Faisant fonction d'interne.
FPS	Fédération des praticiens de santé.
GED	Groupe d'étude sur les discriminations.

GRAB	Groupe de réflexion sur l'approche biographique.
HALDE	Haute autorité de lutte contre les discriminations.
HL	Hôpital local.
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires.
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques.
IRES	Institut de recherches économiques et sociales.
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
ISA	Normes internationales d'audit.
ISO	Indice synthétique d'activité.
MIRE	Mission recherche.
NPA	Nouvelle procédure d'autorisation d'exercice.
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques.
OMS	Organisation mondiale de la santé.
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé.
PAA	Praticien attaché associé.
PAC	Praticien adjoint contractuel.
PADHUE	Praticien à diplôme hors Union européenne.
PAE	Procédure d'autorisation d'exercice.
PCEM	Premier cycle d'études médicales.
PH	Praticien hospitalier.
PHC	Praticien hospitalier contractuel.
RAPSIM	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal.
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé.
SAMU	Service d'aide médicale urgente.
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation.

SNPAC	Syndicat national des praticiens adjoints contractuels.
SNPADHUE	Syndicat national des praticiens à diplôme hors Union européenne.
SROS	Schémas régionaux d'organisation sanitaire.
SROSS	Schéma régional d'organisation sanitaire et social.
TGV	Train à grande vitesse.
UE	Union européenne.
URSS	Union des républiques socialistes soviétiques.

Annexe 27 : Index des tableaux, graphiques, captures d'écran et cartes

Index des tableaux :

Tableau 1 : Nombre et types de personnes rencontrées pour la recherche 45

Tableau 2: Grilles salariales pour l'année 2014 des praticiens hospitaliers et des statuts ouverts aux PADHUE qui ne possèdent pas le plein exercice de la médecine 74

Tableau 3: Principales caractéristiques des diplômes de spécialité à destination des PADHUE en France 90

Tableau 4 : Les caractéristiques des actuels statuts des praticiens à diplôme hors Union européenne ne disposant pas de la plénitude d'exercice 92

Tableau 5: Les principales législations à destination des PADHUE en France..... 102

Tableau 6: Effectifs des praticiens dans les départements de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 112

Tableau 7: Effectifs des praticiens dans le département de la Vienne au 1er janvier 2011 ... 113

Tableau 8: Effectifs des praticiens dans le département des Deux-Sèvres au 1er janvier 2011 114

Tableau 9: Effectifs des praticiens dans le département de la Charente au 1er janvier 2011 116

Tableau 10: Effectifs des praticiens dans le département des Deux-Sèvres au 1er janvier 2011 117

Tableau 11 : Effectifs et pourcentages par sexe des tranches d'âge des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 119

Tableau 12: Effectifs et pourcentages des procédures obtenues par les PADHUE au 1er janvier 2011 119

Tableau 13: Effectifs et pourcentages des statuts des PADHUE au 1er janvier 2011 121

Tableau 14: Effectifs et pourcentages par lieux d'obtention de la spécialité des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011..... 127

Tableau 15 : Effectifs et pourcentages des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 par service d'affectation 130

Tableau 16 : Périodes d'arrivée en France des PADHUE rencontrés en fonction de leur pays de naissance 141

Tableau 17 : Nombre d'années d'exercice sous les statuts spécifiques aux PADHUE des praticiens rencontrés possédant le plein exercice de la médecine..... 173

Tableau 18 : Nombre d'années d'exercice sous les statuts spécifiques aux PADHUE des praticiens ne possédant pas le plein exercice de la médecine 173

Tableau 19: Nombre de PADHUE au sein des différents groupes de la typologie des PADHUE rencontrés 247

Tableau 20: Les pays d'origine des étudiants suivant le cursus de médecine francophone de la Faculté de Iasi en Roumanie durant l'année universitaire 2014-2015 (de la 1re année à la 6e année) 282

Index des schémas:

Schéma 1 : Représentation du système global dans lequel évoluent les PADHUE..... 28

Schéma 2: Les différentes phases de la démarche méthodologique 40

Schéma 3: Représentation schématique des différents enchaînements de statuts des PADHUE ne possédant pas le plein exercice de la médecine. 95

Schéma 4: Organisation de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE)..... 105

Schéma 5: L'élaboration du projet migratoire 139

Schéma 6 : Les PADHUE et la hiérarchie médicale hospitalière 164

Schéma 7: exemple d'étiquette cousue à la blouse des PADHUE ne possédant pas le plein exercice de la médecine..... 176

Schéma 8: Les principales étapes menant à la réalisation d'une carrière professionnelle en France 188

Index des graphiques:

Graphique 1: Répartition du personnel de santé dans le monde 22

Graphique 2: Évolution du *numerus clausus* des études de médecine en France 66

Graphique 3 : Effectifs des praticiens dans les structures hospitalières publiques de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 110

Index des captures d'écran :

Capture d'écran 1 : Titre d'un article paru dans le quotidien *Le Matin* du 26 janvier 1942..... 62

Capture d'écran 2: Affiche de l'APSR 85

Capture d'écran 3: Affiche appelant à une mobilisation des médecins le 15 juin 2011..... 106

Capture d'écran 4 : Exemples d'annonces médicales..... 128

Capture d'écran 5: Exemple de discussions entre PADHUE sur le réseau social *« Facebook »* 240

Capture d'écran 6: Exemples d'agences d'intérim spécialisées dans le secteur médical..... 268

Capture d'écran 7: Exemples d'agences de recrutement spécialisées dans le secteur médical 275

Capture d'écran 8: Logo d'un site internet d'informations sur les cursus de médecine en Roumanie 280

Index des photographies :

Photographie 1 : Manifestation de PADHUE devant le ministère de la Santé le 4 mars 2009 23

Photographie 2 : Manifestation d'étudiants parisiens devant la Faculté de médecine le 1er février 1935 60

Index des dessins :

Dessin 1: Représentation caricaturale d'un PADHUE en train d'opérer..... 181

Index des cartes :

Carte 1 : Nombre de médecins en activité régulière par pays..... 16

Carte 2 : Localisation des structures hospitalières publiques en région Poitou-Charentes (2013) 38

Carte 3 : Localisation des praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011..... 111

Carte 4 : Répartition des PADHUE en fonction de leur statut hospitalier au 1er janvier 2011 124

Carte 5 : Pays d'obtention du doctorat de médecine des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1er janvier 2011 126

Carte 6 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 2002 à 2013 : Issam, homme, 38 ans (1975), né et diplômé en Irak 221

Carte 7 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 2004 à 2013 : Nahid, homme, 37 ans (1976), né et diplômé en Syrie 223

Carte 8 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1991 à 2013 : Asad, homme, 48 ans (1965), né et diplômé en Algérie 224

Carte 9 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1984 à 2013 : Larbi, homme, 49 ans (1964), né et diplômé au Maroc 228

Carte 10 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1992 à 2013 : Diego, homme, 52 ans (1961), né et diplômé en Colombie 232

Carte 11 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1997 à 2013 : Mahandry, homme, 44 ans (1969), né et diplômé à Madagascar 235

Carte 12 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1999 à 2013 : Jean, homme, 46 ans (1967), né et diplômé au Liban 241

Carte 13 : Parcours professionnel et résidentiel d'une PADHUE de son arrivée en France en 2003 à 2013 : Sariaka, femme, 39 ans (1974), née et diplômée à Madagascar 252

Carte 14 : Parcours professionnel et résidentiel d'une ex-PADHUE de son arrivée en France en 2005 à 2013 : Camelia, femme, 36 ans (1977), née et diplômée en Roumanie 254

Carte 15 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 1988 à 2013 : Gabriel, homme, 53 ans (1960), né et diplômé en Égypte 258

Carte 16 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en1988 à 2013 : Maamar, homme, 56 ans (1957), né et diplômé au Maroc 260

Carte 17 : Parcours professionnel et résidentiel d'un PADHUE de son arrivée en France en 2000 à 2012 : Olivier, homme, 45 ans (1967), né et diplômé à Madagascar 262

Table des matières

Introduction générale 9

1. Du contexte global des migrations de médecins à la population étudiée..... 12

1.1. La profession de médecin et la naissance de catégories de praticiens en France..... 13

1.2. Une problématique mondiale, mais une spécificité française 15

1.3. Les PADHUE : un objet de recherche 18

1.3.1. Interrogations sur les catégories 19

1.3.2. Critique des sources 20

2. Thèmes de recherche et outils de la conceptualisation 21

2.1.1 Les bases apportées par les grands débats sociétaux..... 21

2.1.2. Les premières explorations thématiques et théoriques..... 24

2.2 De la recherche documentaire aux axes de recherche 25

2.2.1 Les travaux mobilisés pour appréhender le contexte des migrations de PADHUE.... 25

2.2.2 Les axes et hypothèses de recherche 26

2.3. Des migrants titulaires d'un doctorat de médecine 28

2.3.3. L'autonomie dans la migration 30

2.3.4. Les projets migratoires 31

2.4. Des acteurs de la santé des Français..... 32

2.4.1. Le renouvellement des approches en géographie de la santé..... 33

2.4.2. L'hôpital : un lieu complexe 34

3. Délimiter le terrain..... 35

3.1. Une étude monographique 35

3.2. Le choix de la région Poitou-Charentes 37

4. La méthodologie mise en œuvre..... 39

4.1. Les grandes phases de la recherche et outils méthodologiques 39

4.2. Le recueil et la compilation de données quantitatives 41

4.2.1. Élaboration des outils pour le recensement 41

4.2.2. Le recueil des données auprès des hôpitaux 42

4.3.1. L'enquête biographique 45

4.3.1. Les grilles d'entretien 46

4.3.2. Déroulement des prises de rendez-vous et posture adoptée au sein des hôpitaux… . 47

4.4. Les limites méthodologiques 49

5. Chapitrage de la thèse 50

Partie I. L'organisation d'une migration complexe : les médecins à diplôme étranger dans les politiques françaises 53

Introduction de la partie I 55

Chapitre 1. Un contexte particulier à l'origine de la situation des PADHUE 57

Introduction du chapitre 1 57

1.1. Une profession qui se protège: une histoire ancienne 57

1.2. Naissance et évolution du *numerus clausus* 64

1.3. Diminution du nombre de médecins : les autres facteurs 67

1.4. Les impacts de ces mesures sur le secteur hospitalier 69

1.5. Quand l'évolution du secteur hospitalier pérennise les PADHUE 72

Conclusion du chapitre 1 77

Chapitre 2. La législation et les statuts spécifiques aux PADHUE : les enjeux en termes de processus discriminatoires 79

Introduction du chapitre 2 79

2.1. Examen d'une discrimination légale 80

2.1.1. La discrimination dans le droit français 80

2.1.2. Les emplois fermés aux étrangers 81

2.1.3. Quand les exceptions tendent à amplifier la discrimination 83

2.2. Les statuts réservés aux PADHUE 87

2.2.1. Les faisant fonction d'internes (FFI) 87

2.2.2. Les associés 93

2.3. La législation spécifique aux PADHUE : la fin d'une « escroquerie intellectuelle » ? 96

2.3.1. 1972 : la première procédure permettant d'acquérir le plein exercice de la médecine… 98

2.3.2. 1995 : le statut PAC ou la vraie-fausse intégration des PADHUE 99

2.3.3. 1999 : La mise en place de mesures pour que les PADHUE obtiennent la plénitude d'exercice 101

2.3.4. 2005 à 2016 : la voix unique de la reconnaissance 103

Conclusion du chapitre 2 107

Chapitre 3. Des migrants au cœur du système hospitalier : regard sur les PADHUE en région Poitou-Charentes 109

Introduction du chapitre 3 109

3.1. État des lieux des praticiens en région Poitou-Charentes 109

3.1.1. Vienne 112

3.1.2. Deux-Sèvres 114

3.1.3. Charente 115

3.1.4. Charente-Maritime 116

3.2. Les profils des PADHUE 118

3.2.1. Sexe et âge 118

3.2.2. Les procédures d'autorisation d'exercice 119

3.2.3. Les statuts 120

3.2.4. Pays obtention doctorat et spécialité 125

3.2.5. Services d'affectation et recrutements 127

Conclusion du chapitre 3 131

Conclusion de la partie I 133

Partie II. Les projets migratoires à l'épreuve du système de santé français 135

Introduction de la partie II 137

Chapitre 4. Les projets initiaux : entre autonomie et contraintes 139

Introduction du chapitre 4 139

4.1. Élaboration des projets migratoires du point de vue des mobilités estudiantines et/ou professionnelles 140

4.2. Migrer pour des raisons professionnelles 143

4.2.1. Les effets d'entraînement permis par la souplesse des conditions d'entrée dans les années 1980 143

4.2.2. Le rôle de la classe sociale dans le pays d'origine 145

4.2.3. L'importance des coopérations internationales dans les cursus de médecine…. 146

4.2.4. Le poids des dysfonctionnements dans les systèmes de santé des pays d'origine….. 147

4.3.Quand partir semble être la seule solution : les raisons politiques et gouvernementales 148

4.3.1. Fuir et devenir réfugié ? 148

4.3.2. Le poids des conflits 150

4.3.3. Les choix politiques individuels 151

4.4. Le poids des engagements : les raisons personnelles et familiales 153

4.4.1. Les logiques touchant à la santé d'un membre de la cellule familiale……..... 153

4.4.2. Les mariages 154

4.5. Les motifs de départs des médecins diplômés en Roumanie 155

4.5.1. Faibles revenus et manque de considération des praticiens 156

4.5.2. Absence de moyens et d'investissements dans le secteur médical 157

4.5.3. Une médecine décrite comme corrompue et soumise au clientélisme 158

4.5.4. Manque de perspectives d'avenir et sentiment d'insécurité 159

Conclusion du chapitre 4 160

Chapitre 5. Désillusion et satisfaction d'exercer la médecine en France 163

Introduction du chapitre 5 163

5.1. Entre utopie et imaginaire migratoire 164

5.2. Entre la législation spécifique et les diplômes délivrés en France : un ressenti problématique 166

5.2.1. La non-reconnaissance des diplômes et le sentiment d'injustice 167

5.2.2. La déception face aux formations de spécialité 169

5.3. Une précarité durable 170

5.3.1. Des statuts précaires 171

5.3.2. Les difficultés d'obtention du plein exercice de la médecine 173

5.4. Les adaptations comportementales dues à une assignation symbolique produite par le droit 175

5.4.1. Justifier leur rôle et leurs compétences auprès du personnel hospitalier 177

5.4.2. Expérience du racisme et de la violence 179

5.4.3. La quête de la reconnaissance 182

5.5. De la déception à la fierté 183

5.5.1. Des parcours qu'ils ne referaient pas 183

5.5.2. La fierté d'avoir pleinement intégré le corps médical français 185

Conclusion du chapitre 5 186

Chapitre 6. Quand la mobilité se transforme en migration : les raisons de l'installation en France 186

Introduction du chapitre 6 187

6.1. Les raisons qui incitent les médecins à rester en France 188

6.1.1. Les mariages 189

6.1.2. Les enfants 190

6.1.3. Les problèmes de santé de membres de la famille 191

6.2. Les raisons qui bloquent le retour dans le pays d'origine 192

6.3. Les craintes de ne pas se réadapter dans le pays d'origine 194

6.4. Acquisition de la nationalité française et de l'autorisation d'exercice de la médecine : vers une installation définitive. 197

6.5. Maintien de rapports dynamiques entre mobilité et migration : ceux qui envisagent toujours de partir 201

6.5.1. Repartir exercer dans le pays d'origine 201

6.5.2. La retraite dans le pays d'origine 203

Conclusion chapitre 6 205

Conclusion de la partie II 207

Partie III. Les parcours de ces praticiens : une *carrière itinérante* 209

Introduction de la partie III 211

Chapitre 7. Des médecins aux parcours complexes 213

Introduction du chapitre 7 213

7.1. Du parcours à la *carrière itinérante* 214

7.1.1. Un décryptage des parcours des PADHUE 214

7.2. La *carrière itinérante* au sens spatial 218

7.2.1. Suivre l'offre et la demande 218

7.2.2. Être mobile pour pouvoir contourner les législations 220

7.2.3. Quitter la région parisienne 222

7.2.4. Se déplacer par nécessité ou par choix personnels 226

7.3. La *carrière itinérante* au sens hiérarchique, disciplinaire ou sectorielle 229

7.3.1. La relégation à un statut médical inférieur 230

7.3.2. L'abandon d'une spécialité et/ou l'acquisition d'une nouvelle spécialité 233

7.3.3. Accepter d'exercer dans le secteur privé 236

7.4. Les impacts de la *carrière itinérante* sur les plans personnels, familiaux et relationnels 238

7.4.1. Un mode de vie parfois inacceptable pour les conjoints 238

7.4.2. La *carrière itinérante* limitée par les contacts et les connaissances 239

Conclusion du chapitre 7 242

Chapitre 8. Typologie des PADHUE rencontrés 245

Introduction du chapitre 8 245

8.1. Les spécialistes 248

8.1.1. Les spécialistes par conviction 248

8.1.2. Les spécialistes stratégiques 250

8.2. Les spécialistes reconvertis 251

8.2.1. Les spécialistes reconvertis par conviction 251

8.2.2. Les spécialistes reconvertis résignés 253

8.3. Les généralistes urgentistes 257

8.3.1. Les généralistes urgentistes par conviction 257

8.3.2. Les généralistes urgentistes orientés 259

8.3.3. L'attachement à la médecine d'urgence 263

Conclusion du chapitre 8 264

Chapitre 9. Nouvelles techniques de recrutement et nouvelles migrations 267

Introduction du chapitre 9 267

9.1. Les nouvelles techniques pour maintenir le fonctionnement normal des hôpitaux… 268

9.1.1. Les agences d'intérim 268

9.1.2. Le nouveau statut de clinicien hospitalier 272

9.2. Le développement des agences de recrutement 273

9.2.1. Regards et opinions des responsables administratifs de la région Poitou-Charentes sur ces agences 275

9.2.2. Faire venir des médecins diplômés en Roumanie : un recrutement éthique ?..... 277

9.3. Des étudiants français qui vont se former à l'étranger 278

9.3.1. Faire médecine en Roumanie : le dernier recours pour devenir médecin pour les Français 279

9.3.2. Obtenir un diplôme européen : un passeport pour la France pour les Marocains et les Tunisiens ? 281

9.4. Quel bilan peut-on dresser des dernières évolutions en matière de recrutement dans les hôpitaux publics français ? 283

Conclusion du chapitre 9 284

Conclusion de la partie III 287

Conclusion générale 289

1. Retour sur le contexte et la configuration particulière des migrations de praticiens à diplôme hors UE 291

2. Un regard sur les projets et expériences migratoires des praticiens à diplôme hors UE… 292

3. Un éclairage sur la complexité de processus situés à la charnière entre un contexte légal et des réglementations professionnelles 293

4. Discussions 294

5. Perspectives 295

Bibliographie 297

Annexes 323

Les *« invisibles »* de l'hôpital :
Parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans la région Poitou-Charentes

La démographie médicale française présente aujourd'hui des disparités territoriales dans la répartition des praticiens de santé. Ces déséquilibres sont en partie liés à des déficits de praticiens dans les hôpitaux de pôles urbains secondaires et à des stratégies d'évitement de certaines zones urbaines défavorisées ou rurales par les nouvelles générations de médecins. C'est dans ce contexte de « pénurie localisée » de médecins diplômés en France que l'État a ouvert ses hôpitaux aux praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans les années 1980. Cette recherche doctorale propose de croiser géographie des migrations internationales et géographie de la santé pour étudier cette catégorie particulière de médecins au sein de la région Poitou-Charentes. Elle interroge notamment la présence, la répartition géographique, les conditions d'exercice de ces médecins ainsi que les parcours et les projets migratoires de ces migrants hautement qualifiés. Cette thèse analyse le contexte dans lequel cette migration a pris place, l'évolution de celui-ci, mais également les ressorts et la manière dont les *« invisibles »* de l'hôpital font preuve pour pouvoir pleinement intégrer le corps médical français.

Mots clés : PADHUE, hôpital, médecin, migrant qualifié, projet migratoire, parcours, démographie médicale.

The *« invisible »* of the hospital: migratory paths and projects of health practitioners qualified outside the European Union in the Poitou-Charentes region (France)

French medical demography currently shows territorial disparities in health practitioners' distribution. These imbalances are partially linked to a lack of health practitioners in hospitals established in secondary urban poles. Also, this is due to strategies of avoidance of certain disadvantaged areas (with rural or urban background) by young generations of doctors. In this context of "localized shortage" of doctors graduated in French universities, the country has opened its hospitals to practitioners qualified outside the European Union in the 1980s. This doctoral research proposes to study this particular category of doctors in the Poitou-Charentes region (France); for that, this work crosses geography of international migrations and health geography. This study questions the presence, geographical distribution, conditions of exercise and trajectory and projects of these highly skilled migrants. This doctoral thesis analyzes the context in which this migration took place, its evolution and the issues and challenges for these *"invisible"* to fully integrate the French medical profession.

Keywords: practitioners qualified outside the European Union, doctor, skilled migrants, migration project, trajectory, medical demography.